



**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL LITORAL**

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

**CARRERA DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA LEGAL**

**COHORTE "A"- 2014**

**TRABAJO FINAL INTEGRADOR**

**TITULO:**

**“FRECUENCIA Y CARACTERIZACION DE LOS DIVERSOS RESULTADOS  
EN EXAMENES MEDICOS POR ABUSO SEXUAL EN EL INSTITUTO MEDICO  
FORENSE DE VILLA ANGELA”**

**DIRECTORA: ELENA FERNANDEZ**

**ALUMNO: PABLO BERDONDINI**

**AÑO: 2018**

## Índice

<b>Resumen.....</b>	<b>3</b>
<b>Marco Teórico.....</b>	<b>4</b>
<b>Objetivos.....</b>	<b>25</b>
<b>Metodología.....</b>	<b>26</b>
<b>Resultados.....</b>	<b>27</b>
<b>Conclusión.....</b>	<b>31</b>
<b>Bibliografía.....</b>	<b>35</b>
<b>Anexo.....</b>	<b>37</b>

## **Resumen**

Estetrabajo tiene el propósito de exponer la problemática de los delitos sexuales en nuestra región -3° Circunscripción Judicial- basándose en el análisis retrospectivo de 200 exámenes médicos del archivo del Instituto Médico Forense (IMF) de Villa Angela, Chaco, en el periodo comprendido desde el mes de octubre de 2015 hasta noviembre 2016 y a partir de allí sacar conclusiones sobre la frecuencia de los distintos hallazgos en los resultados y caracterizar los presuntos delitos evaluados según variables de persona, tiempo, lugar y circunstancias en que se desarrollaron los hechos.

Objetivo específico:

- Conocer características específicas de los abusos perpetrados en nuestra área, para enriquecer el diagnostico e identificar los factores de riesgo.

Objetivos Generales

- Contabilizar los casos en que se confirmó un abuso sexual mediante examen médico legal.
- Comparar las características con estudios a nivel nacional.
- Explorar si existen particularidades en torno a las circunstancias de los abusos en nuestra área.

Estudio descriptivo, retrospectivo que permite analizar la frecuencia de los resultados sobre 200 exámenes médico legales sobre presuntos delitos contra la integridad sexual evaluados en la 3° Circunscripción Judicial de la Provincia del Chaco, en el período citado.

Entre los principales resultados de la investigación, surge que en el 22,9 % de los casos analizados el perito pudo ratificar el acceso carnal y en solo el 12,8 % se pudo encontrar hallazgos de certeza que le permitan tener evidencia definitiva de abuso sexual. Esto quiere decir que nos enfrentamos a un delito con una gran dificultad probatoria.

Palabras clave

Delitos sexuales, Instituto Médico Forense, fichas de archivo, abuso sexual, hallazgos anogenitales, informe pericial.

## **Marco Teórico**

En los últimos años las denuncias por delitos sexuales han ido aumentando preocupantemente en nuestro país. Este aumento se evidencia fundamentalmente en los delitos cometidos frente a menores de edad. Si bien no se ha estudiado de manera suficiente la naturaleza de este problema, diferentes autores, algunos juristas y otros médicos y psicólogos forenses han reconocido la existencia de factores socioculturales que favorecen la comisión de este tipo de delitos. Las diferentes culturas y bases sociales que presentan un sistema de dominación de género contribuyen a la desigualdad social y sexual de mujeres y niños, que los hace más vulnerables a este tipo de agresiones.

