

**HALLAZGOS CLINICOS DEL ABUSO SEXUAL EN MENORES DE EDAD EN CASOS
REPORTADOS EN EL INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS
FORENSES PASTO, 2014 - 2018**

**HERNANDEZ ORBES JOSE ALFREDO
JIMENEZ CELIN JORGE MARIO
MARTINEZ RODRIGUEZ DEIVY JEFFERSON
MORENO ESCOBAR IVONNE SANTINA**

**FUNDACION UNIVERSITARIA SAN MARTIN
FACULTAD DE MEDICINA
SAN JUAN DE PASTO
2018**

**HALLAZGOS CLINICOS DEL ABUSO SEXUAL EN MENORES DE
EDAD EN CASOS REPORTADOS EN EL INSTITUTO NACIONAL DE
MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES PASTO, 2014 - 2018**

**HERNANDEZ ORBES JOSE ALFREDO
JIMENEZ CELIN JORGE MARIO
MARTINEZ RODRIGUEZ DEIVY JEFFERSON
MORENO ESCOBAR IVONNE SANTINA**

Trabajo de grado presentado como requisito para optar el título de Médico
General

Asesor Científico: **Dr. Miguel Darío Martínez**
Asesor metodológico: **Dr. Andrés Salas Zambrano**
Asesor estadístico: **Dr. Leonel Delgado**

**FUNDACION UNIVERSITARIA SAN MARTIN
FACULTAD DE MEDICINA
SAN JUAN DE PASTO
2018**

DEDICATORIA

Dedico esta tesis principalmente a dios por y por haberme dado salud para lograr mis objetivos. Y por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudios.

A Mis padres por darme la vida y por ser el pilar fundamental en todo lo que soy, por haberme apoyado en cada momento, por sus consejos, por su motivación constate que me ha permitido tener más fuerza para seguir logrando mis metas. Gracias por darme una carrera para mi futuro y creer en mí, a un que hemos pasado momentos difíciles siempre han estado apoyándome, por todo esto les agradezco con todo mi corazón, todo esto se los debo a ustedes.

A mis hermanas gracias por estar apoyándome siempre para continuar y seguir con mi camino, por estar conmigo compartiendo momentos agradables y momentos tristes por siempre estar dispuestas a escucharme y ayudarme en cualquier momento, esto también se lo debo a ustedes.

A mis sobrinos y sobrinas a todos los quiero mucho y más que sobrinos son como mis amigos, los quiero mucho y gracias por su apoyo.

JOSE ALFREDO HERNANDEZ ORBES

DEDICATORIA

A Dios.

Por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor, por ser la fuente de sabiduría y fuerza para soportar momentos difíciles en este camino.

A mi madre Gennis.

Por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, pero más que nada, por su perseverancia para que este esfuerzo sea de ambos, gracias por tu amor.

A mi Padre Mironel.

Por ser mi ejemplo a seguir en la vida, por su ayuda, apoyo, por siempre creer en mí cuando las situaciones fueron más difíciles en mi vida, gracias por ser ese motor de empuje para nunca bajar los brazos.

A Esly, Esteban y Gabriela.

Ustedes son el por qué y para qué, de todo en mi vida, todo este esfuerzo ha sido para ustedes, por su paciencia y apoyo en todo este proceso, su sacrificio al igual que el mío tenía un propósito el cual está muy cerca, los amo mucho.

A mis familiares.

A mis hermanos Yazmin, Yesenia y Luisfer, por siempre apoyarme y creer en mí, ser ejemplo de superación y hacerme parte de una familia unida, por brindarme nuevos familiares y poder contar siempre con su apoyo y comprensión.

Especial agradecimiento a mi grupo de Investigación: Ivonne Escobar, José Hernández y Jefferson Martínez, por permitirme hacer parte de este gran grupo de investigación y poder culminar este trabajo de grado con ustedes:
¡Gracias!

JORGE MARIO JIMENEZ CELIN

DEDICATORIA

Doy gracias a Dios, por esta vida llena de grandes acontecimientos buenos, regulares e igualmente malos, en donde aprendí de estos y con la bendición logre llegar hacer y ser una persona que en lo personal me considero buena, aceptando que la vida nos enseña que lo duro o complejo es lo que merece cada esfuerzo y sacrificio, y que seguir a pesar de los tropiezos es lo que me llevo a lograr vencer mis propios temores, que junto con los conocimientos adquiridos y por aprender ser un gran profesional.

Agradezco con todo mi corazón a toda mi familia, en especial a mi papa Alberto Alirio Martínez Jácome y mi mama María del Carmen Rodríguez López, que son los pilares fundamentales de este proyecto de vida, en la que me apoyaron incondicionalmente y siempre me acompañaron en este camino que va tomando una dirección, que siempre guiado de ustedes tuve la confianza, sabiduría y amor, sin importar las circunstancias siempre me dieron fuerza para ser un profesional, y por eso simplemente decirles los amo mucho.

Igualmente, de corazón gracias al apoyo que recibí de mis hermanos, Adriana Milena, Mónica Viviana y Anderson Ferney Martínez Rodríguez, en quienes sentí un gran acompañamiento, preocupación y mucho amor, para seguir mis estudios y ser un profesional moral, de valores, que me enseñaron en el hogar y en donde con sus consejos ayudaron a que nunca desistiera y tener la fe de nunca renunciar, es lo mejor de todos ustedes y de igual manera los amo gracias por existir en mi vida.

También un agradecimiento a todos mis demás familiares primos, tíos, abuelos, mi cuñado, y mis amigos donde de alguna u otra manera siempre me apoyaron en esta meta de ser un profesional de la salud, a todos gracias por tan gran labor.

Por último, pero no menos importante doy gracias a Dios por el gran grupo de trabajo, con el que pudimos realizar este proyecto de grado, en donde me sentí muy acogido, feliz, así como el entablar una buena amistad, y que a pesar de las asperezas siempre logramos salir por lo alto y siempre juntos nunca renunciamos a tan valiosa amistad o al proyecto, los quiero mucho y gracias.

DEIVY JEFFERSON MARTINEZ RODRIGUEZ

DEDICATORIA

A mi madre, guerrera incansable e incondicional, para quien me faltan palabras para decirle que todos mis logros se los debo a ella. Quien me ha enseñado que los caminos más fáciles no son los mejores, y que los logros más grandes se consiguen con esfuerzo.

A mi padre, el que me protege y me cuida ante cualquier situación que se presente, el que sin importar cuantas veces me equivoque siempre estará allí para extenderme su mano.

A mi hija, la razón de mi vida, por quien me levanto y lucho contra toda dificultad, por la que, desde su primer día, tomada mi mano ha luchado las batallas más grandes que nos ha puesto la vida. A la princesa de mis ojos, a quien le debo cada sonrisa, cada alegría, cada palabra llena de amor que diariamente tiene para mí.
Te amo mi chiquita.

A mi hermano, de quien he aprendido a tener el carácter fuerte para no dejarme vencer fácilmente, a quien le agradezco por ser mi compañero de vida cuando estábamos solos. A quien le digo, que nuestros logros son el reconocimiento de nuestros esfuerzos y que no importa dónde nos encontremos siempre estaré allí para ayudarlo.

A mi pareja, quien siempre ha estado a mi lado acompañándome en los momentos más importantes de mi vida. A quien le agradezco, por dedicar gran parte de su vida junto a la mía y por brindarme todos esos bellos momentos de amor y respeto.

A mi hermana y sobrina, a quienes tomo de las manos para ser mis compañeras de vida, porque mis logros también serán sus logros, porque cuando me necesiten siempre estaré allí para ellas.

IVONNE SANTINA MORENO ESCOBAR

AGRADECIMIENTOS

Dedico mi más profundo agradecimiento a Dios y a todos los integrantes de la familia san Martiniana conformado por profesores, directivos y funcionarios en general porque todos han contribuido en mi formación profesional, por su orientación y el apoyo recibido a lo largo de todos estos años.

Expreso mis agradecimientos al Dr. Miguel Darío Martínez por brindarnos su apoyo de manera incondicional, su paciencia y dedicación para que se lleve a cabo este proyecto.

Al Dr. Andrés Salas Zambrano, asesor metodológico por ser nuestra guía metodológica durante todo el proyecto, sus enseñanzas, su tiempo y paciencia, pero sobre todo por la motivación para que este proyecto se lleve a cabo.

Al Dr. Leonel Delgado por sus enseñanzas, su tiempo y orientación para realizar este proyecto.

JOSE ALFREDO HERNANDEZ ORBES.

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por darnos la fuerza, motivación y todo lo necesario para dejarnos llegar a este gran momento de nuestras vidas.

A la Fundación Universitaria San Martín, sede Pasto, por la gran oportunidad brindada para realizar el sueño de convertirnos en Médicos.

Al Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, sede Pasto y todo el personal dedicado y colaborador en la recolección de los datos que son la base de nuestra investigación.

Al Dr. Andrés Salas, nuestro asesor metodológico por la dedicación y la ayuda brindada durante todo el proceso de investigación y elaboración de nuestro trabajo de grado.

Al Dr. Miguel Martínez, asesor científico de nuestro trabajo, por siempre estar pendiente y brindarnos ayuda siempre que nuestro grupo lo requirió.

Al Dr. Leonel Delgado, nuestro asesor estadístico, por sus conocimientos, paciencia y apoyo en momentos cruciales para terminar nuestro trabajo de grado.

Gracias!

NOTA DE ACEPTACION

Presidente del Jurado

Jurado

Jurado

San Juan de Pasto, agosto de 2018.

NOTA DE ACEPTACION.

Las opiniones expresadas en esta investigación son responsabilidad de los autores y no compromete a la Fundación Universitaria San Martín, sede Pasto.

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN.....	20
ABSTRACT	21
INTRODUCCION.....	22
1. FORMULACION DEL PROBLEMA.....	23
1.1 Planteamiento del problema.....	23
1.2 Pregunta de investigación	25
1. JUSTIFICACION	26
3. MARCO REFERENCIAL.....	27
3.1 MARCO CONTEXTUAL.....	27
3.1.1 GENERALIDADES DEL DEPARTAMENTO DE NARIÑO	27
3.1.2 GENERALIDADES DEL MUNICIPIO DE PASTO	28
3.1.3 GENERALIDADES DEL INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES	30
3.2.1 VIOLENCIA SEXUAL	36
3.2.2 ABUSO SEXUAL INFANTIL	36
3.2.3 LOS CONCEPTOS.....	37
3.2.3.1 ASIMETRÍA DE EDAD	44
3.2.3.2 COERCIÓN.....	44
3.2.3.3 TIPOS DE ABUSOS SEXUALES A MENORES	44
3.2.4 CLASIFICACIÓN DEL ABUSO SEXUAL EN MENORES.....	45
3.2.5 EPIDEMIOLOGÍA	46
3.2.6 CARACTERÍSTICAS DEL ACTO.....	47
3.2.6.1 CARACTERÍSTICAS DEL AGRESOR	48
3.2.7 ETIOLOGÍA	49
3.2.7.1 Víctima	49
3.2.8 ALTERACIONES EN LAS VÍCTIMAS DE ABUSO SEXUAL.....	51
3.2.9 INDICADORES FÍSICOS DEL ABUSO SEXUAL INFANTIL	52
3.2.10 SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ABUSO SEXUAL	53
3.2.11 DIAGNOSTICO.....	53
3.2.11.1 ELEMENTOS CON ALTA ESPECIFICIDAD DIAGNÓSTICA.....	53

3.2.11.1.1 GRAVIDEZ	53
3.2.11.1.2 INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS)	53
3.2.11.1.3 SIGNOS GENITALES RELEVANTES.....	54
3.2.11.1.4 SIGNOS ANALES RELEVANTES.....	56
3.2.11.2 ELEMENTOS DE BAJA ESPECIFICIDAD DIAGNÓSTICA.	58
3.2.12 ELABORACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA Y EVALUACIÓN DE PACIENTES CON SOSPECHA DE ABUSO SEXUAL.....	58
3.3 MARCO LEGAL	63
4. OBJETIVOS	67
4.1 OBJETIVO GENERAL.	67
4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	67
5. METODOLOGIA.	68
5.1 DISEÑO DE ESTUDIO.....	68
5.2 POBLACIÓN.	68
5.3 RECOLECCION DE INFORMACION.....	68
5.4 CRITERIOS DE SELECCIÓN.	69
5.5 CONSIDERACIONES ÉTICAS	69
5.6 ANÁLISIS ESTADISTICO.	69
6. RESULTADOS.....	70
7. DISCUSION.....	101
8. CONCLUSION.	103
RECOMENDACIONES.....	105
BIBLIOGRAFIA.....	106
ANEXOS.....	113

TABLA DE GRAFICOS

Grafico 1: Distribución de los casos de abuso sexual en menores de edad reportados en el Instituto Nacional De Medicina Legal Y Ciencias	70
Grafico 2: Distribución de los casos de abuso sexual en menores de edad reportados en el Instituto Nacional De Medicina Legal Y Ciencias Forenses Pasto según: Departamento.	71
Grafico 3: Distribución de los casos de abuso sexual en menores de edad reportados en el Instituto Nacional De Medicina Legal Y Ciencias Forenses Pasto según: Comuna.	71
Grafico 4: Distribución de los casos de abuso sexual en menores de edad reportados en el Instituto Nacional De Medicina Legal Y Ciencias Forenses Pasto según: Sector.	72
Grafico 5: Distribución de los casos de abuso sexual en menores de edad reportados en el Instituto Nacional De Medicina Legal Y Ciencias Forenses Pasto según: Sexo.	72
Grafico 6: Distribución de los casos de abuso sexual en menores de edad reportados en el Instituto Nacional De Medicina Legal Y Ciencias Forenses Pasto según: Escolaridad.	73
Grafico 7: Distribución de los casos de abuso sexual en menores de edad reportados en el Instituto Nacional De Medicina Legal Y Ciencias Forenses Pasto según: Ocupacion.	73
Grafico 8: Distribución de los casos de abuso sexual en menores de edad reportados en el Instituto Nacional De Medicina Legal Y Ciencias Forenses Pasto según: Etnia.	74
Grafico 9: Distribución de los casos de abuso sexual en menores de edad reportados en el Instituto Nacional De Medicina Legal Y Ciencias Forenses Pasto según: Edad.	74
Grafico 10: Distribución de los casos de abuso sexual en menores de edad reportados en el Instituto Nacional De Medicina Legal Y Ciencias Forenses Pasto según: Discapacidad.	75
Grafico 11: Distribución de los casos de abuso sexual en menores de edad reportados en el Instituto Nacional De Medicina Legal Y Ciencias Forenses Pasto según: Cual discapacidad.....	75
Grafico 12: Distribución de los casos de abuso sexual en menores de edad reportados en el Instituto Nacional De Medicina Legal Y Ciencias Forenses Pasto según: Regimen.	76
Grafico 13: Distribución de los casos de abuso sexual en menores de edad reportados en el Instituto Nacional De Medicina Legal Y Ciencias Forenses Pasto según: Estado civil.	76
Grafico 14: Distribución de los casos de abuso sexual en menores de edad reportados en el Instituto Nacional De Medicina Legal Y Ciencias Forenses Pasto según: Cronologia del abuso.....	77
Grafico 15: Distribución de los casos de abuso sexual en menores de edad reportados en el Instituto Nacional De Medicina Legal Y Ciencias Forenses Pasto según: Hallazgos en cabeza.	77
Grafico 16: Distribución de los casos de abuso sexual en menores de edad reportados en el Instituto Nacional De Medicina Legal Y Ciencias Forenses Pasto según: Hallazgos en cara.	78
Grafico 17: Distribución de los casos de abuso sexual en menores de edad reportados en el Instituto Nacional De Medicina Legal Y Ciencias Forenses Pasto según: Hallazgos en cuello.	78
Grafico 18: Distribución de los casos de abuso sexual en menores de edad reportados en el Instituto Nacional De Medicina Legal Y Ciencias Forenses Pasto según: Hallazgos en cavidad oral.	79
Grafico 19: Distribución de los casos de abuso sexual en menores de edad reportados en el Instituto Nacional De Medicina Legal Y Ciencias Forenses Pasto según: Hallazgos en	

tórax.	79
Grafico 20: Distribución de los casos de abuso sexual en menores de edad reportados en el Instituto Nacional De Medicina Legal Y Ciencias Forenses Pasto según: Senos.	80
Grafico 21: Distribución de los casos de abuso sexual en menores de edad reportados en el Instituto Nacional De Medicina Legal Y Ciencias Forenses Pasto según: Hallazgos en miembros inferiores y superiores.	81
Grafico 22: Distribución de los casos de abuso sexual en menores de edad reportados en el Instituto Nacional De Medicina Legal Y Ciencias Forenses Pasto según: Hallazgos en vagina.	82
Grafico 23: Distribución de los casos de abuso sexual en menores de edad reportados en el Instituto Nacional De Medicina Legal Y Ciencias Forenses Pasto según: Hallazgos en himen.	83
Grafico 24: Distribución de los casos de abuso sexual en menores de edad reportados en el Instituto Nacional De Medicina Legal Y Ciencias Forenses Pasto según: Pene.	83
Grafico 25: Distribución de los casos de abuso sexual en menores de edad reportados en el Instituto Nacional De Medicina Legal Y Ciencias Forenses Pasto según: Periné.	84
Grafico 26: Distribución de los casos de abuso sexual en menores de edad reportados en el Instituto Nacional De Medicina Legal Y Ciencias Forenses Pasto según: Hallazgos en Ano.	85
Grafico 27: Distribución de los casos de abuso sexual en menores de edad reportados en el Instituto Nacional De Medicina Legal Y Ciencias Forenses Pasto según: Embarazo. ...	86
Grafico 28: Distribución de los casos de abuso sexual en menores de edad reportados en el Instituto Nacional De Medicina Legal Y Ciencias Forenses Pasto según: frecuencia de la agresion.	86
Grafico 29: Distribución de los casos de abuso sexual en menores de edad reportados en el Instituto Nacional De Medicina Legal Y Ciencias Forenses Pasto según: Relación con la victima.	87
Grafico 30: Distribución de los casos de abuso sexual en menores de edad reportados en el Instituto Nacional De Medicina Legal Y Ciencias Forenses Pasto según: Tipo de agresor.	88
Grafico 31: Distribución de los casos de abuso sexual en menores de edad reportados en el Instituto Nacional De Medicina Legal Y Ciencias Forenses Pasto según: Numero de agresores.	88
Grafico 32: Distribución de los casos de abuso sexual en menores de edad reportados en el Instituto Nacional De Medicina Legal Y Ciencias Forenses Pasto según: Métodos empleados.	89
Grafico 33: Distribución de los casos de abuso sexual en menores de edad reportados en el Instituto Nacional De Medicina Legal Y Ciencias Forenses Pasto según: Utilización de armas.	89
Grafico 34: Distribución de los casos de abuso sexual en menores de edad reportados en el Instituto Nacional De Medicina Legal Y Ciencias Forenses Pasto según: Tipo de arma.	90
Grafico 35: Distribución de los casos de abuso sexual en menores de edad reportados en el Instituto Nacional De Medicina Legal Y Ciencias Forenses Pasto según: Modo de la agresión.	90
Grafico 36: Distribución de los casos de abuso sexual en menores de edad reportados en el Instituto Nacional De Medicina Legal Y Ciencias Forenses Pasto según: Actividades sexuales relacionadas.	91
Grafico 37: Distribución de los casos de abuso sexual en menores de edad reportados en	

el Instituto Nacional De Medicina Legal Y Ciencias Forenses Pasto según: Hechos bajo sustancias psicoactivas.	91
Grafico 38: Distribución de los casos de abuso sexual en menores de edad reportados en el Instituto Nacional De Medicina Legal Y Ciencias Forenses Pasto según: Cual sustancias psicoactivas.	92
Grafico 39: Distribución de los casos de abuso sexual en menores de edad reportados en el Instituto Nacional De Medicina Legal Y Ciencias Forenses Pasto según: Desnudez Forzada.	92
Grafico 40: Distribución de los casos de abuso sexual en menores de edad reportados en el Instituto Nacional De Medicina Legal Y Ciencias Forenses Pasto según: Historia de penetración.....	93
Grafico 41: Distribución de los casos de abuso sexual en menores de edad reportados en el Instituto Nacional De Medicina Legal Y Ciencias Forenses Pasto según: lugar de penetración.....	93
Grafico 42: Distribución de los casos de abuso sexual en menores de edad reportados en el Instituto Nacional De Medicina Legal Y Ciencias Forenses Pasto según: Penetración con objeto diferente a pene.	94
Grafico 43: Distribución de los casos de abuso sexual en menores de edad reportados en el Instituto Nacional De Medicina Legal Y Ciencias Forenses Pasto según: ¿Cual objeto?	94
Grafico 44: Distribución de los casos de abuso sexual en menores de edad reportados en el Instituto Nacional De Medicina Legal Y Ciencias Forenses Pasto según: Lugar de penetracion con objeto diferente a pene	95
Grafico 45: Distribución de los casos de abuso sexual en menores de edad reportados en el Instituto Nacional De Medicina Legal Y Ciencias Forenses Pasto según: Historia de eyaculacion.....	95
Grafico 46: Distribución de los casos de abuso sexual en menores de edad reportados en el Instituto Nacional De Medicina Legal Y Ciencias Forenses Pasto según: Lugar de eyaculacion.....	96
Grafico 47: Distribución de los casos de abuso sexual en menores de edad reportados en el Instituto Nacional De Medicina Legal Y Ciencias Forenses Pasto según: Uso de condón.....	96
Grafico 48: Distribución de los casos de abuso sexual en menores de edad reportados en el Instituto Nacional De Medicina Legal Y Ciencias Forenses Pasto según: Uso de lubricantes.	97
Grafico 49: Distribución de los casos de abuso sexual en menores de edad reportados en el Instituto Nacional De Medicina Legal Y Ciencias Forenses Pasto según: escenario de la agresión.....	98
Grafico 50: Distribución de los casos de abuso sexual en menores de edad reportados en el Instituto Nacional De Medicina Legal Y Ciencias Forenses Pasto según: escenario de la agresión.....	99
Grafico 51: Distribución de los casos de abuso sexual en menores de edad reportados en el Instituto Nacional De Medicina Legal Y Ciencias Forenses Pasto según: Sexo del agresor.	99
Grafico 52: Distribución de los casos de abuso sexual en menores de edad reportados en el Instituto Nacional De Medicina Legal Y Ciencias Forenses Pasto según: Convivencia con el agresor.....	100

INDICE DE ILUSTRACIONES.

Ilustración 1: Departamento de Nariño.	28
Ilustración 2: Municipio de Pasto.	29
Ilustración 3: Instituto Nacional De Medicina Legal Y Ciencias Forenses.	30

INDICE DE TABLAS.

Tabla: 1. Concepto de abuso sexual. (Adoptado de varios autores)	37
Tabla: 2. Criterios para valorar la sospecha inicial de abuso sexual en menores. ...	38
Tabla: 3. Categorías de indicadores de sospecha de abuso sexual en menores. Elaborada a partir de la guía ADIMA.	39
Tabla: 4. Valoración de indicadores de abuso infantil. Gil Arrones J.	41
Tabla: 5. Escala de probabilidad diagnóstica del abuso sexual en menores.	43
Tabla: 6. Factores de riesgo en el niño asociados a la existencia de abuso sexual.	50

INDICE DE ANEXOS.

Anexo 1: FORMATO DE RECOLECCION DE DATOS.	113
Anexo 2: VARIABLES.	114
Anexo 3: ARTICULO DE INVESTIGACION.	121

RESUMEN

La investigación acerca de los hallazgos clínicos producidos por el abuso sexual en menores tiene gran importancia debido a la poca documentación que este tema tiene en el ámbito médico-legal y en las instituciones de prestación del servicio de salud ya que muchos de los casos y sus hallazgos pueden dejarse pasar por alto sino se tienen protocolos claros, sencillos y de fácil entendimiento para el personal de atención. Se realiza el abordaje de los objetivos con la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuáles son y cómo se presentan las lesiones clínicas por abuso sexual en menores de edad atendidos en medicina legal de la ciudad de Pasto entre los años 2013-2017? Luego de esto se argumentan todos los ítems para entender la magnitud del problema y todos los subtemas con el fin de dar una definición del problema y de sus posibles recomendaciones para hacer de este un problema cada vez de menor incidencia en nuestra sociedad. El tema del abuso sexual infantil puede definirse como la práctica sexual con un niño, ya sea mediante contacto físico u otro tipo de interacciones, para la estimulación de un adulto o de un menor que mantiene una posición de fuerza sobre el niño. En una investigación realizada en España se mostró un elevado número de abusos sexuales antes de los 17 años, concretamente, un 15% de los varones y un 22% de las mujeres de una muestra representativa de la sociedad española. En Suiza, en un estudio realizado a una muestra de adolescentes de 14 a 16 se obtuvo una frecuencia de abuso sexual de un 10,9% en varones y de un 33,8% en mujeres. En Colombia, el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, consolida las cifras a nivel nacional de los exámenes medico legales sexológicos por presunto delito sexual realizados durante el año 2015, donde la violencia sexual contra niños, niñas y adolescentes, representó el 86,5% del total de este tipo de violencia. La situación en los ciclos vitales de la infancia y primera infancia resulta más que lamentables; en Colombia para el año 2015 en estos ciclos vitales se presentó un aumento de 648 casos con respecto al año 2014. Al comparar, los exámenes medico legales sexológicos por presunto delito sexual practicados durante el año 2014 a niños y niñas en primera infancia (0-5 años) con los realizados en el año 2015 reporto un incremento de 12,46% (401 casos) y del 3,8% (247 casos) en infancia para ambos sexos. Al comparar con las cifras reportadas en Forensis 2014 se observa que durante el año 2015 se presentó un incremento de 1.529 casos en las niñas para el grupo etario de 5 a 9 años, lo que refleja que esta violencia tiene una gran afectación de género. Resultados, similares se exponen en el estudio multipaís OMS,4 el cual demostró que el 21% de las mujeres manifestaba haber sufrido abusos sexuales antes de los 15 años..

ABSTRACT

The investigation about the clinical findings produced by the sexual abuse in minors has great importance due to the little documentation that this topic has in the legal medical field and in the institutions of provision of the health service since many of the cases and their findings they can be overlooked unless there are clear, simple and easy-to-understand protocols for the care staff. The objectives were addressed with the following research question: What are and how are the clinical lesions due to sexual abuse in minors treated in legal medicine in the city of Pasto between the years 2013-2018? After this all the items are argued to understand the magnitude of the problem and all the sub-themes in order to give a definition of the problem and its possible recommendations to make this a problem with less and less incidence in our society. The issue of child sexual abuse can be defined as sexual practice with a child, either through physical contact or other interactions, for the stimulation of an adult or a child who maintains a strong position on the child. In a research carried out in Spain, there was a high number of sexual abuse before the age of 17, specifically, 15% of men and 22% of women in a representative sample of Spanish society. In Switzerland, in a study conducted on a sample of adolescents aged 14 to 16, there was a frequency of sexual abuse of 10.9% in men and 33.8% in women. In Colombia, the National Institute of Legal Medicine and Forensic Sciences consolidates the figures at the national level of sexological legal medical examinations for alleged sex crimes carried out during 2015, where sexual violence against children and adolescents represented 86, 5% of the total of this type of violence. The situation in the life cycles of childhood and early childhood is more than regrettable; in Colombia for the year 2015 in these life cycles there was an increase of 648 cases compared to the year 2014. When comparing, the sexological legal medical examinations for presumed sexual offense practiced during 2014 to children in early childhood (0- 5 years) with those made in 2015 reported an increase of 12.46% (401 cases) and 3.8% (247 cases) in childhood for both sexes. When compared with the figures reported in Forensis 2014, it is observed that during 2015 there was an increase of 1,529 cases in girls for the age group of 5 to 9 years, which reflects that this violence has a great impact on gender. Similar results are presented in the WHO multi-country study, 4 which showed that 21% of women reported having suffered sexual abuse before the age of 15.

INTRODUCCION

El abuso sexual infantil parte de dos grandes conceptos, como son: la coerción, referida al contacto sexual mantenido con un menor mediante el uso de la manipulación, la presión, la autoridad o el engaño, y la asimetría de edad o desigualdad madurativa, que impide la verdadera libertad de decisión del menor e imposibilita una actividad sexual compartida, ya que los participantes tienen experiencias, grado de madurez biológica y expectativas sobre la relación sexual muy diferentes. Si bien pueden aparecer dificultades al delimitar cuál es la diferencia de edad entre los participantes de una relación sexual para poder considerar que se está produciendo un abuso sexual, la mayoría de especialistas, siguiendo las recomendaciones de Finkelhor y Hotaling (28) consideran una diferencia de 5 años de edad o más cuando el menor tiene menos de 13, y de 10 años o más si este tiene entre 13 y 16 años.

En Colombia, el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, consolida las cifras a nivel nacional de los exámenes medico legales sexológicos por presunto delito sexual realizados durante el año 2015, donde la violencia sexual contra niños, niñas y adolescentes, representó el 86,5% del total de este tipo de violencia. La situación en los ciclos vitales de la infancia y primera infancia resulta más que lamentables; en Colombia para el año 2015 en estos ciclos vitales se presentó un aumento de 648 casos con respecto al año 2014. Al comparar, los exámenes medico legales sexológicos por presunto delito sexual practicados durante el año 2014 a niños y niñas en primera infancia (0-5 años) con los realizados en el año 2015 reporto un incremento de 12,46% (401 casos) y del 3,8% (247 casos) en infancia para ambos sexos. Al comparar con las cifras reportadas en Forensis 2014 se observa que durante el año 2015 se presentó un incremento de 1.529 casos en las niñas para el grupo etario de 5 a 9 años, lo que refleja que esta violencia tiene una gran afectación de género.(4) Resultados, similares se exponen en este estudio el cual demostró que entre los periodos comprendidos entre el años 2014 a 2018, el 89% de los abusos fueron ocasionados en menores de sexo femenino y que la mayoría de las víctimas manifestaron haber sufrido abusos sexuales por parte de varones miembros de la familia o personas conocida a ellos.

Este estudio permite determinar que en el abuso sexual los hallazgos clínicos son observables o examinables durante los primeros 7 a 10 días en el cuerpo, y que, además, solo aproximadamente el 3% de los casos reportados, evidencian lesiones físicas que puedan generar datos que comprueben el abuso sexual, como en los casos revisados en este estudio.

1. FORMULACION DEL PROBLEMA.

1.1 Planteamiento del problema

El abuso sexual infantil puede definirse como la práctica sexual con un niño, ya sea mediante contacto físico u otro tipo de interacciones, para la estimulación de un adulto o de un menor que mantiene una posición de fuerza sobre el niño. (1) En una investigación realizada en España se mostró un elevado número de abusos sexuales antes de los 17 años, concretamente, un 15% de los varones y un 22% de las mujeres de una muestra representativa de la sociedad española.(2) En Suiza, en un estudio realizado a una muestra de adolescentes de 14 a 16 se obtuvo una frecuencia de abuso sexual de un 10,9% en varones y de un 33,8% en mujeres.(3) En Colombia, el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, consolida las cifras a nivel nacional de los exámenes medico legales sexológicos por presunto delito sexual realizados durante el año 2015, donde la violencia sexual contra niños, niñas y adolescentes, representó el 86,5% del total de este tipo de violencia. La situación en los ciclos vitales de la infancia y primera infancia resulta más que lamentables; en Colombia para el año 2015 en estos ciclos vitales se presentó un aumento de 648 casos con respecto al año 2014. Al comparar, los exámenes medico legales sexológicos por presunto delito sexual practicados durante el año 2014 a niños y niñas en primera infancia (0-5 años) con los realizados en el año 2015 reporto un incremento de 12,46% (401 casos) y del 3,8% (247 casos) en infancia para ambos sexos. Al comparar con las cifras reportadas en Forensis 2014 se observa que durante el año 2015 se presentó un incremento de 1.529 casos en las niñas para el grupo etario de 5 a 9 años, lo que refleja que esta violencia tiene una gran afectación de género. Resultados, similares se exponen en el estudio multipaís OMS,4 el cual demostró que el 21% de las mujeres manifestaba haber sufrido abusos sexuales antes de los 15 años, en la mayoría de los casos por parte de varones miembros de la familia que no eran ni su padre ni su padrastro. (4)

Por su parte Nariño, según datos reportados por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses durante el año 2015, registra 290 casos por presunto delito sexual de los cuales, 25 casos corresponden a primera infancia, 73 casos a infancia y 117 casos en adolescencia. (4) De esta forma Pasto, reporta un total de 142 casos, dentro de los cuales se encentra que 17 casos corresponden a primera infancia, 28 casos a infancia y 52 casos en adolescentes. (4)

El Abuso Sexual Infantil tiene múltiples causas, un solo factor no explica la totalidad de la problemática. Hay diversos factores a nivel sociocultural, familiar e individual que favorecen su ocurrencia, es decir, que aumentan el riesgo de que el abuso sexual se dé. (5) Algunos niños tienen ciertas características que los hace más propensos a ser abusados sexualmente entre los cuales se puede destacar el

provenir de estructuras familiares socialmente de privadas y desorganizadas. La disfunción marital, evidenciada por separación parental y violencia doméstica, está asociada con mayor riesgo de abuso sexual. Otra característica como el atractivo físico, el temperamento o la madurez física podrían aumentar el riesgo. (6) También se ha observado que son más frecuentemente víctimas, los menores con trastornos profundos del desarrollo (autismo); discapacidad cognitiva (retardo mental) y sensorial (invidentes). (7,8) El silencio y la complicidad de las redes sociales y familiares son también algunos de los factores coadyuvantes para la ocurrencia del presunto delito sexual. (9)

Las consecuencias del abuso sexual son heterogéneas, dentro de las cuales se encuentran los indicadores físicos del abuso sexual infantil y aunque son poco frecuentes, extraordinariamente variables, y en muchos casos compatibles con otro tipo de lesiones o relacionadas, provocando que sea muy difícil detectar estos casos a partir de hallazgo físicos. (10) sin embargo, algunas víctimas de abuso sexual infantil sí presentan lesiones genitales y anales que son claros indicadores de esta experiencia, así como lo es la presencia de esperma, y, sobre todo, las infecciones, enfermedades de transmisión sexual (gonococia, condilomas acuminados, sífilis) antes de la pubertad, y en ciertos casos, el embarazo. (11,12) El VIH, previo descarte de una posible transmisión vertical entre otros, no es demasiado frecuente como indicador, pero también se encuentra en algunos casos, especialmente en los países no occidentales. (13) Incluso se han observado lesiones orofaciales compatibles con el abuso físico y sexual. (14) Otros indicadores físicos menos especificados pueden ser la enuresis y encopresis secundaria, las infecciones urinarias repetidas, o la presencia de tóxicos como benzodiazepinas o hipnóticos. (15)

Estudios realizados demuestran que el abuso sexual en ocasiones se acompaña de otros tipos de violencia simultáneamente, por lo que, aunque infrecuente, no es del todo extraño observar lesiones físicas, como por ejemplo hematomas, quemaduras o fracturas. (16) Seldes et observaron que, de 39 niños abusados sexualmente, 51% presentaron lesiones vaginales, 20,5% manifestaciones cutáneas, 7,6% lesiones anales, 7,6% osteoarticulares, 2,5% bucales y en un 10,8% no se encontraron lesiones aparentes (17). Por su parte Jones y Worthington observaron que, del total de lesiones genitales y anales en mujeres menores de 21 años, sólo el 25% se debieron a abuso sexual¹⁸; por lo que se debe hacer un diagnóstico diferencial con variaciones anatómicas normales, accidentes de tránsito o empalamiento accidental producto de juegos o caídas (18,19) u otras etiologías. En la mujer también es posible encontrar lesiones no penetrantes que involucran el pubis, clítoris y los labios, donde se puede encontrar equimosis, hematomas, abrasiones, laceraciones lineales y en ocasiones mordeduras (20). Las lesiones por penetración van desde laceraciones vaginales superficiales hasta profundas con riesgo de shock hipovolémico. Aunque la víctima haya experimentado penetración vaginal, puede que apenas un 16% de las mujeres presenten cambios en el himen (20), por lo que la ausencia de hallazgos

en dicha estructura no descarta abuso sexual.

