

Salud y drogas

ISSN: 1578-5319

jagr@umh.es

Instituto de Investigación de

Drogodependencias

España

Isorna Folgar, Manuel; Rial Boubeta, Antonio  
DROGAS FACILITADORAS DE ASALTO SEXUAL Y SUMISIÓN QUÍMICA  
Salud y drogas, vol. 15, núm. 2, 2015, pp. 137-150  
Instituto de Investigación de Drogodependencias  
Alicante, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83941419005>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

# DROGAS FACILITADORAS DE ASALTO SEXUAL Y SUMISIÓN QUÍMICA

## DRUG FACILITATED SEXUAL ASSAULT AND CHEMICAL SUBMISSION

Manuel Isorna Folgar<sup>1</sup> y Antonio Rial Boubeta<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Facultad de Ciencias de la Educación, Universidad de Vigo

<sup>2</sup>Facultad de Psicología, Universidad de Santiago de Compostela

### Abstract

In recent years, the use of psychoactive substances for sexual assault has taken on a greater role. The frequency of sexual crimes associated with drug use has been called Drug Facilitated Sexual Assault (DFSA). The term used in Spain translates literally into "Chemical Submission" (Sumisión Química, SQ) and it includes all crimes related to this practice. This paper reviews the epidemiology of this type of symptoms, the main characteristics of the chemicals used and victim and aggressor's profiles. The main signs of clinical suspicion, and the keys to the toxicology screening in case the victim presents evidence of being subject to chemical submission are also addressed.

**Keywords:** alcohol drugs and sexuality, chemical submission, drugs facilitated sexual assault, sexual offenses.

### Resumen

El empleo de sustancias psicoactivas en las agresiones sexuales ha cobrado en los últimos años un mayor protagonismo. La frecuencia con que se asocia delitos sexuales e invitación al consumo de drogas se ha denominado Drogas Facilitadoras del Asalto Sexual (DFAS). En España se utiliza también el término "sumisión química" (SQ) e incluye todos los delitos asociados a esta práctica. En este trabajo se realiza una revisión de la epidemiología de este tipo de cuadros, de las principales características de las sustancias químicas empleadas así como del perfil de la víctima y del agresor. Se abordan además los principales signos de sospecha diagnóstica y las claves para el diagnóstico toxicológico, en caso de que la víctima posea indicios de haber sido sometida a la SQ.

**Palabras clave:** alcohol drogas y sexualidad, drogas facilitadoras del asalto sexual, delitos sexuales, sumisión química.

---

Correspondencia: Dr. Manuel Isorna Folgar  
Facultad de Ciencias de la Educación  
Universidad de Vigo  
isorna.catora@uvigo.es

En los últimos años el uso de drogas ha cobrado un “nuevo” protagonismo por su asociación con las agresiones sexuales, robos y otras prácticas delictivas, ya que en ocasiones son utilizadas con el fin de manipular la voluntad de las personas, lo que se ha venido a denominar con el concepto de Sumisión Química (SQ), término que se empleó por primera vez por Poyen, Rodor, Jouve, Galland, Lots y Jouglard (1982) para referirse a la administración de un producto a una persona sin su conocimiento con el fin de provocar una modificación de su grado de vigilancia, de su estado de conciencia y de su capacidad de juicio. Esta vulnerabilidad se provoca deliberadamente con el fin de causar a la víctima un perjuicio secundario (robo, firma de documentos y, sobre todo, agresión sexual). En la práctica, las víctimas están dormidas, o bien despiertas pero bajo el control del agresor (Saint-Martin, Furet, O-Byrne, Bouyssy, Paintaud y Autret-Leca, 2006).

Debido a la frecuencia de este fenómeno y a la escasez de revisiones específicas, se pretende realizar una actualización sobre la prevalencia, características y perfil del agresor y de la víctima, de las drogas más utilizadas con este fin, así como de las medidas preventivas para reducir su presencia.

## MÉTODO

Se realizó una búsqueda bibliográfica informatizada de los artículos publicados entre 1990 y 2015 y referenciados en las bases de datos electrónicas: Psicodoc, BVs-Psi, Medline, PsycInfo, Scopus, Eric y las bases de datos del Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC), ISOC ciencias sociales y sumarios IME (biomedicina), Cochrane Library y Medline sobre las siguientes palabras clave y sus combinaciones: “Drogas facilitadoras del asalto sexual, DFAS, conductas sexuales riesgo (CSR), alcohol drogas y sexualidad, drogas recreativas, Sumisión química, Drogas facilitadoras de agresión sexual y en inglés “Drugs facilitated sexual assault, DFSA, Risky sexual behavior (RSB), alcohol drugs and sexuality, recreational drugs, Chemical submission, Covert drug administration, Drink spiking”. Hemos identificado numerosas publicaciones y estudios que aluden a o defienden la necesidad de intervenir en este campo con criterios científicos y que pasamos a dar cuenta.

## ANTECEDENTES

Históricamente, las drogas han existido con un sentido cultural y religioso, asociado a ritos y ceremonias, estilos que por sus características no constituyan factores que quebrantaran de forma significativa la salud. Desde tiempos muy remotos, el hombre y la mujer han buscado sustancias que les permitan incrementar su placer sexual, y han recurrido a diferentes sustancias naturales o sintéticas, por lo que constituye un aspecto de gran importancia la asociación entre la sexualidad y el consumo de drogas.

De acuerdo con lo reportado por González et al., (2005) y Dueñas (1999), las drogas pueden influir de diferentes formas sobre la actividad sexual: afectando el deseo, la excitación y el orgasmo. Algunas tienen claras consecuencias sobre las capacidades cognitivas de las personas que las consumen, de modo que el deseo sexual se ve modificado. Otras drogas disminuyen el deseo sexual, pero algunas de ellas pueden (en la mayor cantidad de ocasiones parecen incrementarlo), actuando como afrodisíacos; sin embargo, el hecho de que una droga aumente la libido de una persona no significa necesariamente que mejore su actuación sexual o su placer. El desconocimiento o el menosprecio de las posibles consecuencias para la salud es un elemento que prima en los que utilizan las drogas para satisfacción sexual; los efectos de las drogas en la sexualidad femenina y masculina son altamente peligrosos, ya que pueden causar daños irreversibles y lamentables en cada persona, como se evidencia de acuerdo con lo reportado por diferentes autores (Peugh y Belenko 2001; González et al., 2005).

Las relaciones entre sexo y drogas han sido claras y han estado muy bien documentadas durante cientos de años (Martin, 2001). Las llamadas “pócimas amorosas” se han utilizado como “ayuda sexual” tanto en textos antiguos, clásicos y contemporáneos, pero sobre todo cuando los hombres perseguían a una mujer (Bellis y Hughes, 2004). La administración de opiáceos, setas alucinógenas u otros productos vegetales sin el conocimiento de la víctima se han practicado en los ritos de iniciación de ciertas sectas religiosas o de ciertas tribus (Cruz-Landeira, Quintela y López-Rivadulla, 2008). En realidad, dichas “pócimas” eran a menudo plantas u otras sustancias con propiedades psicoactivas destinadas a excitar o a desorientar a un individuo, y con frecuencia

eran administradas sin su conocimiento. Menos difusa y muy conocida es la relación histórica, en los dos sexos, entre el consumo de alcohol y la desinhibición sexual (Bellis y Hughes, 2004; Martin, 2001) y la costumbre de animar a beber alcohol a otra persona para aumentar las probabilidades de actividad sexual. En la actualidad, existen potencialmente muchas más sustancias disponibles que pueden inducir, de forma directa o indirecta, efectos sobre la conducta sexual que en cualquier otra época, del mismo modo, el acceso a ellas es relativamente fácil y el conocimiento de sus efectos empieza a estar muy extendido sobre todo gracias a la información colgada en la red y a la suministrada en las tiendas Grow & Smart Shops, quienes aportan además semillas y guías para el cultivo de algunas de ellas.