En nuestra provincia, Chaco, este comportamiento ha sido similar, creo que en parte fue por un mayor conocimiento de la sociedad del problema, por el mayor acceso a la información y al sistema de justicia, pero también por la toma de conciencia de la importancia de la denuncia ante un hecho sospechoso. No es despreciable considerar al respecto el papel que juega la prensa, difundiendo los casos más resonantes, pero son los organismos gubernamentales, los de mayor responsabilidad, no solo por la educación sexual de niños y adolescentes, que son los más expuestos a esta problemática, sino porque los distintos niveles de contención (escuelas, efectores sanitarios, organismos judiciales y policiales, estamentos estatales destinados al desarrollo humano y social, centros de asistencia a víctimas de delitos, etc.), son los ámbitos propicios de la prevención, la detección y la denuncia correspondiente. En este contexto, resulta necesario un mayor conocimiento de las características de los casos caratulados como supuestos delitos contra la integridad sexual en Villa Angela y su zona de influencia, ciudad en la que se encuentra el hospital zonal de cabecera y la sede de los tribunales de la 3° Circunscripción Judicial de la Provincia.

Una descripción detallada de sus particularidades es indispensable teniendo en cuenta la ausencia de relevamientos al respecto y específicos de nuestra área, que permitan identificar los grupos de riesgo y ayudar al diagnóstico de tales categorías.

Resulta importante la reflexión sobre este tema y el papel que todos jugamos en la prevención y ayuda que podamos brindar para lograr resultados favorables en lo judicial pero también en la atención integradora y humana en los procedimientos ante situaciones de niños, niñas, adolescentes y mujeres que sufren cualquier tipo de violencia.

La actitud que históricamente ha asumido la sociedad fue de falta de solidaridad, indiferencia y negligencia, soslayando el tema en cuestión. Esta actitud fue proclive a que la víctima fuera cuestionada en su honestidad, en sus costumbres y en su testimonio. De esta manera se re victimizaba a las/los que sufrían este flagelo además de la vergüenza social y discriminación que padecían en vez de recibir la comprensión y ayuda necesaria.

En las últimas décadas y siguiendo con el cambio de actitud social más intolerante ante estas conductas se fue percibiendo una franca tendencia orientada al cambio, destinada a introducir justicia

y equidad a la hora de juzgar un delito que generalmente aparece cubierto de impunidad por la complicidad del silencio, la ignorancia, inocencia e indiferencia.

En el libro base de esta Carrera de Especialización en Medicina Legal, Patito, J.A. (2003) *Tratado de Medicina Legal y Elementos de Patología Forense* el autor expone que de acuerdo con las modificaciones impuestas al Código Penal por la Ley N° 25.087 se ha unificado la denominación jurídica de estas acciones antijurídicas designándoselas “delitos contra la integridad sexual”, reemplazando y sustituyendo a lo que se denominaba delitos contra la honestidad. Este cambio en la denominación se debe a que las agresiones sexuales no van solo contra la honestidad o el honor de las víctimas, sino contra su integridad y dignidad como personas. De este modo, la legislación se encausa dentro de las modernas tendencias sobre el tema, ya adoptadas por otras legislaciones, como la alemana, la española y la portuguesa que denominan a esas conductas “delitos contra la autodeterminación sexual” o “delitos sexuales”. La reforma introducida respondió a la demanda social, en vista del aumento en la frecuencia de las diversas modalidades delictivas en este campo, e incorporo al sexo oral dentro del concepto de violación.

La bibliografía citada, muestra la siguiente clasificación y dice que como ya fue señalado, la Ley N° 25.087 sustituyo la rúbrica del Título III del Código Penal, denominada “Delitos contra la Honestidad” por la de “Delitos contra la Integridad Sexual”, anulando su subdivisión y derogando los arts. 121, 122, 123, y 131. Los delitos se tipifican de la siguiente forma:

- 1- Abuso sexual simple, gravemente ultrajante y con acceso carnal (art. 119);
- 2- Estupro –figura sustituida por- acceso carnal abusivo con aprovechamiento de la inmadurez sexual de la víctima– fijando dicha edad entre 13 a 16 años-(art.120)
- 3- Corrupción y prostitución (arts. 125, 126 y 127);
- 4- Pornografía (art. 128)
- 5- Exhibiciones obscenas (art. 129)
- 6- Rapto (art. 130)

La mayoría de las nombradas figuras jurídicas, están reservadas para los magistrados y especialistas en Derecho, pero dada la importancia Médico legal y la orientación de este trabajo, resumiremos y nos dedicaremos a los términos más relevantes;

**Abuso sexual:** aquí básicamente el agresor, ocupa el cuerpo de otra persona para obtener placer sexual, independientemente del medio utilizado para alcanzarlo.