El abuso sexual contra niños y niñas existe desde la época de las antiguas civilizaciones. (21, 22) Recientemente, la documentación de la magnitud e impacto del abuso sexual contra los niños muestra con claridad que es un problema global sustantivo y grave. (23, 24) Tiene lugar en todos los países del mundo y en todos los entornos, por lo cual genera gran impacto en el sistema de salud, pero, sobre todo, graves consecuencias especialmente físicas en las menores víctimas de los abusos. La exploración del abuso sexual infantil supone un reto para cualquier profesional, que no puede ser afrontado en solitario. Es necesario que este tipo de exploraciones sean llevadas a cabo por un equipo multidisciplinar, que permita evaluar cada una de las áreas que han demostrado incluir indicadores, en muchos casos inespecíficos y poco frecuentes, permitiendo llevar a cabo una correcta evaluación. A su vez, la falta de formación profesional es un grave problema en este tipo de casos, siendo una responsabilidad ética, moral y ciudadana disponer de la suficiente especialización y experiencia para poder llevar a cabo este tipo de exploraciones. Frente a este panorama, es necesario estudiar de forma exhaustiva los hallazgos clínicos por abuso sexual en menores de edad, para así poder comprenderlo en toda su complejidad y particularidad. El dato más actualizado del país es del 2015, por lo cual, caracterizar este fenómeno da a conocer y revelar el abuso sexual en la ciudad y departamento como un aporte a la salud pública y al redireccionamiento de estrategias de prevención del mismo, ante la ausencia de datos actualizados.

1.2 Pregunta de investigación

¿Cuáles son y cómo se presentan las lesiones clínicas por abuso sexual en menores de edad atendidos en medicina legal de la ciudad de Pasto entre los años 2013-2017?

1. JUSTIFICACION

La evaluación del abuso sexual infantil es, probablemente, una de las áreas dentro del ámbito clínico forense que ha generado mayor controversia y mayores dificultades técnicas (25), ya que el abuso sexual es variable y en muchos casos compatibles con otros tipos de lesiones no relacionadas, provocando que sea muy difícil detectar estos casos a partir de hallazgos físicos.

Implementar una adecuada evaluación de la situación aumenta la probabilidad de interrumpir el abuso sexual, de prevenir nuevos abusos, de identificar sus consecuencias, y, por lo tanto, de dirigir la intervención de forma adecuada y mejorar el bienestar de las menores víctimas de esta situación (25.)

3. MARCO REFERENCIAL

3.1 MARCO CONTEXTUAL

3.1.1 GENERALIDADES DEL DEPARTAMENTO DE NARIÑO

En la época precolombina el territorio estaba ocupado por las tribus indígenas: “las culturas de los Pastos, los Quillacingas, Sindaguas, Nulpes, Tumacos, Abades y Chapanchicas”. En 1522 Pascual de Andagoya recorrió parte de la costa colombiana del Océano Pacífico y obtuvo información que utilizó Francisco Pizarro para organizar la expedición que culminó con la conquista del Perú; ésta salió en noviembre de 1522 y recorrió toda la costa colombiana, tocando las islas de Gorgona y del Gallo y la ensenada de Tumaco. Los primeros explotadores de la parte montañosa fueron Juan de Ampudia y Pedro de Añasco, comisionados por Sebastián de Belalcázar en 1535, quien a su vez recorrió el territorio en 1536 y llegó hasta Popayán donde permaneció algún tiempo. Al regresar Belalcázar de España en 1541, con el título de gobernador de las tierras por él conquistadas, dividió sus dominios en 14 tenencias; entonces este territorio quedó como parte de la audiencia de Quti: en 1831 pasó a formar parte del Departamento del Cauca y en 1863 del estado del mismo nombre, hasta 1886 cuando se restablecieron los departamentos.

El Departamento de Nariño fue creado por ministerio de la Ley Primera el 6 de agosto de 1904, con las regiones segregadas del antiguo Departamento del Cauca, con Pasto como su capital. Dicha Ley fue sancionada por el presidente José Manuel Marroquín en el último día de su gobierno. Siendo presidente de la República el General Rafael Reyes, nombró su primer gobernador a Don Julián Bucheli Ayerbe, quien tomó posesión del cargo el 18 de octubre de 1904 ante el Doctor José María Navarrete, presidente del Tribunal del sur. Una de sus principales realizaciones fue la creación de la Universidad de Nariño. Julián Bucheli Ayerbe, primer Gobernador de Nariño.

La creación del Departamento de Nariño, no fue una concesión gratuita. Fue el resultado de una gestión colectiva, tesonera e histórica de los habitantes de Nariño y su nombre es un homenaje al Precursor de la independencia, Don Antonio Nariño.

- **Ubicación y localización geográfica**

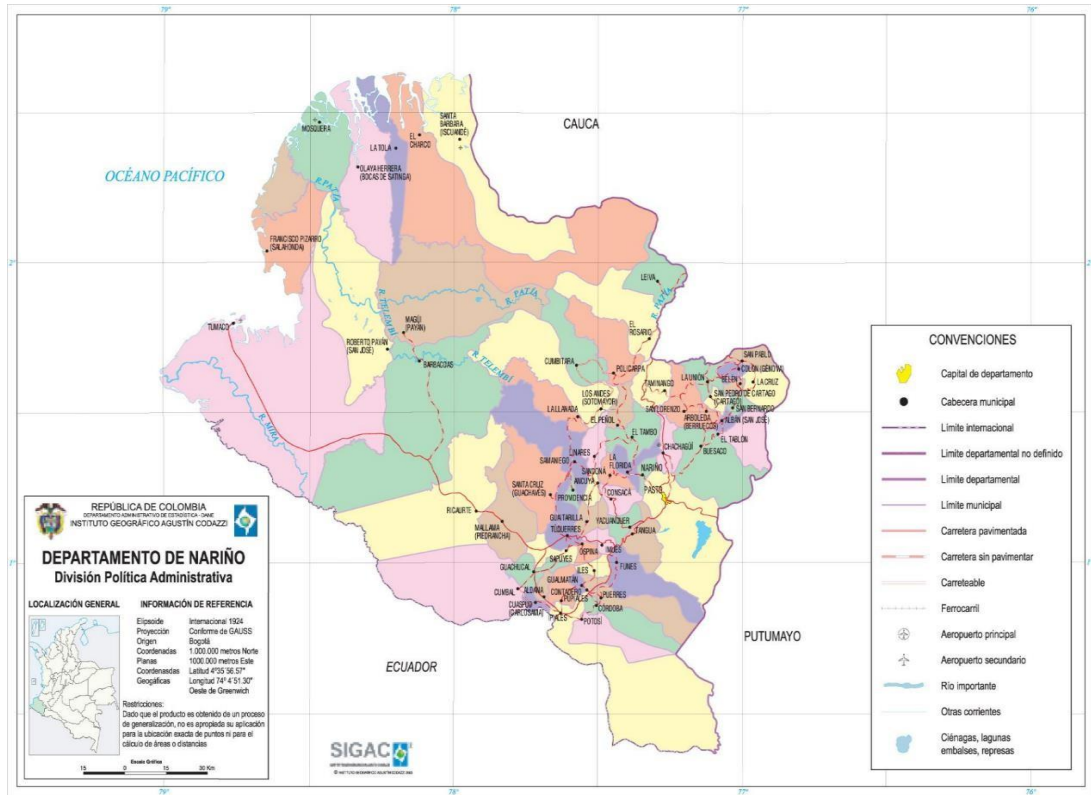
El Departamento de Nariño está situado en el extremo suroeste del país en la frontera con la República del Ecuador.

- **Extensión y límites**

La superficie es de 33.268 kilómetros cuadrados y limita por el norte con el Departamento del Cauca (franja del territorio en litigio) por el este con el Departamento del Putumayo (franja de territorio en litigio), por el sur con la

República del Ecuador y por el oeste con el Océano Pacífico. (26)

Ilustración 1: Departamento de Nariño.



Fuente: <http://xn--nario-rt.a.gov.co/inicio/index.php/mi-departamento/mapa>

3.1.2 GENERALIDADES DEL MUNICIPIO DE PASTO

El municipio de Pasto es la capital administrativa del departamento de Nariño, está ubicado en el centro oriente del departamento, al sur occidente de Colombia, político-administrativamente se divide en 12 comunas y 17 corregimientos. Ocupa una superficie de 6.181 kilómetros cuadrados, su cabecera municipal se ubica a una altitud de 2.527 metros sobre el nivel del mar.

La actual ciudad de San Juan de Pasto, ha sido reconocida históricamente por distintos nombres, pero el que ha prevalecido desde la época precolombina es el de PASTO.

Pasto es una voz indígena que según Nicolás Abasolo significaría en idioma Kamsá: "Haber un lugar para la fiesta"¹, al derivarla de: "Bastoy", compuesta por: el prefijo: "Bash = fiesta y el sufijo "tu" = verbo haber, sitio"². También se aceptaría como traducción: Pasto = "Lugar de la fiesta".

Pasto, como término del Idioma de los Indígenas Pastos, traduciría "Tierra de la

heredad" o "Tierra de la parentela", al descomponerse así: "Pas" = prefijo que significa: heredad, familia, parentela, estirpe; "To" = sufijo que traduce tierra.

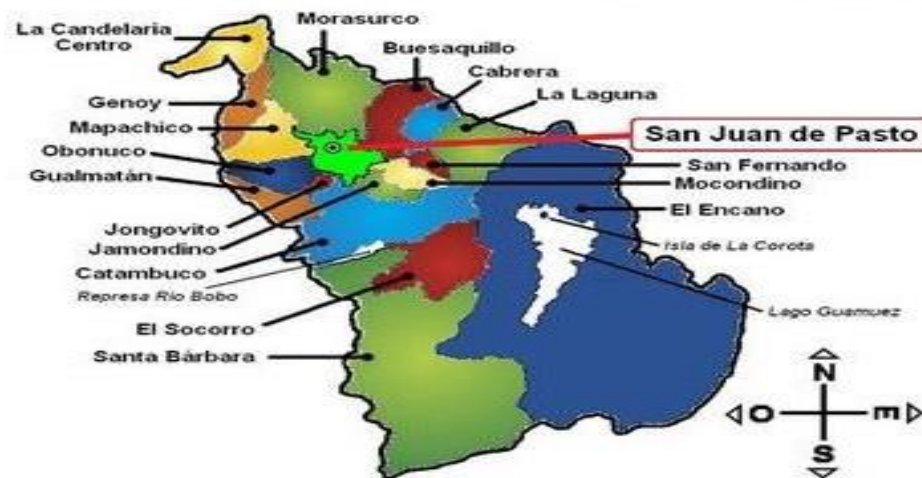
Cuando en el siglo XVI llega la conquista española ya existían los Quillasingas como pueblo y cultura que había tenido contacto con los Incas y en 1537 se produce la fundación de la villa, por Sebastián de Belalcázar, se conserva el nombre original. De ahí que se llame primero "VILLA DE PASTO", este denominativo se conserva hasta que, por Cédula Real del 17 de junio de 1559, se transforma en Ciudad, con la misma calidad y jerarquía de las "Ciudades de las Indias" es decir de América.

A partir de la fecha, al otorgarle el título de "Ciudad" se le asigna el nombre definitivo: SAN JUAN DE PASTO, en homenaje a San Juan Bautista, Patrono de la Ciudad de San Juan de Pasto. Es por esta razón que el día 24 de junio se celebra el onomástico de la ciudad.

A lo largo de su historia, ha sido el nombre que le ha dado el mayor carácter identitario hasta este tiempo.

Entre 1537 y 1545 se nombra Villa de Pasto en forma predominante, pero también Villaviciosa de la Concepción de Pasto, pero en escasas ocasiones y no como gentilicio propiamente sino como adjetivo de la Villa de Pasto dada la fertilidad de sus campos y la advocación religiosa. (27)

Ilustración 2: Municipio de Pasto.



Fuente: <https://pastotierracultural.iimdo.com/el-municipio/toponimia/>

3.1.3 GENERALIDADES DEL INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES

Es la organización pública de referencia técnico científica que dirige y controla el sistema de Medicina Legal y Ciencias Forenses en Colombia. El instituto presta servicios forenses a la comunidad y a la administración de justicia sustentados en la investigación científica y la idoneidad del talento humano en un marco de calidad, imparcialidad, competitividad y respeto por la dignidad humana.

Gracias a este convenio docente asistencial, los estudiantes adquieren competencias para elaborar una opinión pericial y estar en capacidad de sustentarla, reconocimientos de lesiones personales y abordaje inicial de delitos contra la libertad sexual y la dignidad humana, síndrome de maltrato infantil y violencia intrafamiliar. También aprenden a clasificar los tipos de responsabilidad médica, penal, civil, ética, administrativa y laboral, y sus características.

En esta rotación, los estudiantes tienen la oportunidad de identificar y clasificar estados de embriaguez e intoxicaciones, así como elaborar un certificado de defunción, diferenciar autopsias clínicas y autopsias médico legales, definir los conceptos de causa de muerte, muerte cerebral, ley de donación de órganos, disposición de cuerpos, habilidades necesarias durante el Servicio Social Obligatorio. (28)

Ilustración 3: Instituto Nacional De Medicina Legal Y Ciencias Forenses.



Fuente: <https://www.google.com.co/maps/search/medicina+legal+pasto/>

3.2. MARCO TEORICO

La violencia sexual tiene diferentes expresiones, que pueden ir desde el acoso verbal, la manipulación de genitales u otras partes del cuerpo y la penetración. Para lograr su fin, el agresor dependiendo de la condición de la víctima toma ventaja de su posición de superioridad (diferencia de edades, rol de género, familiar o laboral, discapacidad física o mental), suministra algún tipo de sustancia que altera la conciencia, utiliza la coacción verbal o la fuerza física. Puede utilizar uno o varios métodos para llevar acabo su cometido.

La violencia sexual corresponde a un fenómeno que debe ser abordado desde una perspectiva integral, ya que hay muchas variantes que potencian la probabilidad de que sea infligido, que sea un fenómeno persistente en el tiempo y que se presente de manera continua en la sociedad.

Preliminarmente, y con el ánimo de entender conceptualmente la violencia sexual, la Organización Mundial de la Salud (29) la define como “Todo acto sexual, la tentativa de consumir un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de esta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo”.

Precisamente, los actos que comprenden la violencia sexual atañen a aquellos que van desde el acoso hasta la penetración, pasando por la manipulación de las partes íntimas y agresiones físicas, y se cometen contra mujeres, niños, niñas y adolescentes principalmente.

Las relaciones de poder y obediencia, que se han estudiado tradicionalmente desde la ciencia política y la sociología para analizar el comportamiento social, son las que pueden desencadenar los abusos, por lo que es posible afirmar que se cometen por quienes se consideran superiores y en consecuencia aptos y legitimados para violar a otra persona, con el elemento de la coacción abarcada por diferentes grados de violencia, que incluyen aspectos psicológicos, extorsiones o amenazas y el daño físico.

De aquí surge la correlación del sexo con el poder, por lo que Kate Millett (30) señala que el sexo es una categoría impregnada de política, en donde la mitad de la población se halla bajo el control de la otra mitad, y lo explicita como la supremacía masculina sobre la femenina. Claro, entendiendo el poder como capacidad de dominio, es decir, la posibilidad de imponer la voluntad propia sobre la conducta de otras personas (31). Lo anterior se alude no por caracterización sexista, sino por el sistema patriarcal que desde antaño se ha impuesto en la civilización y que ha determinado ciertos roles tanto a hombres como a mujeres; en

el caso concreto, ha definido a la mujer como la que posee el sexo débil.

Esta afirmación revierte la acción sexual como una relación en la que intervienen aspectos ideológicos como la aprobación de los roles de ambos sexos en el marco del patriarcado, que normaliza el prejuicio de la superioridad masculina al recibir el beneplácito general; también aspectos biológicos establecidos por la ciencia que subrayan distinciones de fuerza y que se refuerzan mediante la cultura; y aspectos sociológicos donde el patriarcado se ejerce en función de la familia, ya que actúa como mediadora en la relación entre el individuo y la estructura social, por lo que puede suplir el poder cuando las instituciones no son suficientes.

Como ejemplo de ello, Millett acota que la composición de la familia soporta su liderazgo en el hombre; por tanto, el patriarcado ha concedido “al padre la apropiación casi absoluta de su esposa y de sus hijos, incluido el derecho a maltratarlos físicamente” (32). Lo anterior reitera lo que se ha expuesto cuando se analizan las relaciones de poder; la sociedad y la cultura han transmitido estos comportamientos, que, entre otras cosas, han sido permisivos en la perpetración de violencia sexual.

Una manifestación de esas relaciones de poder es la violencia sexual que se presenta cuando se convive en pareja, en las que generalmente el hombre, considerado como el jefe del hogar, abusa de su compañera acotando la pertenencia al sexo fuerte, y este mismo se atribuye la supuesta autoridad para abusar sexualmente como respuesta a la sumisión y a la instrumentalización de la víctima. Esto se traduce de manera equivalente cuando se comete violencia contra niños, niñas y adolescentes, ya que, dada su condición de menores de edad, los mayores consideran tener la atribución de disponer como si fueran su propiedad. (33).

Ahora bien, y yendo hacia lo concreto, la violencia sexual ha sido considerada mundialmente como una problemática de salud pública, que se manifiesta en las diferentes esferas sociales, esto es, en el hogar, en la escuela, en el trabajo, en la calle, es decir, en los escenarios en los que hay interacción humana en un plano cercano y próximo. Al unísono, quienes perpetran los actos de violencia sexual son en su mayoría los familiares, los amigos, compañeros y personas conocidas de la víctima, sin descartar que hay factores externos que sin ser conocidos o con quienes no hay un trato tan cercano también cometen estos actos violentos.

No solo la mujer es considerada vulnerable en el momento de ser víctima de violencia sexual, también los niños y niñas son las principales víctimas de este tipo de violencia. Por lo tanto, surge consecuentemente una necesidad de abordar las vulnerabilidades no solo desde el sexo, sino también desde la edad y otros factores que potencian esas características de debilidad, como la posición familiar y social.

En una línea de análisis similar, se entiende que el poder se ejecuta a partir de diversas variantes, que son el reflejo de relaciones de mando y obediencia.

Así, el factor económico, es decir, el hecho de detentar los recursos y disponer de ellos en detrimento de la otra persona, por ejemplo, en el caso de las relaciones familiares donde con regularidad el hombre controla lo que ingresa al patrimonio, genera actitudes que permiten la ejecución de acciones violentas contra los demás miembros de la familia; las relaciones laborales cuando se utiliza una dignidad superior para acceder violentamente a otra persona, hasta el mismo hecho de ser mayor en términos de edad, se configuran en causal para que se inflija violencia de carácter sexual (34).

Lo hasta ahora descrito puede enmarcarse en un contexto doméstico, en el que la violencia se inflige contra las personas que física y biológicamente pueden ser más débiles que el victimario y que se fundamenta en los supuestos del patriarcado. Sin embargo, en una esfera macrosocial o colectiva, por ejemplo, en el marco del conflicto armado y en la acción de la fuerza pública del Estado, el comportamiento puede inscribirse en otra arista en la que los victimarios utilizan la violencia sexual como un instrumento para obtener algún fin que potencie su autoridad, genere miedo o controle a la población, que se traduce, en últimas, como un reflejo del uso del poder y las relaciones desiguales.

Para su evidencia, la historia reciente del mundo y del país demuestra que la violencia sexual es un arma de guerra que inspira terror colectivo, que coacciona para generar obediencia e intimida individualmente, y por eso es importante subrayar la instrumentalización a la que se somete el cuerpo humano y la cosificación que sufre la persona como medio para obtener réditos en las hostilidades.

Bien lo explica María Villellas (35) cuando narra que la violencia sexual ha tenido lugar en todos los conflictos armados a lo largo de la historia y expone, entre otros, el caso de las violaciones masivas a mujeres alemanas por parte del ejército soviético; se calcula que la cifra comprende entre cien mil y un millón de víctimas, y que se cometieron no solo para humillarlas, sino para demostrar al enemigo control sobre su territorio y sus posesiones.

Hasta ahora, es indicado determinar las esferas de análisis del problema que se ha identificado en la violencia sexual alrededor de las relaciones de poder. Una esfera doméstica y otra macrosocial; de estas, se determina que la cercanía a la víctima –en la primera– es la principal característica para que se inflija el abuso, mientras que en la segunda los factores sociales como las normas patriarcales, la situación de conflictividad y las costumbres en torno a la materialización de poder a través del ejercicio de la violencia intervienen para que se transgreda la integridad de una persona vulnerable.

No hay que obviar el comportamiento de muchos victimarios que no se catalogan en las esferas de análisis expuestas, pues su mecanismo se motiva por conductas

psicológicas que pueden ser causadas dada su condición de víctimas de abuso sexual en el pasado (en lo doméstico o macrosocial) y cuyos actos se cometen como respuesta a la frustración y como venganza por el daño causado (36). Sin embargo, es un tema que, si bien puede ser polémico, debe ser contrastado con los datos que este estudio arroja, luego hay que esforzar la acción preventiva de potenciales agresores atendiendo oportunamente sus necesidades cuando muchos menores, especialmente hombres, son víctimas de delitos sexuales.

En esta línea, para hacer un análisis integral, se debe mencionar que los hombres también son víctimas de violencia sexual en la esfera doméstica y macrosocial, pero hay una particularidad metodológica que arrojan las cifras: evidentemente, y dado el contexto patriarcal, existe un subregistro, entre otras razones, porque la trama social impide que se denuncien todos los casos cuando las víctimas son hombres, por lo que abordar el estudio sin tener en cuenta estas acciones velaría la objetividad teórica que se ha pretendido explicar.

A nivel mundial, se ha reconocido que esta violencia es una problemática de salud pública, que vulnera los derechos humanos, sexuales y reproductivos, que va en contra de la dignidad humana, la igualdad, autonomía, la libertad, la seguridad, la vida, la integridad física y psicológica, la libre expresión y libertad de circulación y el libre desarrollo de la personalidad, entre otros. Los grupos más vulnerables por sus condiciones de edad, posición en la familia y en la sociedad son los niños, niñas, adolescentes y las mujeres.

El flagelo de la violencia es uno de las más vergonzosas enfermedades de nuestra sociedad y la violencia sexual es quizás su peor expresión. Los efectos sobre la vida de las personas van desde alteraciones físicas de muchas índoles a trastornos psiquiátricos (37) y sociales impactando todo esto de manera negativa sobre el desarrollo de un país.

Es una constante en la revisión de la casuística en diferentes latitudes el hecho de no tener cifras precisas sino estimadas acerca de los delitos sexuales. Esta carencia de cifras exactas obedece a múltiples razones que van desde países donde culturalmente el vulnerar los derechos sexuales a niños, niñas, adolescentes y mujeres hace parte de tradiciones ancestrales y, por tanto, no es considerado un crimen, hasta países donde los conflictos armados han generado verdaderas tragedias humanitarias con miles de víctimas de este tipo de delitos, muchos de los cuales en época de postconflicto no serán atendidos integralmente por decisiones tomadas para terminar el conflicto, sin dejar a un lado la no denuncia por múltiples razones. (38).

Una de las principales fuentes de información que han servido para conocer y analizar la dimensión de la violencia sexual a nivel mundial, es la recopilación de estadísticas derivadas de las denuncias ante entidades judiciales, de la atención en los servicios de salud y sociales, de las entidades de protección y de la policía.

Otra importante fuente de información son algunos estudios específicos sobre el tema, los cuales si bien es cierto usan metodologías y sistemas de información diferentes, permiten contar con cifras que acercan a la realidad de esta problemática, aunque no sea posible comparar sus resultados entre sí o con otras fuentes.

Dentro de las publicaciones se encuentra el reporte de la Organización Mundial de la Salud sobre violencia y salud, que estima que aproximadamente 20 % de las mujeres y entre 5 a 10 % de los hombres reportan haber sido abusados sexualmente cuando niños. Sobre la violencia de pareja, anota que muchas de las víctimas son sometidas a múltiples actos de violencia durante largos periodos, donde se incluye la violencia física, psicológica y sexual simultáneamente. El mismo fenómeno se observa en la violencia contra los niños, niñas y adolescentes, mediada por factores individuales como la edad y el sexo. Es así que se encuentra que hay mayor riesgo de maltrato físico en los niños pequeños y de abuso sexual en los adolescentes. En cuanto al género, en un gran número de países; el masculino tiene mayor riesgo de sufrir violencia física y el femenino de infanticidio, abuso sexual, abandono y de ser obligadas a prostituirse (39).

Luego de esbozar histórica y teóricamente la problemática, y con el ánimo de aproximarla a la institucionalidad, se puede determinar que, como todo hostigamiento y ejercicio de poder, es posible pensar en la resistencia, es decir, la manera de enfrentarse al problema de una forma productiva, proactiva y anterior a este, para lograr una relación directa con la externalidad de donde proceden las dominaciones (40). Por una parte, la denuncia ante las autoridades de todos los acontecimientos que se presenten cuando haya violencia sexual y, por otra, la exigencia para que los aparatos de juzgamiento actúen de manera efectiva. Mucho se ha hecho, la expedición de leyes que endurecen las penas cuando se cometen delitos sexuales y más contra menores de edad, así como también el castigo más severo cuando se cometen delitos contra mujeres dada su condición de género; sin embargo, muy pocos avances en la disminución de los casos se han visto y las cifras año a año muestran tendencias alarmantes.

Ahora, luego de reconocer los lugares en los que se perpetran las acciones sexuales violentas, en el marco doméstico y colectivo, es necesario mencionar los factores que aumentan el riesgo de que se cometan actos de violencia sexual. Dichos factores han sido identificados por la OMS (40) a partir de estudios enfocados hacia personas que han cometido delitos relacionados y que se encuentran aprehendidas.

La pertenencia a una pandilla es el primer factor identificado, luego las actividades en las que los objetos de acción son delincuenciales aumentan el riesgo de que alguno de sus miembros cometa un delito sexual.

El consumo de alcohol y drogas es otra causal que agrava el riesgo para cometer

una acción de violencia sexual, aunado a que en la niñez se haya estado expuesto a violencia entre los padres.

La aceptación de la violencia para resolver los conflictos, la infidelidad y las opiniones favorables y legitimadoras sobre la inequidad de género potencian el riesgo y permiten que se evidencie reproducción de las conductas violentas.

En consecuencia, son diferentes variantes de análisis que se deben tener en cuenta para estudiar el comportamiento de la violencia sexual en Colombia y además deducir las particularidades del fenómeno en cuanto a las motivaciones de los victimarios y la reacción de quien sufre este tipo de acciones, alimenta los insumos para que la acción del Estado se enfoque también hacia el acompañamiento a las víctimas, con el objeto de que no solo se logre prevenir la reproducción de la violencia, sino que se restituya su dignidad y su condición humana.

3.2.1 VIOLENCIA SEXUAL

Es un fenómeno muy común en nuestra sociedad, que genera daños en la autoestima del individuo, sentimientos de tristeza, culpa e indefensión y en la red familiar secuelas difíciles de superar. La violencia sexual a parte de las consecuencias físicas, tiene efectos psicológicos a corto y largo plazo como depresión, ansiedad, intentos de suicidio o el Síndrome de estrés postraumático. (41) Al respecto Echeburúa en un estudio realizado con personas de ambos sexos víctimas de delitos violentos concluyo que el 54,5% de todas ellas padecían estrés post traumático y que se daba con más frecuencia en casos de agresión sexual y terrorismo, que en las víctimas de violencia intrafamiliar (42)

3.2.2 ABUSO SEXUAL INFANTIL

Se define a partir de 2 grandes conceptos, como son la coerción, referida al contacto sexual mantenido con un menor mediante el uso de la manipulación, la presión, la autoridad o el engaño, y la asimetría de edad o desigualdad madurativa, que impide la verdadera libertad de decisión del menor e imposibilita una actividad sexual compartida, ya que los participantes tienen experiencias, grado de madurez biológica y expectativas sobre la relación sexual muy diferentes. Si bien pueden aparecer dificultades al delimitar cuál es la diferencia de edad entre los participantes de una relación sexual para poder considerar que se está produciendo un abuso sexual, la mayoría de especialistas, siguiendo las recomendaciones de Finkelhor y Hotaling (43) consideran una diferencia de 5 años de edad o más cuando el menor tiene menos de 13, y de 10 años o más si este tiene entre 13 y 16 años.

Los tres criterios más utilizados para establecer el concepto de abuso sexual infantil son:

- Asimetría de edad de la víctima y del agresor
- Coerción: las conductas que el agresor pone en juego para someter a la víctima
- Tipo de conductas sexuales que tienen lugar entre ambos

El Programa de Pediatría Social (PPS) del Área Hospitalaria de Valme ha adaptado un concepto que dé respuesta al problema de salud que constituye el abuso sexual de menores y, a la vez, que permita colaborar con instituciones de Justicia y de Protección, en tanto que el abuso puede constituir un delito y el menor puede estar en situación de desamparo.

3.2.3 LOS CONCEPTOS.

Tabla: 1. Concepto de abuso sexual. (Adoptado de varios autores)

Concepto de abuso sexual infantil.

Actuaciones de contenido sexual realizadas
en la persona de un menor de edad (18 años)
con **asimetría** de poder
(edad, jerarquía, profesión, violencia)
Bajo **coacción, agresión o engaño**
(seducción)
Con la condición de **ocultarlo.**

Fuente: Programa de Pediatría social. Área de Valme.

El PPS ha elaborado y difundido entre los profesionales una definición adaptada, simplificada, casi esquemática, partiendo de autores, publicaciones e instituciones de suficiente evidencia científica y reconocido prestigio, adaptándola a las referencias del Código Civil y del Código Penal español (44, 45,46) (Tabla 1). Es importante que en esta fase inicial se desligue al profesional de algunos mitos que inducen a no detectar o a no notificar: creer que no hubo "intencionalidad" o que se trata de "una familia normal". El concepto de intencionalidad y de responsabilidad del presunto autor no corresponde ser valorado por ningún médico.

De esa definición de abuso sexual en menores se han extraído algunos criterios que pueden ser de ayuda para que cualquier médico o enfermero del hospital pueda discernir inicialmente sobre la sospecha de abuso sexual, en la mayoría de los casos (Tabla 2). No obstante, la valoración definitiva debe analizar más profundamente situaciones que pueden estar en los límites mismos de lo que debe ser considerado abuso de menores; por ejemplo, una menor que a los 16 años decide irse de casa y tener relaciones con un señor de 29 años: ¿Sería suficiente la asimetría de edad para decidir si existe un abuso de la menor? En cualquier caso, sería necesario completar un estudio de la menor, de su desarrollo, de sus capacidades, de su posible emancipación, del ambiente cultural de su familia, etc., a lo largo de un proceso respetuoso que, a la vez que eficaz, reduzca al máximo las molestias a la menor y a su familia.

Tabla: 2. Criterios para valorar la sospecha inicial de abuso sexual en menores.

Criterios para valorar la sospecha inicial.

Víctima menor de 18 años
Intención de obtener **satisfacción sexual**
Acto **oculto**
Pacto de silencio
Asimetría de edad >4 años entre la víctima y el presunto agresor
No **consentimiento** de la víctima si es < 13 años
Violencia, seducción o engaño

Fuente: Programa de Pediatría social. Área de Valme.

EL CONOCIMIENTO DE LOS INDICADORES Y LA NOTIFICACIÓN DE LA SIMPLE SOSPECHA.

Los profesionales de primer nivel conocen los indicadores de sospecha que el PPS ha resumido de forma didáctica (47,48,49) (Tabla 3). Ante la presencia de cualquiera de estos indicadores, el médico lo registra en la historia clínica e informa a la Unidad de Trabajo Social (UTS) mediante hoja de interconsulta. En ese momento inicial valora si existe riesgo vital para el menor y la capacidad de protección que pudiera tener si vuelve con su familia. Si el posible abuso sexual ha podido ser reciente, antes de 48-72 horas, y si han podido existir lesiones u otros indicadores físicos, se programa una exploración coordinada en la que intervengan los especialistas que procedan y el Médico Forense.

Tabla: 3. Categorías de indicadores de sospecha de abuso sexual en menores. Elaborada a partir de la guía ADIMA.

	INDICADORES (entre otros)
Lesiones y datos de la Exploración.	Lesiones e genitales, nalgas, región perianal Dolor en genitales. Hemorragia vaginal. Vulvovaginitis de repetición. Estreñimiento secundario. Semen. ETS. Embarazo
Comportamiento de la niña o del niño	Manifiesta que ha sido objeto de abuso. Tristeza. Resistencia a la exploración. Conducta sexualizada. Cambios de comportamiento. Cambios en el rendimiento escolar. Síndrome de conversión. Conducta autolítica.
Conducta del abusador.	Celoso y sobre protector. Amable y bien considerado. Dificultades de pareja. Consumidor de prostitución. Padeció ETS. Sufrió abuso en su infancia.

Fuente: Programa de Pediatría social. Área de Valme.

El Diagnóstico inicial del abuso es siempre un diagnóstico de sospecha. Aunque existan indicadores físicos, lesiones aparentemente evidentes de abuso, o los indicadores sean muy "inespecíficos" de abuso. Aunque quepa la posibilidad de falsas alegaciones, el procedimiento más eficaz, en nuestra experiencia, consiste

en recoger y notificar los indicadores de sospecha sin asumir inicialmente la confirmación del diagnóstico. La posibilidad de falsas alegaciones no debe ser argumento para no completar un estudio continuado. Por otra parte, la ausencia de lesiones o de verbalización del abuso por parte del menor, la no coincidencia de las valoraciones médicas o psicológicas, no descarta la propia existencia de formas graves de abuso sexual que no dejó marcas, lesiones que ya desaparecieron o, formas de abuso que se produjeron sin contacto genital o físico.

EL VALOR DE LOS INDICADORES.

La valoración de los indicadores observados es una tarea compleja que debe ser desarrollada por varios profesionales a lo largo de un proceso. Ninguno de los indicadores, por sí mismo y fuera de contexto, puede descartar o confirmar la certeza del abuso. En la práctica empleamos una clasificación orientativa para la valoración de indicadores, que recuerda básicamente las tres categorías publicadas por Hamel y Jenny en 1996, que puede resultar útil siempre que se haya completado el estudio médico, social y psicológico del menor: indicadores compatibles, específicos y concluyentes de abuso sexual (50,51,52,53) (Tabla 4).

Por ejemplo: deben ser estudiadas todas las lesiones localizadas en genitales, en la cavidad bucal, en región perianal o en nalgas. Aunque no todas las lesiones deben ser consideradas producidas como consecuencia de una agresión sexual, deben incluirse en el diagnóstico diferencial y más, cuando se descartan o son poco probables otras enfermedades causales.

Por otra parte, las fisuras perianales pueden ser secundarias a estreñimiento, pero debe valorarse su evolución cuando se tratan adecuadamente y se normaliza la consistencia de las deposiciones. También las fisuras y lesiones producidas por la agresión sexual pueden producir estreñimiento secundario (54).

En este seguimiento que puede durar semanas o meses, el Pediatra debe estar especialmente atento a la aparición de otros indicadores que pudieran incrementar el valor de la sospecha.

Lo mismo diríamos de sangrados vaginales, vulvovaginitis de repetición, las molestias al andar o al defecar, las dilataciones del orificio himeneal, del esfínter anal. Es necesario estudiar si existen causas orgánicas, funcionales o infecciosas y valorar su evolución después del tratamiento adecuado. Además, se explorará la presencia de indicadores en su comportamiento, cambios en el rendimiento escolar, etc. (53). Si se descartan otras causas y continúan los síntomas, debe informarse a la Unidad de Trabajo Social para que inicie una valoración del entorno familiar del menor. En estos casos se trata de sospecha basada en indicadores compatibles con el abuso.

Tabla: 4. Valoración de indicadores de abuso infantil. Gil Arrones J.

Indicadores	Concepto	Ejemplos
<p>COMPATIBLES</p> <p>Abuso probable.</p>	<p>Trastorno de enfermedades o lesiones que, aunque pueden deberse a otras causas, en determinadas circunstancias podrían ser secundarios a alguna forma de abuso sexual.</p>	<p>Trastorno del comportamiento. Fisuras perianales. Hemorragia vaginal.</p>
<p>ESPECIFICOS</p> <p>Alta probabilidad.</p>	<p>Trastorno, enfermedades o lesiones cuyo mecanismo de producción más frecuente son las prácticas abusivas. Aunque pudieran ser producidas por otra causa muy poco probable, que no ha sido demostrada.</p>	<p>Conducta sexualizada.</p> <p>Relatos del menor no confirmados.</p> <p>ETS en niña o niño de edad prepubera I, descartada transmisión vertical.</p>
<p>CONCLUYENTES</p> <p>Certeza de abuso</p>	<p>Trastorno, lesiones o enfermedades que solo pueden haber sido producidos por mecanismos de abuso sexual.</p> <p>Se han descartado accidentes y otras causas</p>	<p>Verbalización con informe psicológico de veracidad.</p> <p>Rotura de himen en edad prepuberal.</p> <p>De esfínter anal.</p>

Fuente: Programa de Pediatría social. Área de Valme.