En la actualidad, la SQ en una de sus modalidades, el uso de Drogas como Facilitador del Asalto Sexual (DFAS) tiene una gran relevancia socio-sanitaria; este uso está ampliamente relacionado con la victimización sexual. Las DFAS son sustancias empleadas (sin el consentimiento de la víctima o bien presionándola para que consuma más de lo que tenía previsto) para dejar a ésta en estado semiconsciente y, por tanto, incapaces de oponerse a un ataque sexual, siendo el alcohol la principal DFAS (Butler y Welch, 2009) pero no la única (cocaína, ketamina, metanfetaminas, GHB, Benzodiacepinas, algunos inhalantes volátiles) (Slaughter, 2000). Del mismo modo se han descrito casos de robos a varones que buscaban sexo o los servicios de prostitutas (Lusthof, Lameijer y Zweipfenning, 2000; Trullàs, Nogué, Miró y Munné, 2003).

## **EPIDEMIOLOGÍA DE LAS DROGAS FACILITADORAS DE ASALTO SEXUAL Y SUMISIÓN QUÍMICA**

Diversos trabajos (Juhascik et al., 2007; Saint-Martin, Bouyssy, O'Byrne, 2007; Elliott, 2008) apuntan que es prácticamente imposible conocer el número real de casos que se producen, debido a las dificultades de las víctimas para recordar lo ocurrido o a las dificultades para detectar las sustancias, por sus corta permanencia en el organismo.

En Francia, en un estudio de Cheze, Duffort, Deveaux y Pepin (2005) de un año de duración realizado en París (junio 2003-mayo 2004), se registraron 128 casos sospechosos de SQ, de ellos 23, es decir, el 18%, se confirmaron analíticamente: zolpidem y clonazepam

fueron las sustancias identificadas con mayor frecuencia, seguidas de bromazepam, nordiazepam y midazolam. En raras ocasiones se detectaron otras benzodiacepinas y análogos, y en casi el 50% de los casos pudo constatarse el consumo previo por parte de la víctima de narcóticos, drogas de abuso o fármacos.

Según recoge el estudio de McGregor, Ericksen, Ronald, Janssen, Van Vliet, Schulzer (2004) efectuado en Canadá entre 1993 y 2002 registraron 1.594 casos de agresión sexual, de los que 246 (15,4%) se catalogaron como casos de SQ; el 95,5% de éstos correspondió a mujeres y el grupo de 15-19 años fue el de mayor riesgo. Según los autores, las chicas jóvenes menores de 20 años son particularmente vulnerables a esta forma de agresión sexual, por lo que es necesario crear programas de prevención específicos dirigidos a este grupo de población. En dicho estudio se observó además un progresivo incremento de los casos diagnosticados a partir de 1999, atribuible a varias causas:

- A la mayor información de las víctimas debido a la difusión creciente del tema en la prensa diaria.
- A la mayor formación del personal sanitario, que antes diagnosticaba como agresión común los casos de SQ.
- Posiblemente también a la mayor incidencia real por la mayor información de los asaltantes y el acceso a través de internet a drogas útiles para estos fines.

En Australia en los años 2003-2004, los casos de SQ supusieron el 17,5% de todos los casos de agresión sexual (Hurley, Parker y Wells, 2006). El 95% de las víctimas fueron mujeres y el 77% admitió consumo voluntario de alcohol (el 71% de éstos había consumido hasta 4 unidades de bebidas estándar). Hasta el 46% de las víctimas reconoció el consumo voluntario de psicofármacos (benzodiacepinas o antidepresivos, entre otros) y hasta un 25% admitió consumo de drogas recreativas. Estos datos ponen de manifiesto, según los autores, la escasa frecuencia de casos de SQ por exposición involuntaria a una sustancia química y el riesgo asociado al consumo voluntario de alcohol, fármacos y drogas.

En Gran Bretaña, el número de incidentes por violación en citas denunciadas en una asociación nacional The Roofie Foundation de carácter benéfico en el año 2003, pasó de 39 en 1990 a 935 en 2002; sólo uno de cada

ocho casos fue denunciado a la policía (Beynon, McVeigh, McVeigh, Leavey y Bellis, 2008).

Los estudios epidemiológicos de otros países indican que hasta un 17% de las agresiones sexuales podría catalogarse como casos de SQ por exposición involuntaria de la víctima a alguna sustancia psicoactiva. Un alto porcentaje de las víctimas admite el consumo voluntario previo de alguna sustancia (Cruz-Landeira et al., 2008).

En España se han encontrado muy pocos datos, no porque no los haya, sino posiblemente porque se ha investigado muy poco, si bien es cierto que cada vez en mayor medida; uno de estos estudios ha sido realizado por el departamento del Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses de Sevilla entre los años 2010 y 2012 en los que se sospechaba una posible SQ. Se realizó una investigación toxicológica encaminada a poner de manifiesto la presencia de alcohol etílico u otras sustancias psicoactivas determinando también la presencia de semen; como conclusión de los resultados obtenidos destacan que más de la mitad de los 73 casos estudiados presentaron resultados negativos, pudiendo considerar, a partir de la información sobre la víctima y los hechos y los resultados obtenidos, que únicamente tres de los sumarios se podrían catalogar como claros casos de SQ. Un estudio similar, también con carácter descriptivo y retrospectivo ha sido realizado por el Instituto de medicina legal de Alicante en el cuatrienio 2009-2012, de las 179 agresiones sexuales valoradas, en 19 casos existe una altísima probabilidad de posible DFAS (10,6%). La casi totalidad eran mujeres (95%), con edades comprendidas entre los 14-37 años. En la mayoría el agresor es un conocido (47%) y una sola persona (74%). La mayoría de las víctimas (68%) reseñaba un consumo previo voluntario de alcohol, solo o con otras sustancias psicoactivas, siendo el cannabis y la cocaína las drogas de abuso encontradas con mayor frecuencia. Se han detectado sustancias psicoactivas que la víctima refería no haber consumido voluntariamente el 47% de los casos, de los cuales en el 21% se encontró más de una; las sustancias detectadas corresponden a cocaína 26,3%, cannabinoides 15,8%, benzodiacepinas 15,8%, alcohol 10,5% y anfetaminas 5,3%. Si bien hay que tener constancia de que el tiempo transcurrido entre la agresión y la toma de muestras fue de 18,26 horas (Escayola y Vega, 2013).

Otro estudio descriptivo retrospectivo realizado por García-Caballero, Cruz-Landeira y Quintela (2014) a partir de los casos de agresiones sexuales relacionados con el consumo de sustancias químicas, remitidos durante los años 2010, 2011 y 2012 al Departamento del Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses de Madrid se detecta que de los 306 casos de agresión o abuso sexual remitidos, 107 (34,96%) han cumplido los criterios de inclusión como SQ. El perfil de la víctima es el de una mujer española o latinoamericana joven (edad media: 25,9 años), que admite consumo de alcohol previo al episodio, y que sufre de amnesia total o parcial de los hechos. El análisis toxicológico ha identificado: etanol (61,7%), fármacos (40,2%, esencialmente benzodiacepinas) y drogas ilícitas (27,1%, fundamentalmente cocaína), solas o en combinación.

En EE.UU., en un estudio en el que se registraron 1.179 casos se detectó una alta prevalencia de los casos positivos a alcohol, seguidos de cannabinoides, benzodiacepinas, anfetaminas y gammahidroxibutirato (GHB). En un alto porcentaje de casos la víctima había consumido voluntariamente alguna sustancia y el agresor, a menudo un conocido de aquélla, se había aprovechado de esa situación de debilidad (ElSohly y Salamone, 1999).