**Abuso sexual simple** (antes, abuso deshonesto), se configura cuando hay contacto con el cuerpo de la víctima, contacto de connotación sexual, ya sea con los órganos sexuales del autor o con cualquier otra parte de su cuerpo. La víctima deberá tener menos de 13 años o mediar la violencia, abuso coactivo o intimidatorio de una relación de dependencia de autoridad o de poder o que la víctima, por cualquier otra causa, no haya podido prestar el consentimiento en forma libre.

Se admite que para que se configure el delito, debe haber contacto corporal. La Ley entiende por menor de 13 años a toda persona que aún no ha cumplido esa edad, considera que en esa etapa de la vida no puede consentir válidamente la acción desplegada por el autor, por la falta de desarrollo de sus facultades que hace que no se encuentre en condiciones de comprender el significado del acto en el que participa. Esta presunción priva de toda validez al consentimiento dado por la víctima.

**Abuso sexual con sometimiento gravemente ultrajante:** aquí se incluye a todo acto que implique humillación de la víctima y reducción al estado de “cosa”, con despersonalización, anulación de la autoestima y desmedro de su dignidad. Lo “gravemente ultrajante” es un resultado de un daño psicoemocional, y además, debe tener una duración en el tiempo. Desde el punto de vista médico, la valoración de “ultraje” resulta de difícil objetivación y es una figura que queda reservada exclusivamente para la interpretación de los magistrados.

**Abuso sexual con acceso carnal (violación):** “acceso carnal” debe entenderse a la penetración del pene en cualquier cavidad del organismo, ya sea vaginal, anal o bucal. La innovación que introdujo la Ley N° 25.087 es que considera delito cuando el acceso se efectúe “por cualquier vía”, es decir, no solo la vaginal o la anal, porque presume que la introducción del pene en la cavidad bucal tiene el mismo grado de significación agresiva que las otras vías.

**El artículo 120** reprime el abuso cuando a pesar de la conformidad de la víctima existe un aprovechamiento de su estado de incompleta madurez psicosexual (anteriormente denominado “Estupro”). O sea se considera delito al abuso sexual consentido en una menor de 13 a 16 años cuyo autor, mayor de edad, se aprovecha de su imperfecto desarrollo psicointelectual y su inmadurez sexual. Se elimina el acto sexual consentido entre adolescentes, de allí que el autor tenga que ser necesariamente mayor de edad y haber ejercido de preeminencia respecto de la víctima.

Dentro de los delitos citados, también están los **agravantes** previstos por la Ley, que establecen que de hallarse presentes, aumentaran el cómputo de la pena, tarea a realizar por los Sres. Jueces, ellos son:

- Si resultare un grave daño a la salud física o mental de la víctima (no debe asimilarse este concepto a las lesiones “graves o gravísimas” enunciadas en los arts. 90 y 91 del Código Penal)
- Si el hecho fuera cometido por ascendiente, descendiente, afin en línea recta, hermano, tutor, curador, ministro de algún culto reconocido o no, encargado de la educación o guarda.
- Si el hecho fuere cometido por personal perteneciente a las fuerzas policiales o de seguridad en ocasión de sus funciones.
- El hecho fuere cometido por 2 o más personas, o con armas;
- Si el hecho fuere cometido contra un menor de 18 años aprovechando la situación de convivencia preexistente con él.
- Sometimiento gravemente ultrajante.
- Que el autor tenga conocimiento de ser portador de una enfermedad de transmisión sexual grave y hubiere existido peligro de contagio.