Otros indicadores físicos obtenidos de la exploración del menor pueden considerarse específicos de las formas de abuso sexual y tener un alto valor predictivo del abuso. Es el caso de algunas enfermedades de transmisión por contacto sexual, embarazos en adolescentes; algunas lesiones vulvovaginales, anales, verbalización por parte del menor o conducta sexualizada, por ejemplo.

Es posible que sea discutida la "especificidad" de algunos indicadores, algunas enfermedades de transmisión sexual, por ejemplo, condilomas acuminados perianales, porque, en teoría, cabría la posibilidad de otros mecanismos de contagio (55,56). En este tipo de situaciones es importante poner de manifiesto cuál es el mecanismo de contagio más probable y valorar el conjunto de todos los indicadores de sospecha que presenta.

Ante la presencia de indicadores "específicos", el abuso sexual no debe ser descartado del diagnóstico diferencial hasta que no se demuestre inequívocamente otro mecanismo causal diferente.

En estos casos debe iniciarse valoración social, asegurarse de la capacidad de protección familiar y, en caso de duda, informar a los servicios de protección de menores y al Juez, mediante parte de lesiones o informe. Debe iniciarse valoración social de la familia por parte de la UTS y la exploración psicológica del menor por psicólogos especializados.

Si se detectan indicadores concluyentes se debe informar simultáneamente al Juzgado de Guardia y a la UTS y, si existen dudas sobre la capacidad de protección de la familia o que el presunto autor pertenezca al ámbito familiar, se facilitará su ingreso hospitalario como medida de protección y se informará al Servicio Provincial de Protección de Menores (57) (a través de la UTS) por si procede decretar situación de desamparo. Una vez completado el estudio médico, social y psicológico, se puede afirmar el diagnóstico de certeza de abuso sexual.

PROBABILIDAD DEL ABUSO SEXUAL.

El diagnóstico de abuso sexual en un menor es siempre un diagnóstico de probabilidad (58,53,59,60) que se puede establecer en una escala, que a efectos operativos facilita la expresión del diagnóstico: se descarta el abuso, es probable, existe alta probabilidad y certeza de abuso. (Tabla 5).

Tabla: 5. Escala de probabilidad diagnóstica del abuso sexual en menores.

Probabilidad del abuso	Criterios de valoración.
1 se Descarta	<p>Después de un tiempo suficiente de control y seguimiento: Desaparecen los indicadores compatibles y no vuelven a aparecer</p> <p>Se encuentran posibles causas no relacionadas con prácticas de abuso</p> <p>No se encuentran otros indicadores de sospecha de abuso</p>
2 probable Abuso	<p>Existen indicadores compatibles con abuso sexual</p> <p>No se han encontrado enfermedades que pudieran causarlos</p> <p>Se comprueba reiteración o persistencia de los síntomas</p> <p>Se detectan otros indicadores a lo largo del periodo de seguimiento.</p>
3 alta Probabilidad	<p>Existen indicadores específicos de abuso sexual</p> <p>No se ha demostrado enfermedad causal</p> <p>Pueden existir otros indicadores</p>
4 certeza	Existen indicadores concluyentes
J. Gil Arrones	

Fuente: Programa de Pediatría social. Área de Valme.

Es posible que no todas las instituciones y no todos los profesionales estén interesados en diagnósticos que dejen un margen de duda pero, desde el punto de vista de la salud y de la protección del menor, es importante iniciar un plan de trabajo que incluya seguimiento familiar, controles médicos, valoración del rendimiento escolar, de posibles cambios en su carácter, de posibles necesidades de tratamiento médico o psicológico, o la aparición de nuevos indicadores que incrementen la probabilidad del diagnóstico en términos objetivos. A veces la mejoría de su comportamiento cuando se inicia tratamiento psicológico o se adoptan medidas de protección, son suficientes para una confirmación clínica de la existencia del abuso.

3.2.3.1 ASIMETRÍA DE EDAD

La diferencia en edad entre la víctima y el agresor impide la verdadera libertad de decisión y hace imposible una actividad sexual común, ya que los participantes tienen experiencias, grado de madurez biológica y expectativas muy diferentes. Esta asimetría supone en sí misma un poder que vicia toda posibilidad de relación igualitaria.

3.2.3.2 COERCIÓN

El uso de fuerza física, presión o engaño deben ser considerados, por sí mismos, criterios suficientes para que una conducta sea etiquetada de abuso sexual a menores, independientemente de la edad del agresor.

3.2.3.3 TIPOS DE ABUSOS SEXUALES A MENORES

Siempre que exista coerción o asimetría de edad (o ambas cosas a la vez) entre una persona menor y cualquier otra, las conductas sexuales deben ser consideradas abusivas. Estas se pueden manifestar de la siguiente manera:

➤ Con contacto físico

- Violación: Penetración en la vagina, ano o boca, con cualquier objeto
- Penetración digital: inserción de un dedo en la vagina o en el ano.
- Penetración vaginal o anal con el pene.
- Penetración vaginal o anal con un objeto
- Caricias: tocar o acariciar los genitales de otro, incluyendo el forzar a masturbar para cualquier contacto sexual y exceptuando la penetración.
- Sodomía o conductas sexuales con personas del mismo sexo.
- Contacto genital oral.

- Involucramiento del niño en contactos sexuales con animales.
- **Sin contacto físico:**

- Propuestas verbales de actividad sexual explícita
- Exhibicionismo: acto de mostrar los órganos sexuales de una manera inapropiada.
- Obligar a los niños a ver actividades sexuales de otras personas. Ejemplo: padres u otras personas que impliquen a los niños en la observación de coito o ver pornografía
- Falsas alegaciones en procesos de divorcio.

Explotación sexual:

- Implicar a menores de edad en conductas o actividades relacionadas con la producción de pornografía
- Promover la prostitución infantil
- Turismo sexual

Culturales:

- Ablación quirúrgica del clítoris
- Casamiento de niños sin su consentimiento
- Rituales satánicos

3.2.4 CLASIFICACIÓN DEL ABUSO SEXUAL EN MENORES

No todos los abusos sexuales se atienden de la misma manera aguda. Así, el tiempo transcurrido desde el abuso hasta la consulta, se clasifica en (61)

Agudos:

- Evaluados inmediatamente tras el abuso sexual. Este ha ocurrido en menos de 24 h.
- Es necesario recoger pruebas forenses.
- Con frecuencia se encuentra sangrado vaginal y laceraciones genitales

Subagudos:

- Evaluados al menos 72 h del abuso. Este ha ocurrido entre 3 y 7 días antes:
- Se puede evidenciar disuria y laceraciones genitales menores.

No Agudos:

- Evaluados pasados al menos 7 días.
- La víctima se encuentra ahora en situación segura.
- No se evidencia daños o síntomas físicos.
- Es obligada la interconsulta ginecológica y descartar ETS.

Todas las lesiones agudas, es decir, las que han sucedido en las últimas 72 horas, deben ser atendidas en el hospital. Sin embargo, cuando el abuso ha sucedido hace más de 72 horas y las lesiones físicas, si hay, son de poca gravedad, se podrá atender en el centro de salud. (62)

3.2.5 EPIDEMIOLOGÍA

Al intentar cuantificar los abusos sexuales que se dan en los diferentes países, hay importantes limitaciones que condicionan los datos de prevalencia e incidencia. En primer lugar, no se puede obviar el gran número de abusos sexuales que no se denuncian (63), dado que muchas veces los menores no tienen las habilidades comunicativas suficientes para relatar los hechos, no reconocen estas situaciones como impropias, reprimen en su memoria situaciones desagradables o simplemente cooperan con la petición de guardar el secreto. En segundo lugar, los datos epidemiológicos de los diferentes países pueden variar sensiblemente en función de la realidad de cada uno. Es decir, hay una elevada variabilidad en un mismo país y entre países, que puede atribuirse a razones sociales (los no industrializados presentan menor prevalencia que los industrializados dada la limitación de recursos (64), culturales (p. ej., la población china es más reacia a revelar la victimización sexual que la occidental (65), familiares (cantidad de divorcios, padrastros, cuidadores temporales (66), conceptuales (en algunos estudios se utilizan definiciones más restrictivas y en otros, más generales (67) y metodológicas. Todo ello dificulta la cuantificación del problema.

- **Prevalencia**

De los datos de los países analizados se desprende una notable prevalencia en los dos sexos, si bien es más frecuente en el femenino (68). Las estimaciones indican que, como promedio, un 10% de los varones y un 20% de las mujeres han sufrido abusos sexuales durante la infancia; no obstante, estos datos están sujetos a amplios intervalos de variabilidad (69,70.)

Para concretar de forma más ajustada y específica la prevalencia de los abusos sexuales a menores, exponemos una serie de estudios llevados a cabo en diferentes países. En una investigación realizada en España se mostraba un elevado número de abusos sexuales antes de los 17 años, concretamente, un 15% de los varones y un 22% de las mujeres de una muestra representativa de la sociedad española (71). En EE.UU., una encuesta a población adulta respecto a si habían experimentado

abusos sexuales en el pasado demostraba que el 27% de las mujeres y el 16% de los varones reconocían haber sido víctimas de agresiones sexuales en la infancia (72). En Suiza, en un estudio realizado a una muestra de adolescentes de 14 a 16 se obtuvo una frecuencia de abuso sexual de un 10,9% en chicos y de un 33,8% en chicas (73). En un estudio retrospectivo realizado en una población de Nueva Zelanda en una muestra de jóvenes, un 17,3% de las mujeres y un 3,4% de los varones relataban haber sido víctimas de abuso sexual antes de los 16 años (74). En otro estudio llevado a cabo en Alemania, de ámbito regional, con estudiantes mayores de 18 años, la prevalencia de abuso sexual encontrada fue de un 25,2% en mujeres y un 6,2% en varones, aunque los autores afirman que estos resultados no son generalizables a todo el país (75). Los datos comentados parten del concepto de abuso sexual infantil en su sentido más amplio.

- **Incidencia**

Se desconoce la incidencia real de los abusos sexuales y los estudios epidemiológicos existentes (76,77) muestran resultados discordantes en cuanto a si disminuye o se estabiliza en el tiempo.

En el Estudio Nacional de Niños efectuado en Estados Unidos en 1987 se encontró que la incidencia de abuso sexual en niñas sin factores de riesgo fue de 6%; en los que presentaban un factor la incidencia ascendía a 9%, dos factores a 26% y se elevaba a 68% con tres o más factores.

La información más reciente publicada por UNICEF en su página web y según los datos de Medicina Legal es: en 2001 se practicaron 13.352 dictámenes sexológicos por abuso o violencia, de los cuales 8745 se practicaron en mujeres y 1210 en hombres. El 86% de todos los dictámenes se hicieron en menores de dieciocho años, siendo la edad más afectada la de 10 a 14 años (37%), seguida por la de 5 a 9 años (25%), la de 15 a 17 años (14%) y la de 1 a 4 años (10%)

En este tipo de abuso contra menores de dieciocho años Medicina Legal constató que en 78% de los casos el agresor era un conocido del niño o niña, especialmente padre, padrastro u otro familiar. (78)

3.2.6 CARACTERÍSTICAS DEL ACTO

Muchas de las investigaciones coinciden en señalar que la mayoría de los agresores (70-80%) son familiares o conocidos de la víctima, y en su mayoría, varones (90%) (80,81,83,84-87). Hay discrepancias en cuanto al tipo de acto abusivo predominante (con penetración, sin penetración y otros) y la relación entre el abusador (extrafamiliar, familiar) y el sexo de la víctima. Así, en un estudio

llevado a cabo en España, los tocamientos fueron la forma más frecuente de agresión⁹, aunque en otros con población española es la penetración, con un 53%, el tipo de abuso sexual más frecuente²⁴. Otras investigaciones demostraban que en un 20% de los casos se producían interacciones padre-hija (los más traumáticos)²⁵. La edad de mayor frecuencia de abuso sexual en menores oscila entre los 6 y 12 años ^{79,82,83,85,86,88}. La población de menores con discapacidad psíquica moderada experimenta un mayor número de abusos sexuales, ya que su limitada capacidad para comprender y desarrollar su curiosidad sexual y su deseo de formar vínculos afectivos entre la población normal les hacen más vulnerables a estas situaciones ⁸⁹.

3.2.6.1 CARACTERÍSTICAS DEL AGRESOR

Los casos de abuso sexual no presentan un patrón de definición claro con respecto al nivel socioeconómico.

Los agresores sexuales de los niños son en 85% de los casos hombres, que se dividen en pedófilos y agresores. Los primeros tienen preferencia por los niños y los segundos por los adultos.

Los agresores se dividen en regresivos, que permanecen con su preferencia hacia los adultos, pero ante ciertas circunstancias hacen regresiones a edades más tempranas y terminan buscando relaciones con niños. El otro tipo de agresores tiene fijaciones en niños y una preferencia por ellos y se relacionan con adultos que se visten con prendas de niños.

Los patrones más frecuentemente utilizados por los agresores son la seducción, la introversión y el sadismo. En el caso de la seducción, el agresor utiliza en forma sistemática halagos, caricias y regalos, para disminuir la resistencia de los niños y poder efectuar el abuso sexual.

El segundo patrón es el introvertido, en el que el agresor, por sus dificultades para entablar relaciones interpersonales, busca congraciarse con alguien que tenga niños o busca trabajar en instituciones donde haya, por lo general, niños muy pequeños y espera la oportunidad para abusar de ellos.

El tercer patrón es el sádico, agresor que busca satisfacción mediante producción de dolor en la víctima.

En nuestro medio, estas características no han sido bien determinadas. En el caso de las acusaciones, el comportamiento está mejor definido. El agresor, por lo general, utiliza los siguientes mecanismos de defensa: desmentir, minimizar, justificar, elaborar, simular enfermedad mental, simpatía, agresión o confusión.

En cuanto a desmentir, el agresor trata de negar y acusar al niño o sus padres de fantasiosos. En caso de admitirlo, busca inmediatamente justificación y como estrategia para mitigar el castigo aclara que no ha recibido satisfacción sexual.

La minimización es un mecanismo con el cual se busca hacer ver como insignificantes las acciones y la frecuencia de las mismas en el caso de eventos repetidos.

En la justificación se culpa al niño de seducir al agresor o de provocarlo, o se justifica en el caso de los niños dedicados a prostitución por el hecho de estar en ella, aduciendo desconocer la edad de la víctima.

En la elaboración se busca confundir moviendo los argumentos dentro de un contexto que busca justificar, minimizar y negar las acciones.

Muchos de los agresores sexuales pueden o simulan tener enfermedad mental. De allí la importancia de una evaluación psiquiátrica de estas personas.

En el caso de la confusión, el agresor reconoce la falta, pero trata de conmovier apelando a la compasión del entrevistador aduciendo situaciones de soledad o falta de solvencia económica, entre otros pretextos.

Una vez que se determine si el abusador es conocido o familiar se debe proceder a informar a las autoridades y, en caso de falta de garantías para la víctima, se debe solicitar medidas de protección.

Algunos agresores, por lo general muy experimentados en la seducción, buscan agradar al entrevistador como un mecanismo para convencerlos de que son unas buenas personas.

En el extremo opuesto están aquellos agresores que piensan que un buen ataque es la mejor defensa y amenazan al entrevistador con demandarlo por dudar de su reputación, con tendencia a ser violentos. (90)

3.2.7 ETIOLOGÍA

En el abuso sexual hay tres componentes importantes: víctima, abusador y proceso de abuso. Cada uno de ellos reúne una serie de características que ayudan a identificarlos mejor.

3.2.7.1 Víctima

Los factores de riesgo de abuso sexual son (Tabla 6) (91): a) edad de 8 a 12 años, aunque en cualquier edad pediátrica se puede sufrir un abuso sexual; b) sexo

femenino, las niñas los sufren más, pero los varones los denuncian menos; c) determinadas características de la víctima, como el aislamiento de otros niños de su edad y retraimiento, hacen al niño más vulnerable, aunque algunos autores opinan que más que un factor de riesgo es una consecuencia del abuso sexual; d) algunas características de la familia son también factores de riesgo, tales como la falta de padres protectores, los vínculos defectuosos

de los padres con los hijos (y viceversa) y la presencia en el entorno del niño de un adulto sin parentesco biológico (padres adoptivos, cuidadores, etc.).

Tabla: 6. Factores de riesgo en el niño asociados a la existencia de abuso sexual.

FACTORES DE RIESGO EN EL NIÑO ASOCIADOS A LA EXISTENCIA DE ABUSO SEXUAL	
EDAD	De 8 a 12 años
SEXO	Las niñas tienen más probabilidades de ser víctimas, pero los niños denuncian menos
AISLAMIENTO	Aislamiento de sus padres (probablemente es una consecuencia más que un factor de riesgo)
RELACIONES FAMILIARES	Malos vínculos de progenitor-hijo y entre los padres
FAMILIA	Falta de un progenitor protector. Presencia en la familia de un varón sin parentesco biológico
CARACTERÍSTICAS	Indefensión (retraso mental, confinamiento, etc.)

Fuente: Forensis 2015.

- **Abusador.**

Respecto a éste, es difícil entender cómo un adulto, y más si es el progenitor, pueden perder el control y maltratar a un niño, y, sobre todo, abusar sexualmente de él. Parece que hay dos requisitos necesarios: que el abusador se excite sexualmente ante los niños y que desee actuar impulsado por esa excitación. La atracción sexual de los adultos por los niños no es rara: ya un estudio realizado en varones universitarios evidenció la existencia de esta atracción en el 21% de los mismos (92). Algunos perpetradores pueden concentrar su atención en niños de determinada edad, o de un sexo en especial; otros, sólo se ven excitados en determinadas circunstancias.

- **Proceso de Abuso.**

Los factores que hacen que el agresor abuse sexualmente del niño son los presentados en la tabla II. Fundamentalmente se trata de alguien mayor que el abusado, sin ninguna empatía por los niños, que piensa que lo que hace no está mal, y la poca conciencia que tiene sobre la maldad de sus actos se la salta muchas veces ayudado por el consumo de alcohol u otras drogas. Siempre actúa desde su

posición de poder sobre la víctima para cometer el abuso. El abuso sexual, generalmente, no es un hecho aislado, sino que tiende a reiterarse. El proceso de victimización suele ser siempre el mismo o muy similar (93). Primero se gana la confianza del niño, generalmente, no sometido a una supervisión estrecha de los adultos y que, además, tiene ansia de atención de un adulto. Después le seduce lentamente. Finalmente, le fuerza al silencio.

La persona abusada, sobre todo si es varón, suele sufrir el llamado síndrome de acomodación al abuso sexual del niño (94) que consta de 5 fases:

- secretismo
- indefensión
- atrapamiento y acomodación
- revelaciones retrasadas y escasamente convincentes
- retractación posterior del abuso revelado.

3.2.8 ALTERACIONES EN LAS VÍCTIMAS DE ABUSO SEXUAL

El grado de alteración sufrida por un niño víctima de abuso sexual depende de los factores descritos a continuación:

- **Tipo de acto sexual:** se debe distinguir si el abuso se limitó a besos; caricias de los senos o de los genitales o si se emplearon objetos y si hubo penetración, determinando si la víctima estaba vestida o no y si adicionalmente se practicó sexo oral o anal.
- **Frecuencia y duración:** están íntimamente relacionadas con la gravedad de la alteración mental asociada con el abuso o ataque sexual.
- **Intensidad de violencia utilizada:** va desde el convencimiento, pasando por soborno y amenaza, hasta la agresión física. En el caso del convencimiento, la víctima se puede sentir complacida, con la probabilidad que se conduzca al menor de edad a la prostitución.
- **Relación con el agresor:** se debe determinar la relación entre la víctima y su agresor. Esta relación puede ser de tipo incesto, por conocido que represente figura de autoridad para el niño, por desconocido o como parte de una red de prostitución o satanismo.
- **Edad de la víctima:** es fundamental considerar este factor por su implicación sobre la supervivencia, desarrollo posterior o posibilidad de embarazo, entre otros factores.
- **Número de agresores:** este factor puede condicionar al niño como culpable

de lo sucedido, generando procesos de victimización en edad adulta.

- **Efectos de la denuncia:** este factor debe manejarse con precaución debido a que puede revictimizar al niño por el conflicto familiar generado y la actitud de los miembros de la familia y de otras personas que intervengan en el proceso de atención.
- **Agresión institucional:** la agresión a la que son sometidas las víctimas por parte de los miembros del equipo multidisciplinario para lograr esclarecer los hechos y tomar las medidas respectivas en muchas ocasiones es más humillante para la víctima y su familia que la violación en sí. De allí la importancia de dividir las tareas y determinar los tiempos para la evaluación de las víctimas en el momento y lugar apropiados por la persona adecuada. La intervención multidisciplinaria coordinada es de gran ayuda para evitar estas situaciones indeseadas

La presencia de estas situaciones está relacionada con la antigüedad del maltrato, generando en los casos agudos trastornos emocionales con implicaciones en el desempeño en los diferentes contextos, principalmente en el educacional y de aprendizaje. Además, modifica las relaciones sociales.

En los casos recurrentes y de larga data pueden ocurrir trastornos mentales como depresión, suicidio, autoagresiones, pobre autoestima y adicciones de todo tipo.

Según la evolución de estos casos recurrentes se puede observar prostitución, dificultades de pareja, aversión a los contactos sexuales y abortos.

Algunas víctimas pueden reproducir los ciclos de abuso, sobreproteger a sus niños o enclaustrarse.

Finalmente, en el contexto social, las víctimas pueden presentar conductas violentas y antisociales. (90)

3.2.9 INDICADORES FÍSICOS DEL ABUSO SEXUAL INFANTIL

Los indicadores físicos del abuso sexual infantil son poco frecuentes, extraordinariamente variables, y en muchos casos compatibles con otro tipo de lesiones no relacionadas, provocando que sea muy difícil detectar estos casos a partir de hallazgos físicos (91). En la mayor parte de casos, los hallazgos físicos son nulos en estas víctimas (91), y, por lo tanto, un examen normal no debe excluir la posibilidad de que un abuso sexual haya tenido lugar. Sin embargo, algunas víctimas de abuso sexual infantil sí presentan lesiones genitales y anales que son claros indicadores de esta experiencia, así como lo es la presencia de esperma, y,

sobre todo, las infecciones, enfermedades de transmisión sexual (gonococia, condilomas acuminados, sífilis) antes de la pubertad, y en ciertos casos, el embarazo (91,92). El VIH, previo descarte de una posible transmisión vertical entre otros, no es demasiado frecuente como indicador, pero también se encuentra en algunos casos, especialmente en los países no occidentales (93). Incluso se han observado lesiones orofaciales compatibles con el abuso físico y sexual (94). Otros indicadores físicos menos específicos pueden ser la enuresis y encopresis secundaria, las infecciones urinarias repetidas, o la presencia de tóxicos como benzodiazepinas o hipnóticos (95)

3.2.10 SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ABUSO SEXUAL

Los síntomas y signos de abuso sexual en niñas y niños pueden dividirse según su sensibilidad y especificidad. Precisamente, el patrón pericial general del abuso sexual en los niños y niñas se caracteriza por la presencia casi constante (por ello, muy sensibles) de algunos signos de muy escasa especificidad, por ello poco confiables, ya que pueden encontrarse en ausencia de abuso sexual (96, 97, 98, 99,100). Allí estriba el principal desafío pericial del abuso sexual, ya que obliga al perito a desarrollar un alto índice de sospecha, que debe unir a un gran sentido de la prudencia en la interpretación técnica y objetiva de los hallazgos.

3.2.11 DIAGNOSTICO

3.2.11.1 ELEMENTOS CON ALTA ESPECIFICIDAD DIAGNÓSTICA

En la práctica médico-legal es muy raro encontrar signos específicos que permitan hacer diagnóstico de abuso sexual en una niña o un niño. Ello tiene que ver con las formas más frecuentemente adoptadas por el abuso: intradomiciliaria, perpetrado por alguien conocido, que se estimula sexualmente sin que exista una verdadera penetración del pene.

No obstante, en ocasiones se encuentran elementos de alta especificidad que permiten por sí mismos hacer el diagnóstico o acercarlo sustancialmente.

3.2.11.1.1 GRAVIDEZ

Es el más específico de los signos, pero es de presentación muy poco frecuente. La constatación de un embarazo de una niña por debajo de la edad que las leyes de su país establecen como la mínima para consentir el coito, es una forma de objetivar un abuso sexual (96, 99).

3.2.11.1.2 INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS)

Las ITS son enfermedades capaces de transmitirse por contagio sexual. Sin

embargo, muchas de ellas presentan otras formas de contagio, por lo que su especificidad como signo de abuso sexual es muy variable y no basta con el diagnóstico etiológico, sino que debe intentar establecerse la forma de contagio en el caso en estudio (100,101)

Especificidad de la ITS (99):

- **Grupo 1 (+++). Muy alta especificidad.** Su diagnóstico en un niño o niña, una vez descartada la infección neonatal, establece diagnóstico de abuso sexual hasta demostración de lo contrario: sífilis, gonorrea y Chlamydia trachomatis.
- **Grupo 2 (++) . Alta especificidad.** Su diagnóstico en un niño o niña determina un alto índice de sospecha de abuso sexual, pero tienen otras vías de contagio que se deben investigar: VIH, hepatitis B, herpes simple 2, papilomavirus, Trichomonas vaginalis.
- **Grupo 3 (+). Baja especificidad.** Su diagnóstico en un niño o niña no es indicativo de abuso sexual, pero obliga a investigar esta eventualidad: Gardnerella vaginalis, Mycoplasma hominis, Ureaplasma urealyticum, herpes simple 1, Cándida albicans, Haemophilus ducreyi y Calymmatobacterium granulomatis.

3.2.11.1.3 SIGNOS GENITALES RELEVANTES.

Los hallazgos genitales relevantes para el diagnóstico no son lo más frecuente en el abuso sexual. Cuando existen, adquieren gran importancia por su elevada especificidad. Signos relevantes son aquellos compatibles con haber sido consecuencia de la penetración del pene o por otra forma de abuso empleada.

Así como es raro encontrar signos genitales de abuso sexual infantil, existen diferentes hallazgos genitales patológicos que no tienen que ver con esa entidad. Así como un examen genital negativo no descarta el abuso sexual, la mala interpretación médico-legal de los hallazgos genitales suelen dar lugar - o legitimar- denuncias infundadas. Sobrevalorar la información del examen genital en las niñas es un error conceptual y metodológico que suele derivar de extrapolar a la infancia los criterios periciales válidos en las mujeres adultas (96, 99)

La utilidad del uso de la colposcopia para la búsqueda de lesiones genitales en casos de atentados sexuales en mujeres postpuberales está bien demostrada (102). Sin embargo, su uso en las niñas es mucho más discutido. 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%) (103). 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 (104).

Cuando en las niñas pequeñas existe penetración vaginal se producen lesiones realmente graves, con grandes desgarros perineales o estallidos vaginales, que desencadenan cuadros agudos que requieren cirugías de emergencia, terapia intensiva y, frecuentemente, causan la muerte.

En las niñas mayores de 6 años, y cuanto más próxima está a la pubertad, los signos genitales de abuso son progresivamente similares a los observables en la mujer adulta.

Además de tomar en cuenta que no toda lesión genital es causada por abuso y que no todo abuso causa lesión genital, el perito debería tener presente que una gran parte de las lesiones genitales curan sin que persistan secuelas que permitan su posterior objetivación (105,106).

- **Signos en el himen:** Los desgarros himeneales son una evidencia de penetración, por lo que son un signo relevante y de una alta especificidad. Una buena exploración casi siempre permite diferenciarlos de las escotaduras congénitas, frecuentemente presentes en el borde libre del himen como variante anatómica (98,107,105,108). A cualquier edad, la integridad de la membrana himeneal (salvo los casos de los hímenes complacientes) descarta el coito vaginal, pero no las otras formas de abuso sexual sin penetración (las más frecuentes en la infancia y las únicas anatómicamente posibles en niñas pequeñas) (96,109). Sin éxito alguno se ha intentado establecer una relación entre el diámetro del orificio himeneal y la posibilidad de haber sufrido abuso. Por el contrario, lo cierto es que ese diámetro varía en una misma niña por diversos factores, como la posición, la relajación alcanzada, la fuerza de tracción sobre los labios mayores aplicada por el perito, entre otras (100,110). En consecuencia, es muy desaconsejable basarse en la medida del orificio himeneal como un elemento a favor, y mucho menos en contra, del diagnóstico de abuso sexual. Otro aspecto relevante desde el punto de vista pericial es la data de la lesión. El tiempo de cicatrización se sumamente variable (108)
- **Otras lesiones genitales traumáticas:** Otro tipo de lesiones genitales traumáticas relevantes son los desgarros y las contusiones vulvares (introito, horquilla, clítoris, labios menores, meato uretral) causadas por maniobras de frotamiento, tocamiento o intento de penetración. Según la data de producción, pueden expresarse por sangrado activo, sufusiones hemorrágicas o lesiones cicatrizales. Se debe extremar la cautela y el sentido común en la interpretación de estas lesiones, sin olvidar que los traumatismos de vulva en la infancia (a partir del primer año de vida) tienen

casi siempre una etiología accidental. En estos casos, la lesión resultante suele ser la equimosis, el hematoma o la herida contusa de los genitales externos, lo que no debería ser jamás confundido con una lesión originada en una agresión sexual (96,97,99,100)

- **Vulvitis y vulvovaginitis:** Se trata de una condición extremadamente común en las niñas (particularmente en las etapas de la primera infancia y la edad escolar), que la torna un motivo de consulta frecuente en pediatría. Sus causas son muy variadas: infección bacteriana, micosis, parasitosis, alergia, irritación, traumatismo, cuerpo extraño, higiene defectuosa (o excesiva) o autoestimulación de la propia niña. El flujo vaginal (excepto si es resultado de una infección por contagio venéreo) no debe considerarse un signo relevante de abuso sexual, aunque debe ser una alerta y justificar un planteo de posibilidad (96, 99,110).
- **Lesiones genitales en niños varones:** Es una eventualidad bastante rara. Se han descrito varias lesiones de pene y escroto (edema, equimosis, mordeduras, cicatrices) causadas por abuso sexual. También puede presentarse exudado uretral u otras manifestaciones clínicas o de laboratorio de una ITS.

3.2.11.1.4 SIGNOS ANALES RELEVANTES.

Para lo que atañe a los hallazgos anales en casos de sospecha de abuso sexual de niños y niñas caben algunas consideraciones similares a las realizadas respecto a las lesiones genitales. El abuso sexual suele ocurrir con indemnidad de la región anal y, paralelamente, existe una variedad de lesiones anales y/o rectales que no guardan relación alguna con abuso. Al igual que las lesiones genitales, pueden curar sin dejar secuelas.

Otro aspecto a tener bien presente es la posibilidad de variantes anatómicas del ano, sin ningún significado patológico que, sin embargo, pueden inducir a error. El llamado "ano entreabierto" (al flexionar los muslos sobre el tórax se puede visualizar el ano y el canal anal) es un hallazgo bastante común en niños normales no abusados. El "ano en embudo", que algunos textos clásicos consideraban signo de pederastia pasiva crónica, no tiene ningún valor -como dato aislado- para afirmar o descartar que haya existido actividad sexual por la vía anal. Sin embargo, tienen un valor para el diagnóstico cuando están asociadas a otros hallazgos como borramiento de los pliegues radiados, equimosis perianal, desgarró anal, disfunción esfinteriana o alegación del niño o la niña (97).

Especial interés para el médico forense tiene el conocimiento de la morfología anal en el cadáver. Los hallazgos ano-rectales y perianales en el cadáver deben interpretarse con sumo cuidado. Esto es especialmente válido para los cadáveres

de niños, niñas y adolescentes, en los que en el 74% de los casos el esfínter anal se presenta dilatado: en el 32% se visualiza el canal y la ampolla rectal, en el 32% se aprecia la línea pectínea y en el 10% sólo se ve el extremo más distal del canal anal (111). Otros posibles hallazgos de autopsia no vinculados con abuso sexual son el ensuciamiento fecal, la congestión local y la hiperpigmentación del área perianal. En ocasiones, los cadáveres presentan livideces localizadas en el periné que pueden ser erróneamente interpretadas como sufusiones equimóticas.

Esfínter anal: La penetración anal aguda o crónica puede dar lugar a trastornos funcionales del esfínter anal. En los casos de penetración aguda suele acompañarse de lesiones traumáticas verificables a la inspección, tales como eritema, edema, equimosis o desgarro. Si el niño o la niña fue reiteradamente sodomizado puede encontrarse un engrosamiento de la piel perianal. Cabe insistir en que la penetración anal, aún si es crónica, puede no dejar signos objetivables, dependiendo de la modalidad en que se perpetra la agresión. La penetración ano-rectal podrá causar o no lesiones traumáticas en función de cómo se combinen las siguientes:

- Grado de la desproporción anatómica.
- Grado de brusquedad de la penetración.
- Existencia o no de maniobras previas de dilatación.
- Uso o no de lubricación.
- Pasividad o resistencia de la víctima.

Cuando más pequeña es la víctima mayor es el daño, que puede llegar a causar el estallido rectal y la muerte, por hemorragia incoercible o peritonitis. Cuando la penetración es apenas parcial, o tiene lugar en niñas y niños mayores o adolescentes, lo habitual es que no cause lesiones traumáticas objetivables (96,99), La incontinencia fecal y el "ensuciamiento" sin lesión anatómica traumática asociada no suele ser resultado de la penetración rectal peneana. De estar ante una situación abusiva, se explicaría más como respuesta de la esfera psicológica que por un mecanismo traumatismo local.

Desgarro anal: La lesión más típica de la penetración anal es el llamado desgarro de Wilson Johnston, de forma triangular a vértice luminal y base en el margen anal a nivel del rafe medio (a la hora 6, si se examina a la víctima en posición genu-pectoral) (111). Sin perjuicio de esto, el desgarro puede tener otras topografías y ser múltiple (105). Cuando el desgarro es reciente se acompaña siempre de sangrado y, algunas veces, de la parálisis dolorosa del esfínter. Normalmente curan a los cinco días, plazo que en los casos graves se extiende a dos semanas (107).

Otras lesiones anales: La fisura anal es una entidad de alta prevalencia en la edad pediátrica. Se la asocia con constipación, diarrea y a veces es de causa desconocida. Por ello, como hallazgo aislado, no debería motivar sospechas de abuso sexual. La inflamación o infección del ano y el recto (excepto cuando son

causadas por una ITS) no son datos suficientes para diagnosticar un abuso sexual. Tampoco el prolapso rectal debe orientar al diagnóstico de abuso sexual.

3.2.11.2 ELEMENTOS DE BAJA ESPECIFICIDAD DIAGNÓSTICA.

Las formas y las manifestaciones del abuso sexual en niñas y niños son extremadamente variadas. Pese a ello, casi nunca faltan ciertas manifestaciones no explicables como una consecuencia física sino psicológica del abuso (aunque sintomáticamente puedan tener expresión orgánica y/o psicológica) que dan cuenta de la existencia de algún factor estresor. Estas manifestaciones son generalmente inespecíficas, representando una respuesta común a diferentes tipos de estresores. Por ello, se trata de manifestaciones muy sensibles, pero con una muy pobre especificidad diagnóstica (96, 97, 112).

Estas manifestaciones de alerta, aunque inespecíficas, suelen ser un motivo de consulta pediátrica o psicológica, o son detectadas porque llaman la atención del maestro, aunque no siempre determinen inicialmente la sospecha de abuso sexual (96, 99).

Síntomas y manifestaciones de la esfera orgánica

El daño ocasionado por el abuso sexual suele exteriorizarse como un signo o síntoma de carácter físico. Ni su aparición ni su persistencia pueden inicialmente ser explicadas por el pediatra o la familia.

Entre las múltiples manifestaciones posibles, por su frecuencia, destacamos las siguientes: dolor abdominal recurrente, episodios de cefalea recurrentes, enuresis secundaria y encopresis secundaria. La simulación de una patología de base orgánica puede determinar que el niño sea sometido a estudios invasivos para descartar una causa estructural de los síntomas.

Obviamente, todas éstas son situaciones extremadamente frecuentes en pediatría, de cuyo total sólo un mínimo porcentaje corresponde a síntomas desencadenados por el abuso sexual, ya que puede estar ocasionado por una gran variedad de estresores. Sin embargo, en el contexto de una sospecha de abuso sexual, y a falta de otra causa de estrés psíquico conocido, adquieren considerable significado (96, 97).