En EE.UU., concretamente California, se ha convertido en el primer estado que requiere que los estudiantes que viven en los campus de las universidades locales obtengan un consentimiento claro antes de tener relaciones sexuales. La ley SB-967 conocida como "Sí quiere decir Sí" y firmada por el gobernador de California Jerry Brown, define el consentimiento de tener sexo como un acuerdo voluntario y no como la falta de resistencia. El texto legal establece que debe de tener lugar un "acuerdo afirmativo, consciente y voluntario" para tener relaciones sexuales y que éstas se pueden interrumpir en "cualquier momento". El consentimiento puede transmitirse mediante un "sí" verbal o indicarse en forma no verbal. Según la legislación, una persona que está ebria o drogada, sin conocimiento o dormida no puede haber acordado mantener relaciones. Además señala que el consentimiento puede transmitirse mediante un "sí" verbal o indicarse en forma no verbal, pero la falta de resistencia o de objeción no pueden tomarse como consentimiento. La ley exige que las universidades que reciben fondos o ayuda del estado adopten la nueva normativa e informen a sus estudiantes sobre la

diferencia entre relaciones consentidas y el asalto sexual. También señala que “el silencio o ausencia de resistencia no constituye consentimiento y especifica que un acusado no puede alegar que había asumido que la víctima había dado su consentimiento cuando esta estaba ebria, drogada, inconsciente o dormida”.

En algunos países, por ejemplo Nueva Zelanda, también se considera violación con drogas cuando alguien las suministra a sabiendas y se aprovecha de su estado de semiinconsciencia para cometer actos sexuales (Jansen, 2004; New Zealand Herald, 2003). Sin embargo, a pesar de que casi toda la atención se ha centrado en el consumo de drogas ilegales en muchos países, lo cierto es que la sustancia más detectada, con diferencia, en esos casos de violación con drogas es el alcohol (ElSohly y Salamone, 1999).

#### **DROGAS, SEXO Y SALIR DE MARCHA: UNA RELACIÓN RECÍPROCA**

Salir a divertirse los fines de semana tanto para hombres como para mujeres tiene mucho que ver con el sexo y las drogas. De la misma forma buena parte de los escenarios, los locales o zonas donde se sale de marcha presentan un significado estético y cultural orientado a favorecer los encuentros, la interrelación y el sexo (Gilbert y Pearson, 2003; Calafat, Juan, Becoña, Mantecón y Ramón, 2009).

Sin lugar a dudas es en el contexto recreativo nocturno en el que producen la mayor parte de los consumos semanales siendo frecuente en este contexto de “salir de marcha” el policonsumo (Observatorio Español sobre Drogas, 2013), el cual está relacionado con un mayor número de relaciones sexuales (Calafat et al., 2009). Estos consumos son valorados positivamente por parte de los más jóvenes porque consideran estas sustancias como un instrumento facilitador de las relaciones sexuales (Sumnall, Beynon, Conchie, Riley y Cole, 2007); así en opinión de ambos sexos el papel del alcohol en una fiesta es clave para crear el ambiente adecuado (Østergaard, 2007).

En muchos casos el consumo de drogas va asociado a la búsqueda de distintos efectos a la hora de mantener relaciones sexuales: el alcohol es la sustancia que más valoración positiva recibe porque facilita el encuentro

sexual, involucrarse en experiencias más arriesgadas y aumenta la excitación; la segunda sustancia más valorada por los jóvenes es la cocaína porque permite prolongar la relación sexual (Calafat, Juan, Becoña y Mantecón, 2008).

Existe una gran variedad de publicaciones donde se analizan las posibles relaciones entre la adopción de conductas sexuales de riesgo y el consumo de sustancias (Lau, Tsui y Lam, 2007; Roberts y Kennedy, 2006; Antón-Ruiz y Espada, 2009); estudios como el de So, Wong y De Leon (2005) encontraron que un 23.8% de los jóvenes evaluados habían consumido alcohol antes del sexo alguna vez en su vida, y un 6% lo hacía en ese momento. Además, encontraron un 4.4% que consumía otros tipos de drogas antes del encuentro sexual y un 1.2% lo hacía en ese momento. Encontraron relaciones significativas entre el consumo de alcohol y otras drogas, y la adopción de conductas sexuales de riesgo. Calafat et al. (2009), encuentran que en relación con el consumo de alcohol, una gran mayoría (76,6%) ha tenido relaciones bajo sus efectos, por lo menos en alguna ocasión, y un 55,2% bajo los efectos de alguna droga ilegal.

En un estudio más reciente de Calafat et al. (2013) con 700 jóvenes mayoritariamente alemanes e ingleses que fundamentalmente pasan sus vacaciones en lugares turísticos de la costa mediterránea, el 1,5% de los mismos informaron haber tenido relaciones sexuales contra su voluntad durante sus vacaciones, ya sea a través de la fuerza física, la coacción o por encontrarse bajo los efectos del alcohol u otras drogas, no encontrando diferencias entre hombres y mujeres; es decir, las mujeres no tenían más probabilidades de haber tenido relaciones sexuales en contra de su voluntad que los hombres heterosexuales. Sin embargo, los hombres homosexuales o bisexuales tenían siete veces más probabilidades que los hombres o las mujeres de cualquier sexualidad heterosexuales de haber tenido relaciones sexuales contra su voluntad. El informe sugiere que las mujeres turistas borrachas pueden ser vistas como blancos fáciles tanto para los varones turistas como para los residentes en la zona.

En una investigación “intrasujeto” Isorna, Fariña, Sierra y Vallejo-Medina (2015), muestran como bajo los efectos del alcohol (y otras drogas) casi la totalidad de los sujetos presentamos un cambio considerable hacia las actitudes más favorables al uso de DFAS y las concupiscentias

Sexuales de Riesgo (CSR), siendo igualmente de positivas tanto para los chicos como para las chicas.

Mientras que en otros estudios se encuentran diferencias significativas entre la adopción de conductas de riesgo y el consumo de alcohol antes de mantener relaciones, no se encuentran relaciones significativas en el caso de consumo de otras drogas (Messiah, Bloch y Blin, 1998). Hingson et al. (2009) y Miller et al. (2007) coinciden en señalar que emborracharse está relacionado con diversas conductas negativas para la salud como ir en un coche que conduce alguien que ha bebido alcohol, accidentes de tráfico, peleas, fumar, mantener relaciones sexuales de riesgo y consumir otras drogas que no presentaban intención de consumirlas, lo que aumenta su nivel de intoxicación y merma sus capacidades psicofísicas.

Hay otros comportamientos relacionados con la sexualidad que también nos indican conductas de riesgo. Así el estudio de Calafat et al., (2009), destaca en primer lugar que un 7,3% ha pagado para tener relaciones sexuales, con diferencias significativas entre varones (14,3%) y mujeres (sólo el 0,9%) o bien les han pagado por mantener sexo con diferencias significativas nuevamente entre ambos sexos (6,7% varones, 0,4% mujeres). Sin embargo, no hay diferencias en haberse hecho un test de ETS (14,3% de la muestra) ni en haber intercambiado sexo por drogas (un 2,5%). En cambio, destaca de forma significativa que en esta muestra los de menos edad han sido pagados por aceptar una relación sexual alguna vez que los de más edad.

Por el contrario, otros trabajos defienden, que el consumo de alcohol y otras drogas no son causa directa de posteriores conductas sexuales de riesgo (Taylor, Fulop y Green, 1999).

Por lo general, muchas personas jóvenes pueden (o no) llegar a entender los efectos que el alcohol o las drogas tienen en su comportamiento sexual y, sin embargo, elegir consumirlos. Aunque para una minoría, cada vez más numerosa, el hecho de exponerse a unas sustancias que alteran su comportamiento sexual no es una elección. Sabemos que las drogas se están empleando, ocultamente y de modo escalonado, para dejar a unas víctimas semiinconscientes y, por ese motivo, incapaces de resistirse a un ataque sexual. La víctima, con frecuencia una mujer joven, manifiesta que estaba en una fiesta, una cena de trabajo o incluso en

casa de un amigo-conocido y que tras consumir una bebida perdió la conciencia. Cuando la recupera horas más tarde, está confusa, no recuerda lo que ha pasado en ese intervalo de tiempo y tiene la sensación de haber mantenido relaciones sexuales. El agresor, un varón, en un alto porcentaje de casos es un conocido. La detección de los casos de agresión sexual por SQ se ve dificultada por una serie de factores que confluyen, tales como el retraso en solicitar ayuda por parte de la víctima (facilita la eliminación del tóxico), las bajas dosis empleadas y la fácil confusión de este cuadro clínico con el de una intoxicación ética voluntaria (Cruz-Landeira et al., 2008). Muchos de estos delitos quedan sin denuncia, ya que la amnesia es frecuentemente un efecto secundario de varias drogas para la violación en citas (EMCDDA, 2002, 2003; Schwartz, Milteer y LeBeau, 2000). Los casos denunciados, sin embargo, suelen implicar la administración clandestina de sustancias como Rohipnol (y otras benzodiacepinas), GHB y ketamina mezcladas con las bebidas en los lugares de reunión (Schwartz et al., 2000). Por otro lado, la mayoría de víctimas nunca denuncia, en parte por el efecto amnésico de las sustancias, resultando así difícil evaluar el impacto real de las DFAS (Saint-Martin et al., 2007; Elliott, 2008).