Una consideración especial merece la situación de cuando hablamos del “aprovechamiento de la víctima”, por cualquier razón, en la cual ella no haya podido consentir libremente la acción, ya sea por carecer de razón o sentido o por tener una enfermedad que le impide resistirse.

La carencia de razón o de sentido deberá demostrarse en cada caso particular. La ausencia de “razón” hace que se pueda asimilar a las condiciones de inimputabilidad del art. 34, inc. 1: insuficiencia de facultades o alteraciones morbosas, entendiéndose como tal al retraso mental grave o severo y a la psicosis, respectivamente.

Las situaciones señaladas precedentemente son estados permanentes, en cambio, las situaciones transitorias se refieren a cuando hay pérdida de “sentido”. Esta situación se verifica en los casos de inconsciencia, sueño, ebriedad por alcohol o drogas. Para la Ley se actúa con violencia cuando se emplea una real y efectiva energía física que recae sobre el cuerpo de la víctima, se incluye en este concepto el uso de psicofármacos y de estupefacientes.

El examen de una presunta víctima de abuso sexual se inicia con la anamnesis que indaga sobre las circunstancias de modo, lugar y tiempo en que sucedieron los hechos. Previamente a esto, se presenta una denuncia en sede policial o la fiscalía de turno y se le explica a la persona agredida que de prestar su consentimiento, va a ser examinada por el médico forense. El examen debe ser voluntario y no traumático, no existe la posibilidad de obligar a la persona. Si es posible y se cuenta con el consentimiento, se recomienda tomar fotografías del examen.

Luego del reconocimiento médico, las autoridades judiciales solicitaran el informe y conclusión médico-legal. Este será el encargado de poder demostrar o no, el hecho punible mediante la exploración clínica y la contribución de respaldo del laboratorio cuando sea posible y/o necesario. La demostración de la presencia de espermatozoides será signo incontrovertible de acceso carnal y también permitirá contar con elementos científicos para identificar al victimario mediante ADN.

Es bastante frecuente, sobre todo en exámenes a menores de edad, que no sea posible demostrar el delito mediante signos físicos, esto se traduce en que no se evidencian lesiones de violencia o lo que se encuentran son hallazgos inespecíficos, o sea signos que podrían estar causados por abuso sexual o por otras causas (ejemplo; flujo vaginal, vulvitis o lesiones por rascado). Es importante recordar que la ausencia de signos físicos no significa que no hubo abuso sexual.

Cuando hay signos de violencia, ellos son evidentes para el médico examinador. En estos casos se debe describir en forma pormenorizada todas las lesiones que presente la víctima consignando especialmente la data de cada lesión detallando o diferenciando entre recientes o antiguas así como también se deberá consignar las patologías médicas preexistentes (antecedentes médicos, quirúrgicos y ginecológicos). Cuando el acceso carnal haya sido violento, son constantes algunos hallazgos en la inspección del himen. En cambio cuando se examina a una mujer adulta con vida sexual activa o múltipara, son otras las condiciones y características a tener en cuenta durante el examen. El examen de la región anal, es un punto de pericia que últimamente se ha implementado de forma metódica para estas cuestiones, ya sea la víctima de cualquiera de los dos sexos. Aquí

básicamente la existencia de lesiones depende de la violencia con que se ejecuta el acto y de la desproporción anatómica de volúmenes entre las partes involucradas. Según Kvitco, L.A (1995). “*La violación. Peritación médicolegal*”; el coito por vía anorrectal no consentido determina, en todos los casos sin excepción, lesiones de mayor o menor jerarquía. Precisamente en el caso de violación anal, es posible determinar, sin temor a equivocarse, si se trata de una relación que no contó con el consentimiento de la víctima, debido a que es completamente distinto el resultado del coito por esta vía del que se logra por vía anterior o vaginal en casos de abuso sexual.