3.2.12 ELABORACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA Y EVALUACIÓN DE PACIENTES CON SOSPECHA DE ABUSO SEXUAL

Los objetivos de la evaluación de una posible víctima de abuso sexual son:

- Identificación de lesiones de importancia médica

- Recolección de evidencia
- Detección y profilaxis de enfermedades de transmisión sexual (ETS)
- Detección de embarazo
- Apoyo emocional y orientación psicológica
- Apoyo legal

IDENTIFICACIÓN DE LESIONES DE IMPORTANCIA MÉDICA

La evaluación debe ser lo más rápido posible para obtener evidencia antes de las 72 horas y lo más corta y discreta posible, para no maltratar a la víctima. Es esencial brindar medidas de protección a aquellas víctimas en las que se sospeche que no existen garantías para permanecer en su núcleo familiar. (90) La metodología recomendada para proceder al examen debe tener en cuenta la idoneidad del examinador, el consentimiento informado para evitar situaciones engorrosas y para hacer sentir a la víctima que tiene el control sobre el examen.

Este examen debe hacerse con la mayor discreción posible, en un área privada y debe contar con un miembro del equipo de salud del mismo sexo en el caso de las niñas, que sirva como colaborador y testigo. En la medida de lo posible debe acompañar a la víctima un familiar a no ser que la paciente diga lo contrario.

La información obtenida durante la entrevista se debe registrar de la manera más literal posible, siendo preferible registrar de manera textual el testimonio de la víctima. En la entrevista se debe obtener información demográfica, el nombre o descripción del presunto agresor y su relación con la paciente, las circunstancias en que ocurrieron los hechos, el lugar, las particularidades de la relación sexual, si hubo violencia física, eyaculación y otras circunstancias después del abuso.

Igualmente, se debe obtener información relacionada con la menarquía, los ciclos menstruales, relaciones sexuales previas con consentimiento o sin él y se debe averiguar sobre la posibilidad de un embarazo, enfermedades venéreas, consumo de drogas o alcohol por el paciente y el agresor.

Se deben establecer las condiciones del entorno del niño y el estilo de vida, que debe contrastarse con los factores de riesgo para determinar los indicadores de mayor especificidad e importancia.

El ambiente en que se desempeña el niño y el examen se debe procurar dar apoyo al testimonio del niño y, por sí solos, no son concluyentes de abuso. Esto debido a que con base en el examen físico se podrían escapar 60-70% de casos que no presentan evidencia física a pesar de existir abuso. Lo anterior ocurre por la facilidad de cicatrización; la alta concentración de estrógenos, que hace que el himen sea muy elástico y porque muchas de las víctimas ya han tenido relaciones sexuales previas con consentimiento. No se debe olvidar que muchos de los niños

niegan el abuso. (90)

El proceso para averiguar lo que sucedió puede demorar y no se debe presionar al niño para que mencione el nombre del agresor. Este debe salir de manera espontánea, lo cual facilitará entender las condiciones en que ocurrió el abuso.

La información más importante será revelada por la víctima al miembro del equipo con quien mejor empatía establezca. De allí la importancia de la aproximación multidisciplinaria, según la cual el equipo se debe repartir las tareas de aproximación para evitar redundancia, recelo y confusión en la información suministrada a los entrevistadores.

Para el examen de los niños se recomienda contar con los siguientes elementos: una lupa, espéculo, colposcopio, lámpara de Wood y los implementos para recolección de muestras como saliva, semen, cabellos y aquellas para estudio de enfermedades de transmisión sexual.

Durante el examen se debe recolectar la ropa en papel manila, poniendo aparte la ropa interior de la víctima, lo cual sirve para buscar información que ayude a aclarar los hechos a los investigadores. Se recomienda anotar si esta ropa es la que llevaba en el momento del abuso y determinar si la misma ha recibido algún tratamiento, pues es frecuente que la víctima se bañe y lave su ropa después del episodio de abuso.

La importancia del examen radica en la obtención de muestras de semen, cabellos y otros elementos a los que le puedan practicar estudios genéticos de ADN y de grupos sanguíneos, entre otros estudios.

Al observar las lesiones hay que determinar si estas son recientes o antiguas. Se deben ubicar y dibujar, anotando el tamaño y coloración y, en la medida de lo posible, fotografiar. Estas fotografías deben manejarse con gran discreción para evitar que la víctima se sienta en escarnio público.

Se deben buscar lesiones extragenitales, como excoriaciones, laceraciones, eritemas o signos de ligadura. Estas lesiones ocurren en 27% de las víctimas.

En los lugares en que se sospeche presencia de saliva, hay que recolectar muestras en solución salina que se deben guardar en tubo de ensayo para pruebas. Si se tiene una lámpara de Wood se debe buscar semen, que se identifica por su color azul verdoso o anaranjado. De este material se deben tomar por lo menos dos muestras con hisopo, aplicándolas sobre una lámina y se fijan y se secan preferiblemente con un secador. (90)

Las muestras de cabello son necesarias para implicar o descartar sospechosos, por lo cual se debe obtener muestra de unos veinte cabellos, incluyendo los de la víctima. En el área genital se debe tomar muestra de la región del pubis, cortando

algunos vellos púbicos, que deben ponerse en papel servilleta.

Además, se recomienda tomar muestra de la cavidad oral, de los espacios interdientales y de las encías.

Para el examen genital se debe poner a la niña o niño acostado con las piernas en posición de batracio para el examen de los genitales externos o en posición prona con lordosis máxima y relajación de los músculos abdominales.

En la evaluación con espéculo (u otoscopio en lactantes y algunos preescolares) se debe lubricar este con agua y luego de observar las diferentes estructuras anatómicas anotadas arriba se procede a aspirar las secreciones existentes. La inspección con espéculo está contraindicada en niñas prepúberes por lo doloroso del procedimiento, excepto en el caso de sangrado vaginal. Algunos autores recomiendan este examen bajo anestesia general.

El diagnóstico diferencial del sangrado vaginal en niñas se debe hacer con cuerpos extraños, prolapso uretral, vaginitis causada por estreptococo del grupo A o algunas especies de Shigella. Además, se debe tener presente la caída a horcajadas.

Las secreciones obtenidas con hisopo se deben guardar en un tubo de ensayo con 1-2 mL de solución salina para detectar la movilidad de espermatozoides, que se detectan hasta doce horas después de una relación sexual, siendo mayor la sobrevida cuando hay mayor presencia de moco cervical.

Otra muestra se toma en 5 mL para detectar fosfatasa ácida prostática, que se encuentra en altas concentraciones en el líquido seminal y se puede detectar hasta veintidós horas después en casos de abuso sexual y 30 horas después de una relación sexual con consentimiento, aun en ausencia de espermatozoides.

En caso de que el evento haya ocurrido varios días antes, se debe tomar un estudio citológico. En caso de que la víctima esté menstruando, se debe recolectar la toalla higiénica. Después de una semana de ocurrido el evento el examen pierde utilidad en la sala de urgencias. (90)

Posteriormente, se examina la región anal en busca de fisuras o laceraciones. Se toman muestras y se debe practicar tacto rectal observando el tono del esfínter anal, así como la presencia de fisuras o laceraciones.

La colposcopia se recomienda solo en aquellos casos en que no haya muchos indicios, de tal manera que su utilidad se limita a observar lesiones pequeñas de las mucosas con la ayuda de tinciones con azul de toluidina, el cual tiñe material que contenga ADN en laceraciones. Después de cinco días de ocurridos los hechos, la colposcopia pierde parte de su utilidad.

La claridad, el detalle y la precisión en la utilización de los términos y claridad de los dibujos en la descripción de los hallazgos son fundamentales en el éxito de una investigación por abuso sexual.

Además, la calidad de la muestra, su conservación, registro e identificación (se debe registrar zona de la cual se tomó, fecha, hora y registrar los datos del paciente) son fundamentales en el éxito de la investigación.

La evidencia de trauma o la presencia de semen y espermatozoides se observa en 2-18% de las víctimas.

Otro de los elementos que puede contribuir en el diagnóstico es el empleo de técnicas de dibujo, juego con muñecos y los escenarios que han mostrado en algunos estudios que alrededor de 10% de los niños representan la escena que vivieron. La relación de dibujos de genitales en niños sometidos a abuso es 5,4 veces mayor que aquellos que no lo han sido. Las técnicas mencionadas no constituyen elementos probatorios en este momento. (90)

3.3 MARCO LEGAL

En cuanto a lo que la ley expresa acerca del abuso sexual en Colombia, la ley 1236/2008 se hacen unas modificaciones al código penal, que es el encargado de las sanciones penales en casos de abuso sexual en menores de edad, en el que por medio de 14 artículos se decretan los siguientes cambios:

DECRETA: Delitos contra la libertad, integridad y formación sexuales:

CAPITULO I: De la violación

Artículo 1°. El artículo 205 del Código Penal (Ley 599 de 2000) quedará así:

"Artículo 205. Acceso carnal violento. El que realice acceso carnal con otra persona mediante violencia, incurrirá en prisión de doce (12) a veinte (20) años".

Artículo 2°. El artículo 206 del Código Penal (Ley 599 de 2000) quedará así:

"Artículo 206. Acto sexual violento. El que realice en otra persona acto sexual diverso al acceso carnal mediante violencia, incurrirá en prisión de ocho (8) a dieciséis (16) años.

Artículo 3°. El artículo 207 del Código Penal (Ley 599 de 2000) quedará así:

"Artículo 207. Acceso carnal o acto sexual en persona puesta en incapacidad de resistir. El que realice acceso carnal con persona a la cual haya puesto en incapacidad de resistir o en estado de inconsciencia, o en condiciones de inferioridad síquica que le impidan comprender la relación sexual o dar su consentimiento, incurrirá en prisión de doce (12) a veinte (20) años.

Si se ejecuta acto sexual diverso del acceso carnal, la pena será de ocho (8) a dieciséis (16) años".

CAPITULO II: De los actos sexuales abusivos

"Artículo 4°. El artículo 208 del Código Penal (Ley 599 de 2000) quedará así:

"Artículo 208. Acceso carnal abusivo con menor de catorce años. El que acceda carnalmente a persona menor de catorce (14) años, incurrirá en prisión de doce (12) a veinte (20) años".

"Artículo" 5°. El artículo 209 del Código Penal (Ley 599 de 2000) quedará así:

"Artículo" 209. Actos sexuales con menor de catorce años. El que realizare actos sexuales diversos del acceso carnal con persona menor de catorce (14) años o en su presencia, o la induzca a prácticas sexuales, incurrirá en prisión de nueve (9) a trece (13) años".

Artículo 6°. El artículo 210 del Código Penal (Ley 599 de 2000) quedará así:

"Artículo 210. Acceso carnal o acto sexual abusivos con incapaz de resistir. El que acceda carnalmente a persona en estado de inconsciencia, o que padezca trastorno mental o que esté en incapacidad de resistir, incurrirá en prisión de doce (12) a veinte (20) años.

Si no se realizare el acceso, sino actos sexuales diversos de él, la pena será de ocho (8) a dieciséis (16) años".

CAPITULO III: Disposiciones comunes a los capítulos anteriores

Artículo 7°. El artículo 211 del Código Penal (Ley 599 de 2000) quedará así:

"Artículo 211. Circunstancias de agravación punitiva. Las penas para los delitos descritos en los artículos anteriores, se aumentarán de una tercera parte a la mitad, cuando:

1. La conducta se cometiere con el concurso de otra u otras personas.
2. El responsable tuviere cualquier carácter, posición o cargo que le dé particular autoridad sobre la víctima o la impulse a depositar en él su confianza.
3. Se produjere contaminación de enfermedad de transmisión sexual.
4. Se realizare sobre persona menor de catorce (14) años.
5. Se realizare sobre el cónyuge o sobre con quien se cohabite o se haya cohabitado, o con la persona con quien se haya procreado un hijo.
6. Se produjere embarazo.
7. Cuando la víctima fuere una persona de la tercera edad o, disminuido físico, sensorial, o psíquico".

CAPITULO IV: Del Proxenetismo

Ver el Capítulo VII, Ley 679 de 2001

Artículo 8°. El artículo 213 del Código Penal (Ley 599 de 2000) quedará así:

"Artículo 213. Inducción a la prostitución. El que con ánimo de lucrarse o para satisfacer los deseos de otro, induzca al comercio carnal o a la prostitución a otra persona, incurrirá en prisión de diez (10) a veintidós (22) años y multa de sesenta y seis (66) a setecientos cincuenta (750) salarios mínimos legales mensuales vigentes".

Artículo 9°. El artículo 214 del Código Penal (Ley 599 de 2000) quedará así:

"Artículo 214. Constreñimiento a la prostitución. El que con ánimo de lucrarse o para satisfacer los deseos de otro, constriña a cualquier persona al comercio carnal o a la prostitución, incurrirá en prisión de nueve (9) a trece (13) años y multa de

sesenta y seis (66) a setecientos cincuenta (750) salarios mínimos legales mensuales vigentes".

Artículo 10. El artículo 216 del Código Penal (Ley 599 de 2000) quedará así:

"Artículo 216. Circunstancias de agravación punitiva. Las penas para los delitos descritos en los artículos anteriores, se aumentarán de una tercera parte a la mitad, cuando la conducta:

1. Se realizare en persona menor de catorce (14) años.
2. Se realizare con el fin de llevar la víctima al extranjero.
3. El responsable sea integrante de la familia de la víctima.
4. Cuando la víctima fuere una persona de la tercera edad o, disminuido físico, sensorial, o psíquico".

Artículo 11. El artículo 217 del Código Penal (Ley 599 de 2000) quedará así:

"Artículo 217. Estímulo a la Prostitución de Menores. El que destine, arriende, mantenga, administre o financie casa o establecimiento para la práctica de actos sexuales en que participen menores de edad, incurrirá en prisión de diez (10) a catorce (14) años y multa de sesenta y seis (66) a setecientos cincuenta (750) salarios mínimos legales mensuales vigentes.

La pena se aumentará de una tercera parte a la mitad cuando el responsable sea integrante de la familia de la víctima.

Artículo 12. El artículo 218 del Código Penal (Ley 599 de 2000) quedará así:

"Artículo 218. Pornografía con menores. El que fotografíe, filme, venda, compre, exhiba o de cualquier manera comercialice material pornográfico en el que participen menores de edad, incurrirá en prisión de diez (10) a catorce (14) años y multa de ciento treinta y tres (133) a mil quinientos (1.500) salarios mínimos legales mensuales vigentes.

La pena se aumentará de una tercera parte a la mitad cuando el responsable sea integrante de la familia de la víctima. Para efectos de determinar los miembros o integrantes de la familia habrá de aplicarse lo dispuesto por el artículo 35 y siguientes del Código Civil relacionados con el parentesco y los diferentes grados de consanguinidad, afinidad y civil".

Artículo 13. El artículo 219-A del Código Penal (Ley 599 de 2000) quedará así:

"Artículo 219-A. Utilización o facilitación de medios de comunicación para ofrecer servicios sexuales de menores. El que utilice o facilite el correo tradicional, las redes globales de información, o cualquier otro medio de comunicación para obtener contacto sexual con menores de dieciocho (18) años, o para ofrecer servicios sexuales con estos, incurrirá en pena de prisión de diez (10)

a catorce (14) años, y multa de sesenta y seis (66) a setecientos cincuenta (750) salarios mínimos legales mensuales vigentes.

Las penas señaladas en el inciso anterior se aumentarán hasta en la mitad (1/2) cuando las conductas se realizaren con menores de catorce (14) años".

Artículo 14. La presente ley rige a partir de la fecha de su promulgación y deroga las disposiciones que le sean contrarias".(91)

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL.

Identificar las lesiones clínicas del abuso sexual en menores de edad en casos reportados en El Instituto Nacional De Medicina Legal Y Ciencias Forenses Pasto, 2014 – 2018.

4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Describir los aspectos sociodemográficos de la población objeto de estudio.
- Establecer los hallazgos clínicos ocasionados por abuso sexual en la población objeto de estudio.
- Determinar la tipología del abuso sexual en la población objeto de estudio.

5. METODOLOGIA.

5.1 DISEÑO DE ESTUDIO.

5.1.1 Enfoque de estudio: Cuantitativo

5.1.2 Tipo de estudio: observacional descriptivo de corte transversal.

5.2 POBLACIÓN.

El Instituto Nacional De Medicina Legal Y Ciencias Forenses, Seccional Pasto, entrego el censo de población con dictamen de abuso sexual en menores de edad, entre los años 2014 – 2018, que corresponde a 472 dictámenes forenses.

5.3 RECOLECCION DE INFORMACION.

La recolección de la información se llevó a cabo por 4 estudiantes de medicina de la Fundación Universitaria San Martín sede Pasto, quienes fueron calibrados por índice de concordancia Kappa del 85%.

Para la recolección de la información el grupo de investigación se trasladó al Instituto Nacional De Medicina Legal Y Ciencias Forenses Sede Pasto.

La recolección de la información se hizo durante los días hábiles en horarios de 11am a 1pm de cada semana a partir del mes de mayo hasta el mes de julio del presente año, para lo cual el Instituto Nacional De Medicina Legal Y Ciencias Forenses sede Pasto, facilitó la base de datos correspondiente a todos los casos de reporte sexológico, de donde se hizo un filtro de 472 casos correspondientes a casos por abuso sexual en menores de edad. Posteriormente con el radicado de cada caso se obtuvo los respectivos dictámenes

El grupo de investigación utilizó la encuesta como instrumento de recolección de información, obtenida a partir de dictámenes forenses proporcionados por la institución, los cuales fueron transcritos a cada encuesta.

5.4 CRITERIOS DE SELECCIÓN.

5.4.1 Criterios de inclusión.

- Dictámenes de abusos sexuales
- Menores de 18 años
- Dictámenes reportados en el Instituto Nacional De Medicina Legal Y Ciencias Forenses Pasto, 2014 – 2018

5.5 CONSIDERACIONES ÉTICAS

La presente investigación se marca en la resolución 8430 de 1993, en el cual se establece las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. De acuerdo al consejo de Helsinki, este estudio se puede clasificar como una investigación sin riesgo, ya que se hará un análisis detallado de los dictámenes forenses con el instrumento de recolección de datos, el cual será la fuente de datos de forma confiable; así se evitara la falsedad de los mismos y un sesgo categórico, se manejó la información de manera confidencial, no se incluyeron nombres ni identificaciones de los pacientes y los datos obtenidos se utilizaron simplemente para investigación.

De igual forma se protegerá la privacidad de la información obtenida en el estudio y se garantizará la custodia de la información por parte de los participantes de la investigación por un periodo de 3 años. No se realizó consentimiento informado porque se trabajó únicamente con dictámenes forenses, pero se contó con el aval institucional del Instituto Nacional De Medicina Legal Y Ciencias Forenses seccional Pasto, para obtener los datos de los dictámenes. No se hizo consentimiento informado

5.6 ANÁLISIS ESTADÍSTICO.

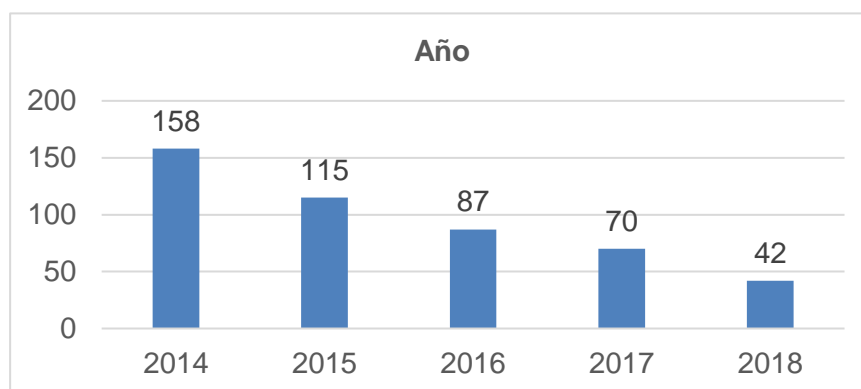
Se realizó un análisis exploratorio mediante gráficas y tablas descriptivas de frecuencias absolutas y relativas, para conocer el comportamiento de los datos.

Se elaboró una base de datos en Excel y posteriormente fue importada al Software y StatGraphics versión demo para la elaboración de gráfica.

6. RESULTADOS.

Para el cumplimiento del objetivo específico N°1 “Describir los aspectos sociodemográficos de la población objeto de estudio”. Se presentan las siguientes tablas y gráficas.

Gráfico 1: Distribución de los casos de abuso sexual en menores de edad reportados en el Instituto Nacional De Medicina Legal Y Ciencias Forenses Pasto según: Año.

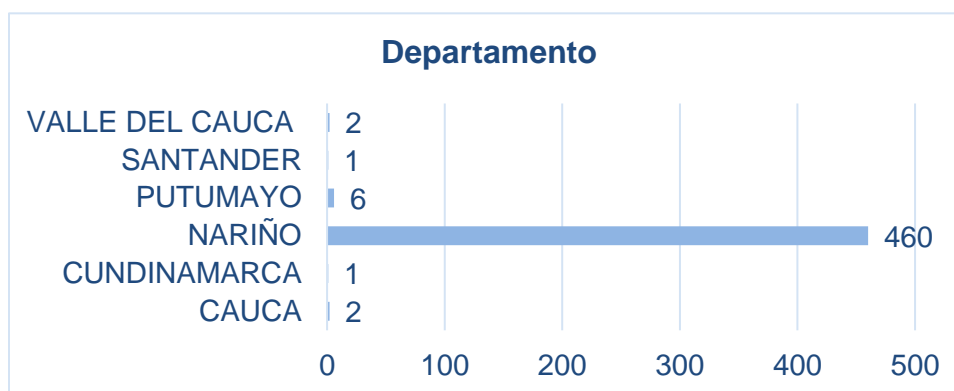


N: 472

Fuente: la presente investigación. 2018.

A pesar de que se observa una disminución de más del 50% de los casos reportados de abuso sexual entre los años 2014 y 2017, sabiendo que se analizó un año entero, no se puede decir que el abuso sexual ha ido disminuyendo, sin embargo, para el año 2018 a pesar de que se ve una diferencia de casi la mitad de los casos reportados en el 2017, estos corresponden a datos únicamente del primer semestre del 2018.

Gráfico 2: Distribución de los casos de abuso sexual en menores de edad reportados en el Instituto Nacional De Medicina Legal Y Ciencias Forenses Pasto según: Departamento.

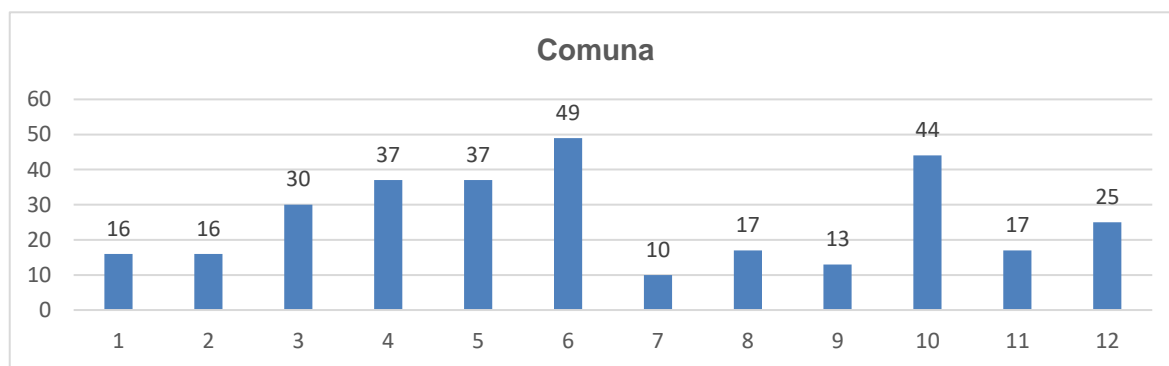


N: 472

Fuente: la presente investigación. 2018

Del total de los casos, se encontró que 460 casos fueron reportados como ocurridos en el departamento de Nariño y 12 más en otros departamentos. Esto se debe a que las víctimas de abuso sexual acuden o son atendidos en la seccional más cercana del instituto Nacional De Medicina Legal Y Ciencias Forenses, con la cual cuenta el departamento de Nariño.

Gráfico 3: Distribución de los casos de abuso sexual en menores de edad reportados en el Instituto Nacional De Medicina Legal Y Ciencias Forenses Pasto según: Comuna.



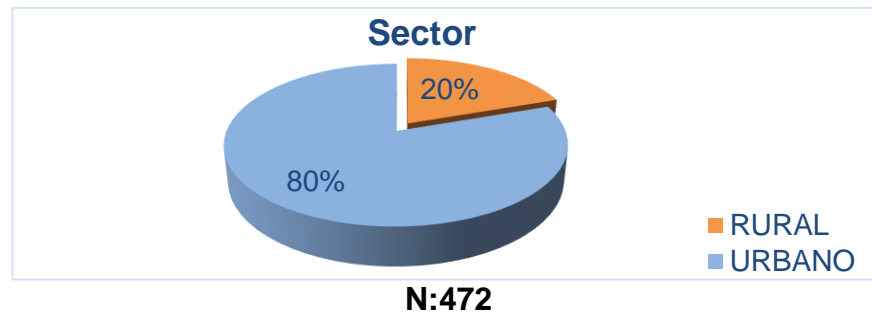
N: 311

Fuente: la presente investigación. 2018

De los 311 casos pertenecientes a una comuna, se encontró que 49 de ellos corresponden a casos de víctimas que residen en la comuna 6, principalmente de barrios como Agualongo, Tamasagra y Caicedo Bajo, lo que evidencia que los menores de edad pueden ser abusados sexualmente en cualquier momento, sin

importar el nivel socioeconómico del sector en el que viven. 44 casos más se reportaron en la comuna 10.

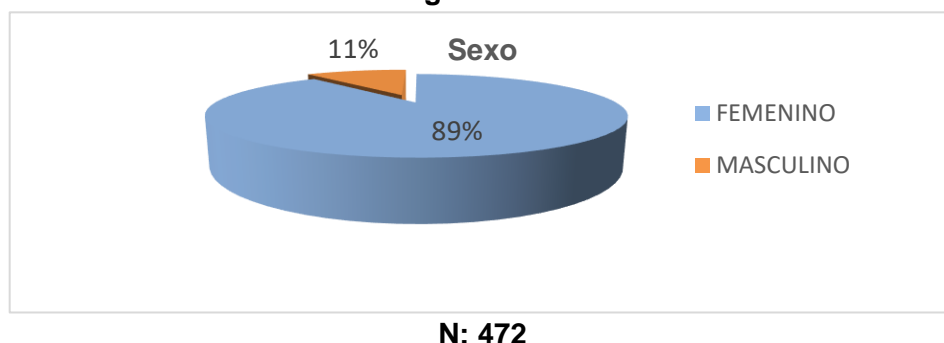
Gráfico 4: Distribución de los casos de abuso sexual en menores de edad reportados en el Instituto Nacional De Medicina Legal Y Ciencias Forenses Pasto según: Sector.



Fuente: la presente investigación. 2018

El 80% de los casos de víctimas de abuso sexual reportados en el Instituto Nacional de Medicina Legal Y Ciencias Forenses corresponde a casos pertenecientes a la zona urbana y el 20% a la zona rural. Resulta alarmante que el 80% de las víctimas abusadas sexualmente viven en el sector urbano, y son escasos los casos cuyos protagonistas procedan de zonas rurales, lo que genera inquietud, puesto que no se sabe con certeza si se debe a la falta de cultura de denuncia, al desconocimiento de canales para realizar las denuncias o a la intimidación por parte del victimario.

Gráfico 5: Distribución de los casos de abuso sexual en menores de edad reportados en el Instituto Nacional De Medicina Legal Y Ciencias Forenses Pasto según: Sexo.

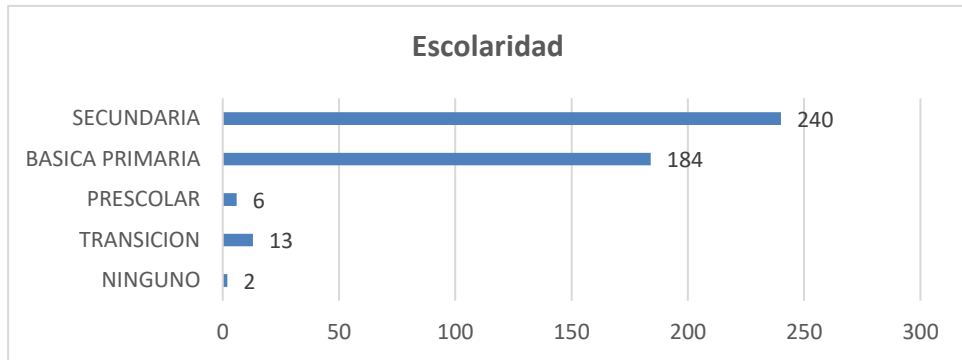


Fuente: la presente investigación. 2018

Es esperado encontrar que el 89% (420) de los casos de abuso sexual a menores de edad correspondan al género femenino y el 11% (52) correspondan al género masculino. Lo que evidencia que ambos sexos se ven expuestos al abuso sexual, sin embargo, el género femenino es quien más se ven vulnerable a este tipo de

abusos.

Gráfico 6: Distribución de los casos de abuso sexual en menores de edad reportados en el Instituto Nacional De Medicina Legal Y Ciencias Forenses Pasto según: Escolaridad.

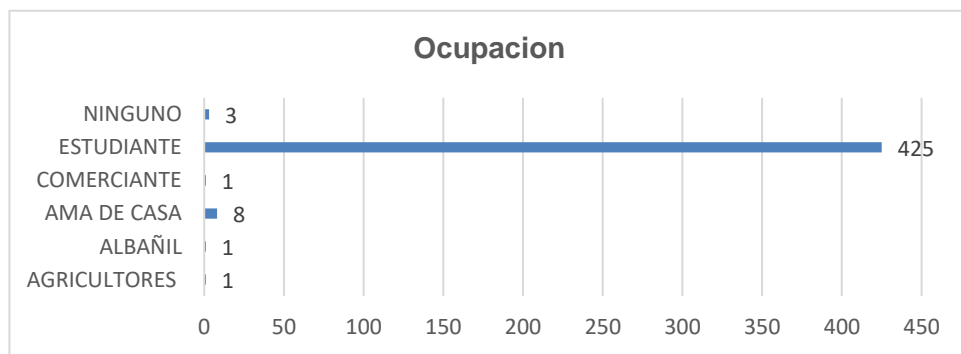


N 445

Fuente: la presente investigación. 2018

De los 445 casos reportados en el Instituto Nacional de Medicina Legal Y Ciencias Forenses por abuso sexual a menores de edad, es esperado observar que 240 casos correspondan a estudiantes de básica secundaria, 184 básica primaria mientras que 6 pertenecen a preescolar y otros 13 a transición. Cuando se indaga sobre la escolaridad de las víctimas de abuso sexual, la mayoría reportan permanecer mayores tiempos solos, ya que son hijos de padres separados o los dos se encuentran trabajando, por lo cual no pueden estar bajo la misma supervisión que un menor de etapa preescolar y transición.

Gráfico 7: Distribución de los casos de abuso sexual en menores de edad reportados en el Instituto Nacional De Medicina Legal Y Ciencias Forenses Pasto según: Ocupación.



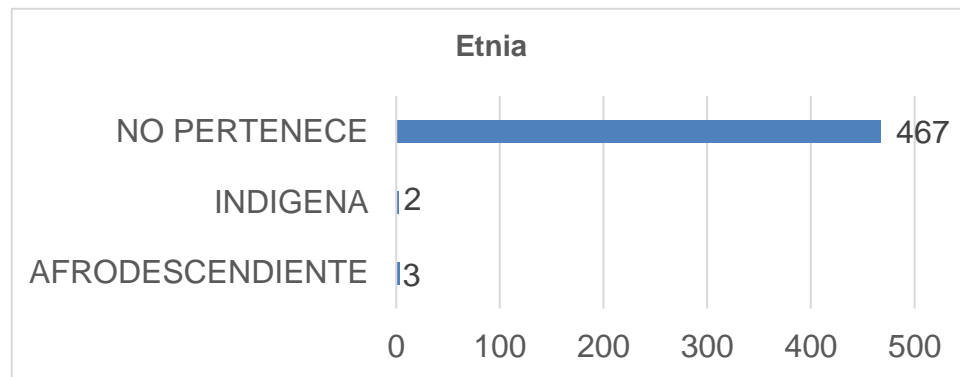
N:439

Fuente: la presente investigación. 2018.

Al indagar sobre la ocupación, es esperado encontrar que de 425 casos reportados corresponda a estudiante, sin embargo, es preocupante observar que 8 menores

de edad son amas de casa, 3 más se encuentran cumpliendo con algún tipo de labor diferente a la educación y 3 mas no tienen ninguna ocupación.

Gráfico 8: Distribución de los casos de abuso sexual en menores de edad reportados en el Instituto Nacional De Medicina Legal Y Ciencias Forenses Pasto según: Etnia.

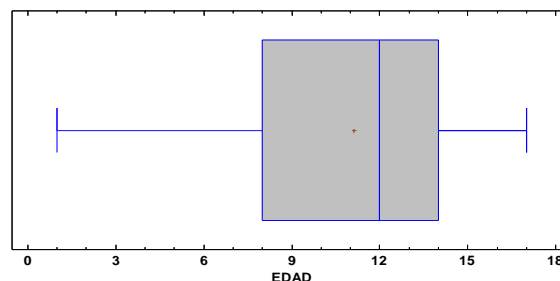


N:472

Fuente: la presente investigación. 2018.

Del total de casos reportados por abuso sexual al Instituto Nacional De Medicina Legal Y Ciencias Forenses 3 son de origen afrodescendiente, 2 son indígenas y 467 no pertenecen a ninguna etnia. Esto debido a que el abuso sexual se presenta en áreas urbanas donde hay mayor asentamiento de personas no perteneciente a alguna etnia.

Gráfico 9: Distribución de los casos de abuso sexual en menores de edad reportados en el Instituto Nacional De Medicina Legal Y Ciencias Forenses Pasto según: Edad.

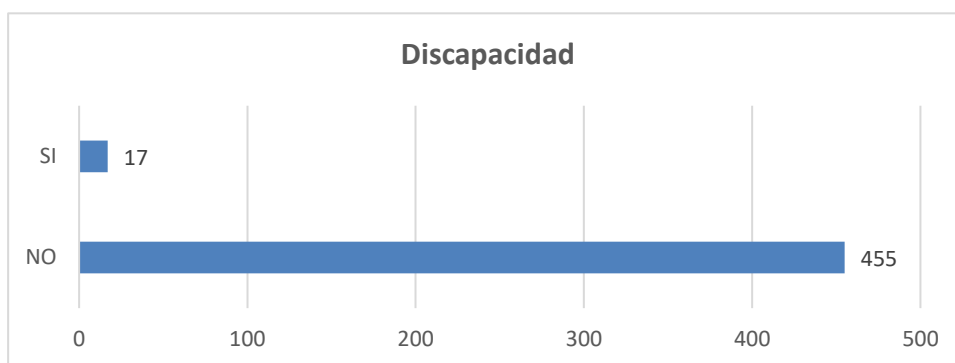


N: 472

Fuente: la presente investigación. 2018.

Del total de casos reportados por abuso sexual, se encontró que el 25% de los casos corresponde a edades menor o igual a 8 años, un 50% corresponde a edades menor o igual a 12 años, y otro 25% corresponde a edades mayores o igual a 14 años.

Gráfico 10: Distribución de los casos de abuso sexual en menores de edad reportados en el Instituto Nacional De Medicina Legal Y Ciencias Forenses Pasto según: Discapacidad.

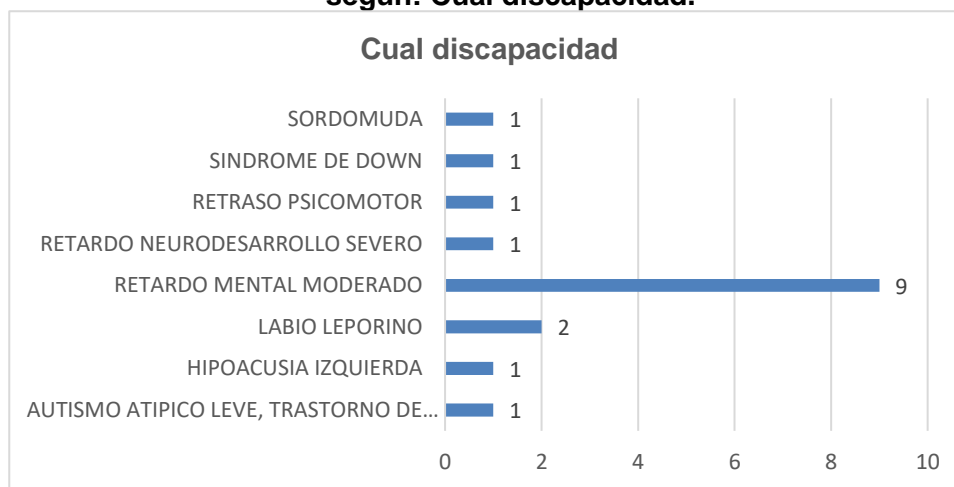


N:472

Fuente: la presente investigación. 2018.