En definitiva, los estudios muestran que un porcentaje importante de la población juvenil estudiada ha tenido prácticas de riesgo durante el último año, en las cuales las drogas están de forma significativa presentes. No se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre varones y mujeres, ni en la utilización de preservativos, ni en adoptar medidas de control de la natalidad, pero sí hay diferencias en que los varones tienen más relaciones bajo los efectos del alcohol y de las drogas ilegales en general (Calafat et al., 2009).

## DROGAS USADAS CON FINES DE SUMISIÓN QUÍMICA Y FACILITADORAS DEL ASALTO SEXUAL

Las sustancias empleadas habitualmente reúnen una serie de características que las hacen adecuadas para el fin que persigue el agresor, el asalto sexual, tal y como recogen Cruz-Landeira et al., (2008) y García-Repetto y Luisa-Soria (2011):

- Son fáciles de obtener, y entre ellas se encuentran el etanol, ciertos psicofármacos y sustancias ilegales de uso más frecuente. Por lo

que se refiere a su obtención, internet y las tiendas Smart & Grow Shops constituyen el medio más habitual para su adquisición e incluso las técnicas necesarias para su preparación (Dumestre-Toulet y Verstraete, 1998)

- Deben ser activas a dosis bajas, para permitir también que pasen inadvertidas.
- Son sustancias de acción rápida (para facilitar el control sobre la víctima e impedir que el cambio de las circunstancias pueda frustrar sus objetivos) y de corta duración (para no levantar sospechas).
- Producen síntomas poco claros, que pueden llevar a confundir el cuadro sintomatológico con una intoxicación etílica o algún trastorno orgánico que confunda al clínico y retrase el diagnóstico mientras la sustancia se elimina del organismo.
- La administración a la víctima debe ser discreta, habitualmente por vía oral, y añadida a bebidas alcohólicas, que son el vehículo idóneo porque permiten enmascarar el sabor y el color, al tiempo que potencian los efectos.
- Deben ser de difícil detección por la víctima, sin sabor, olor o color que delate su presencia.
- Suelen producir desinhibición, que constituye una ventaja para el agresor en el curso de la agresión sexual, ya que la víctima puede aceptar situaciones que hubiera considerado intolerables en un estado de conciencia normal.

Finalmente, tal y como recogen Gaulier, Fonteau, Jouanel y Lachâtre (2004) deben producir los efectos buscados por el agresor para tener a la víctima bajo su control, entre ellos figuran:

- Amnesia anterógrada: La amnesia es un efecto muy favorable para el agresor, ya que limita la información suministrada por la víctima (testimonio), al tiempo que retrasa (dificultando la toma precoz de muestras biológicas) o incluso algunas veces impide la denuncia del hecho delictivo (sobre todo cuando la amnesia se asocia a un sentimiento de culpa o vergüenza).
- Sedación para perturbar la capacidad de vigilia, de atención y de respuesta ante una agresión.
- Por lo general suelen producir efectos como desorientación temporal y espacial de la víctima,

con lo que muchas veces se invalida su testimonio (Schwartz et al., 2000).

### Cannabis

El cannabis lleva un largo tiempo vinculado a la conducta sexual y, al tratarse de la droga recreativa más empleada, se consume con frecuencia antes y después de practicar el sexo y puede ser utilizada como DFAS por parte del agresor/a. Se considera que aumenta el placer sexual al estimular la relajación y aumentar el sentido del tacto (Buffum, Moser y Smith, 1988). No obstante, las mismas propiedades relajantes pueden ir ligadas a niveles más bajos en la práctica de un sexo seguro vinculado al consumo de cannabis (Poulin y Graham, 2001).

### Cocaína

La cocaína tiene también una larga historia sexual y entre los consumidores de drogas recreativas tiene mucha fama de ser un afrodisíaco (Gay, Newmeyer, Perry et al., 1982) con propiedades que van desde la relajación hasta una completa desinhibición, además de ayudar a retrasar el orgasmo y, por consiguiente, a prolongar el sexo (Sumnall, Cole y Jerome, 2006). Algunas mujeres destacan especialmente estos efectos positivos, aunque la prolongación de la relación es a veces vista como un inconveniente, pues acaba siendo incómodo y por sus efectos y los de otras drogas pueden llevar a continuar practicando el sexo llegando incluso a ser doloroso y generar abrasiones genitales y, por ese motivo, aumentar el riesgo de transmisión de infecciones (Calafat, Juan, Becoña y Mantecón, 2008; Meneses, 2007).

### Anfetaminas y metanfetamina

Son muy valoradas por su capacidad de incrementar el deseo sexual e intensificar y prolongar el orgasmo (Buffum et al., 1988). Los usuarios de metanfetamina, un estimulante altamente asociado con la actividad sexual, con frecuencia tienen numerosas parejas sexuales y relaciones sexuales sin protección con más frecuencia que usuarios de otras drogas (Rawson, Washton, Domier y Reiber, 2002).

### El ácido oxíbico o GHB (gammahidroxibutirato)

Conocido en el argot, por un amplio número de nombres diferentes tales como "cherry meth", "Georgia Home Boy", "fantasia" ("fantasy"), "éxtasis líquido"

("liquide ecstasy"), "jabón" ("soap"), "scoop", "Líquido E" y "Líquido X". En algunos casos, los diferentes nombres pueden hacer pensar los propios consumidores que realmente no están tomando GHB (especialmente en el caso de denominaciones tales como éxtasis líquido). Es una droga de prescripción médica y no tiene los efectos del éxtasis, como se cree. Es relajante muscular, produce sensación de euforia y "felicidad" e induce al sueño profundo. Su abuso produce estados confusionales tan intensos, que los criminales la usan para someter a sus víctimas. Se le atribuyen afanasas propiedades afrodisíacas, en numerosos escenarios de vida nocturna, por sus efectos euforizantes, porque aumenta la sensación de sexualidad y porque relaja (Dillon y Degenhardt, 2001).

La forma principal de administración del GHB es por vía oral, en forma de solución líquida. Se absorbe muy rápidamente en el tracto intestinal y alcanza su máxima concentración en sangre a la media hora, aunque los primeros síntomas se comienzan a notar a los 5-10 minutos de su ingesta. La vida media en el organismo es corta, alrededor de una hora, por lo que sus efectos son breves (en dosis muy bajas). Se elimina principalmente en el hígado y sólo un 1% por la orina. La eliminación, al igual que la absorción, es muy rápida, a las 6 horas no se detecta concentración sanguínea y a las 10 horas no quedan ya restos en la orina (Dueñas, 1998; Jones, Holmgren, Ahlner, 2012). En cuanto a su uso como DFAS, una de las mayores dificultades estriba en su rápida eliminación, no es posible detectarla en sangre más allá de las 2-8 horas y de las 8-12h en orina; incluso en pacientes con la función hepática comprometida parece ser que es completamente eliminada entre las 4-6 horas post-ingesta (Landabaso y Gutiérrez, 2003).