Tal diferencia se debe a que, en el caso de una mujer virgen, la copula anterior, con excepción de quien posea himen distensible o himen dilatado, dejara siempre un desgarró o laceración; pero la penetración anorrectal, contra la voluntad del accedido, provoca la contracción esfinteriana, que en forma intensa se resiste, oponiéndose al acceso, el cual solo se logra si se provocan lesiones que van desde simples excoriaciones o equimosis, hasta desgarró de pequeña o gran magnitud.

En casos en que la víctima pudo o intento imponer resistencia al ataque y lesionó al agresor, aparecen signos clásicos de lucha o forcejeo y a estos se agregan, en algunos casos, indicios para la investigación que servirán para intentar identificar al acusado- imputado. Estos casos son por ejemplo cuando la víctima logra morder al victimario y le imprime su arcada dentaria, hecho que permitirá identificarlo. O cuando en las tomas de muestras a la víctima, se encuentra material subungueal que permitirá intentar identificar al culpable.

Otra modalidad de casos que es de relevancia señalar son los delitos sexuales a la víctima incapaz de resistir. Aquí la ardua tarea del médico forense no solo implica el examen clínico genito- anal sino que también debe aportar parámetros claros sobre el estado de consciencia/inconsciencia, inferioridad psíquica e incapacidad de resistir. La inconsciencia para estas situaciones suele producirse con la ingestión o suministro de bebidas alcohólicas a las que adicionan sustancias depresoras del sistema nervioso central (benzodicepinas, antiepilépticos, antipsicóticos, anestésicos, entre otros). El efecto del alcohol y los depresores no permite muchas veces sino un recuerdo vago en la víctima, y en otras ocasiones provoca amnesia de lo ocurrido. En casos de inferioridad psíquica, el trastorno mental ha de ser con la suficiente magnitud para que este trastorno no le permita a la víctima comprender cabalmente la naturaleza de la relación sexual, como sucedería en casos de las psicosis o retrasos mentales moderados o severos. La incapacidad de resistir quedaría ejemplificada en un acto contra la voluntad de una persona parapléjica o que padezca enfermedades invalidantes del aparato osteomuscular.

Nuestro país, al ratificar instrumentos internacionales de derechos humanos (entre otros, la Convención de los Derechos del Niño, la Convención para la eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer, la Convención Americana de Derechos Humanos, la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer), ha asumido determinadas obligaciones, como la de adecuar su legislación y sus prácticas a los estándares



mínimos allí establecidos, en función de garantizar el respeto irrestricto a la dignidad de la persona.

Por consiguiente, el “Protocolo Único de Examen por Delitos Contra la Integridad Sexual” de la Provincia del Chaco, Alemis Donato, M.B (2015). “*Protocolo único de examen por delitos contra la integridad sexual*”. puesto en vigencia desde fines del Mes de octubre de 2014, por decisión conjunta emanada de las autoridades competentes, tiene los siguientes objetivos:

- a) Establecer los parámetros de la asistencia integral, por violencia sexual, a favor de todas las víctimas (personas adultas, niños, niñas, jóvenes).
- b) Evitar la re victimización.
- c) Protocolizar la atención.
- d) Unificar los cuidados médicos y la obtención de pruebas.
- e) Priorizar un abordaje psicológico especializado durante todo el proceso para evitar la re victimización y apuntalar a la víctima hacia la reparación del daño.
- f) Asegurar la disponibilidad de recursos humanos e insumos.
- g) Implementar registros.