Del total de casos, es esperado encontrar que 455 casos registren no tener algún tipo de discapacidad, sin embargo, 17 casos registraron tener algún tipo de discapacidad, lo cual evidencia que todos independientemente de que padezcan o no alguna discapacidad se ven expuestos a ser abusados sexualmente.

Gráfico 11: Distribución de los casos de abuso sexual en menores de edad reportados en el Instituto Nacional De Medicina Legal Y Ciencias Forenses Pasto según: Cual discapacidad.

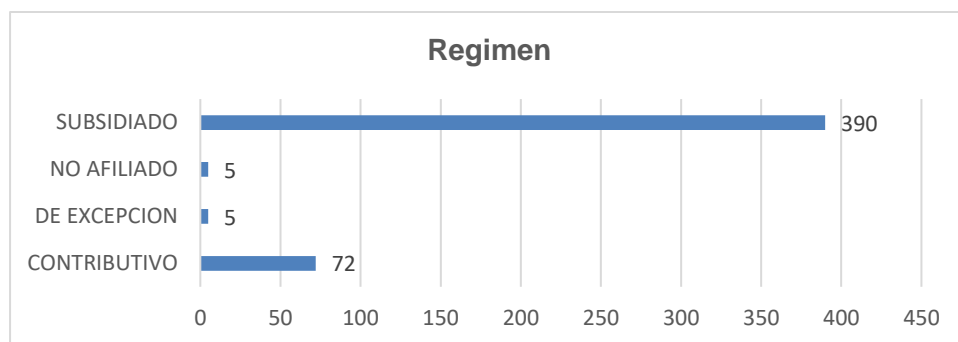


N: 17

Fuente: la presente investigación. 2018.

De los 17 casos que reportaron algún tipo de discapacidad 9 corresponden a casos con retardo mental moderado, 2 labio leporino, 1 hipoacusia izquierda, lo cual es esperado ya que desde el aspecto físico siguen el prototipo de vulnerabilidad.

Gráfico 12: Distribución de los casos de abuso sexual en menores de edad reportados en el Instituto Nacional De Medicina Legal Y Ciencias Forenses Pasto según: Régimen.

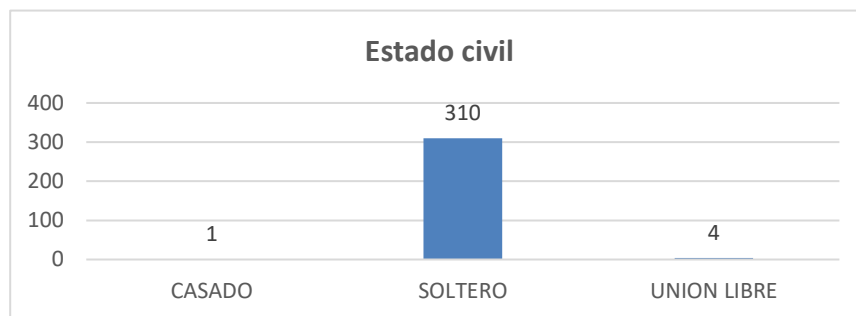


N: 472

Fuente: la presente investigación. 2018.

Del número de casos reportados 390 corresponden a afiliados al régimen subsidiado, 72 al régimen contributivo, 5 más al régimen de excepción y otros 5 que no cuentan con régimen de salud ya que no están afiliados. Esto debido a que al régimen subsidiado se vinculan las personas socioeconómicamente de más bajo recursos y de sectores de mayor vulnerabilidad.

Gráfico 13: Distribución de los casos de abuso sexual en menores de edad reportados en el Instituto Nacional De Medicina Legal Y Ciencias Forenses Pasto según: Estado civil.

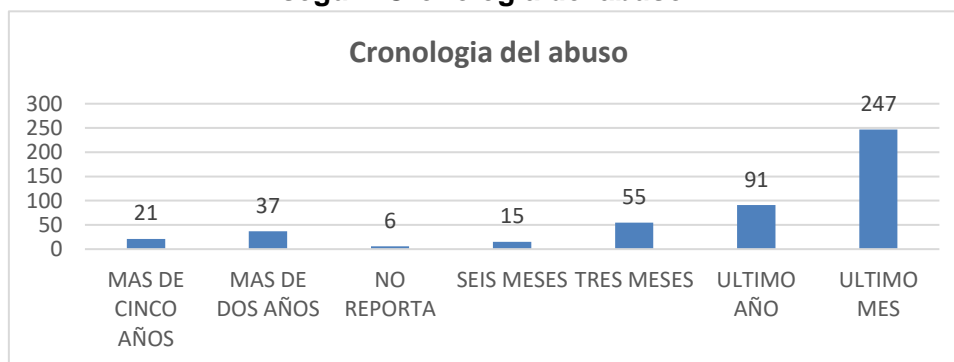


N: 315

Fuente: la presente investigación. 2018.

De 315 casos reportados por abuso sexual en el Instituto Nacional De Medicina Legal Y Ciencias Forenses, 310 registraron ser soltero, lo cual es esperado debido a que son menores que no han mostrado interés en iniciar una de compromisos personales, sin embargo, 4 más conviven en unión libre y 1 es casado lo cual es preocupante ya que son víctimas de sus propios compañeros de vida.

Gráfico 14: Distribución de los casos de abuso sexual en menores de edad reportados en el Instituto Nacional De Medicina Legal Y Ciencias Forenses Pasto según: Cronología del abuso.



N: 472

Fuente: la presente investigación. 2018.

A pesar de que del total de los casos, 247 reportaron durante el último mes el abuso, es evidente que los demás casos fueron reportados en tiempos muy lejanos a la ocurrencia de los hechos, lo cual no es lo esperado y a la vez preocupante ya que puede deberse a que son personas que mantienen bajo intimidación y miedo e incluso vergüenza por parte de la víctima.

- Para el cumplimiento del objetivo específico N°2 “Establecer los hallazgos clínicos ocasionados por abuso sexual en la población objeto de estudio”. Se presentan las siguientes tablas y gráficas.

Gráfico 15: Distribución de los casos de abuso sexual en menores de edad reportados en el Instituto Nacional De Medicina Legal Y Ciencias Forenses Pasto según: Hallazgos en cabeza.



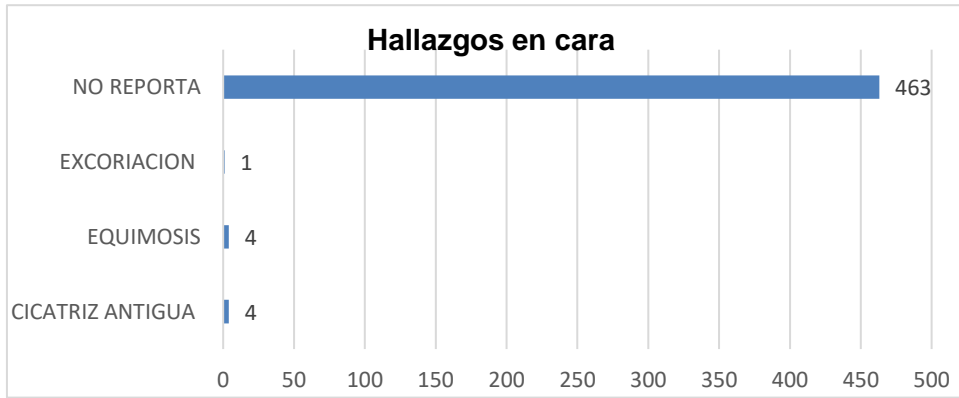
N: 472

Fuente: la presente investigación. 2018.

Del total de casos se encontró que 3 casos reportaron 1 tipo de lesión, como edema, heridas o cicatrices antiguas producto de la violación. Sin embargo, no se debe desestimar otros factores como el relato del niño y las características psicológicas que son importantes a la hora de diagnosticarlo, debido a que en el

abuso sexual no siempre se evidencia signos físicos de lesión.

Gráfico 16: Distribución de los casos de abuso sexual en menores de edad reportados en el Instituto Nacional De Medicina Legal Y Ciencias Forenses Pasto según: Hallazgos en cara.

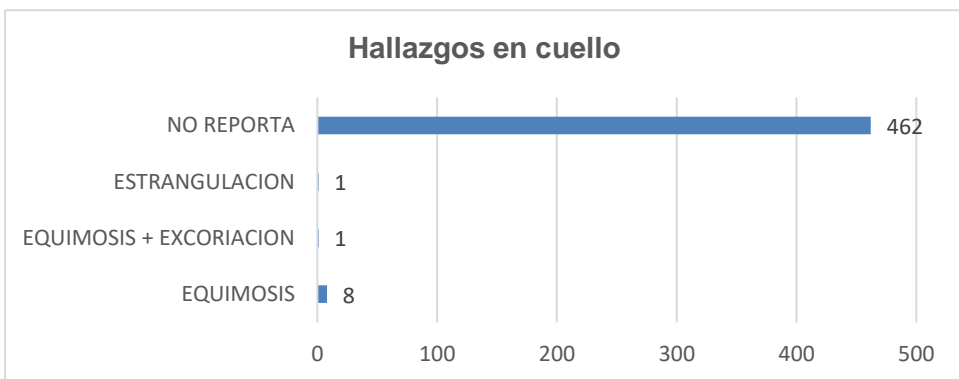


N: 472

Fuente: la presente investigación. 2018

En el total de casos reportados en el Instituto Nacional De Medicina Legal Y Ciencias Forenses Pasto, se encontró, que lesiones como equimosis y cicatriz antigua se reportaron en igual número de casos (4) y 1 reporto excoriación. 463 casos no reportaron algún tipo de lesión en cara, lo cual evidencia que el mecanismo de la agresión no fue tan grave, como los que si reportaron.

Gráfico 17: Distribución de los casos de abuso sexual en menores de edad reportados en el Instituto Nacional De Medicina Legal Y Ciencias Forenses Pasto según: Hallazgos en cuello.



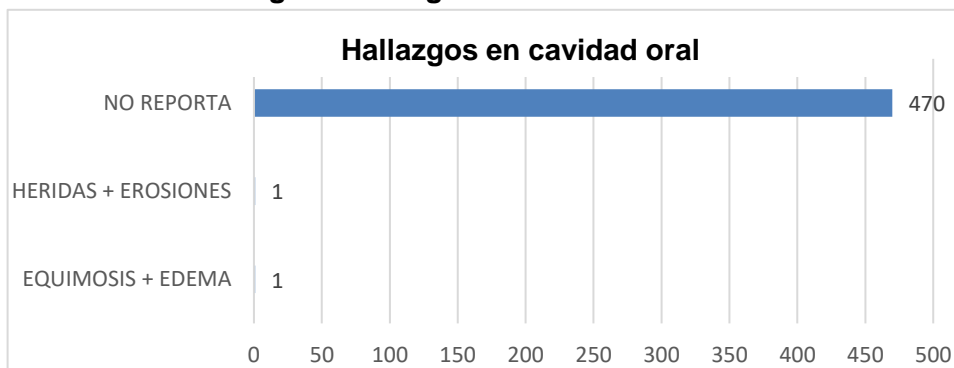
N: 472

Fuente: la presente investigación. 2018.

En el total de casos reportados se encontró, lesiones como en 8 casos y en igual número de casos (1) estrangulación y equimosis acompañada de excoriación. Es evidente observar, que en la región del cuello al igual que en la cabeza, 462 casos

no reportaron algún tipo de lesión y de la misma manera se lo puede asociar a que el mecanismo de la agresión no fue tan traumático.

Gráfico 18: Distribución de los casos de abuso sexual en menores de edad reportados en el Instituto Nacional De Medicina Legal Y Ciencias Forenses Pasto según: Hallazgos en cavidad oral.

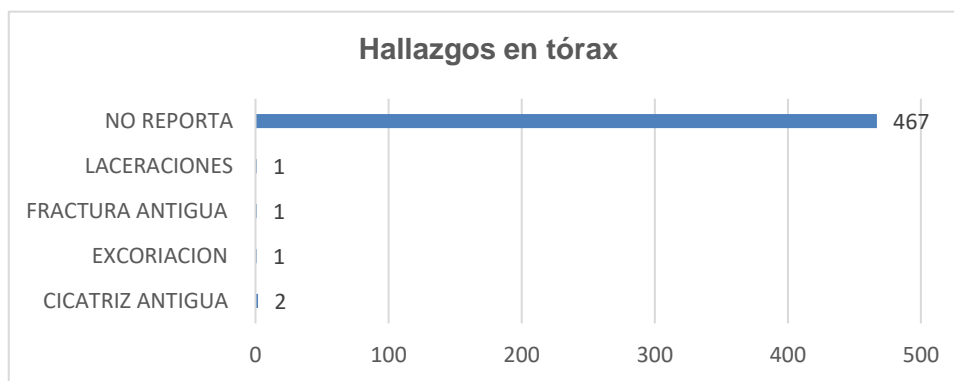


N: 472

Fuente: la presente investigación. 2018

Del total de casos reportados, se encontró en igual número (1) lesiones como, equimosis sumado de edema y heridas sumadas de erosiones, mientras que 470 casos no reportaron ningún tipo de lesión. Esto debido a que el mecanismo de la agresión en muy pocas ocasiones se generó de manera violenta.

Gráfico 19: Distribución de los casos de abuso sexual en menores de edad reportados en el Instituto Nacional De Medicina Legal Y Ciencias Forenses Pasto según: Hallazgos en tórax.



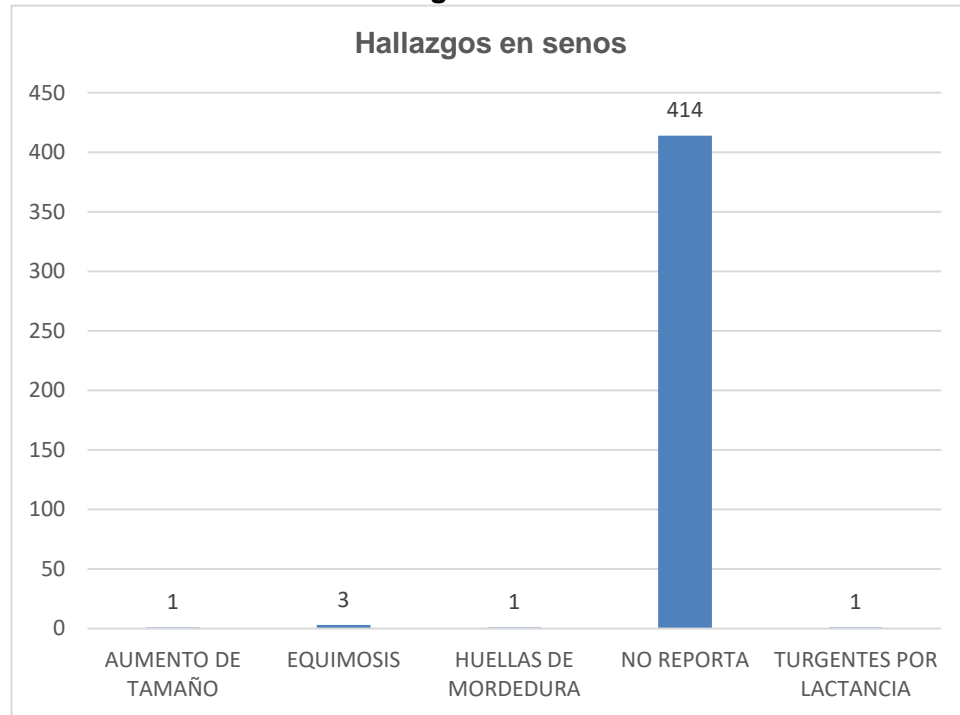
N: 472

Fuente: la presente investigación. 2018.

Del total de la población se encontró en igual número de casos hallazgos como excoriaciones, fractura antigua y laceraciones, 2 casos más reportaron cicatriz antigua y 472 casos no reportaron ninguna lesión, lo cual permite analizar, que, a pesar de ser reportes mínimos, fueron estos de alta gravedad para su bienestar

físico, ya que le produjo lesiones que fueron producto del abuso sexual violento, en donde el agresor uso métodos que produjeron secuelas físicas en su tórax.

Gráfico 20: Distribución de los casos de abuso sexual en menores de edad reportados en el Instituto Nacional De Medicina Legal Y Ciencias Forenses Pasto según: Senos.

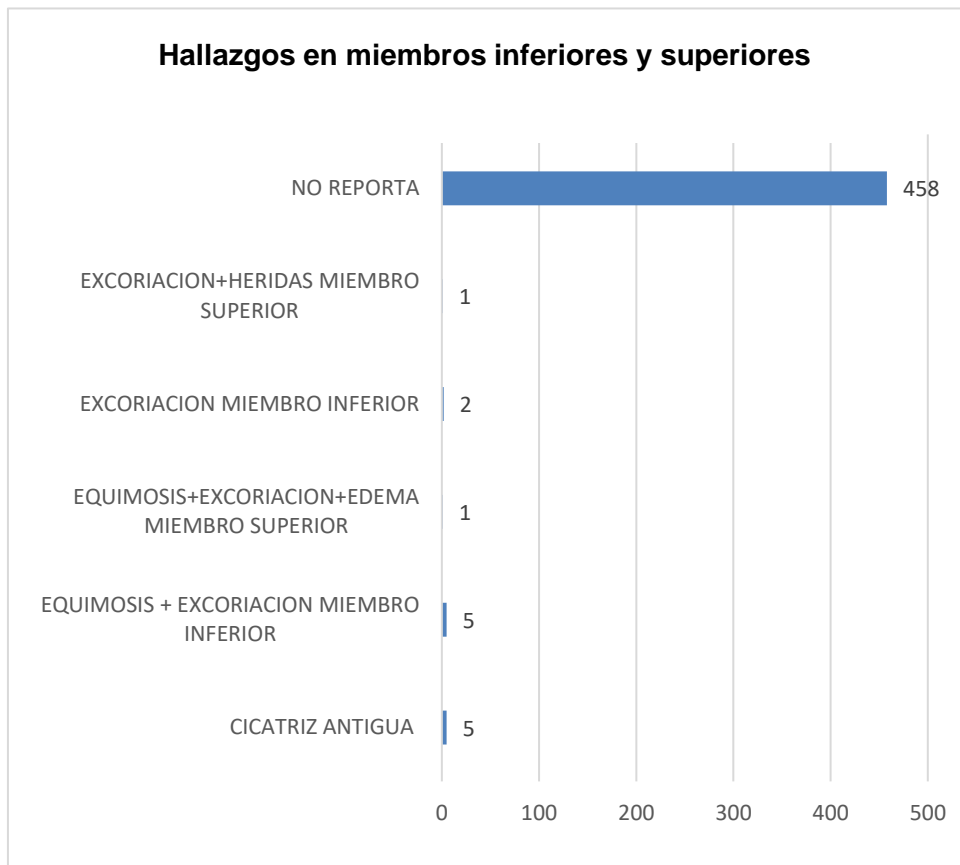


N: 420

Fuente: la presente investigación. 2018.

Del total de casos se encontró que en igual número de casos se reportó lesiones como senos aumentados de tamaños y turgentes por lactancia, lo cual se considera secundario a un embarazo producto del abuso sexual, en este mismo número de casos (1) se encontró registros de huellas de mordeduras y en 3 casos más lesiones equimóticas. Se evidencia que 414 casos no reportaron ningún tipo de lesión, sin embargo, no se puede establecer que no hubo abuso ya que la mayoría no deja signos físicos de lesión.

Gráfico 21: Distribución de los casos de abuso sexual en menores de edad reportados en el Instituto Nacional De Medicina Legal Y Ciencias Forenses Pasto según: Hallazgos en miembros inferiores y superiores.

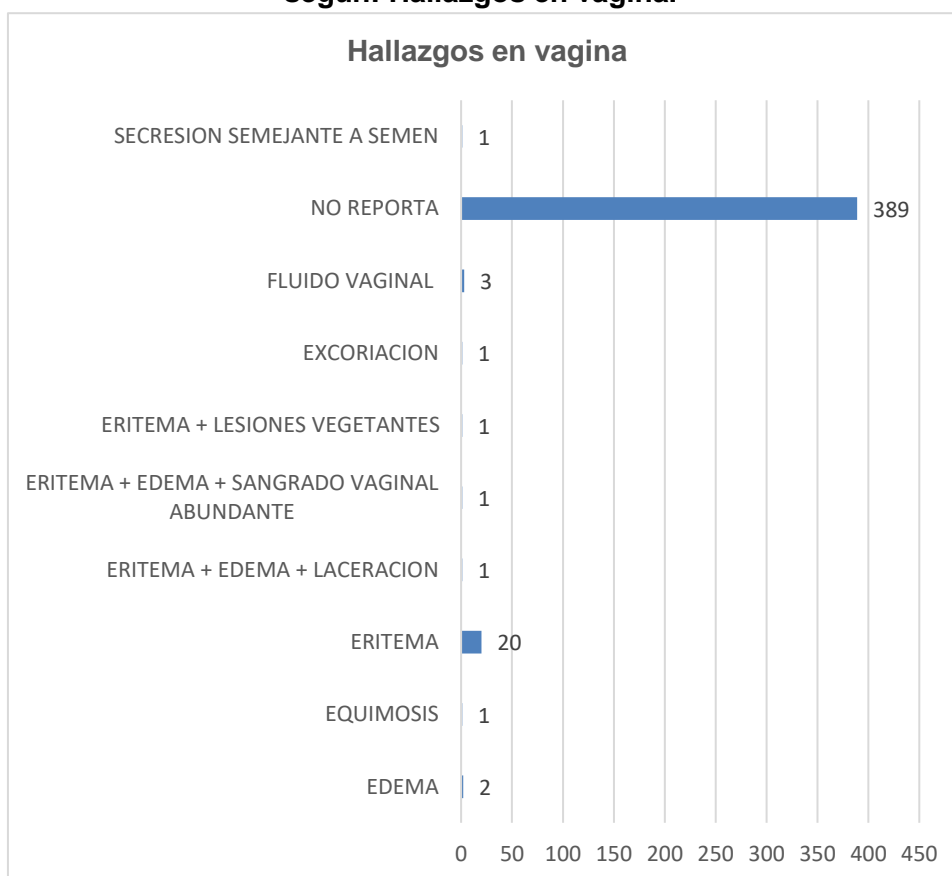


N: 472

Fuente: la presente investigación. 2018.

Del total de casos reportados en el Instituto Nacional De Medicina Legal Y Ciencias Forenses Pasto, se encontró que 458 no reportaron algún tipo de lesión, mientras que población con igual número de casos (5) se presentaron hallazgos como cicatriz antigua o equimosis sumado de excoriación en miembro inferior. De esta misma manera, pero en casos de 1 se presentó lesiones como excoriación acompañado de herida en miembro superior o equimosis acompañado de excoriación o edema en miembro superior y por otra parte en 2 casos se presentaron lesiones como excoriación afectando a miembros inferiores. Lo cual a pesar de que los hallazgos son pocos, es evidente que los mecanismos de agresión en esos casos fueron violento,

Gráfico 22: Distribución de los casos de abuso sexual en menores de edad reportados en el Instituto Nacional De Medicina Legal Y Ciencias Forenses Pasto según: Hallazgos en vagina.

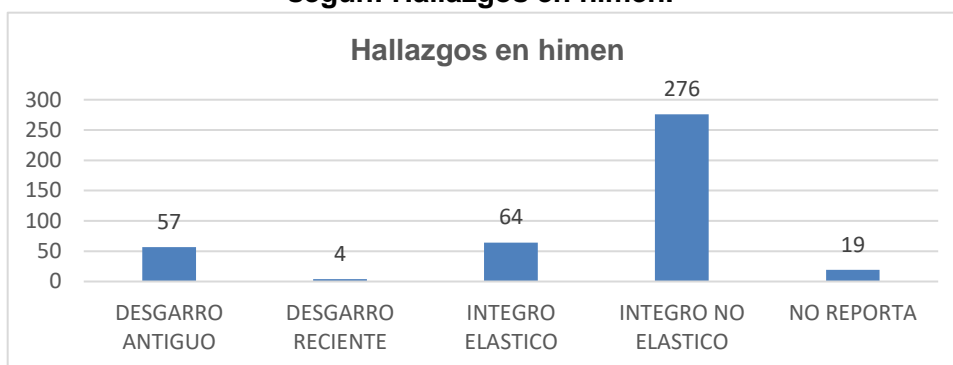


N: 420

Fuente: la presente investigación. 2018.

Del total de casos reportados en el Instituto Nacional De Medicina Legal Y Ciencias Forenses Pasto, se estima para los hallazgos en vagina, un total de 420 reportes, de los cuales 389 no reportaron algún tipo de lesión, pero cabe resaltar que en vagina los hallazgos varían en igual número de casos entre equimosis, excoriaciones, eritema, edema, y laceraciones e incluso secreciones semejantes a semen, lo cual es esperado ya que durante el abuso sexual la vagina es el principal órgano afectado. De esta misma a manera el eritema se evidencia de forma representativa en 20 casos más.

Gráfico 23: Distribución de los casos de abuso sexual en menores de edad reportados en el Instituto Nacional De Medicina Legal Y Ciencias Forenses Pasto según: Hallazgos en himen.



N: 420

Fuente: la presente investigación. 2018.

En el caso de los reportes correspondientes al género femenino, en 276 se reportó un himen integro no elástico, lo cual es indicativo de que el himen no ha sido desflorado, caso contrario ocurre en 64 casos donde se reporta himen integro elástico, que indicaría que permite la penetración de miembro viril erecto sin general lesión, al igual que en 57 casos donde se reportó desgarro antiguo y 4 más desagarro reciente. Por otra parte, en 19 casos no reportaron hallazgos en himen.

Gráfico 24: Distribución de los casos de abuso sexual en menores de edad reportados en el Instituto Nacional De Medicina Legal Y Ciencias Forenses Pasto según: Pene.

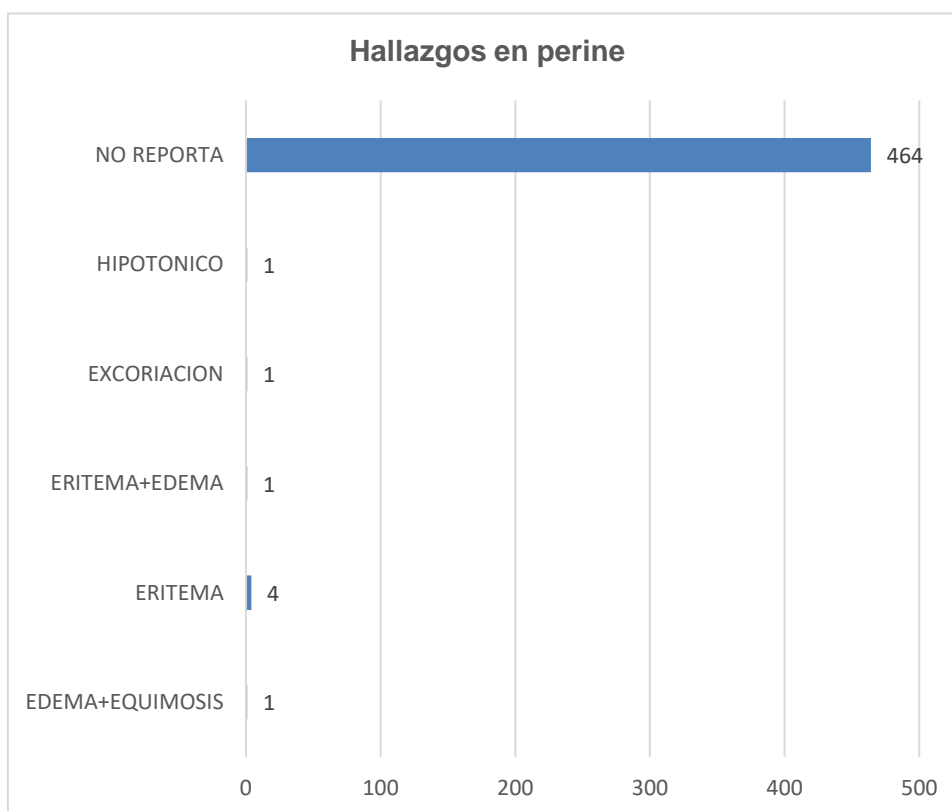


N 52

Fuente: la presente investigación. 2018.

De los 52 casos correspondientes al género masculino, 50 casos no reportan algún tipo de lesión excepto 1 que reporto papiloma y 1 en el que el examen médico legal reporto un eritema por manipulación del miembro viril.

Gráfico 25: Distribución de los casos de abuso sexual en menores de edad reportados en el Instituto Nacional De Medicina Legal Y Ciencias Forenses Pasto según: Periné.

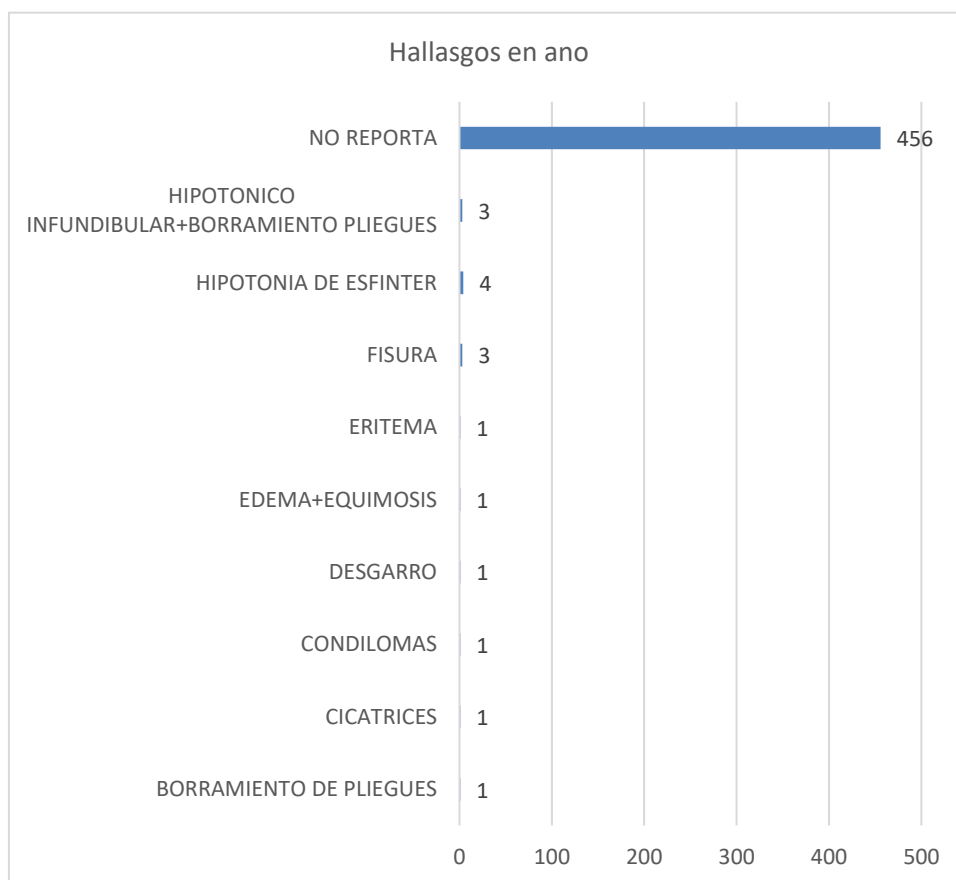


N: 472

Fuente: la presente investigación. 2018.

De los 472 casos analizados e investigados, 464 de los casos no reportaron hallazgos clínicos en el área del periné, estados patológicos como hipotonía, excoriaciones, eritema, eritema acompañado de edema o acompañado de equimosis corresponden a la presencia de 1 caso por cada clasificación.

Gráfico 26: Distribución de los casos de abuso sexual en menores de edad reportados en el Instituto Nacional De Medicina Legal Y Ciencias Forenses Pasto según: Hallazgos en Ano.

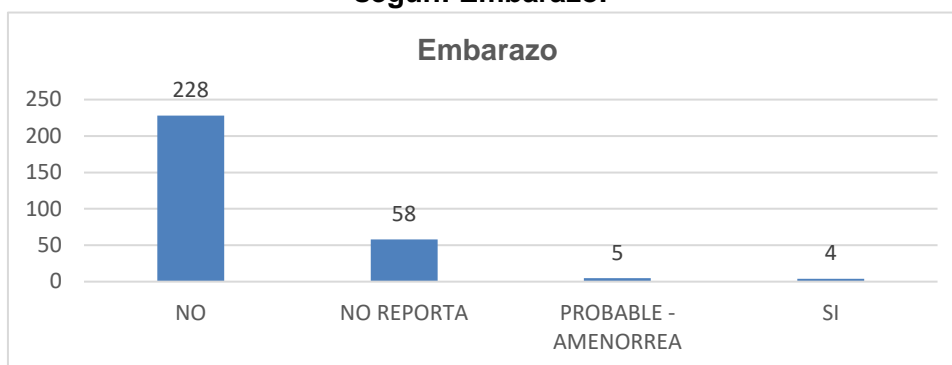


N: 472

Fuente: la presente investigación. 2018.

A pesar de que en 456 casos no se reportó ningún tipo de lesión, es evidente observar que el ano fue objeto de agresión en varios de los casos, e independientemente del número de casos, se puede decir que el mecanismo de la agresión es significativamente traumático, ya que la configuración anatómica de esta región no está preparada para ningún tipo de abuso. Eritema, edema acompañado de equimosis, condilomas, desgarros, cicatrices y borramiento de pliegues corresponden a los hallazgos producidos por el abuso sexual en 1 caso por cada clasificación. Fisura e hipotonía acompañada de borramiento de pliegues, fueron reportados en 3 casos por cada hallazgo y 4 casos más presentaron hipotonía del esfínter.

Gráfico 27: Distribución de los casos de abuso sexual en menores de edad reportados en el Instituto Nacional De Medicina Legal Y Ciencias Forenses Pasto según: Embarazo.



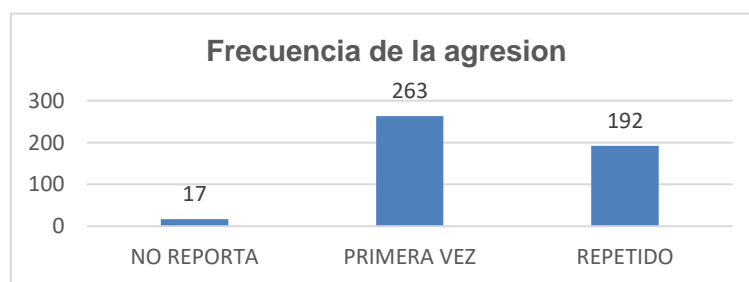
N: 295

Fuente: la presente investigación. 2018.

De los 420 casos correspondientes al género femenino, se toma 295 casos, que corresponden a casos de víctimas mayores de 9 años en los que 4 si reportaron embarazo, 5 más posiblemente por amenorrea, 228 reportaron que hubo embarazo y 58 no reportaron ningún dato tocamientos, besos o desnudez forzada.

- Para el cumplimiento del objetivo específico N°3 “Determinar la tipología del abuso sexual en la población objeto de estudio”. Se presentan las siguientes tablas y gráficas.

Gráfico 28: Distribución de los casos de abuso sexual en menores de edad reportados en el Instituto Nacional De Medicina Legal Y Ciencias Forenses Pasto según: frecuencia de la agresión.