### **MDMA o "éxtasis"**

La MDMA ha llegado a ser popularmente conocida como "éxtasis" (acortado a "E", "X" o "XTC"), y otros nombres como "rola", "Adam" "pasti" o "la droga del amor". El éxtasis lleva algún tiempo presentándose, al igual que otras drogas, como una sustancia potenciadora del deseo sexual y por lo tanto usada con fines de DFAS (Jones et al., 2012). El éxtasis, por sus efectos, puede inducir euforia, una sensación de empatía con los demás, y la disminución de la ansiedad. A su vez produce una pérdida de la timidez, volviendo al individuo más extrovertido, una sensación de alegría absoluta y de

hiperactividad, así como un aumento de la actividad cerebral, además de aumentar la sensación de fuerza física y de hecho aumenta la resistencia al cansancio- se asoció antes a las propiedades sensuales que a las sexuales y adquirió fama de estimular los sentimientos táctiles y de empatía de los consumidores, pero no forzosamente su sexualidad (Measham, 2002). Sin embargo, esa imagen del éxtasis puede estar relacionada con la aparición de muchas ETS, y consecuentemente, a una práctica despreocupada del sexo (Zule y Desmond, 1999). La imagen social de esta droga entre los más jóvenes *"aumenta el deseo sexual, la excitación y retrasos en el orgasmo"* podría haber ayudado a extender el éxtasis entre una juventud muy interesada en mantener relaciones sexuales pero poco preocupada por la transmisión de las ETS (Frosch, Shoptaw, Huber y Ling, 1996).

### **Alcohol**

El alcohol es la sustancia más empleada para alterar el comportamiento sexual. Los dos性 consumen alcohol para adquirir confianza en el momento de acercarse e interactuar con potenciales parejas sexuales (Abrahamson, 2004). El alcohol puede emplearse como un desinhibidor temporal que despierte el deseo sexual en los individuos que de otro modo serían más cautos. Al igual que otras drogas, el alcohol posee propiedades de desinhibición y amnésicas que permiten a los individuos olvidar sus acciones o las consecuencias de éstas antes, durante y después de la actividad sexual; cuando los jóvenes se emborrachan, se duplican sus probabilidades de practicar sexo desprotegido (Calafat et al., 2009). A pesar de ello, la naturaleza legal del alcohol y de su publicidad, aunque sea engañosa, implica que las compañías de bebidas pueden exagerar y atribuirle propiedades casi "mágicas" como prometer mayor éxito en las relaciones con el otro género.

Utilizar el alcohol como DFAS en citas implica que unos individuos empujen a otros a beber mucho más de lo que desean, para lograr que entren en un estado de sumisión química, requiriendo disimuladamente para ellos mayores cantidades de alcohol o añadiendo licores adicionales a las bebidas ya existentes. A pesar de todo, sólo el alcohol puede producir desinhibición, episodios amnésicos y pérdida de conciencia, y, como la mayoría de los individuos beben alcohol cuando se relacionan entre sí, es difícil distinguir lo que se ha administrado de forma

encubierta y lo que se ha consumido voluntariamente. Hay autores (Measham, 2002) que defienden que la mujer cuando busca la intoxicación lo hace "controlando la pérdida de control"; sea como fuere, en ocasiones, junto a la presencia de alcohol también es común observar restos de otras drogas (cocaína, ketamina, metanfetaminas, GHB, Benzodiacepinas, algunos inhalantes volátiles) (Slaughter, 2000; Scott-Ham y Burton, 2006).

La posible y engañosa relación entre el alcohol y el sexo se ha ido sugiriendo a través de la publicidad, se ha ido transmitiendo un mensaje que intenta hacer creer que el consumo de alcohol aumenta el atractivo sexual del consumidor y su habilidad social (Eurocare, 2001). No obstante, mientras consumir pequeñas cantidades de alcohol puede aumentar la confianza del individuo, consumir grandes cantidades suele hacerlo vulnerable a mantener conductas sexuales no deseadas y volverlo incapaz de gestionar un sexo seguro (Johnson y Stahl, 2004). Rawson, Washton, Domier y Reiber (2002) detectan que los varones consumidores de alcohol presentan unas expectativas significativamente mayores que de las mujeres sobre un potencial aumento en el deseo sexual bajo sus efectos y también presentan más probabilidades de tener relaciones sexuales con alguien que no sea su pareja mientras están que bajo la influencia del mismo.

### **Benzodiazepinas e hipnóticos**

Son medicamentos -benzodiazepinas (flunitrazepam, lorazepam...)- hipnóticos (zopiclona, zolpiden...), neurolépticos, sedantes o anestésicos- utilizados como DFAS y que normalmente son diluidos en la bebida alcohólica de la víctima que las acaba ingiriendo de forma involuntaria provocándole somnolencia, quedando la víctima en total estado de inconsciencia (Beynon et al, 2008; Jones et al., 2012).

### **Estramonio**

Datura stramonium es una planta herbácea muy común que puede rebasar el metro de altura. Florece al final de la primavera con flores blancas de cáliz tubuloso y fruto espinoso con semillas negruzcas. Se consiguen directamente en el campo, cultivándolas o comprándolas en las Smart shops. Contienen alcaloides como atropina, hiosciamina y escopolamina. Usada desde la antigüedad por sus efectos alucinógenos; por sus propiedades se ha utilizado como pócima mágica en rituales de carácter

sexual. El consumo de hongos y plantas alucinógenas se ha popularizado como drogas de abuso con fines DFAS (Schwartz et al., 2000).

### **Ketamina**

La ketamina ("La Keta", "K", "la K Especial" y "cat valium") es un anestésico disociativo desarrollado en 1963 para reemplazar al PCP y actualmente utilizado en anestesia humana y medicina veterinaria. Se trata de un agente anestésico no volátil y que en 1965 los laboratorios Parke & Davis la comercializan como anestésico con los nombres de ketalin®, de ketalar® y ketina® para uso humano y de ketase® para uso veterinario. La ketamina se presenta como un líquido translúcido y es un derivado liposoluble de la fenciclidina (PCP). En el mercado ilícito, la ketamina puede presentarse de muchas otras formas: líquido incoloro, polvo blanco (cristales blancos), comprimidos o cápsulas, por lo que es posible utilizarla por distintas vías de administración: intravenosa, intramuscular (líquido), rectal (líquido), nasal (polvo), pulmonar «fumada» (polvo) y oral (líquido, comprimido, cápsulas) (Royo-Isach, Magrané, Domingo y Cortés, 2004).

La ketamina no tiene olor ni sabor, por lo que se puede añadir a las bebidas sin que se detecte, e induce amnesia. Debido a estas propiedades, a veces la droga se le da a víctimas que no lo sospechan y se utiliza en la realización de asaltos sexuales y es una de las drogas utilizadas como DFAS (Hidalgo, 2002; Jones et al., 2012).

### **La escopolamina o "burundanga"**

Un alcaloide extremadamente tóxico que se obtiene de algunas solanáceas. Se usa en medicina en dosis mínimas para tratar los mareos, pero una dosis mayor a 330 microgramos causa delirio, psicosis, parálisis y muerte. Por sus propiedades narcóticas, también se usa para inducir el sueño colocando flores debajo de la almohada. Debido a que hace perder la voluntad, es muy usada por los delincuentes para robar y también para perpetrar el asalto sexual bajo un estado de sumisión química (Gonzales, 2010). Sin embargo, y en contraste con leyendas urbanas en ocasiones amplificadas con alarmismo por los medios de comunicación, no se ha demostrado la existencia de un uso extendido de la burundanga (Xifró, Barbería y Pujol, 2014).