Recepción Inicial de una persona que refiere ser Víctima de una Agresión sexual;

Se debe aclarar desde el principio que ningún paso será dado sin su consentimiento, debiendo transmitirse de manera comprensiva y contenedora sus derechos y las instancias y herramientas existentes para que estos se cumplan. La decisión de realizar la denuncia por delitos contra la integridad sexual es privada de la persona que ha sido víctima, cuando se trate de adulto/a y no halle comprendida dentro de los grupos que presentan otra vulnerabilidad, (ejemplo, menor de 18 años y/o discapacitado) en cuyo caso deberá radicarla el/la profesional de salud interviniente, estos casos en el que por más que la víctima no quiera denunciar, el agente de salud está obligado a denunciar son:

- 1) En todos los casos cuando además de abuso sexual, con o sin acceso carnal, hay riesgo de vida o lesiones graves o gravísimas;
- 2) En todos los casos de menores de 18 años, como ya se apuntó ut supra;
- 3) Cuando se trate de personas con discapacidad y/o adultos mayores, y se sospeche que los padres, curadores o familiares pueden estar involucrados en el delito o en el encubrimiento del mismo. En dichos casos, además, debe darse intervención simultanea (no sucesiva) al organismo encargado de la defensa y/o protección de los derechos de Niños, Niñas, adolescentes, de la mujer, o de la persona con discapacidad, o del adulto mayor, o de la víctima de violencia familiar o delito (Juzgado del Menor de Edad y la familia o Juzgado Civil o de Faltas o de Paz con competencia en faltas o cualquier otro juzgado competente, a la Dirección de Niñez, Adolescencia y Familia o Delegación Regional según corresponda).

Como fue señalado anteriormente y a modo de aclaración – reiterando lo expresado según la Ley; la responsabilidad de denunciar cuando se trata de menores de 18 años.

En estos casos están obligados a denunciar:

- en primer lugar los adultos responsables (padres, tutores, guardadores).
- En caso de que la/el niña/o haya sido abusada/o por personas encargadas de su cuidado, o algún familiar, tiene que denunciar los hechos cualquier persona que tome conocimiento, en particular docentes, agentes de salud, y otros funcionarios públicos.
- El fiscal, puede actuar de oficio, es decir, por su propia iniciativa, cuando los intereses de la niña o niño sean opuestos o incompatibles con los de sus padres o tutores, ya que se entiende que niñas y niños están en situación de vulnerabilidad y sus derechos son prioritarios.

En cuanto a los plazos de la denuncia, la ley no establece que la denuncia deba ser realizada en forma inmediata. Contrariamente a lo que suele pensarse, los plazos para presentar una denuncia son bastante amplios. El tiempo depende de la gravedad del delito. Sin embargo, tratándose de delito cometido contra un niño, niña o joven, persona con capacidades diferentes o adulto mayor, dentro del marco de relaciones afectivas (Violencia Familiar), el deber de dar intervención al Fuero del Menor de Edad y la Familia es tal, conforme el Decreto Provincial N° 620/97, reglamentario de la Ley N° 4377, dentro de un plazo máximo de 72 horas desde el conocimiento del hecho, prorrogable por igual plazo por motivos fundados.

La urgencia se relaciona en gran medida con la conveniencia de que la víctima sea revisada de inmediato por el médico forense a fin de adoptar medidas de profilaxis y asegurar las llamadas “pruebas del delito”

En caso de los adultos, esa urgencia, a veces, se contradice con el tiempo necesario –y diferente en cada persona- para reflexionar y decidir que hacer. Muchas personas necesitan compartir con familiares o amigos/as lo sucedido y/o consultar con un abogado sobre cuáles son sus derechos, que le ofrece la ley, cuáles son sus posibilidades o problemas que supone el iniciar la vía judicial.

Utilidad de la denuncia:

Al considerarse al delito contra la integridad sexual, de acción privada, el Estado solo interviene si la persona damnificada denuncia el hecho. La denuncia no es obligatoria ni tampoco un requisito para la atención física (medico asistencial) y psicológica. Es una decisión personal de la persona que fue víctima de violencia, pero el hecho se investigara si hay denuncia.

Denunciar abre la posibilidad de que se condene a los agresores, se vehiculice la reparación del daño sufrido por la víctima, visibilizando en la sociedad la existencia de la violencia sexual.