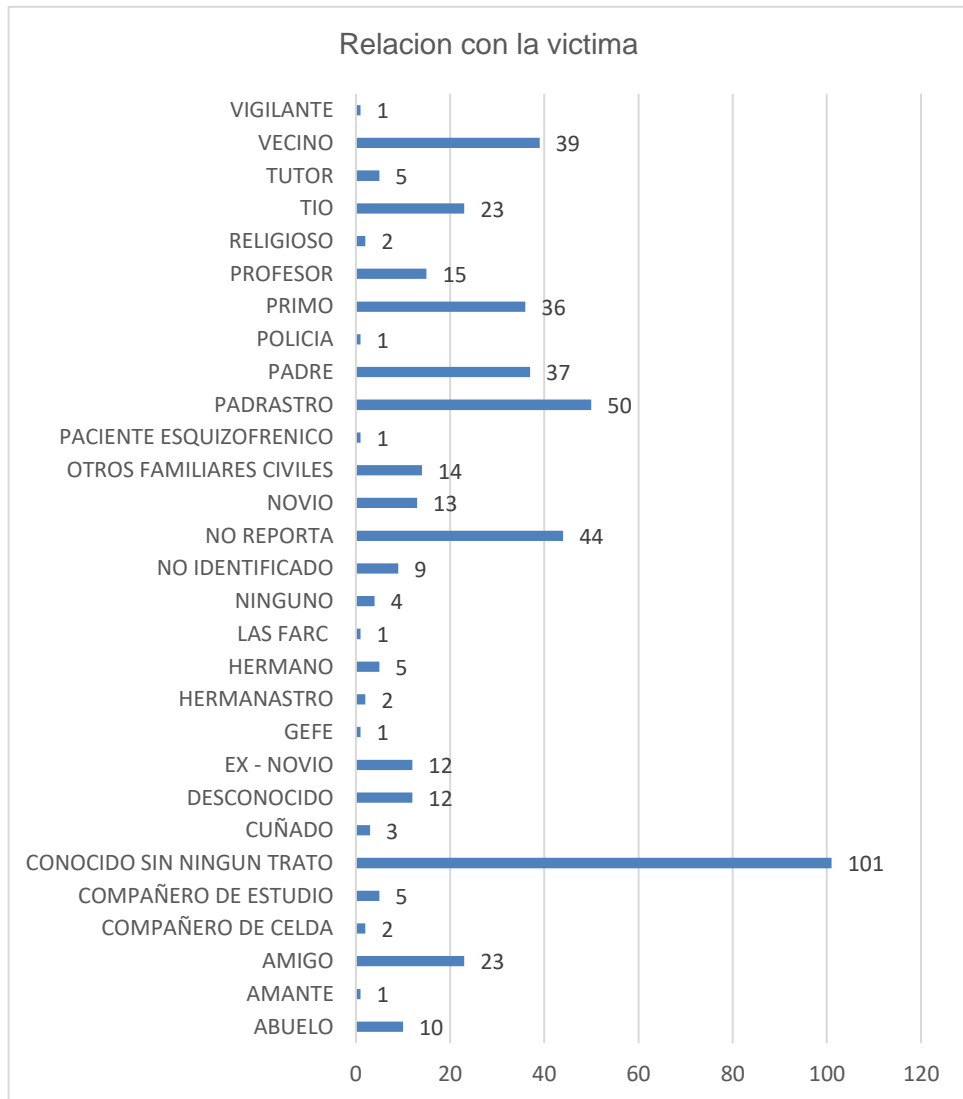
N: 472

Fuente: la presente investigación. 2018.

De los 472 casos, 263 reportaron haber sido abusados sexualmente por primera vez, sin embargo, es alarmante observar que 192 casos reportaron haber sido abusados en repetidas ocasiones, lo cual puede deberse a que la víctima no solo está bajo presión de su victimario, sino que también no cuenta con una persona que

la apoye para evitar que se repita el abuso. Por otra parte 17 de los casos no reportaron la frecuencia de la agresión.

Gráfico 29: Distribución de los casos de abuso sexual en menores de edad reportados en el Instituto Nacional De Medicina Legal Y Ciencias Forenses Pasto según: Relación con la víctima.



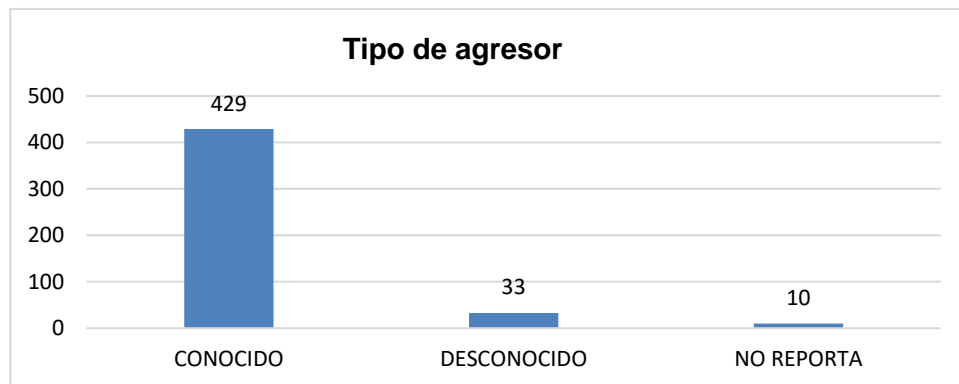
N: 472

Fuente: la presente investigación. 2018.

Este estudio permite observar, dentro de los casos reportados, que los abusos fueron generados en el mismo entorno en el que se desenvuelve la víctima, es así como se determina, que de los 472 casos 101 fueron abusados por una persona conocida con la cual no tenía ningún trato, 50 más por su padrastro, 39 por su vecino y aunque 44 casos no reportan la relación con la víctima, sigue llamando la

atención que 37 casos más fueron perpetrados por su propio padre y otros 36 por un primo. Esto nos puede indicar que el victimario analiza a su víctima antes de cometer el abuso, ya que tiene de cerca las condiciones o factores de vulnerabilidad de la misma.

Gráfico 30: Distribución de los casos de abuso sexual en menores de edad reportados en el Instituto Nacional De Medicina Legal Y Ciencias Forenses Pasto según: Tipo de agresor.

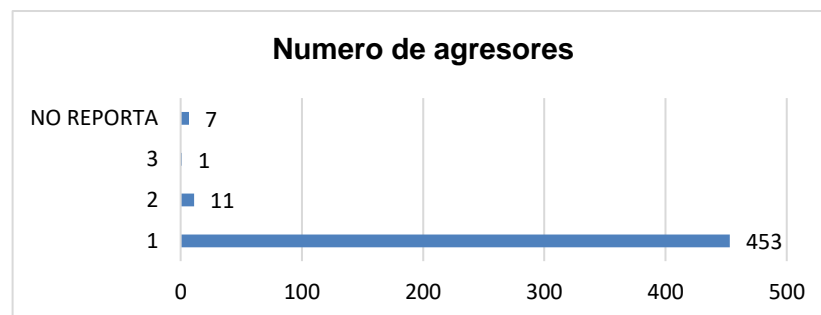


N: 472

Fuente: la presente investigación. 2018.

Es esperado encontrar que 429 casos reporten haber sido abusados sexualmente por una persona conocida y 33 por personas desconocidas. Generalmente, el victimario antes de abusar sexualmente de un niño o niña busca ganarse la confianza de estos, para así poder cumplir sus pretensiones sexuales, lo que evidencia que el abusador es alguien cercano y conocido de la víctima. En 10 de los casos no se reportó el tipo de agresor.

Gráfico 31: Distribución de los casos de abuso sexual en menores de edad reportados en el Instituto Nacional De Medicina Legal Y Ciencias Forenses Pasto según: Numero de agresores.

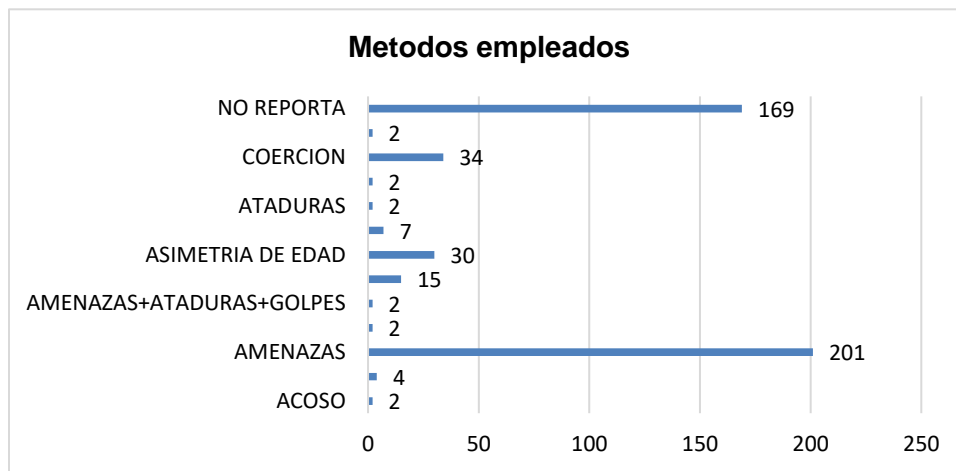


N: 472

Fuente: la presente investigación. 2018.

Del total de casos, 453 casos reportaron haber sido abusados por 1 agresor, 11 casos por 2 agresores y aunque en solo 1 casos el número de agresores fue 3, es preocupante pensar que un menor de edad se vea vulnerable a este tipo de abusos en su propio entorno. En 7 casos no se reportó el número de agresores.

Gráfico 32: Distribución de los casos de abuso sexual en menores de edad reportados en el Instituto Nacional De Medicina Legal Y Ciencias Forenses Pasto según: Métodos empleados.

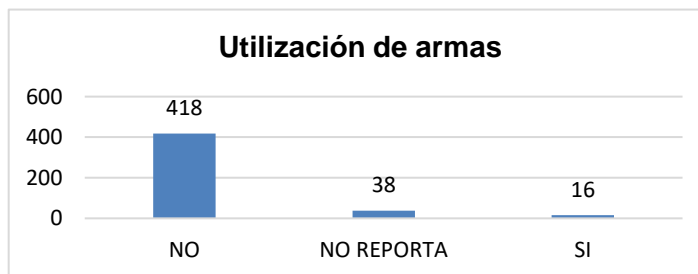


N: 472

Fuente: la presente investigación. 2018.

Del total de casos, es esperado encontrar que 201 ocurrieron bajo amenazas, ya que es el método que mantiene a las víctimas, en estado de intimidación y miedo frente a su agresor, 34 casos más reportaron coerción en el que la fuerza física utilizada por el agresor sobrepasa a la de su víctima, 30 más reportaron asimetría de edad, lo que nos indica el abusador aprovecha de su condición para poder abusar de las víctimas.

Gráfico 33: Distribución de los casos de abuso sexual en menores de edad reportados en el Instituto Nacional De Medicina Legal Y Ciencias Forenses Pasto según: Utilización de armas.

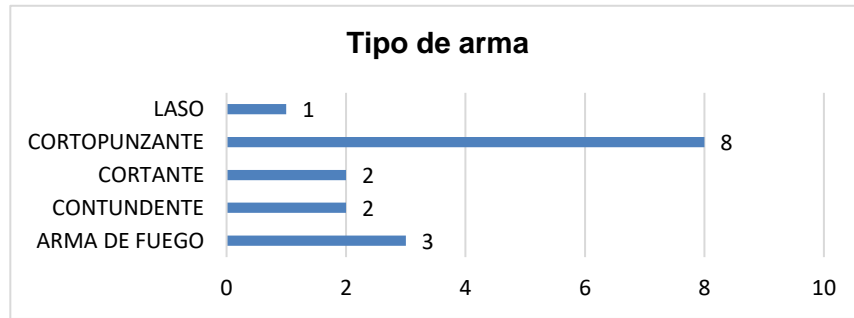


N: 472

Fuente: la presente investigación. 2018.

De los 472 casos reportados, 418 no registraron la utilización de armas, lo contrario a 16 casos en los que, si se reportó, lo permitiría pensar el estado de vulnerabilidad en el que se encontraba la víctima. 38 casos no reportaron el uso de armas

Gráfico 34: Distribución de los casos de abuso sexual en menores de edad reportados en el Instituto Nacional De Medicina Legal Y Ciencias Forenses Pasto según: Tipo de arma.

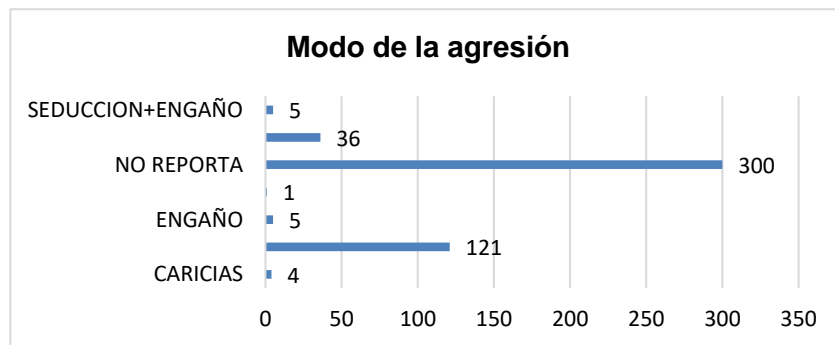


N: 16

Fuente: la presente investigación. 2018.

De 16 casos que, si reportaron la utilización de armas durante el abuso sexual, 3 corresponden a armas de fuego, en igual número de casos (2) armas contundente y cortante una en cada caso. En 8 casos se reportó armas cortopunzantes y tan solo en 1 el agresor hizo uso de un laso. La utilización de este tipo de armas, nos indica que el agresor busca de cualquier manera llevar a cabo sus pretensiones sexuales.

Gráfico 35: Distribución de los casos de abuso sexual en menores de edad reportados en el Instituto Nacional De Medicina Legal Y Ciencias Forenses Pasto según: Modo de la agresión.



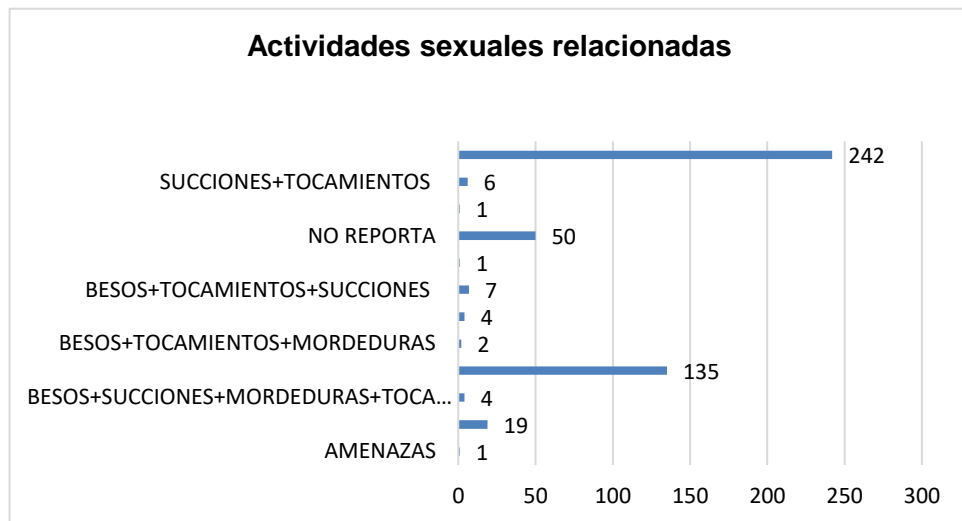
N: 472

Fuente: la presente investigación. 2018.

De los 472 casos reportados se encontró que, 121 casos reportaron como modo de agresión la coerción, 36 más seducción y en igual número de casos (5) modos como seducción acompañado de engaño y engaño únicamente. Otros como

caricias se reportaron en 1 caso y golpes acompañados de ataduras en igual número de casos. 300 de los casos no reportaron el modo de agresión.

Gráfico 36: Distribución de los casos de abuso sexual en menores de edad reportados en el Instituto Nacional De Medicina Legal Y Ciencias Forenses Pasto según: Actividades sexuales relacionadas.



N: 472

Fuente: la presente investigación. 2018.

Del total de casos reportados, se encontró que la actividad sexual relacionada por tocamientos se presentó en 242 de los casos, 135 por besos acompañados de tocamientos, 19 más por besos y aunque 50 casos mas no reportaron ningún dato, se puede observar las diferentes actividades sexuales a las que fueron sometidos las víctimas.

Gráfico 37: Distribución de los casos de abuso sexual en menores de edad reportados en el Instituto Nacional De Medicina Legal Y Ciencias Forenses Pasto según: Hechos bajo sustancias psicoactivas.



N: 472

Fuente: la presente investigación. 2018.

Del total de casos reportados 345 reportaron que los hechos no ocurrieron bajo el consumo de sustancias psicoactivas, lo cual indica que el victimario es consciente del daño que está produciendo. Por su parte, 47 casos si reportaron consumo de sustancias psicoactivas, lo que no los excluye de ser responsables de sus actos y 80 no reportaron ningún dato.

Gráfico 38: Distribución de los casos de abuso sexual en menores de edad reportados en el Instituto Nacional De Medicina Legal Y Ciencias Forenses Pasto según: Cual sustancias psicoactivas.

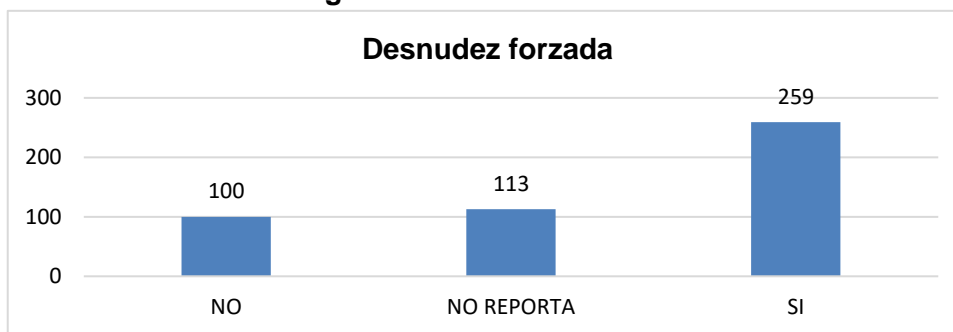


N: 47

Fuente: la presente investigación. 2018.

De los 47 casos que reportaron haber estado bajo el efecto de sustancias psicoactivas, 33 reportaron sustancias embriagantes, 6 alucinógenas, y en 4 casos embriagantes acompañadas de alucinógenas y en 4 casos mas no se reportó el tipo de sustancia utilizada.

Gráfico 39: Distribución de los casos de abuso sexual en menores de edad reportados en el Instituto Nacional De Medicina Legal Y Ciencias Forenses Pasto según: Desnudez Forzada.



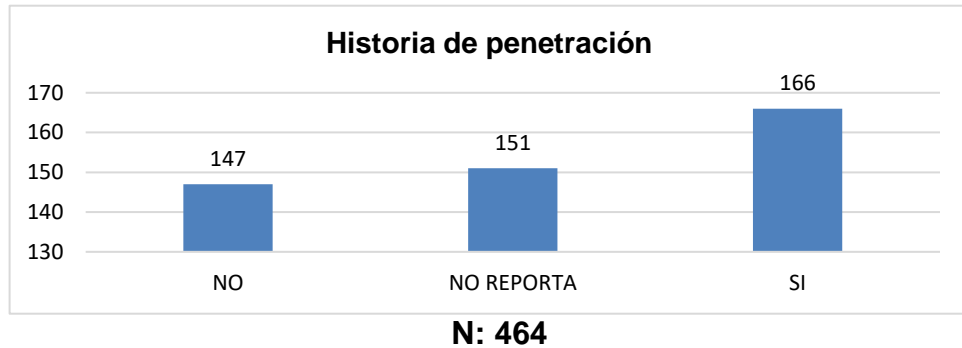
N: 472

Fuente: la presente investigación. 2018.

Del total de casos, 259 reportaron que durante el abuso sexual hubo desnudez forzada y que en 100 casos no se presentó este hecho. Es esperado encontrar que

las víctimas sean despojadas de sus prendas a la fuerza, ya que su victimario busca satisfacer de cualquier manera el acto sexual. Por otra parte 113 casos no reportaron si hubo o no desnudez forzada.

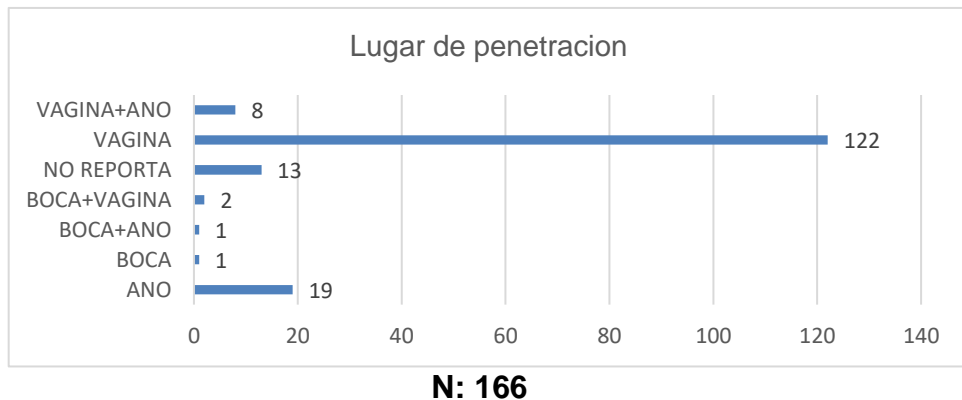
Gráfico 40: Distribución de los casos de abuso sexual en menores de edad reportados en el Instituto Nacional De Medicina Legal Y Ciencias Forenses Pasto según: Historia de penetración.



Fuente: la presente investigación. 2018.

Dentro de los datos recolectados en el Instituto Nacional De Medicina Legal Y Ciencias Forenses Pasto, se encontró que en 166 casos si hubo historia de penetración, lo cual es preocupante, porque evidencia que al agresor no le importan las consecuencias futuras ni para el cómo agresor ni para la víctima. Por su parte 147 confirmaron que no hubo penetración, mientras que en 151 casos no se reportó esta información.

Gráfico 41: Distribución de los casos de abuso sexual en menores de edad reportados en el Instituto Nacional De Medicina Legal Y Ciencias Forenses Pasto según: lugar de penetración.

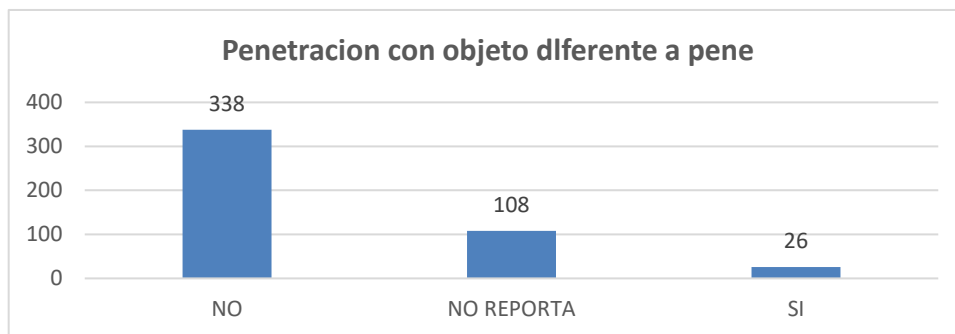


Fuente: la presente investigación. 2018.

De los 166 casos que reportaron haber sido penetrados, 122 reportaron vagina

como lugar de penetración, 19 casos ano y 8 más vagina y ano. Se puede observar que el victimario no solo se conforma con abusar de la víctima en sus órganos sexuales, sino que también lo hace en regiones como la boca. 13 casos más no reportaron el lugar de penetración.

Gráfico 42: Distribución de los casos de abuso sexual en menores de edad reportados en el Instituto Nacional De Medicina Legal Y Ciencias Forenses Pasto según: Penetración con objeto diferente a pene.



N: 472

Fuente: la presente investigación. 2018.

De los dictámenes revisados 338 casos reportaron no haber sido penetrados con objeto diferente a pene y 108 casos no reportaron si ocurrió o no este hecho, sin embargo, en 26 de los casos se reportó que si hubo penetración con objeto diferente a pene lo que nos indica que existen muchas formas de abusar sexualmente a una persona.

Gráfico 43: Distribución de los casos de abuso sexual en menores de edad reportados en el Instituto Nacional De Medicina Legal Y Ciencias Forenses Pasto según: ¿Cual objeto?



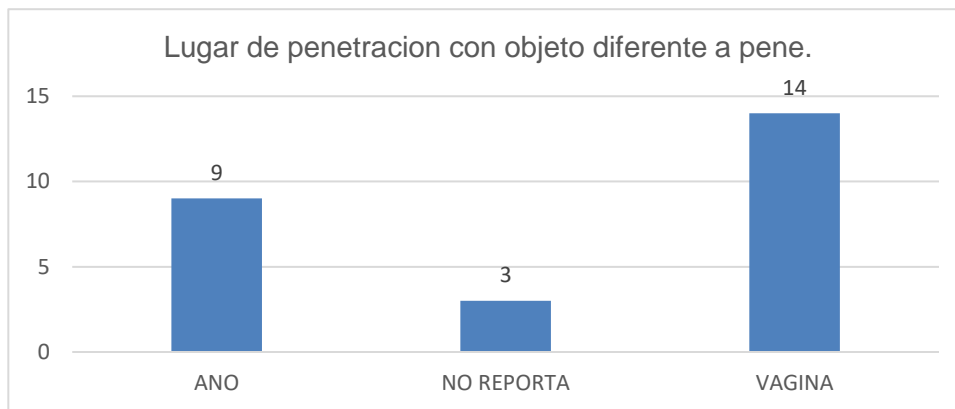
N: 26

Fuente: la presente investigación. 2018.

De los que reportaron penetración con objeto diferente a pene, 22 corresponden a penetración con dedos, en igual número de casos (1) reportaron penetración con porta cepillo y palo de sombrilla y 2 reportaron mano. Esto nos permite analizar

que el victimario busca abusar sexualmente de su víctima sin dejar evidencia de los hechos o incluso como un acto de diversión para él.

Gráfico 44: Distribución de los casos de abuso sexual en menores de edad reportados en el Instituto Nacional De Medicina Legal Y Ciencias Forenses Pasto según: Lugar de penetración con objeto diferente a pene.

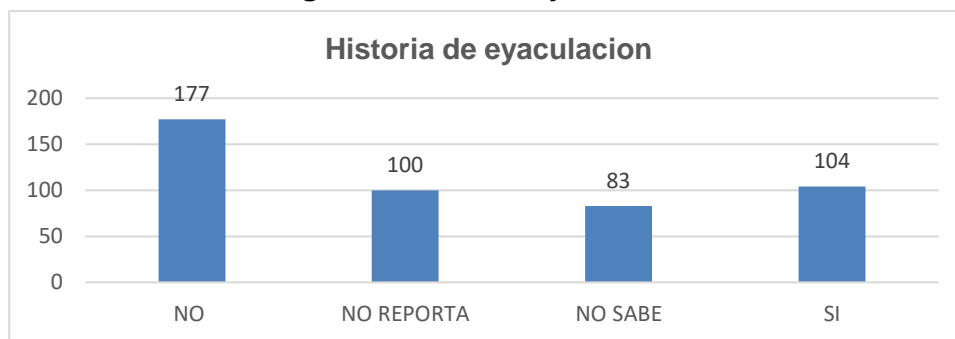


N: 26

Fuente: la presente investigación. 2018.

De los 26 casos positivos de penetración con objeto diferente a pene, 14 reportaron que fue en vagina y 9 de ellos en ano, mientras que 3 casos no reportaron el lugar de penetración para este hecho. Esto permite determinar que la vagina sigue siendo el órgano sexual más afectado independientemente de que si la penetración es con pene o no.

Gráfico 45: Distribución de los casos de abuso sexual en menores de edad reportados en el Instituto Nacional De Medicina Legal Y Ciencias Forenses Pasto según: Historia de eyaculación.



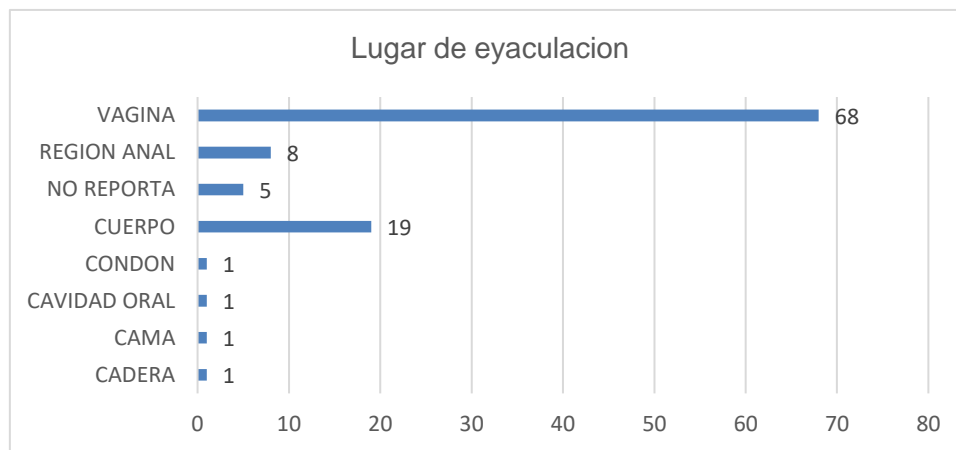
N: 464

Fuente: la presente investigación. 2018.

De 464 casos correspondientes a victimario de sexo masculino, se reportó que en 104 casos si hubo historia de eyaculación, mientras que 177 confirmaron que no

ocurrió este hecho. 100 mas no reportaron esta información y 83 no saben si hubo o no eyaculación.

Gráfico 46: Distribución de los casos de abuso sexual en menores de edad reportados en el Instituto Nacional De Medicina Legal Y Ciencias Forenses Pasto según: Lugar de eyaculación.

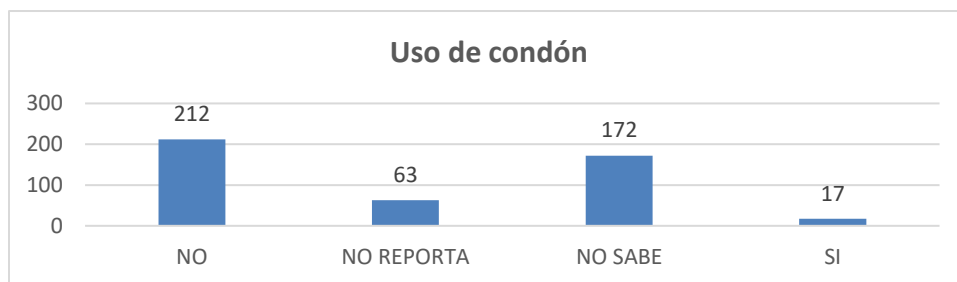


N: 104

Fuente: la presente investigación. 2018.

De los 104 casos con historia de eyaculación, 68 fueron en vagina, lo que llama la atención, ya que la probabilidad de que ocurra un embarazo como producto del abuso sexual es alta. Otros por su parte reportaron historia de eyaculación en regiones como ano (8 casos), cuerpo (19 casos), condón, cavidad oral, cama y cadera en 1 caso cada uno. 5 no reportaron el lugar de eyaculación.

Gráfico 47: Distribución de los casos de abuso sexual en menores de edad reportados en el Instituto Nacional De Medicina Legal Y Ciencias Forenses Pasto según: Uso de condón.



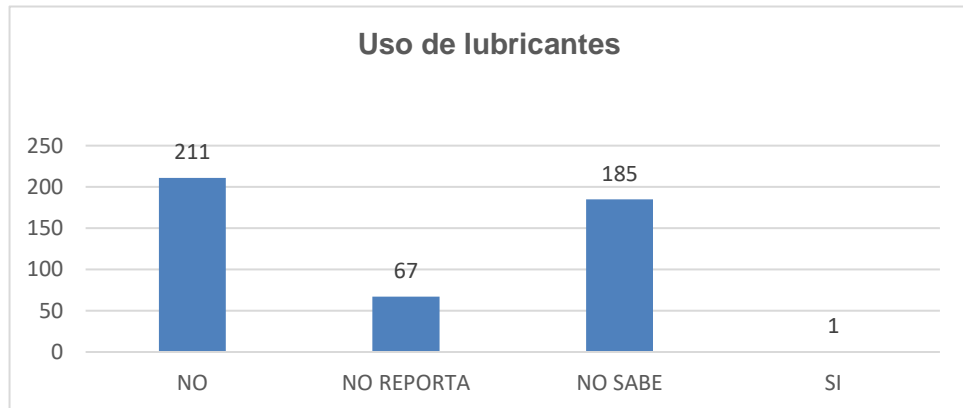
N: 464

Fuente: la presente investigación. 2018.

El uso del condón en casos de abusos sexuales según los dictámenes no es con frecuencia una práctica usual, siendo un dato esperado por las condiciones de

lugar, tiempo y metodología del abuso. El no uso del condón se reportó en 212 de los casos analizados, en 172 de los casos las víctimas no saben si fue o no utilizado, 63 de los casos no reportan información acerca de este y solo en 17 de los casos afirman tener conocimiento del uso del condón durante el abuso.

Gráfico 48: Distribución de los casos de abuso sexual en menores de edad reportados en el Instituto Nacional De Medicina Legal Y Ciencias Forenses Pasto según: Uso de lubricantes.

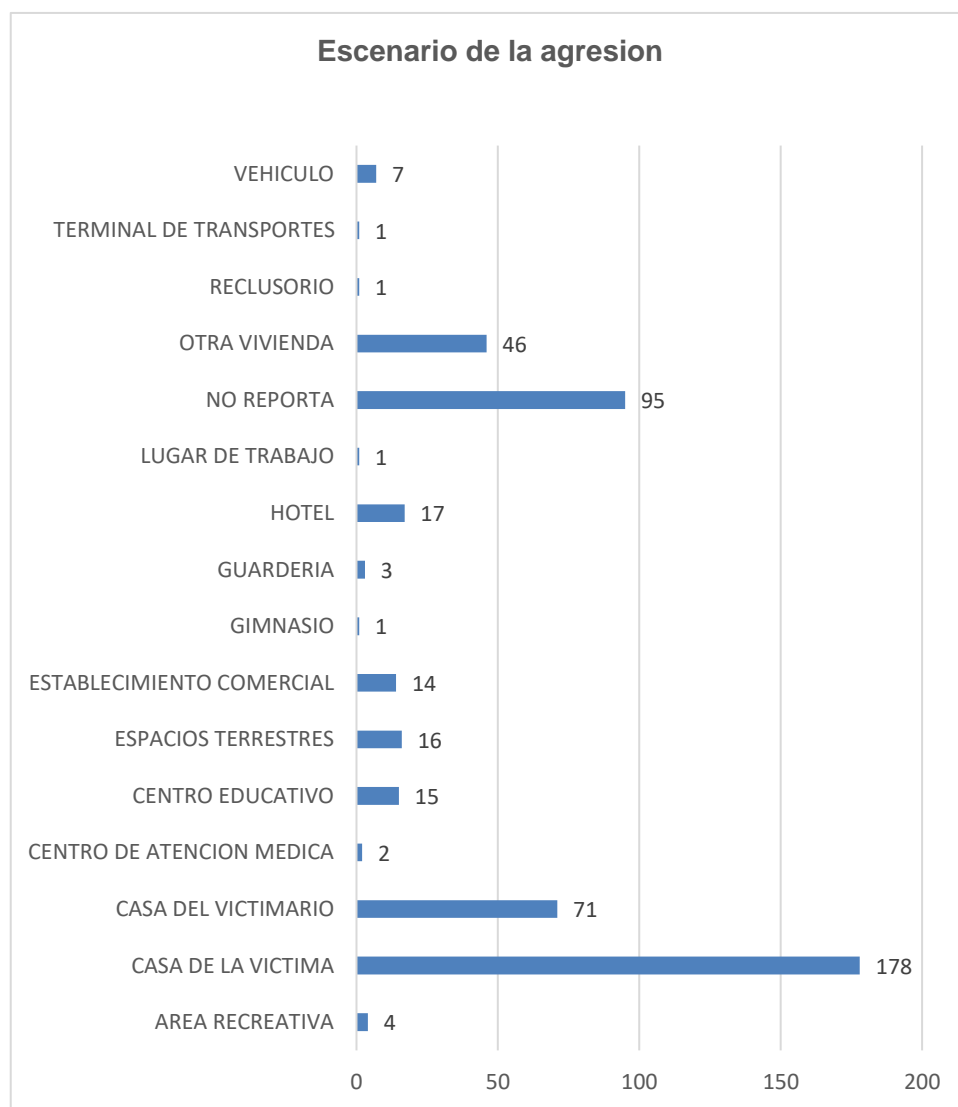


N: 464

Fuente: la presente investigación. 2018.

Los dictámenes legales algunas pocas veces reportan el uso o no de lubricantes en el acto sexual, siendo esperado que 185 de los casos no tengan conocimiento del uso de lubricantes, 211 casos reporten el no uso, 67 de los casos reporte información y solo 1 caso reporte que si hubo uso de lubricantes durante el abuso sexual.