## Nitrito de amilo “poppers”

El nombre “poppers” es onomatopéyico, derivado del ruido que se producía al romper la ampolla que contenía el amil nitrito (Macher, 2010). Esta droga se inhala directamente, tras lo cual se experimenta una especie de ráfaga en la cabeza que dura dos o tres minutos. Se usan para causar una euforia transitoria y como excitantes de los órganos sexuales. Entre sus efectos secundarios, hay quienes acusan una sensación de desmayo, mareo excesivo y fragilidad, en especial si se intenta realizar un gran esfuerzo. Si entra en contacto con la piel, llega a irritarla –o quemarla–. Es un producto altamente inflamable y puede producir fuertes jaquecas. Los tarros de poppers se venden como aromatizantes en algunos sex-shops, clubes privados o bares. En muchos casos dificulta la erección. Si el uso de poppers se acompaña con el de inhibidores de la fosfodiesterasa (Viagra®, Levitra® o Cialis®) puede formarse una combinación letal (Macher, 2010).

En los juegos preliminares, los nitratos tienen un efecto de desinhibición. Contribuyen a la relajación muscular, disminuyen la percepción del dolor y, por tanto, facilitan la penetración anal. Seguramente esto ha contribuido a que su uso sea más común entre homosexuales –aunque no exclusivamente-. Al relajar los esfínteres y dada la vasodilatación producida, aumenta el riesgo de infecciones durante el coito, especialmente el de tipo anal (Romanelli, Smith, Thornton y Pomeroy, 2004).

Cuando se inhalan antes del orgasmo, se puede experimentar una sensación de euforia, de desinhibición en los movimientos y las vocalizaciones, así como una percepción de que el orgasmo se prolonga y se intensifica. Se pueden llegar a ver patrones de distintas formas y colores que cambian rápidamente.

## EXAMEN CLÍNICO

La sospecha diagnóstica ante casos de agresión sexual que se ajusten al patrón relatado con anterioridad es esencial para su detección, ya que el retraso en dicha sospecha limita sustancialmente la posibilidad de éxito, debido a la rápida eliminación de las sustancias de uso de este medio biológico para este tipo de casos y las bajas dosis empleadas. Todo el personal sanitario de los

servicios de urgencias que pueden atender a las víctimas de este tipo de agresión deberían conocer el protocolo de actuación en estos casos (Bernard, 2008; Vega, 2012; Xifró et al., 2013), ya que será de especial importancia el cuidadoso examen físico y la descripción detallada de todos los hallazgos, así como la toma y conservación de las muestras de material biológico (orina, sangre y cabello) las que, de considerarse necesario, y ser solicitado por una autoridad competente, pudieran someterse a estudios toxicológicos y biológicos. En estos casos, será muy útil la conservación de las prendas de vestir de la persona examinada por las evidencias que pudieran aportar. Se recomienda obtener muestras tanto de sangre como de orina dentro de las 48 h desde los hechos. Entre las 48 y las 168 h (7 días) se recomienda obtener muestra de orina. Si la persona es reconocida más allá de los 7 días tras los hechos se recomienda el análisis del cabello y también cuando no se dispone de muestras de sangre ni de orina; se aconseja la obtención de una muestra de cabello en el momento del primer reconocimiento y de una segunda muestra 6 semanas después (Xifró et al., 2013).

En el momento del examen clínico en el servicio de urgencias, los síntomas son inespecíficos, habitualmente neurológicos, y la anamnesis es complicada por la angustia, la amnesia y el estado de aturdimiento en el que se encuentra el paciente, la cual expresa enunciados del tipo: “No recuerdo nada de lo que pasó”, “Siento que me dieron algo”, “Siento que algo me pasó”, “Estaba tomando y me empecé a sentir más mareada(o) de lo usual”, “Recibí una bebida y no recuerdo nada más”, “Me desperté sin ropa” o “Me desperté con la ropa mal puesta”, “Me pusieron un trapo en la boca”, “Me desperté en un lugar que no conocía”, “Me desperté con un desconocido”, “Cuando me desperté me estaban violando”. Por ello, el personal sanitario que atiende a estas víctimas debe conocer las características fundamentales de este cuadro para prestarles una atención adecuada. Las manifestaciones clínicas más características son: la amnesia parcial o total, el nistagmus, el ojo rojo, el aliento alcohólico, la dismetría, las alteraciones en el lenguaje, la alteración del estado de conciencia, la midriasis, la ataxia y la desorientación. Es fundamental su papel en la rápida y adecuada obtención de las muestras biológicas imprescindibles para el análisis toxicológico (sangre, orina y cabello) y en su envío, garantizado la cadena de custodia, a un laboratorio especializado en este tipo de análisis.

El examen genital en el caso femenino, comprende el examen de las mamas, la inspección de la vulva, labios mayores y menores, la descripción de eventuales lesiones traumáticas y la descripción del himen o sus restos, consignando su forma, las características de los bordes, eventuales lesiones traumáticas recientes o antiguas, descritos según el símil con la esfera del reloj (Montoya et al., 2004).

En todo caso conviene tener presente que la persona reconocida puede percibir las preguntas acerca del consumo voluntario como un cuestionamiento de su credibilidad; si procede se debe explicar que los análisis en sangre y orina detectan alcohol, así como drogas y medicamentos, y que por este motivo es necesario precisar lo que ha tomado de manera voluntaria, y en qué cantidad, para poderlo distinguir de lo que le puede haber sido administrado a escondidas (Xifró et al., 2013).

## CONCLUSIONES

El panorama que emerge del conjunto de publicaciones españolas en cuanto a la SQ en general y la sumisión química con finalidad sexual (SQFS) en particular es semejante al de los países de nuestro entorno, se calcula que hasta un 17% de las agresiones sexuales podrían catalogarse como casos de SQ por exposición involuntaria de la víctima a alguna sustancia psicoactiva. En contraste con leyendas urbanas en ocasiones amplificadas con alarmismo por los medios de comunicación, no se ha demostrado la existencia de un uso extendido de ninguna sustancia concreta, y en particular de las llamadas *date-rape drugs* o «drogas de los violadores» como el GHB o la «burundanga» (escopolamina) (Cruz-Landeira et al., 2008).

Los datos disponibles hasta la fecha sugieren que la SQ sigue siendo un fenómeno relativamente infrecuente y de características criminológicas propias (Beynon et al., 2008). De todas formas, la comisión de un delito sobre una víctima cuyas capacidades se hallan disminuidas por el consumo voluntario (o no) de alcohol, drogas, o psicofármacos, ha emergido como un problema de salud pública que la población debe conocer (Frison, Favretto, Tedeschi y Ferrara, 2003). En cualquier caso, la sospecha de SQ debe dar lugar a una respuesta forense protocolizada y en este aspecto la situación en España ha

experimentado una mejora sustancial en los últimos años.

El DFAS es el reflejo de algunos de los cambios que se están viviendo en nuestra sociedad en los últimos años y que son claves para explicar los nuevos patrones de consumo de drogas y de problemas derivados de dicho consumo entre los más jóvenes (embarazos no deseados, accidentes de tráfico, enfermedades de transmisión sexual, etc.) (Becoña et al., 2011). Este contexto de diversión, extendido en todo el territorio nacional, lo han denominado como “Modelo de Diversión Hegemónico” (Calafat et al., 2004), caracterizado por importantes consumos de alcohol y drogas y por mantener relaciones sexuales con parejas diferentes (Bellis, Hale, Bennet, Chaves y Kilfoyle, 2000). Esta forma de diversión nocturna surge en las zonas turísticas y rápidamente se ha extendido a otros puntos de nuestro país. A pesar de ser un fenómeno relativamente reciente no podemos olvidar su relevancia ya que estamos padeciendo en la actualidad algunas de las consecuencias negativas derivadas del mismo (accidentes de tráfico, embarazos no deseados o el incremento de las enfermedades de transmisión sexual y por supuesto la sumisión química). De aquí, la necesidad de diseñar intervenciones preventivas específicas para este ámbito debido a las importantes consecuencias negativas que se están produciendo (Calafat, Juan y Duch, 2009).