Además de la denuncia penal por el delito contra la integridad sexual, puede realizarse una demanda civil por daños y perjuicios.

A partir de la sanción de la nueva Ley N° 26485 de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres en los Ámbitos en los que Desarrollen sus Relaciones Interpersonales, también se puede denunciar en el Fuero Civil. Ello en el Chaco, ocurre desde la vigencia de la Ley N° 4175 en los casos de delito cometido en el ámbito de relaciones afectivas (Violencia Familiar). Esto significa que el Estado puede además tomar medidas para que cese la agresión.

En ese caso la denuncia por violencia se hace ante cualquier Juez/Jueza de cualquier fuero, o ante los defensores o fiscales que integran el Ministerio Público.

Las denuncias penales pueden ser realizadas ante autoridades judiciales o policiales en:

- Fiscalía de Turno que corresponda- en nuestra circunscripción existen dos-
- Juzgado del Menor y la Familia, en casos de Violencia Familiar.
- Comisaria de la Mujer más próxima.
- Comisarías más próximas.

Es preferible realizar la denuncia directamente en la Fiscalía o en el Juzgado para evitar tener que declarar dos veces: una en la instancia policial y otra en la instancia penal. Recomendar a la persona llevar documento de identidad para realizar la denuncia (en caso que posea y sea posible) y si es factible concurrir acompañada. También se sugiere que pida los datos de radicación de la denuncia a quien la toma.

Como Denunciar:

Para denunciar hay distintas alternativas pero que no todas las personas víctimas de este tipo de ilícitos lo sabe;

1)- Presentarse personalmente en la oficina judicial o policial. Contar brevemente lo que paso. Es importante que se solicite copia de la denuncia sellada y con fecha. Es necesario llevar DNI. La víctima tiene derecho a estar acompañada por una persona de su confianza en todo momento si así lo desea.

2)- Por escrito. Se redactan brevemente los hechos, lo firma el/la denunciante y se entrega en la oficina judicial. Se llevan dos copias; una debe quedarle, con sello (recibido), a la persona que realiza la denuncia.

No es necesario tener un abogado para hacer una denuncia por delito contra la integridad sexual. Una vez que se realizó la denuncia y se la ratifico, el proceso judicial queda en manos del Sr. Fiscal y no es necesario contar con un abogado.

La víctima tiene derecho, si lo decide, a ser parte querellante. Es decir: parte acusadora del delito que ocurrió. Denunciar es una decisión personal o en caso de menores que se presenten acompañados de un adulto referente, el profesional interviniente (médicoforense y/o asistencial) deberá consultarle si prefiere mantener la entrevista a solas.

Para esto último, es importante remarcar que se tendrá en cuenta que, de ser una situación de abuso intrafamiliar, el acompañante deberá ser quien habilite la denuncia y bajo ninguna circunstancia quien aún negara el hecho ya que se impediría el relato libre de la víctima ejerciendo coerción psicológica.

Se debe hacer un registro textual, amplio y minucioso de los dichos del niño/a o joven, con su vocabulario y sin interpretaciones recordando que el primer relato de los hechos es de vital importancia, siendo frecuente que en abusos de índole intra-familiar, el niño/a abusada/o a veces no pueda hablar, no pueda poner en palabras los sucesos, o solo repita lo que el/la agresor/a le ha dicho que diga, se deberá apelar a la información que puedan brindar otros integrantes del grupo familiar y/o de la familia ampliada o entorno comunitario para recabar datos.

Cuestionario o Anamnesis del Examen Médico (sugerido según Protocolo) cuando la víctima es niño/a o adolescente; ver Anexo –.