Gráfico 49: Distribución de los casos de abuso sexual en menores de edad reportados en el Instituto Nacional De Medicina Legal Y Ciencias Forenses Pasto según: escenario de la agresión.

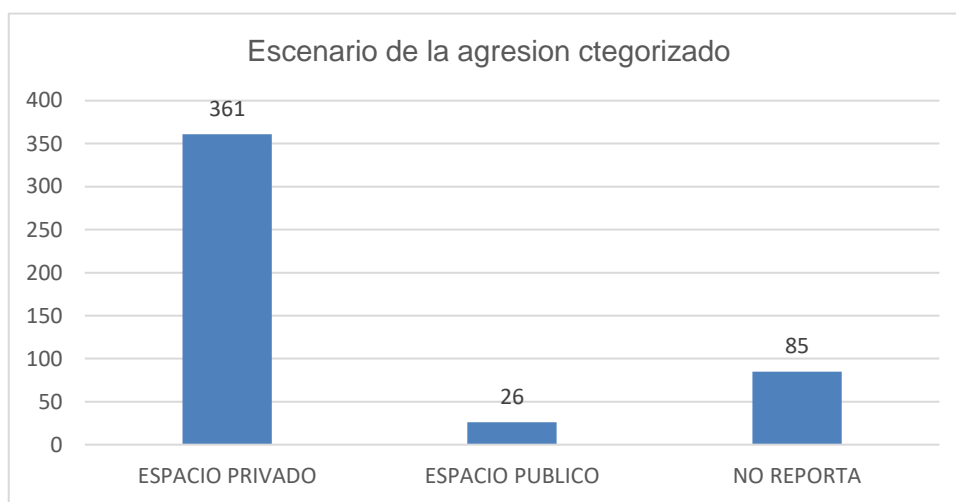


N: 472

Fuente: la presente investigación. 2018.

Es esperado encontrar que 178 de los casos de abuso sexual reportados, ocurrieron en la casa de la víctima, ya que esto concuerda con el hecho de que son producidos por personas conocidas y cercanas a ella y de esta misma manera se lo asociaría a los 71 casos que reportaron como escenario de la agresión la casa del victimario. Otros hechos fueron reportados en lugares diferentes tanto de la víctima como del victimario y 95 casos mas no reportaron esta información.

Gráfico 50: Distribución de los casos de abuso sexual en menores de edad reportados en el Instituto Nacional De Medicina Legal Y Ciencias Forenses Pasto según: escenario de la agresión.

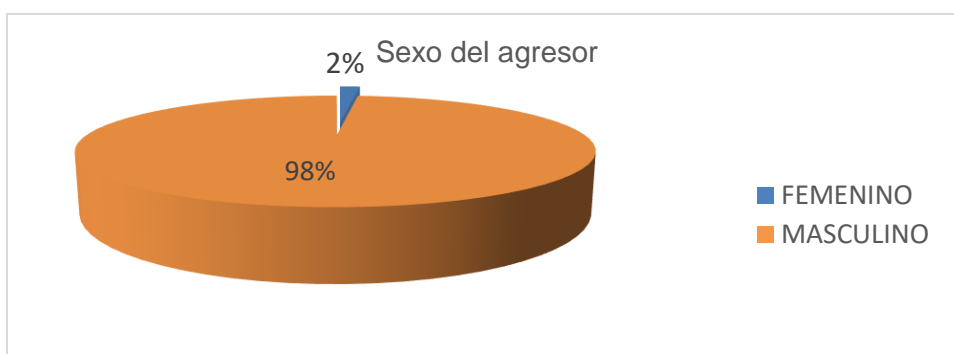


N:472

Fuente: la presente investigación. 2018.

Del total de casos reportados, se encontró que 361 ocurrieron en espacio privado y 26 casos en espacio público. Otros 85 casos no reportaron el escenario de la agresión

Gráfico 51: Distribución de los casos de abuso sexual en menores de edad reportados en el Instituto Nacional De Medicina Legal Y Ciencias Forenses Pasto según: Sexo del agresor.



N: 472

Fuente: la presente investigación. 2018.

Del total de casos reportados, el 98% corresponden a abusos sexuales perpetrados por personas de sexo masculino y un 2% a personas de sexo femenino.

Gráfico 52: Distribución de los casos de abuso sexual en menores de edad reportados en el Instituto Nacional De Medicina Legal Y Ciencias Forenses Pasto según: Convivencia con el agresor.



N: 472

Fuente: la presente investigación. 2018.

A pesar de que el abuso sexual se ha presentado en gran parte por personas conocidas o cercanas a la víctima, es importante mencionar que 364 casos reportaron no convivir con su agresor, lo cual es aún más preocupante, ya que el entorno al que se ve expuesta la víctima es más amplio del sitio en el que se desenvuelve cotidianamente, mientras que 104 casos siguen evidenciando que la convivencia con el agresor sigue siendo un factor de riesgo alto. Por otra parte 4 casos no reporto esta información.

7. DISCUSION

Los resultados entregados por este estudio, hallazgos clínicos del abuso sexual en menores de edad reportados en el Instituto Nacional De Medicina Legal Y Ciencias Forenses, Pasto 2014-2018, deja ver que el abuso sexual se presentó en un 89% de los casos en el sexo femenino, y el 11 % de los casos se presentó en el sexo masculino, afectando en la mayoría de casos a los menores de sexo femenino, siendo igual al estudio de (Pino-Domínguez, 2018, Colombia), quien reporto un 95% de los casos ocurridos en el sexo femenino y solo el 5% en el sexo masculino. De esta misma manera el estudio de (Mei-Huan, MD, 2018 en Taiwán), reporto que, de 91 casos, el 96.7% de los casos se presentaron en menores de sexo femenino y solo el 3.2% de los casos en menores de sexo masculino. Por su parte el estudio de (Cerón- Hernández, 2017, Colombia), reporto que el 76.6% de los casos ocurrió en víctimas de sexo femenino y el 23.3% de los casos se reportó en víctimas de sexo masculino, es decir, que a pesar de la variabilidad de porcentajes en los diferentes estudios, es concluyente determinar, que el abuso sexual en menores de edad en las diferentes regiones del país y del mundo, afecta más a menores de sexo femenino que de sexo masculino.

Al hablar de la edad, los datos arrojados por este estudio, demuestran que el 50% de casos de abuso sexual se presentó en menores que oscilan entre los 8 a 14 años de edad, datos que comparativamente se asemejan con el estudio de (Cerón-Hernández, 2017, Colombia), donde las edad oscila entre los 11 y 13 años; así mismo, el estudio de (Enyedy et Cols, 2018, Hungría), reporta que las edades donde más se ubicó este flagelo fue entre 10.81 y 13,46 años de edad, lo cual se asimila a nuestro estudio y nos permite determinar que el abuso sexual se presentan con mayor frecuencia en edades donde empiezan a surgir o ya han aparecido los caracteres sexuales secundarios en las víctimas. (Neupane, 2018, Nepal), es su estudio describe, que los casos de abuso sexual con mayor frecuencia se presentaron en menores entre los 14 y 16 años de edad, lo cual a pesar de que en edad se aleja un poco a nuestros datos y a los arrojados por otros estudios, cabe resaltar que a esta edad los caracteres sexuales secundarios son mucho más atractivos para los agresores, lo que comparativamente se asemeja a este estudio.

Teniendo en cuenta la relación de la víctima con el agresor, los resultados de este estudio arroja que para el 100% de los casos, el 38.1% corresponde a hechos perpetrados por un familiar como responsable del abuso sexual, un 47% fueron ocasionados por una persona conocida y el 14.8% por personas desconocidas para las víctimas; datos que concuerdan con el estudio de (Pino- Domínguez, 2018, Colombia), quien reporto que el 40% de los abusos sexuales fueron ocasionados por un familiar, el 30% por un conocido y el otro 30% comparativamente mayor a nuestro estudio por un desconocido; a su vez (Cerón-Hernández, 2018, Colombia), coincide en su estudio que el 40% de los casos fueron ocasionados por un familiar

de la víctima, seguido de un 53.3% causado por un conocido y por porcentaje menor por un desconocido en un 6.6% de los casos; por su parte el estudio de (Enyedy et Cols, 2018, Hungría), demuestra en su estudio que un 48.4% era causado por un familiar, dato que se acerca al reportado en nuestro estudio, sin embargo reporto que el 65.3% de los casos fueron ocasionados por un conocido de la familia lo cual difiere de nuestro estudio y el 34.7% por una persona desconocida, que de igual manera comparativamente está por encima de nuestro valor reportado. A pesar de que en un estudio se arrojó significativamente que los abusos sexuales fueron perpetrados por alguien conocido, nuestros datos siguen siendo concluyentes y muy similares a la mayoría de los estudios en los que el abuso sexual en menores de edad, son ocasionados por un familiar.

Finalmente, el lugar o escenario de la agresión, partiendo de la gran variedad de posibilidades, han sido categorizados para el mejor manejo de la información y los datos. Teniendo en cuenta el escenario categorizado, este estudio reporta que, de los 472 dictámenes revisados, 361 ocurrieron en escenarios privados (principalmente en la casa de la víctima) constituyendo el 76.4% de los casos y en escenarios públicos o lugares externos 26 casos que corresponden al 5.5% de los casos, además un 18.1% de los casos no reporto información acerca del lugar de la agresión. Esta información se ajusta al estudio de (Pino-Domínguez, 2018, Colombia), donde reporta que el 72.5% de los casos fueron ocurridos en lugares privados y el 27.5% en espacios públicos. Así mismo, (Enyedy et Cols, 2018, Hungría), en un estudio donde analizo 426 casos, reporto que el 49.7% de los casos ocurrieron en un espacio privado, el 28.9% en el espacio público, y un 21.3% de los casos no reporto el lugar de los hechos.

8. CONCLUSION.

En relación a las variables sociodemográficas se concluye que: según datos reportados en el Instituto Nacional De Medicina Legal Y Ciencias Forenses, Pasto, la mayoría de casos fueron reportados en el año 2014, que el departamento con mayor número de casos reportados fue el departamento de Nariño, el sector donde viven las víctimas más afectado corresponde a la zona urbana, con una incidencia más alta en la comuna 6 del municipio de Pasto. La mayoría de la población no guarda relación con la pertenencia a algún grupo étnico, además reportan no tener alguna discapacidad. Así mismo, la población más afectada corresponde a menores de edad de 12 años, solteros de género femenino y de ocupación estudiantes con grado de escolaridad correspondiente a la básica secundaria. En cuanto a la cronología del abuso la mayoría de los casos reportan que los hechos ocurrieron en el último mes previo a la denuncia del hecho y de seguridad social principalmente subsidiado.

Para concluir cuales son los hallazgos clínicos más significativos arrojados por este estudio, es necesario mencionar, que en el abuso sexual los hallazgos clínicos son observables o examinables durante los primeros 7 a 10 días en el cuerpo, y que, además, solo aproximadamente el 3% de los casos reportados, evidencian lesiones físicas que puedan generar datos que comprueben el abuso sexual, como en los casos revisados en este estudio. En consecuencia, en la mayoría de los casos en regiones como cabeza, cara, cuello y cavidad oral no reportaron algún tipo de lesión. De esta misma manera en regiones como tórax, senos, miembros superiores e inferiores, a pesar de que algunos casos reportaron algún tipo de lesión principalmente equimosis, estos corresponden a la minoría y no llegan al 5% de los casos, por lo tanto, en estas regiones la mayoría no reportó algún tipo de lesión. En los casos que comprometen órganos sexuales, tanto masculino como femenino, es decir pene y vagina la mayoría de los casos no reportaron algún tipo de lesión, sin embargo, en vagina a pesar de que son la minoría el hallazgo más frecuente fue eritema, igualmente se reportó que el himen en la mayor parte de los casos fue íntegro no elástico. Respecto a periné y ano en la mayoría de los casos no se reportó algún tipo de lesión y finalmente en la mayoría de los casos reportaron no quedar en embarazo como producto del abuso sexual.

En relación a la tipología se concluye que, en la mayoría de los casos los abusos fueron perpetrados por 1 agresor y principalmente por una persona conocida. El método más utilizado fue la amenaza, y en la mayoría de los casos no hubo utilización de armas y en los casos que sí se reportó el arma más utilizada fue cortopunzante. El forzamiento fue el principal modo de agresión y el tocamiento la actividad sexual más frecuente durante el abuso. En la mayoría de los casos los hechos no ocurrieron bajo el uso de sustancias psicoactivas y en los casos en los que, si se presentó, las sustancias más utilizadas fueron sustancias embriagantes. De igual manera la mayoría de los casos reportaron desnudez

forzada e historia de penetración positiva, siendo la vagina el órgano más afectado. En el caso de penetración con objeto diferente a pene la mayoría reportó no haber sido penetrado y dentro de los que sí reportaron, el objeto más utilizado fue dedos, para el cual la mayoría no reportó el órgano más afectado, pero dentro de los que sí lo reportaron el órgano más penetrado con objeto diferente a pene fue vagina. En la mayoría de los casos no se presentó historia de eyaculación, pero dentro de los que sí lo hicieron el lugar más frecuente de eyaculación fue vagina. Respecto al uso de condón y lubricantes la mayoría reportaron que su victimario no hizo uso de estos métodos. Respecto al sexo del agresor se concluye que la mayoría de los casos fueron perpetrados por agresores de sexo masculino, principalmente en espacio privado, además de no convivían con su agresor

RECOMENDACIONES

Se recomienda al Instituto Nacional De Medicina Legal Y Ciencias Forenses, Seccional Pasto, respecto a los métodos empleados y modo de agresión, ingresar la información en los reportes, teniendo en cuenta las condiciones que aplica para cada una de estas características, permitiendo diferenciar correctamente cada una de ellas.

Se recomienda al Instituto Nacional De Medicina Legal Y Ciencias Forenses, Seccional Pasto, continuar el seguimiento a los casos de abuso sexual en los que no se reportó lesión evidente del abuso, principalmente en los casos que la agresión ocurrió en repetidas ocasiones.

Se recomienda, a la Fundación Universitaria San Martín Pasto, a través del programa de salud familiar, implementar actividades comunitarias de promoción y prevención en salud, específicas y orientadoras para el reconocimiento del abuso sexual en menores de edad.

BIBLIOGRAFIA

1. American Academy of Pediatrics. Sexually transmitted diseases. En: Pickering LH, ed. 2000 Red Book: Report of the Committee on Infectious Diseases, 25.^a ed. Elk Grove Village: American Academy of Pediatrics, 2000; 143-147.
2. López F, Carpintero E, Hernández A, Martín MJ, Fuertes A. Prevalencia and sequelae of childhood sexual abuse in Spain. *Child Abuse Negl.* 1995;19:1039-50.
3. Bouvier P, Halpérin D, Rey H, Jaffé PD, Laederach J, Mounoud R, et al. Typology and correlates of sexual abuse in children and youth: multivariate analyses in a prevalence study in Geneva. *Child Abuse Negl.* 1999;23:779-90.
4. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses: Forensis: Datos para la vida. Delito sexual años 2013, 2014, 2015.2016. En <http://www.medicinalegal.gov.co/documents/88730/3418907/6.+VIOLENCIA+SEXUAL.pdf/6c8bff03-1ec8-4c24-955a-393e28255398>
5. Causas del abuso sexual infantil y herramientas para su detección y para la respuesta inicial. Modulo 2. Estrategia de prevención integral del abuso sexual. Componente de desarrollo de capacidades para agentes comunitarios y educativos.
6. Mullen PE. Long-term Effects of Child Sexual Abuse. *Issues in Child Abuse Prevention.* 1998:989–1011.
7. Balderian N. Sexual abuse of people with developmental disabilities. *Sexuality and Disability.* 1991;(4):323–35.
8. Morano JP. Sexual Abuse of the Mentally Retarded Patient: Medical and Legal Analysis for the Primary Care Physician. Primary care companion to the Journal of clinical psychiatry. 2001;(3):126–35.
9. Protegiendo a la niñez de la violencia sexual. En Observatorio del bienestar de la niñez No. 2 ICBF. Edición 2. Dic. 2012.
10. Pereda Beltrán N. Actualización de las consecuencias físicas del abuso sexual infantil. *Rev Pediatr Aten Primaria.* 2010;12:273---85.
11. J.Pou Fernández J, Ruiz España A, Comas Masmitjà LI, Petitbó Rafart MD, Ibáñez ~ Fanés M, Bassets Marill J. Abuso sexual. Experiencia en una unidad funcional de abusos a menores. *An Esp Pediatr.* 2001;54:243---50.
12. García Algar O, Mur Sierra A. Abuso sexual en la infancia: prevención de las enfermedades de transmisión sexual. *An Pediatr.* 2001;54:267--71.
13. Ellis JC, Ahmad S, Molyneux EM. Introduction of HIV postexposure prophylaxis for sexually abused children in Malawi. *Arch Dis Child.* 2005;90:1297---9.
14. Serrano García MI, Tolosa Benedicto E, Forner Navarro L. Oral lesions due to child abuse. Identification of the problem and role of the professional. *Med Oral.* 2001;6:276---89.
15. García-Repetto R, Soria ML. Sumisión química: reto para el toxicólogo forense.

- Rev Esp Med Legal. 2011;37:105---12
16. Corwin, D.L. y Keeshin, B.R. (2011). Estimating Present and Future Damages Following Child Maltreatment. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*, 20, 505-518.
 17. Seldes, J.J.; Ziperovich, V.; Viota, A. y Leiva, F. (2008). Maltrato infantil. Experiencia de un abordaje interdisciplinario. *Arch Argent Pediatr*, 106(6), 499-504.
 18. Jones, J.G. y Worthington, T. (2008). Genital and Anal Injuries Requiring Surgical Repair in Females Less Than 21 Years of Age. *J Pediatr Adolesc Gynecol*, 21, 207-211.
 19. Merritt, D.F. (2009). Genital Trauma in the Pediatric and Adolescent Female. *Obstet Gynecol Clin N Am*, 36, 85-98.
 20. Al-Mahroos, F. y Al-Amer, E. (2011). Reported child sexual abuse in Bahrain: 2000-2009. *Ann Saudi Med*, 31(4), 376-382.
 21. Krug EG et al. (Eds) (2002). Informe mundial sobre la violencia y la salud. Washington DC, Organización Panamericana de la Salud.
 22. Ten Benseel RW, Rheinberger MM, Radbill SX (1997). Children in a World of Violence: The Roots of Child Maltreatment. En: Helfer M et al. (Eds). *The Battered Child*. Chicago, University of Chicago Press, págs. 3-28.
 23. United Nations Secretary-General (2006). Report of the independent Expert for the United Nations Study on Violence against Children. Promotion and protection of the rights of children. United Nations General Assembly, Sixty-first session. A/61/299.
 24. Reza A et al. (2001). Epidemiology of Violent Deaths in the World. *Injury Prevention*, 7: 104–111.7 Krug E et al. (Eds) (2003). Informe mundial sobre la violencia y la salud. Washington DC, Organización Panamericana de la Salud.
 25. G. Pons-Salvador, A. Martínez, M. Pérez, J.J. Borrás. Claves para la evaluación del abuso sexual infantil. Comunicación presentada en el VIII Congreso Español de Sexología. II Encuentro Iberoamericano de Profesionales de la Sexología, Santander
 26. Historia del departamento. Enero del 2016. Publicado en <https://xn--nario-rta.gov.co/inicio/index.php/mi-departamento/historia>
 27. Alcaldía de Pasto. Información general. Disponible en <http://www.pasto.gov.co/index.php/nuestro-municipio>
 28. Universidad de los Andes. Convenios nacionales. Disponible en <https://medicina.uniandes.edu.co/index.php/es/facultad/convenios-nacionales/instituto-nacional-de-medicina-legal-y-ciencias-forenses>
 29. Organización Mundial de la Salud. (2003). World Health Organization. Obtenido de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112670/1/9275315884_spa.pdf?ua=1
 30. Millett, K. (1970). Política sexual. Madrid: Ediciones Cátedra.
 31. OPS – OMS (2003) “Informe Mundial sobre la violencia y la salud”. Publicación Científica Técnica No. 588. Washington, D.C., Organización Mundial de

- http://www.paho.org/Spanish/DD/PUB/Violencia_2003.htm [Citado de: 19/01/11] Fuente: OMS (Organización Mundial de la Salud).
32. Department of Health and Human Services, Administration for Children and Families (2010). Fourth National Incidence Study of Child Abuse and Neglect (NIS-4): Report to Congress. Recuperado de <https://www.acf.hhs.gov/>
 33. García, B., & Bedolla, P. (junio de 2002). Cuestiones de América. Obtenido de <https://derechoshumanosrrhh.files.wordpress.com/2011/10/las-relaciones-de-poder-y-violencia-vinculadas-al-hostigamiento-sexual.pdf>.
 34. Dubón, L. (01 de 2016). Universitat Ramon Llull. Obtenido de <http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesisjcem/2016/05/67/Dubon-Leonel.pdf>.
 35. Villellas, M. (septiembre de 2010). Escola de Cultura de Pau. Obtenido de http://escolapau.uab.es/img/qcp/violencia_sexual_guerra.pdf.
 36. Teubal, R. (2010). ASAPMI. Obtenido de <http://www.asapmi.org.ar/publicaciones/articulos/articulo.asp?id=142>
 37. Chen L. P., Murad M. H., Paras M. L., Colbenson K. M., Satter A. L., Goransson E.N.,... Zirakzadeh A. (2010). Sexual Abuse and Lifetime Diagnosis of Psychiatric Disorders: Systematic Review and Meta-analysis. 85(7), 618-629.
 38. United Nations Secretary-General's (2005). Study on Violence against Children. Recuperado de <http://www.unicef.org/>
 39. Organización Panamericana de la Salud para la Organización Mundial de la Salud (2002). Informe mundial sobre la violencia y la salud. Recuperado de <http://www.who.int/>
 40. Giraldo, R. (2006). Poder y resistencia en Michel Foucault. Tabula Rasa, 103-122.
 41. Echeburua E., De Corral P. Secuelas Emocionales en víctimas de abuso sexual en la infancia. Cuad Med Forense 2006; 12(43-44):75-82.
 42. Echeburua E., De Corral P. Evaluación del daño Psicológico en víctimas de delitos violentos. Psicopatología Clínica, Legal y Forense. Vol. 4. 2004. Páginas 227-244. <http://www.masterforense.com/pdf/2004/2004art19.pdf>
 43. D. Finkelhor, G.T. Hotaling. Sexual abuse in the National Incidence Study of Child Abuse and Neglect: an appraisal. Child Abuse Negl, 8 (1984), pp. 23-32. Medline
 44. Bercowitz C: Abuso sexual en la infancia. Pediatrics in review, 1993,14(4):133-144.
 45. Rubio B: Abuso sexual infantil. En: Díaz Huertas JA, Casado Flores J, Ruíz Díaz MA, Esteban Gómez J.: Atención al maltrato infantil desde el ámbito sanitario. Instituto Madrileño del Menor y la Familia. Madrid 1998: 109-112.
 46. Pou J, Jordan I, Gómez L: Abuso sexual infantil. Nuestra experiencia de un año. Anales Españoles de Pediatría, 1996;45(3): 245-248.
 47. Finkelhor D: Epidemiological factors in the clinical identification of child sexual abuse. Child Abuse and Neglect, 1993;17:67-70. 28.
 48. Calvo Rosales J, Calvo Fernández J: Aspectos físicos del abuso sexual. En:

- Casado Flores J: Niños maltratados. Ed. Díaz de Santos. Madrid 1997.169-175.
49. Bays J, Chadwick D: The medical diagnosis of the sexually abused child. *Child Abuse Neglect*. 1993; 17: 91-110.
 50. Hymel KP, Jenny C: Abuso sexual de niños. *Pediatrics in review* 1996;17(8):291-305.
 51. García Algar O, Mur Sierra A: Abuso sexual en la infancia: prevención de las enfermedades de transmisión sexual. *Cuadernos de Pediatría Social*, 2003, 1:6-10
 52. American Academy of Pediatrics: Committee of Child Abuse and Neglect: "Pautas para la evaluación de niños sometidos a abusos sexuales. *Pediatrics* (edic española) 1991, 31, 2: 85-90
 53. Paradise JE: Valoración médica del niño que ha sufrido abuso sexual. *Clin Ped de Nort Amer* (ed. Esp.), 1990:889-912.
 54. Cann J, Vans J: Perianal injuries resulting from sexual abuse: a longitudinal study. *Pediatrics*, 1993;91, 390-397.
 55. Adams JA, Harper K: Examination findings in legally confirmed child sexual abuse. It's normal to be normal. *Pediatrics* 1994; 94 (3): 310-317.
 56. American Academy of Pediatrics: Sexually transmitted diseases. En: Pickering LH, de 2000 Red Book: Report of the Committee on the infectious diseases. 25 de Elk Grove Village, IL American Academy of Pediatrics. 2000: 143-147.
 57. Decreto 3/2004, de 7 de enero: Sistema de Información Infantil de Andalucía. Consejería para la Igualdad y Bienestar Social. Junta de Andalucía.
 58. Caballero Trigo MA: Valoración inicial en los casos de abuso sexual infantil. *Rev. Trabajo Social y Salud; Zaragoza*, 1999: (33): 303-340.
 59. American Academy of Pediatrics: Committee of Child Abuse and Neglect: Guidelines for the evaluation of sexual abuse of children: subject review. *Pediatrics* 1999, 103, 2: 186-91.
 60. Atabaki S, Paradise JE. The medical evaluation of the sexually abused child: lessons from a decade of research. *Pediatrics*, 1999; (104)178- 185
 61. Gibbons M,Vincent E. Childhood sexual abuse. *Am Fam Phys*, 49 (1994), pp. 125-36
 62. Rodríguez Pata N,Arribas Blanco JM. Agresiones sexuales. Manejo por el médico de familia (II). *Actuación en niños*. *Jano*, 1257 (1998), pp. 45- 51
 63. Abuso sexual: un problema desconocido. En: Casado J, Díaz JA, Martínez C, editores. Niños maltratados. Madrid: Díaz de Santos; 1997. p. 161-7.
 64. Prevalence of childhood sexual abuse among Malaysian paramedical students. *Child Abuse Negl*. 1996; 20:487-92.
 65. Childhood experience of sexual abuse among Hong Kong Chinese college students. *Child Abuse Negl*. 2002;26:23-37.
 66. Singh HS, Yiing WW, Nurani HN. Prevalence of childhood sexual abuse among Malaysian paramedical students. *Child Abuse Negl*. 1996; 20:487-92
 67. Tang CS. Childhood experience of sexual abuse among Hong Kong Chinese college students. *Child Abuse Negl*. 2002;26:23-37.
 68. Feldman W, Feldman E, Goodman JT, McGrath PJ, Pless RP, Corsini L, et al.

- Is childhood sexual abuse really increasing in prevalence? An analysis of the evidence. *Pediatrics*. 1991;88:29-33.
69. Pou J, Ruiz A, Comas L, Petitbó MD, Ibáñez M, Bassets J. Abuso sexual. Experiencia en una unidad funcional de abusos a menores. *An Esp Ped*. 2001;54:243-50.
 70. Raupp U, Eggers C. Sexual abuse of children. A regional study of the prevalence characteristics. *Monatsschr Kinderheilkd*. 1993;141:316-22.
 71. Anderson J, Martin J, Mullen P, Romans S, Herbison P. Prevalence of childhood sexual abuse experiences in a community sample of women. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1994;33:427-8
 72. Dube R, Hebert M. Sexual abuse of children under 12 years of age: a review of 5 cases. *Child Abuse Negl*. 1988;12:321-30.
 73. Halperin D, Bouvier P, Jaffe PD, Pawlak C, Laederach J, Rey H. Prevalence of child sexual abuse among adolescents in Geneva: survey. *BMJ*. 1996;312:1326-9.
 74. Faller KC. Characteristics of a clinical sample of sexually abused children: how boy and girl victims differs. *Child Abuse Negl*. 1989;13: 281-91
 75. Fleming JM. Prevalence of childhood sexual abuse in a community sample Australian women. *Med J Aust*. 1997;166:65-8.
 76. Tharinger T, Burrows C, Millea S. Sexual abuse and exploitation of children and adults with mental retardation and other handicaps. *Child Abuse Negl*. 1990;14:301-12.
 77. Is childhood sexual abuse really increasing in prevalence? An analysis of the evidence. *Pediatrics*. 1991;88:29-33.
 78. https://scp.com.co/precop-old/precop_files/modulo_5_vin_3/16-30%20Abuso%20infantil.pdf
 79. Prevalence and characteristics of sexual abuse in a national sample of Swedish seventeen-year-old boys and girls. *Acta Paediatr*. 2000;89:310-9.
 80. Abuso sexual. Experiencia en una unidad funcional de abusos a menores. *An Esp Ped*. 2001;54:243-50.
 81. The international epidemiology of child sexual abuse. *Child Abuse Negl*. 1994;18:409-17.
 82. The prevalence of childhood sexual abuse, physical abuse and emotional neglect in Europe. *Psychosom Med Psychother*. 2002; 48:370-80.
 83. Prevalencia and sequelae of childhood sexual abuse in Spain. *Child Abuse Negl*. 1995;19:1039-50.
 84. Sexual abuse in a national survey of adult men and women: prevalence, characteristics and risk factors. *Child Abuse Negl*. 1990;14:19-28.
 85. Typology and correlates of sexual abuse in children and youth: multivariate analyses in a prevalence study in Geneva. *Child Abuse Negl*. 1999;23:779-90.
 86. Childhood sexual abuse and psychiatric disorder in young adulthood: I. Prevalence of sexual abuse and factors associated with sexual abuse. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1996;35:1355-64.
 87. Sexual abuse of children. A regional study of the prevalence characteristics.

- Monatsschr Kinderheilkd. 1993;141:316-22.
88. Is child abuse declining? Evidence from a population-based survey of men and women in Australia. *Child Abuse Negl.* 2003;2:141-52.
 89. The prevalence and circumstances of child sexual abuse: change across a decade. *Child Abuse Negl.* 1999;23:45-60.
 90. *Abuso sexual infantil* Gabriel Lago Barney Pediatra, doctorando en Ciencias de la Educación Director Departamento de Pediatría Pontificia Universidad Javeriana Jaime Aurelio Céspedes Londoño Director Departamento de Pediatría Fundación CardiInfantil - Instituto de Cardiología Postgrado de Pediatría colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario
 91. Hymel KP, Jenny C. Child sexual abuse. *Pediatr Rev* 1996; 17: 236- 49.
 92. Briere J, Runtz M. University males' sexual interest in children: predicting potential indices of "pedophilia" in a nonforensic sample. *Child Abuse Negl* 1989; 13: 65-75.
 93. Berliner L, Conte JR. The process of victimization: the victims' perspective. *Child Abuse Negl* 1990; 14: 29-40.
 94. Summit RC. The child sexual abuse accommodation syndrome. *Child Abuse Negl* 1983; 7: 177-93.
 95. *Abuso sexual infantil* Gabriel Lago Barney Pediatra, doctorando en Ciencias de la Educación Director Departamento de Pediatría Pontificia Universidad Javeriana Jaime Aurelio Céspedes Londoño Director Departamento de Pediatría Fundación CardiInfantil - Instituto de Cardiología Postgrado de Pediatría colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario
 96. Rodríguez Almada H. Maltrato y abuso sexual de niños. Una revisión crítica. Granada: Comares; 2006.
 97. World Health Organization. Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence. Ginebra: World Health Organization; 2003.
 98. Castelló A, Francès F, Verdú F. Investigación médico forense de los delitos contra la libertad e indemnidad sexuales. *Cuad Med Forense* 2009;15(55):17-35.
 99. Rodríguez Almada H. Abuso sexual de niñas y niños. Montevideo: Bibliomed 2007; 127-43.
 100. American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect. Guidelines for the Evaluation of Sexual Abuse of Children: Subject Review (RE9819). *Pediatrics* 1999;103:186-91.
 101. Thomas A, Forster G, Robinson A, Rogstad K. National guideline for the management of suspected sexually transmitted infections in children and young people. *Arch Dis Child* 2003;88:303-11.
 102. Mancino P, Parlavecchio E, Melluso J, Monti M, Russo P. Introducing colposcopy and vulvovaginoscopy as routine examinations for victims of sexual assault. *Clin Exp Obstet Gynecol* 2003;30:40-2.
 103. Muram D, Arheart KL, Jennings SG. Diagnostic accuracy of colposcopic photographs in child sexual abuse evaluations. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 1999;12:58-61.

104. Sinal SH, Lawless MR, Rainey DY, Everett VD, Runyan DK, Frothingham T, Herman-Giddens M, St Claire K. Clinician agreement on physical findings in child sexual abuse cases. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1997;151:497-501.
105. Berkoff MC, Zolotor AJ, Makoroff KL, Thackeray JD, Shapiro RA, Runyan DK. Has this prepubertal girl been sexually abused? *JAMA* 2008;300:2779-92.
106. Heppenstall-Heger A, McConnell G, Ticson L, Guerra L, Lister J, 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. *Pediatrics* 2003;112:829-37.
107. Gisbert Grifo M, Gisbert Calabuig JA. Delitos contra la libertad e indemnidad sexuales. En: Gisbert Calabuig JA. *Medicina legal y toxicología*. 6a ed. Barcelona: Masson 2004;579-601.
108. Vanrell J. *Sexología Forense*. Sao Paulo: Mizuno 2008.
109. Suárez Solá ML, González Delgado FJ. Estadísticas y trascendencia de la violencia sexual en menores. *Cuad Med Forense* 2003;32:49- 62.
110. Heger AH, Ticson L, Guerra L, Lister J, Zaragoza T, McConnell G, Morahan M. Appearance of the genitalia in girls selected for nonabuse: review of hymeneal morphology and nonspecific findings. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2002;15:27-35.
111. Kvitko LA. *La violación. Peritación medicolegal en las presuntas víctimas del delito*. 2a edición. México: Trillas 1995.
112. Waterman J, Lusk R. Psychological testing in evaluation of child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect* 1993;17:145-59.

ANEXOS.

Anexo 1: FORMATO DE RECOLECCION DE DATOS.

ASPECTOS SOCIODEMOGRAFICOS													
DEPARTAMENTO:				MUNICIPIO:			BARRIO:			SEXO:		m	f
ESCOLARIDAD:			bas	sec	sup	OCUPACION:			ETNIA:		Pertenciente	No pertern.	
EDAD:		DISCAPAC:		SI	NO	CUAL:			EPS:				
REGIMEN		subs	contr	Vincul		ESTADO CIVIL		soltero	casado	Un. lib	separado	viudo	
CRONOLOGIA DEL ABUSO			Último mes		Tres meses	Seis meses	Ultimo año	Más de dos años	Más de cinco años				

HALLAZGOS CLINICOS											
CABEZA											
Edemas:		Heridas:		Hematomas:		Fracturas:		Localización de la fractura:			
Tipo de fractura:						Otros:					
CARA											
Equimosis:		Abrasiones:		Mordeduras:		Edema:		Otras:			
CUELLO											
Equimosis:		Mordeduras:		Estrangulación:		Otras:					
CAVIDAD ORAL											
Hematomas		Luxaciones:		Exarticulaciones:		Avulsión Total:			Equimosis:		
Hematomas:		Localización de la fractura:			Heridas:		Desgarros:		Petequias:		
Otros:											

TORAX											
Mordedura Región Pectoral:			Succión senos:			Heridas:		Otras:			
Fracturas:		Localización de la fractura:				Tipo de Fractura:					
ESPALDA											
Mordeduras:		Heridas:		Equimosis:		Laceraciones:		Otras:			
SENOS											
Signos sugest de succión:			Huellas de mordeduras:			Besuques:		Presencia de saliva:			

MIEMBROS SUPERIORES E INFERIORES												
Equimosis:		Sup.	Inf.	Heridas:		Sup.	Inf.	Laceraciones:		Sup.	Inf.	Otros:
ORGANOS SEXUALES												
VAGINA												
Eritema:		Edema:		Equimosis:		Escoriaciones:		Ulceraciones:		Fisuras:		
Desgarro superficial de piel:				Otros:								
CLITORIS												
Inflamación:			Laceraciones:			Eritema:		Escoriaciones:		Otras:		
HIMEN												
Integro no elástico:			Integro elástico:			Desgarro Reciente:		Desgarro antiguo:				
MEATO URINARIO												
Laceraciones:		Desgarro:		Eritema:		Escoriaciones:		Otras:				
PENE												
Eritema:		Edema:		Equimosis:		Escoriaciones:		Ulceraciones:				
Desgarro superficial de piel:				Fisuras:		Otros:						

REGION PUBICA											
Secreciones secas:				Pelos sueltos:				Otros:			
PERINE											
Eritema:		Edema:		Equimosis:		Escoriaciones:		Ulceraciones:		Fisuras:	
Desgarro superficial de la piel:				Otros:							
ANO											
Eritema:		Edema:		Equimosis:		Escoriaciones:		Otros:			
REGION INGUINAL											
Equimosis:		Secreciones secas:				Pelos sueltos:				Otros:	
LECHO SUBUNGUEAL											
Piel:		Sangre:		Pelos:		Otros:					

EMBARAZO		SI	NO	No se sabe	Signos sugestivos de		SI	NO	No se							
TIPOLOGIA																
FRECUENCIAS DE LA AGRESION:			1° vez		Repetido		RELACION CON LA VICTIMA:									
TIPO DE AGRESOR:		conocido		desconocido		No sabe		NUMERO DE AGRESORES								
		1		2		3		4 >5								
METODOS EPMLEADOS		Amenazas		Ataduras		Golpes		Quemaduras		Otros						
UTILIZACION DE ARMAS			SI		NO		TIPO DE ARMA		fuego		cort	cortpu	punz	otro		
MODO DE AGRESION:			Seducción			Engaño		No responde		Otros						
HECHO BAJO SUST. PSICOACTIVAS			SI		NO		CUAL SUST:		DESNUEZ FORZADA		SI	NO				
ACTIVIDADES SEX RELACIONADAS		Besos		Succiones		Mordeduras		tocamientos		HISTORIA DE PENETRACION		SI	NO			
LUGAR DE PENETRACION		Boca		Vagina		Ano		PENETRACION CON OBJETO DIFERENTE A PENE		SI		NO	CUAL:			
LUGAR DE PENT CON OBJ DIFE		Boca		Vagina		Ano		HISTORIA DE EYACULACION		SI		NO	LUGAR DE EYACULACION:			
USO DE CONDON		SI		NO		No sabe										
USO DE LUBRICANTES		SI		NO		No sabe		ESCENARIO DE LA AGRESION		Casa		Calle		parque	Colegio	Otros
SEXO DEL AGRESOR		Masculino						Femenino								

Anexo 2: VARIABLES.