Los estudios como el de McGregor, Ericksen, Ronald, Janssen, Van Vliet, Schulzer (2004) y Elliott (2008) reflejan la necesidad de trabajar en prevención e información de potenciales víctimas como son las chicas jóvenes menores de 20 años, las cuales son particularmente vulnerables a esta forma de agresión sexual, por lo que es necesario crear programas de prevención específicos dirigidos a este grupo de población y del mismo modo trabajar también en formación con el personal sanitario, ya que una adecuada y temprana toma de muestras son factores claves a la hora de confirmar el diagnóstico, y que las sustancias detectadas, lícitas e ilícitas, pertenecen a un patrón de consumo frecuente en nuestra sociedad. No debemos olvidar que el 100% de los casos de violencia sexual con violencia y en al menos 2/3 partes de los demás casos, se evidencian reacciones emocionales considerables, especialmente miedo, depresión y rabia que llevan a estas mujeres a presentar cambios significativos en sus estilos de vida (Shapland, 1990).

Aun así, debido a las dificultades ya mencionadas, no todos los casos sospechosos de SQ serán confirmados analíticamente; la toxicología de momento no puede discernir el consumo voluntario del involuntario y sobre todo cuando la sustancia causante del cuadro es asiduamente consumida por la propia víctima.

## REFERENCIAS

- Antón-Ruiz, F. & Espada, J. (2009). Consumo de sustancias y conductas sexuales de riesgo para la transmisión del VIH en una muestra de estudiantes universitarios. *Anales de psicología*, 25(2), 344-350.
- Becoña, E.; López-Durán, A.; Fernández , E., Martínez, U., Osorio, J., Fraga, J.; Arrojo, M.; López Creciente, F. & Domínguez, N. (2011). Borracheras, conducción de vehículos y relaciones sexuales en jóvenes consumidores de cocaína y éxtasis. *Adicciones*, 23(3), 205-218.
- Bellis, M. A. & Hughes, K. (2004). Pociones sexuales. Relación entre alcohol, drogas y sexo. *Adicciones*, 16(4), 249-258.
- Bellis, M. A., Hale, G., Bennet, L. A., Chaves, M. & Kilfoyle, M. (2000). Ibiza uncovered: Changes in substance use and sexual behaviour among young people visiting an international night-life resort. *International Journal of Drug Policy*, 11, 235-244.
- Bernard, M. (2008). Current clinical aspects of drug-facilitated sexual assaults in sexually abused victims examined in a forensic emergency unit. *Ther Drug Monitor*, 30, 218-224.
- Beynon, C.M., McVeigh, C., McVeigh, J., Leavey, C. & Bellis MA. (2008). The involvement of drugs and alcohol in drug facilitated sexual assault. *Trauma Violence Abuse*, 9, 178-188.
- Buffum, J., Moser, C. & Smith, D. (1988). Street drugs and sexual function. In Sitsen JMA. *Handbook of Sexology*. Volume VI. The pharmacology and endocrinology of sexual function. Amsterdam. Elsevier.
- Butler, B. & Welch, J. (2009). Drug-facilitated sexual assault. *CMAJ*, 180(5), 493-494. doi: 10.1503/cmaj.090006
- Calafat, A., Fernandez, C., Juan, M., Anttila, A., Bellis, M., Bohrn, K.,... Zavatti, P. (2004). Cultural mediators in hegemonic night life. Palma de Mallorca: Irefrea.
- Calafat, A., Hughes, K., Blay, N., Bellis, M., Mendes, F., Juan, M., Lazarov et al., (2013). Sexual Harassment among Young Tourists Visiting Mediterranean Resorts. *Arch Sex Behav*, 42, 603-613. DOI 10.1007/s10508-012-9979-6.
- Calafat, A., Juan, M., & Duch, M. A. (2009). Intervenciones preventivas en contextos recreativos nocturnos: revisión. *Adicciones*, 21, 387-414.
- Calafat, A., Juan, M., Becoña, E. & Mantecón, A. (2008). Qué drogas se prefieren para las relaciones sexuales en contextos recreativos. *Adicciones*, 20, 37-47
- Calafat,A., Juan, M., Becoña, E., Mantecón, A. & Ramón, A. (2009). Sexualidad de riesgo y consumo de drogas en el contexto recreativo. Una perspectiva de género. *Psicothema*, 21(2), 227-233.
- Cheze, M., Duffort, G., Deveaux, M. & Pepin G. (2005). Hair analysis by liquid chromatography-tandem mass spectrometry in toxicological investigation of drug-facilitated crimes: report of 128 cases over the period June 2003-May 2004 in metropolitan Paris. *Forensic Sci Int*, 153, 3-10.
- Cruz-Landeira, A., Quintela-Jorge, O. & López-Rivadulla, M. (2008). Sumisión química: epidemiología y claves para su diagnóstico. *MedClin (Barc)*.131(20), 783-789.
- Dillon, P. & Degenhardt, L. (2001). Ketamine and GHB: new trends in club drug use?. *Journal of Substance Use*, 6(1), 11-15. doi/pdf/10.1080/146598901750132045.
- Dueñas, A. (1998). Ácido gamma-hidroxibutírico ó éxtasis líquido ¿la intoxicación que viene? *Med Clin.*, 111, 24-26.
- Dueñas, A. (1999). Intoxicaciones agudas en medicina de urgencia y cuidados críticos. Barcelona: Masson.
- Dumestre-Toulet, V. & Verstraete, A. (1998) Hallucinogènes et Internet ou le cyber space psychédélique. *Toxicorama*, 10, 98-105.
- Elliott, S. (2008). Drug-facilitated sexual assault: educating women about the risks. *Nurs Womens Health*, 12, 30-37.
- ElSohly, M. & Salamone, S. (1999). Prevalence of drugs used in cases of alleged sexual assault. *J Anal Toxicol*, 23, 141-146.
- EMCDDA (2002). Report on the risk assessment of GHB in the framework of the joint action on new synthetic drugs. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Union.
- EMCDDA (2003). Annual Report 2003: The state of the drugs problem in the European Union and Norway. Lisbon: EMCDDA.
- Escayola, N & Vega, C. (2013). Agresiones sexuales facilitadas por sustancias psicoactivas, detectadas en el instituto de medicina legal de Alicante en el cuatrienio 2009-2012. *Gaceta internacional de ciencias forenses*, (8), 8-15.
- Estébanez, P., Fitch, K. & Najera, R. (1991). VIH y prostitución. *Pub of SEISIDA*, 2, 425-432.
- Eurocare (2001). Marketing alcohol to young people. St Ives: Eurocare.
- Frison, G., Favretto, D., Tedeschi, L. & Ferrara SD. (2003). Detection of thiopental and pentobarbital in head and pubis hair in a case of drug-facilitated sexual assault. *Forensic Sci Int*, 133, 171-4.
- Frosch, D., Shoptaw, S., Huber, A. & Ling, W. (1996).Sexual HIV risk among gay and bisexual male methamphetamine abusers. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 13, 483-486.
- García-Caballero, C., Cruz-Landeira, A. & Quintela, O. (2014). Sumisión química en casos de presuntos delitos contra la libertad sexual analizados en el Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses (Departamento de Madrid) durante los años 2010, 2011 y

## DROGAS FACILITADORAS DE ASALTO SEXUAL Y SUMISIÓN QUÍMICA

2012. *Revista Española de Medicina Legal*, 40(1),11-18.
- García-Repetto, R. & Soria, M.L. (2014). Consideraciones toxicológicas sobre supuestos casos de sumisión química en delitos de índole sexual en el sur de España entre los años 2010-2012. *Revista española de medicina legal*, 40(1), 4-10.
- García-Repetto, R. y Soria, M.L. (2011). Drug-facilitated crime: A challenge for the forensic toxicologist. *Revista Española de Medicina Legal*, 37(3), 105-112. DOI:10.1016 / S0377-4732 (11) 70072-4
- Gaulier, J., Fonteau, F., Jouanel, E. & Lachâtre, G. (2004) Les substances de la soumission chimique: aspects pharmacologiques et analytiques. *Ann Biol Clin.*, 62, 529-538.
- Gay, G.R., Newmeyer, J.A., Perry, M. et al. (1982). Love and haight: The sensuous hippy revisited. *Drug/sex practices in San Fransisco, 1980-81. Journal of Psychoactive Drugs*; 14, 111-123.
- Gilbert, J. & Pearson, E. (2003). Cultura y políticas de la música dance. Disco, hip-hop, house, techno, drum'n'bass y garage. Barcelona: Paidós.
- Gonzales, P. (2010). La Escopolamina. *Revista de Química PUCP*, 24(1),11-13.
- González, T. et al., (2005). Drogas y sexualidad: grandes enemigos. *Rev Cubana Med Gen Integr.*, 21, 5-6.
- Hidalgo, E. (2002). Revisión del uso recreacional de la ketamina. *Adicciones*, 14(2),177-189.
- Hurley, M, Parker H. & Wells D. (2006). The epidemiology of drug facilitated sexual assault. *J Clin Forensic Med.*, 13, 181-185.
- Isorna, M. Fariña, F., Sierra, J.C., & Vallejo-Medina, P. (2015). Binge drinking: conductas sexuales de riesgo y drogas facilitadoras del asalto sexual en jóvenes españoles. *Suma Psicológica*, 22(1), 1-8.
- Jansen, K. (2004). Ecstasy (MDMA), other club drugs and drug-facilitated sexual assault. *Proceedings. Club Health 2004, April 18th-20th 2004, Melbourne, Australia.*
- Johnson, T.J. & Stahl, C. (2004). Sexual experiences associated with participation in drinking games. *The Journal of General Psychology*, 131, 304-320.
- Jones, A., Holmgren, A. & Ahlner, J. (2012). Toxicological analysis of blood and urine samples from female victims of alleged sexual assault. *Clinical Toxicology*, 50(7), 555-561. doi:10.3109/15563650.2012.702217.
- Juhascik, M., Negrusz, A., Faugno, D., Ledray, L., Greene, P., Lindner, A., Haner, B. & Gaensslen, RE. (2007). An estimate of the proportion of drug facilitation of sexual assault in four U.S. localities. *J Forensic Sci* 2007;52:1396-1400.
- Landabaso, M y Gutiérrez, M.(2003). Aproximación terapéutica al uso y abuso de drogas recreativas. *Adicciones*, 15, (2), 347-351.
- Lusthof, K.J, Lameijer, W. & Zweipfenning, P. (2000). Use of clonidine for chemical submission. *ClinToxicol.*, 38, 329-332.
- Macher, A.M. (2010). Abuse of club drugs volatile nitrites. *American Jails*, 24(4), 63-70.
- Martin, L. (2001). Alcohol, sex and gender in late medieval and early modern Europe. Palgrave: New York.
- McGregor, M., Ericksen, J., Ronald, L., Janssen, P., Van Vliet, A. & Schulzer, M. (2004). Rising incidence of hospital reported drug-facilitated sexual assault in a large urban community in Canada. Retrospective population-based study. *Can J Public Health*, 95, 441-445.
- Measham, F. (2002). Doing gender-doing drugs. Conceptualising the gendering of drug cultures. *Contemporary Drug Problems*, 29, 335-373.
- Meneses, C. (2007). Consecuencias del uso de cocaína en las personas que ejercen la prostitución. *Gaceta Sanitaria*, 21(3), 191-196.
- Messiah, A., Bloch, J. y Blin, P. (1998). Alcohol or drug use and compliance with the safe sex Guidelines for STD/HIV Infection: results from ACSF among heterosexuals. *Sexually transmitted diseases*, 25 (3), 119-124.
- Montoya D. et al., (2004). Peritaje médico legal en delitos sexuales: una pauta práctica para su trabajo. *Rev Chil Obstet Ginecol*, 69(1).
- New Zealand Herald (2003). Restauranteur found to have sexually violated young men. 22nd November 2003.
- Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (2013). Informe 2013. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Østergaard, J. (2007). Mind the gender gap! When boys and girls get drunk at a party. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 24, 127-145.
- Peugh, J. & Belenko, S. (2001). Alcohol, Drugs and Sexual Function: A Review. *Journal of Psychoactive Drugs*, 33(3), 223-232. DOI: 10.1080 / 02791072.2001.10400569.
- Poulin, C. & Graham, L. (2001). The association between substance use and unplanned sexual intercourse and other sexual behaviors among adolescents. *Addiction*, 96, 607-621.
- Poyer, B., Rodor, F., Jouve, M.H., Galland, M., Lots, R., & Jouglard, J. (1982). Amnésie et troubles comportementaux d'apparition délictuelle sur venue après ingestion de benzodiazepines. *Thérapie*, 37, 675-678.
- Rawson, R., Washton, A., Domier, C. & Reiber, C. (2002). Drugs and sexual effects: role of drug type and gender. *Journal of Substance Abuse Treatment* 22, 103-108.
- Roberts, S. T. & Kennedy, B. (2006). Why are young college women not using condoms? Their perceived risk, drug use, and developmental vulnerability may provide important clues to sexual risk. *Archives of Psychiatric Nursing*, 20(1), 32-40.
- Romanelli, F., Smith, K., Thornton, A., & Pomeroy, C. (2004). Poppers: epidemiology and clinical management of inhaled nitrite abuse. *Pharmacotherapy*, 24(1), 69-78.
- Royo-Isach, J., Magrané, M., Domingo, M. & Cortés. B. (2004). La «keta»

(ketamina): del fármaco a la droga de abuso. Clínica biopsicosocial del consumidor y algunas propuestas terapéuticas. *Aten Primaria*, 34(3), 147-51.

Saint-Martin, P., Bouyssy, M. & O'Byrne, P. (2007). Analysis of 756 cases of sexual assault in Tours (France): medico-legal findings and judicial outcomes. *Med Sci Law*, 47, 315-324.

Saint-Martin, P., Furet, Y., O-Byrne, P., Bouyssy, M., Paintaud, G. & Autret-Leca, E. (2006). La soumission chimique: une revue de la littérature. *Thérapie*, 61, 145-50.

Schwartz, R., Milteer, R. & LeBeau, M. (2000). Drug-facilitated sexual assault (date rape). *South Med J.*, 93, 558-561.

Shapland, J. (1990) The Victims Movement in Europe. *Victims of Crime. Problems, policies and Programs*. Ed. R. Davis, A.J. Lurigio y W.G. Slogan, Sage. Londres.

Slaughter, L. (2000) Involvement of drugs involved in sexual assault. *Journal of Reproductive Medicine*, 45, 425-430.

So, D.W., Wong, F.Y. & DeLeon, J.M. (2005). Sex, HIV, and substance use among Asian American college students. *AIDS Education and Prevention*, 17 (5), 457-468.

Sumnall, H. R., Beynon, C. M., Conchie, S. M., Riley, S. C. & Cole, J. C. (2007). An investigation of the subjective experiences of sex after alcohol or drug intoxication. *Journal of Psychopharmacology*, 21, 527-537.

Sumnall, H. R., Cole, J. C. & Jerome, L. (2006). The varieties of ecstatic experience: an exploration of the subjective experiences of ecstasy. *Journal of Psychopharmacology*, 20, 670-682.

Trullàs, J.C., Nogué, S., Miró, O. & Munné, P. (2003). Uso criminal de psicofármacos. A propósito de un brote de 4 casos. *Med Clin (Barc)*, 121, 79.

Vega, P. (2012.). Instrucciones de actuación en casos de agresión sexual con sospecha de intoxicación. Madrid: Ministerio de Justicia; 2012 [consultado 16 Nov 2014]. Disponible en: <http://institutodetoxicologia.justicia.es>

Xifró, A., Barbería, E. & Pujol, A. (2014). Sumisión química con finalidad sexual en el laboratorio forense: datos de España. *Revista española de medicina legal*, 40(1), 1-3.

Xifró, A., Barbería, E., Pujol, A., Arroyo, A., Bertomeu, A. & Montero, F. (2013). Sumisión química: guía de actuación médico-forense. *Rev Esp Med Legal*, 39(1), 32-36.

Zule, W. A., & Desmond, D. P. (1999). An ethnographic comparison of HIV risk behaviors among heroin and methamphetamine injectors. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 25, 1-23.