SOCIODEMOGRAFICAS

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERATIVA	DATO	NATURALEZA	ESCALA	TIPO DE DATO	TIPO DE RESPUESTA	FUENTE
Departamento	Departamento donde ocurrió el abuso	Cual _____	Cualitativa	Ordinal	No aplica	Dicotómica	Dictamen medicina legal
Municipio	Municipio donde ocurrió el abuso	Cual _____	Cualitativa	Ordinal	No aplica	Politémica	Dictamen medicina legal
Barrio	Lugar de residencia de la víctima	Cual _____	Cualitativa	Ordinal	No aplica	Politémica	Dictamen medicina legal
Sexo	Categoría del individuo	Masculino Femenino	Cualitativa	Nominal	No aplica	Dicotómica	Dictamen medicina legal
Edad	Edad en años cumplidos	0 – 100 años	Cuantitativa	Razón	Discreta	Politémica	Dictamen medicina legal
Escolaridad	Ultimo nivel educativo alcanzado por la víctima	Básica Secundaria Superior Ninguna	Cuantitativa	Razón	Discreta	Politémica	Dictamen medicina legal
Ocupación	Actividad que realiza _____	Cual _____	Cualitativa	Nominal	No aplica	Politémica	Dictamen medicina legal
Etnia	Grupo étnico al que pertenece el individuo	Mestiza Indígena Afrodescendiente	Cualitativa	Ordinal	No aplica	Politémica	Dictamen medicina legal

Orientación sexual	Orientación sexual de la víctima	Heterosexual Homosexual Bisexual Asexual	Cualitativa	Ordinal	No aplica	Politómica	Dictamen medicina legal
Discapacidad	Falta o ilimitación de alguna facultad física o mental	No Si	Cualitativa	Nominal	No aplica	Dicotómica	Dictamen medicina legal
Tipo de discapacidad	Clasificación de la discapacidad	Cual _____ -	Cualitativa	Nominal	No aplica	Dicotómica	Dictamen medicina legal
Afiliación a EPS	Afiliación al SGSSS	Cual _____ -	Cualitativa	Ordinal	No aplica	Dicotómica	Dictamen medicina legal
Régimen	Régimen de afiliación en salud	Contributivo Subsidiado Vinculado	Cualitativa	Ordinal	No aplica	Politómica	Dictamen medicina legal
Estado civil	Vínculo con otra persona	Soltero(a) Casado (a) Unión libre Separado (a) Viudo(a)	Cualitativa	Nominal	No aplica	Dicotómica	Dictamen medicina legal

HALLAZGOS CLINICOS

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERATIVA	DATO	NATURALEZA	ESCALA	TIPO DE DATO	TIPO DE RESPUESTA	FUENTE
Localización anatómica de la lesión.	Lugar anatómica de las alteraciones detectadas	Subungueal, Cara, Cabeza, Cuello, Cavidad oral, Axilas, Espalda, Tórax, Senos, Abdomen, Miembros superiores, Miembros inferiores, Región glútea, Región púbica, Labios mayores, Labios menores,	Cualitativa	Ordinal	No aplica	Politómica	Dictamen medicina legal

		Horquilla vulvar, Clítoris, Meato urinario, Vagina Himen, Pene, Ano, Periné, Región inguinal					
Muestras en lecho subungueal		Piel, Sangre, Pelos, Otra	Cualitativa	Nominal	No aplica	Politémica	Dictamen medicina legal
Tipo de lesión en cuello	Alteración anormal detectada en cuello	Equimosis, Mordeduras, Estrangulación, Otra	Cualitativa	Nominal	No aplica	Politémica	Dictamen medicina legal
Tipo de lesión en cara	Alteración anormal detectada en cara	Bofetadas, Equimosis, Abrasionas, Mordeduras, Otra	Cualitativa	Nominal	No aplica	Politémica	Dictamen medicina legal
Tipo de lesión en cavidad oral	Alteración anormal detectada en cavidad oral	Fracturas, Luxaciones, Exarticulaciones, Avulsión tota, Equimosis, Hematomas, Edema, Heridas, Desgarros, Petequias, Otra	Cualitativa	Nominal	No aplica	Politémica	Dictamen medicina legal
Tipo de lesión en cabeza	Alteración anormal detectada en cabeza	Edema, Heridas, Hematomas, Fracturas, Otra	Cualitativa	Nominal	No aplica	Politémica	Dictamen medicina legal
Tipo de lesión en tórax	Alteración anormal detectada en tórax	Azotes, Mordedura en región pectoral, Heridas, Fracturas, Otra	Cualitativa	Nominal	No Aplica	Politémica	Dictamen medicina legal
Tipo de lesión en espalda	Alteración anormal detectada en espalda	Azotes, Mordeduras, Heridas, Equimosis, Otra	Cualitativa	Nominal	No Aplica	Politémica	Dictamen medicina legal
Tipo de lesión en senos	Alteración anormal detectada en senos	Signos sugestivos de succión, Huellas de mordeduras, Besuqueos, Presencia de saliva, Otra	Cualitativa	Nominal	No aplica	Politémica	Dictamen medicina legal
Tipo de lesión en miembros superiores	Alteración anormal detectada en miembros superiores	Fracturas, Equimosis, Heridas, Laceraciones, Otra	Cualitativa	Nominal	No Aplica	Politémica	Dictamen medicina legal

Tipo de lesión en miembros inferiores	Alteración anormal detectada en miembros inferiores	Fracturas, Equimosis, Heridas, Laceraciones, Otra	Cualitativa	Nominal	No Aplica	Politómica	Dictamen medicina legal
Tipo de lesión en pene	Alteración anormal detectada en pene	Eritema, Edema, Equimosis, Escoriaciones, Ulceraciones, Fisuras, Desgarro superficial de piel , Otra	Cualitativa	Nominal	No aplica	Politómica	Dictamen medicina legal
Tipo de lesión en vagina	Alteración anormal detectada en vagina	Eritema, Edema, Equimosis, Escoriaciones, Ulceraciones, Fisuras, Desgarro superficial de piel, Otra	Cualitativa	Nominal	No Aplica	Politómica	Dictamen medicina legal
Tipo de lesión en periné	Alteración anormal detectada en periné	Eritema, Edema, Equimosis, Escoriaciones, Ulceraciones, Fisuras, Desgarro superficial de piel, Otra	Cualitativa	Nominal	No Aplica	Politómica	Dictamen medicina legal
Tipo de lesión en ano	Alteración anormal detectada en ano	Eritema, Edema, Equimosis, Escoriaciones, Ulceraciones, Fisuras, Laceraciones, Desgarro anal, Desgarro anorectal, Otra	Cualitativa	Nominal	No aplica	Politómica	Dictamen medicina legal
Tipo de lesión en himen	Alteración anormal detectada en himen	Integro no elástico, Integro elástico, Desgarro reciente , Desgarro antiguo	Cualitativa	Nominal	No Aplica	Politómica	Dictamen medicina legal
Tipo de lesión en clítoris	Alteración anormal detectada en Clítoris	Inflamación, Laceraciones, Eritema, Escoriaciones, Otra	Cualitativa	Nominal	No Aplica	Politómica	Dictamen medicina legal
Tipo de lesión en meato urinario	Alteración anormal detectada en meato urinario	Laceraciones, Desgarro, Eritema, Escoriaciones, Otra	Cualitativa	Nominal	No aplica	Politómica	Dictamen medicina legal
Tipo de lesión en región inguinal	Alteración anormal detectada en región inguinal	Equimosis, Secreción secas, Pelos sueltos, Otra	Cualitativa	Nominal	No aplica	Politómica	Dictamen medicina legal

TIPOLOGIA

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERATIVA	DATO	NATURALEZA	ESCALA	TIPO DE DATO	TIPO DE RESPUESTA	FUENTE
Frecuencia de la agresión	Numero de episodios	Primera vez Repetida	Cuantitativa	Intervalo	Discreta	Politómica	Dictamen medicina legal
Relación con la víctima	Parentescos	¿Cual?	Cualitativa	Nominal	No aplica	Dicotómica	Dictamen medicina legal
Tipo de agresor	Clasificación del agresor según las circunstancias	Conocido Desconocido No sabe	Cualitativa	Nominal	No aplica	Dicotómica	Dictamen medicina legal
Numero de agresores	Número de personas implicadas	1 2 3 4 >5	Cuantitativa	Intervalo	Discreta	Politómica	Dictamen medicina legal
Métodos empleados	Medio utilizado para llegar a un fin	Amenazas Ataduras Golpes físicos Quemaduras Otro_____	Cualitativa	Nominal	No aplica	Politómica	Dictamen medicina legal
Utilización de armas	Uso de armas para llegar a un hecho	No Si	Cualitativa	Nominal	No Aplica	Dicotómica	Dictamen medicina legal
Tipo de arma	Arma utilizada	Arma de fuego Cortante Punzante Corto punzante Otro_____	Cualitativa	Nominal	No Aplica	Politómica	Dictamen medicina legal
Modo de la agresión	Forma de realizar una agresión	Seducción Engaño No responde Otros_____	Cualitativa	Nominal	No Aplica	Politómica	Dictamen medicina legal

Hecho bajo influencia de sustancias psicoactivas	Exposición a sustancias extrañas	Si No No sabe	Cualitativa	Nominal	No Aplica	Dicotómica	Dictamen medicina legal
Sustancia psicoactiva utilizada por el agresor	Sustancia extraña	¿Cual?	Cualitativa	Nominal	No Aplica	Dicotómica	Dictamen medicina legal
Actividades sexuales relacionadas	Forma de agresión sexual	Besos Succiones Mordeduras Tocamientos	Cualitativa	Nominal	No Aplica	Politómica	Dictamen medicina legal
Desnudez forzada	Desnudez contra voluntad	Si No	Cualitativa	Nominal	No Aplica	Dicotómica	Dictamen medicina legal
Historia de penetración pene	Antecedente y/o penetración	Si No	Cualitativa	Nominal	No Aplica	Dicotómica	Dictamen medicina legal
Lugar de penetración	Localización de la penetración	Cavidad oral Vagina Ano	Cualitativa	Nominal	No Aplica	Politómica	Dictamen medicina legal
Penetración con objeto diferente a pene	Antecedente de penetración con objeto diferente a pene	Si No	Cualitativa	Nominal	No Aplica	Dicotómica	Dictamen medicina legal
Objeto diferente a pene	Objeto usado diferente a pene	¿Cual?	Cualitativa	Nominal	No Aplica	No aplica	Dictamen medicina legal
Lugar de penetración del objeto	Localización de la penetración con objeto diferente	Cavidad oral Vagina Ano	Cualitativa	Nominal	No Aplica	Politómica	Dictamen medicina legal
Historia de eyaculación	Antecedente de eyaculación	Si No No sabe	Cualitativa	Nominal	No Aplica	Dicotómica	Dictamen medicina legal
Lugar de eyaculación	Localización de la eyaculación	Describe	Cualitativa	Nominal	No Aplica	No aplica	Dictamen medicina legal

Uso de condón	Uso de método de barrera	Si No No sabe	Cualitativa	Nominal	No Aplica	Dicotómica	Dictamen medicina lega
Uso de lubricantes	Utilización de lubricante	Si No No sabe	Cualitativa	Nominal	No Aplica	Dicotómica	Dictamen medicina legal
Escenario de la agresión	Localización geográfica del hecho	Casa Calle Parque Colegio Otro	Cualitativa	Nominal	No Aplica	Politómica	Dictamen medicina legal
Sexo del agresor	Categoría del individuo	Masculino Femenino	Cualitativa	Nominal	No Aplica	Dicotómica	Dictamen medicina legal

Anexo 3: ARTICULO DE INVESTIGACION.

Hallazgos clínicos del abuso sexual en menores de edad en casos reportados en el instituto nacional de medicina legal y ciencias forenses pasto, 2014 - 2018

Hernández Orbes José Alfredo, Jiménez Celin Jorge Mario, Martínez Rodríguez Deivy Jefferson, Moreno Escobar Ivonne Santina

Abstract

Child sexual abuse starts from two large concepts, such as the child: coercion, referred to sexual contact with a minor by the use of manipulation, pressure, authority or deception, and asymmetry of age or maturational inequality, which impedes the child's true freedom of decision and makes it impossible for a shared sexual activity, that the participants have experiences, degree of biological maturity and very different expectations about the sexual relationship. Although some may appear on the verge of the age difference between the participants of a sexual relationship to be able to consider that it is producing a sexual abuse, the majority of the specialists, following the recommendations of Finkelhor and Hoteling (28) 5 years of age or more when the child is less than 13 years old, and more than 10 years old or more if this is between 13 and 16 years old.

INTRODUCCION

El abuso sexual infantil parte de dos grandes conceptos, como son: la coerción, referida al contacto sexual mantenido con un menor mediante el uso de la manipulación, la presión, la autoridad o el engaño, y la asimetría de edad o desigualdad madurativa, que impide la verdadera libertad de decisión del menor e imposibilita una actividad sexual compartida, ya que los participantes tienen experiencias, grado de madurez biológica y expectativas sobre la relación sexual muy diferentes. Si bien pueden aparecer dificultades al delimitar

cuál es la diferencia de edad entre los participantes de una relación sexual para poder considerar que se está produciendo un abuso sexual, la mayoría de especialistas, siguiendo las recomendaciones de Finkelhor y Hoteling (28) consideran una diferencia de 5 años de edad o más cuando el menor tiene menos de 13, y de 10 años o más si este tiene entre 13 y 16 años.

En Colombia, el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, consolida las cifras a nivel nacional de los exámenes medico legales sexológicos por presunto delito sexual realizados durante el año 2015, donde la violencia sexual contra niños, niñas y adolescentes, representó el 86,5% del total de este tipo de violencia. La situación en los ciclos vitales de la infancia y primera infancia resulta más que lamentables; en Colombia para el año 2015 en estos ciclos vitales se presentó un aumento de 648 casos con respecto al año 2014. Al comparar, los exámenes medico legales sexológicos por presunto delito sexual practicados durante el año 2014 a niños y niñas en primera infancia (0-5 años) con los realizados en el año 2015 reporto un incremento de 12,46% (401 casos) y del 3,8% (247 casos) en infancia para ambos sexos. Al comparar con las cifras reportadas en Forensis 2014 se observa que durante el año 2015 se presentó un incremento de 1.529 casos en las niñas para el grupo etario de 5 a 9 años, lo que refleja que esta violencia tiene una gran afectación de género.(4) Resultados, similares se exponen en este estudio el cual demostró que entre los periodos comprendidos entre el años 2014 a 2018, el 89% de los abusos fueron ocasionados en menores de sexo femenino y que la mayoría de las víctimas manifestaron haber sufrido abusos sexuales por parte de varones miembros de la familia o personas conocida a ellos.

Este estudio permite determinar que en el abuso sexual los hallazgos clínicos son observables o examinables durante los primeros 7 a 10 días en el cuerpo, y que además, solo aproximadamente el 3% de los

casos reportados, evidencian lesiones físicas que puedan generar datos que comprueben el abuso sexual, como en los casos revisados en este estudio.

Materiales y métodos

Se realizó un estudio observacional descriptivo de corte transversal. En el que se incluyeron todos los casos de abuso sexual en menores de edad en el Instituto Nacional De Medicina Legal Y Ciencias Forenses, Seccional Pasto, el Instituto Nacional De Medicina Legal Y Ciencias Forenses entregó el censo de población con dictamen de abuso sexual en menores de edad, entre los años 2014 – 2018, que corresponde a 472 dictámenes forenses.

La recolección de la información se llevó a cabo por 4 estudiantes de medicina de la Fundación Universitaria San Martín sede Pasto, quienes fueron calibrados por índice de concordancia Kappa del 85%.

Para la recolección de la información el grupo de investigación se trasladó al Instituto Nacional De Medicina Legal Y Ciencias Forenses Sede Pasto.

La recolección de la información se hizo durante los días hábiles de cada semana a partir del mes de mayo hasta el mes de julio del presente año. El equipo personal de trabajo se trasladó al Instituto Nacional De Medicina Legal Y Ciencias Forenses sede Pasto, de forma individual teniendo en cuenta el horario establecido por la persona encargada de la base de datos del instituto. Es decir, que la recolección de la información se realizó en días hábiles entre 11:00am a 1pm.

El grupo de investigación utilizó la encuesta como instrumento de recolección de información, obtenida a partir de dictámenes forenses proporcionados por la institución, los cuales fueron transcritos a cada encuesta.

Consideraciones éticas

La presente investigación se marca en la resolución 8430 de 1993, en el cual se establece las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. De acuerdo al consejo de Helsinki, este estudio se puede clasificar como una investigación sin riesgo, ya que se hará un análisis detallado de los dictámenes forenses con el instrumento de recolección de datos, el cual será la fuente de datos de forma confiable; así se evitara la falsedad de los mismos y un sesgo categórico, se manejó la información de manera confidencial, no se incluyeron nombres ni identificaciones de los pacientes y los datos obtenidos se utilizaron simplemente para investigación.

De igual forma se protegerá la privacidad de la información obtenida en el estudio y se garantizará la custodia de la información por parte de los participantes de la investigación por un periodo de 3 años. No se realizó consentimiento informado porque se trabajó únicamente con dictámenes forenses, pero se contó con el aval institucional del Instituto Nacional De Medicina Legal Y Ciencias Forenses seccional Pasto, para obtener los datos de los dictámenes.

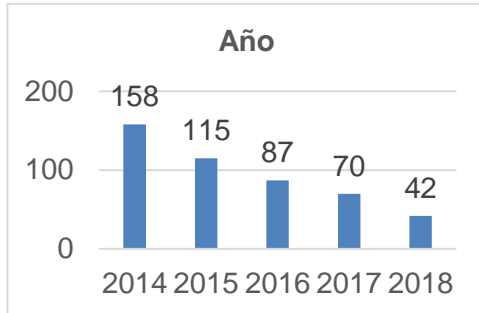
Análisis estadístico

Se realizó un análisis exploratorio mediante gráficas y tablas descriptivas de frecuencias absolutas y relativas, para conocer el comportamiento de los datos.

Se elaboró una base de datos en Excel y posteriormente fue importada al Software y StatGraphics versión demo para la elaboración de gráfica.

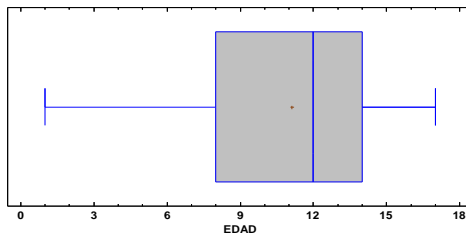
Resultados

Estas son algunas las graficas que nos darán a conocer acerca de los objetivos abordados en

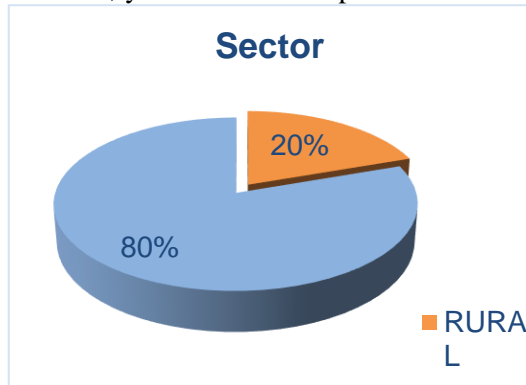


esta investigación.

Del total de casos reportados por abuso sexual al Instituto Nacional De Medicina Legal Y Ciencias Forenses 3 son de origen afrodescendiente, 2 son indígenas y 467 no pertenecen a ninguna etnia. Esto debido a que el abuso sexual se presenta en áreas urbanas donde hay mayor asentamiento de personas no perteneciente a alguna etnia.

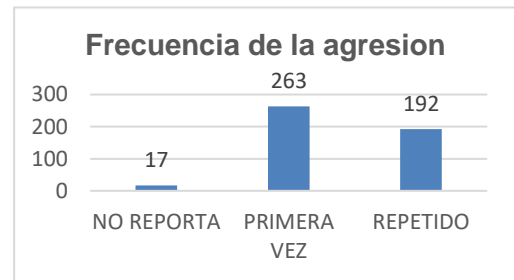


Del total de casos reportados por abuso sexual, se encontró que el 25% de los casos corresponde a edades menor o igual a 8 años, un 50% corresponde a edades menor o igual a 12 años, y otro 25% corresponde a edades



mayores o igual a 14 años.

El 80% de los casos de víctimas de abuso sexual reportados en el Instituto Nacional de Medicina Legal Y Ciencias Forenses corresponde a casos pertenecientes a la zona urbana y el 20% a la zona rural. Resulta alarmante que el 80% de las victimas abusadas sexualmente viven en el sector urbano, y son escasos los casos cuyos protagonistas procedan de zonas rurales, lo que genera inquietud, puesto que no se sabe con certeza si se debe a la falta de cultura de denuncia, al desconocimiento de canales para realizar las denuncias o a la intimidación por parte del victimario.



De los 472 casos, 263 reportaron haber sido abusados sexualmente por primera vez, sin embargo, es alarmante observar que 192 casos reportaron haber sido abusados en repetidas ocasiones, lo cual puede deberse a que la víctima no solo está bajo presión de su victimario, sino que también no cuenta con una persona que la apoye para evitar que se repita el abuso. Por otra parte 17 de los casos no reportaron la frecuencia de la agresión.

Discusión

Los resultados entregados por este estudio, hallazgos clínicos del abuso sexual en menores de edad reportados en el Instituto Nacional De Medicina Legal Y Ciencias Forenses, Pasto 2014-2018, deja ver que el abuso sexual se presentó en un 89% de los casos en el sexo femenino, y el 11 % de los casos se presentó en el sexo masculino, afectando en la mayoría de casos a los menores de sexo femenino, siendo igual al estudio de

(Pino-Domínguez, 2018, Colombia), quien reportó un 95% de los casos ocurridos en el sexo femenino y solo el 5% en el sexo masculino. De esta misma manera el estudio de (Mei-Huan, MD, 2018 en Taiwán), reportó que de 91 casos, el 96.7% de los casos se presentaron en menores de sexo femenino y solo el 3.2% de los casos en menores de sexo masculino. Por su parte el estudio de (Ceron-Hernández, 2017, Colombia), reportó que el 76.6% de los casos ocurrió en víctimas de sexo femenino y el 23.3% de los casos se reportó en víctimas de sexo masculino, es decir, que a pesar de la variabilidad de porcentajes en los diferentes estudios, es concluyente determinar, que el abuso sexual en menores de edad en las diferentes regiones del país y del mundo, afecta más a menores de sexo femenino que de sexo masculino.

Teniendo en cuenta la relación de la víctima con el agresor, los resultados de este estudio arroja que para el 100% de los casos, el 38.1% corresponde a hechos perpetrados por un familiar como responsable del abuso sexual, un 47% fueron ocasionados por una persona conocida y el 14.8% por personas desconocidas para las víctimas; datos que concuerdan con el estudio de (Pino-Domínguez, 2018, Colombia), quien reportó que el 40% de los abusos sexuales fueron ocasionados por un familiar, el 30% por un conocido y el otro 30% comparativamente mayor a nuestro estudio por un desconocido; a su vez (Ceron-Hernández, 2018, Colombia), coincide en su estudio que el 40% de los casos fueron ocasionados por un familiar de la víctima, seguido de un 53.3% causado por un conocido y por porcentaje menor por un desconocido en un 6.6% de los casos; por su parte el estudio de (Enyedy et Cols, 2018, Hungría), demuestra en su estudio que un 48.4% era causado por un familiar, dato que se acerca al reportado en nuestro estudio, sin embargo reportó que el 65.3% de los casos fueron ocasionados por un conocido de la familia lo cual difiere de nuestro estudio y el 34.7% por una persona desconocida, que de igual manera comparativamente está por

encima de nuestro valor reportado. A pesar de que en un estudio se arrojó significativamente que los abusos sexuales fueron perpetrados por alguien conocido, nuestros datos siguen siendo concluyentes y muy similares a la mayoría de los estudios en los que el abuso sexual en menores de edad, son ocasionados por un familiar.

Al hablar de la edad, los datos arrojados por este estudio, demuestran que el mayor número de casos de abuso sexual se presentó en menores que oscilan entre los 12 a 14 años de edad, datos que comparativamente se asemejan con el estudio de (Ceron-Hernández, 2017, Colombia), donde la edad oscila entre los 11 y 13 años; así mismo, el estudio de (Enyedy et Cols, 2018, Hungría), reporta que las edades donde más se ubicó este flagelo fue entre 10.81 y 13,46 años de edad, lo cual se asimila a nuestro estudio y nos permite determinar que el abuso sexual se presentan con mayor frecuencia en edades donde empiezan a surgir o ya han aparecido los caracteres sexuales secundarios en las víctimas. (Neupane, 2018, Nepal), es su estudio describe, que los casos de abuso sexual con mayor frecuencia se presentó en menores entre los 14 y 16 años de edad, lo cual a pesar de que en edad se aleja un poco a nuestros datos y a los arrojados por otros estudios, cabe resaltar que a esta edad los caracteres sexuales secundarios son mucho más atrayentes para los agresores, lo que comparativamente se asemeja a este estudio.

Finalmente, el lugar o escenario de la agresión, partiendo de la gran variedad de posibilidades, han sido categorizados para el mejor manejo de la información y los datos. Teniendo en cuenta el escenario categorizado, este estudio reportó que de los 472 dictámenes revisados, 361 ocurrieron en escenarios privados (principalmente en la casa de la víctima) constituyendo el 76.4% de los casos y en escenarios públicos o lugares externos 26 casos que corresponden al 5.5% de los casos, además un 18.1% de los casos no reportó información acerca del lugar de la agresión. Esta información se ajusta al estudio de (Pino-

Domínguez, 2018, Colombia), donde reporta que el 72.5% de los casos fueron ocurridos en lugares privados y el 27.5% en espacios públicos. Así mismo, (Enyedy et Cols, 2018, Hungría), en un estudio donde analizo 426 casos, reporto que el 49.7% de los casos ocurrieron en un espacio privado, el 28.9% en el espacio público, y un 21.3% de los casos no reporto el lugar de los hechos.

Conclusiones

En relación a las variables sociodemográficas se concluye que: según datos reportados en el Instituto Nacional De Medicina Legal Y Ciencias Forenses, Pasto, la mayoría de casos fueron reportados en el año 2014, que el departamento con mayor número de casos reportados fue el departamento de Nariño, el sector donde viven las victimas más afectado corresponde a la zona urbana, con una incidencia más alta en la comuna 6 del municipio de Pasto. La mayoría de la población no guarda relación con la pertenencia a algún grupo étnico, además reportan no tener alguna discapacidad. Así mismo, la población más afectada corresponde a menores de 13 años, solteros de género femenino y de ocupación estudiantes con grado de escolaridad correspondiente a la básica secundaria. En cuanto a la cronología del abuso la mayoría de los casos reportan que los hechos ocurrieron en el último mes previo a la denuncia del hecho y de seguridad social principalmente subsidiado.

Para concluir cuales son los hallazgos clínicos más significativos arrojados por este estudio, es necesario mencionar, que en el abuso sexual los hallazgos clínicos son observables o examinables durante los primeros 7 a 10 días en el cuerpo, y que además, solo aproximadamente el 3% de los casos reportados, evidencian lesiones físicas que puedan generar datos que comprueben el abuso sexual, como en los casos revisados en este estudio. En consecuencia en la mayoría de los casos en regiones como cabeza, cara, cuello y cavidad oral no reportaron algún tipo de lesión. De esta misma manera en regiones

como tórax, senos, miembros superiores e inferiores, a pesar de que algunos casos reportaron algún tipo de lesión principalmente equimosis, estos corresponden a la minoría y no llegan al 5% de los casos, por lo tanto en estas regiones la mayoría no reporto algún tipo de lesión. En los casos que comprometen órganos sexuales, tanto masculino como femenino, es decir pene y vagina la mayoría de los casos no reportaron algún tipo de lesión, sin embargo en vagina a pesar de que son la minoría el hallazgo más frecuente fue eritema, igualmente se reportó que el himen en la mayor parte de los casos fue integro no elástico. Respecto a periné y ano en la mayoría de los casos no se reportó algún tipo de lesión y finalmente en la mayoría de los casos reportaron no quedar en embarazo como producto del abuso sexual.

En relación a la tipología se concluye que, en la mayoría de los casos los abusos fueron perpetuados por 1 agresor y principalmente por una persona conocida. El método más utilizado fue la amenaza, y en la mayoría de los casos no hubo utilización de armas y en los casos que sí se reportó el arma más utilizada fue cortopunzante. El forzamiento fue el principal modo de agresión y el tocamiento la actividad sexual más frecuente durante el abuso. En la mayoría de los casos los hechos no ocurrieron bajo el uso de sustancias psicoactivas y en los casos en los que sí se presentó, las sustancia más utilizadas fueron sustancias embriagantes. De igual manera la mayoría de los casos reportaron desnudez forzada e historia de penetración positiva, siendo la vagina el órgano más afectado. En el caso de penetración con objeto diferente a pene la mayoría reportó no haber sido penetrado y dentro de los que sí reportaron, el objeto más utilizado fue dedos, para el cual la mayoría no reporto el órgano más afectado, pero dentro de los que sí lo reportaron el órgano más penetrado con objeto diferente a pene fue vagina. En la mayoría de los casos no se presentó historia de eyaculación pero dentro de los que sí lo hicieron el lugar más frecuente de eyaculación fue vagina. Respecto al uso de condón y lubricantes la mayoría reportaron

que su victimario no hizo uso de estos métodos. Respecto al sexo del agresor se concluye que la mayoría de los casos fueron perpetuados por agresores de sexo masculino, principalmente en espacio privado, además de no convivían con su agresor

Recomendaciones

Se recomienda al Instituto Nacional De Medicina Legal Y Ciencias Forenses, Seccional Pasto, respecto a los métodos empleados y modo de agresión, ingresar la información en los reportes, teniendo en cuenta las condiciones que aplica para cada una de estas características, permitiendo diferenciar correctamente cada una de ellas.

Se recomienda al Instituto Nacional De Medicina Legal Y Ciencias Forenses, Seccional Pasto, continuar el seguimiento a los casos de abuso sexual en los que no se reportó lesión evidente del abuso, principalmente en los casos que la agresión ocurrió en repetidas ocasiones.

Se recomienda, a la Fundación Universitaria San Martín Pasto, a través del programa de salud familiar, implementar actividades comunitarias de promoción y prevención en salud, específicas y orientadoras para el reconocimiento del abuso sexual en menores de edad.

Bibliografía

1. American Academy of Pediatrics. Sexually transmitted diseases. En: Pickering LH, ed. 2000 Red Book: Report of the Committee on Infectious Diseases, 25.^a ed. Elk Grove Village: American Academy of Pediatrics, 2000; 143-147.
2. López F, Carpintero E, Hernández A, Martín MJ, Fuertes A. Prevalencia and sequelae of childhood sexual abuse in Spain. *Child Abuse Negl.* 1995; 19:1039-50.
3. Bouvier P, Halpérin D, Rey H, Jaffé PD, Laederach J, Mounoud R, et al. Typology and correlates of sexual abuse in children and youth: multivariate analyses in a prevalence study in Geneva. *Child Abuse Negl.* 1999; 23:779-90.
4. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses: Forensis: Datos para la vida. Delito sexual años 2013, 2014, 2015.2016. En <http://www.medicinalegal.gov.co/documentos/88730/3418907/6.+VIOLENCIA+SEXUAL.pdf/6c8bff03-1ec8-4c24-955a-393e28255398>
5. Causas del abuso sexual infantil y herramientas para su detección y para la respuesta inicial. Módulo 2. Estrategia de prevención integral del abuso sexual. Componente de desarrollo de capacidades para agentes comunitarios y educativos.
6. Mullen PE. Long-term Effects of Child Sexual Abuse. *Issues in Child Abuse Prevention.* 1998:989–1011.
7. Balderian N. Sexual abuse of people with developmental disabilities. *Sexuality and Disability.* 1991;(4):323–35.
8. Morano JP. Sexual Abuse of the Mentally Retarded Patient: Medical and Legal Analysis for the Primary Care Physician. *Primary care companion to the Journal of clinical psychiatry.* 2001;(3):126–35.
9. Protegiendo a la niñez de la violencia sexual. En Observatorio del bienestar de la niñez No. 2 ICBF. Edición 2. Dic. 2012.
10. Pereda Beltrán N. Actualización de las consecuencias físicas del abuso sexual infantil. *Rev Pediatr Aten Primaria.* 2010;12:273---85.
11. J.Pou Fernández J, Ruiz España A, Comas Masmitjà Ll, Petitbó Rafart MD, Ibáñez Fanés M, Bassets Marill J. Abuso sexual. Experiencia en una unidad funcional de abusos a menores. *An Esp Pediatr.* 2001; 54:243---50.
12. García Algar O, Mur Sierra A. Abuso sexual en la infancia: prevención de las enfermedades de transmisión sexual. *An Pediatr.* 2001; 54:267---71.

13. Ellis JC, Ahmad S, Molyneux EM. Introduction of HIV postexposure prophylaxis for sexually abused children in Malawi. *Arch Dis Child*. 2005; 90:1297---9.
14. Serrano García MI, Tolosa Benedicto E, Forner Navarro L. Oral lesions due to child abuse. Identification of the problem and role of the professional. *Med Oral*. 2001;6:276---89.
15. García-Repetto R, Soria ML. Sumisión química: reto para el toxicólogo forense. *Rev Esp Med Legal*. 2011;37:105---12
16. Corwin, D.L. y Keeshin, B.R. (2011). Estimating Present and Future Damages Following Child Maltreatment. *Child Adolesc Psychiat ric Clin N Am*, 20, 505-518.
17. Seldes, J.J.; Ziperovich, V.; Viota, A. y Leiva, F. (2008). Maltrato infantil. Experiencia de un abordaje interdisciplinario. *Arch Argent Pediatr*, 106(6), 499-504.
18. Jones, J.G. y Worthington, T. (2008). Genital and Anal Injuries Requiring Surgical Repair in Females Less Than 21 Years of Age. *J Pediatr Adolesc Gynecol*, 21, 207-211.
19. Merritt, D.F. (2009). Genital Trauma in the Pediatric and Adolescent Female. *Obstet Gynecol Clin N Am*, 36, 85-98.
20. Al-Mahroos, F. y Al-Amer, E. (2011). Reported child sexual abuse in Bahrain: 2000-2009. *Ann Saudi Med*, 31(4), 376-382.
21. Krug EG et al. (Eds) (2002). Informe mundial sobre la violencia y la salud. Washington DC, Organización Panamericana de la Salud.