**EXAMEN FISICO:** los hallazgos ano genitales en niños/as y jóvenes deberá seguir la siguiente clasificación:

- Categoría o Clase 1: Sin datos de abuso sexual. Examen genital – anal normal (recordar que la ausencia de signos físicos no invalida la existencia del abuso sexual).
- Categoría o Clase 2: Hallazgos inespecíficos de abuso sexual. Signos físicos que podrían estar causados por abuso sexual o por otra causa; vulvitis, lesiones por rascado, aumento de la vascularización del introito vaginal, fisuras en la piel o abrasiones en la horquilla vulvar, coalescencia de labios menores, presencia de secreción o flujo vaginal, presencia de condilomas en niña menor de 2 años. En la zona anal: presencia de hiperpigmentación o eritema perianal, apéndices cutáneos perianales, disminución de los pliegues perianales, congestión venosa, fisuras anales, dilatación anal con materia fecal en la ampolla rectal.
- Categoría o Clase 3: Hallazgos específicos de abuso sexual (abuso sexual probable). Presencia de uno más signos sugestivos de abuso sexual. Desgarros recientes o cicatrizales del himen, aumento del diámetro del orificio himeneal para la edad, desgarro de la mucosa vaginal, marcas de dientes u otros signos traumáticos como laceraciones equimosis en la vulva,

presencia de gérmenes de transmisión sexual, condilomas en niñas/os mayores de 2 años. En la zona anal: desgarros superficiales o profundos, cicatrices o tunelización, laxitud del esfínter anal, presencia de condilomas o de otros gérmenes de transmisión sexual, dilatación anal mayor a 20 mm. Sin materia fecal en la ampolla rectal.

- Categoría o clase 4: Hallazgos de certeza de abuso sexual (evidencia definitiva de abuso sexual). Presencia de espermatozoides o líquido seminal en el cuerpo de la niña o joven. Embarazo. Evidencia del uso de la fuerza brusca o traumatismo penetrante, tal como la laceración del himen hasta la base o “hendidura completa”. Cultivos positivos para *Neisseria gonorrhoeae*, serología positiva para sífilis o para HIV (descartada la transmisión vertical). Abuso con testigos o la existencia de fotografías o videos que prueben el abuso sexual. Confesión del supuesto agresor de los hechos que describe.

Al finalizar el examen físico es importante hablar con la víctima y con la persona de su confianza, explicando los hallazgos del mismo y su significación futura, intentando tranquilizarlos ya que en muchos casos estos suponen estar lesionados para siempre.

Cuando existan lesiones, se debe explicar el tratamiento y seguimiento, y cuando el traumatismo es mínimo explicar que cicatriza sin secuelas visibles.

Tal como sostiene Rodríguez Almada, H.(2010). “*Evaluación médico-legal del abuso sexual infantil*”- *Revisión y actualización*. En la obra citada se transmiten pautas y cuestiones elementales a la hora de realizar un examen a una víctima de delitos contra la integridad sexual. Asimismo marca diferencias entre los hallazgos periciales encontrados en la evaluación de niños/as y jóvenes y lo que implica examinar a adultos/as. Ambas situaciones difieren completamente y es importante reconocer la sensibilidad y especificidad de los signos capaces de asociarse con abuso sexual, así intentar evitar pasar por alto los casos reales o formular diagnósticos erróneos.

Patrones periciales posibles:

Los posibles hallazgos periciales en un niño o niña sexualmente abusados son extraordinariamente variables: desde verdaderas destrucciones del aparato genital hasta la completa ausencia de signos objetivables.

Más allá de su variabilidad, es posible establecer dos grandes patrones bien definidos, que están en función del crecimiento y el desarrollo de los niños.

En las/os niñas/os menores de 6 años presentan un patrón completamente diferente que en las personas adultas. Mientras tanto, en escolares mayores y adolescentes pueden presentarse situaciones intermedias. Este límite de los 6 años –algo arbitrario, pero de utilidad práctica-, establece la edad por debajo de la cual, según Gisbert Calabuig, “el coito es anatómicamente imposible” en las niñas.

Mientras que en los adolescentes son de aplicación los principios médico-legales clásicos empleados para la peritación de los atentados sexuales, en los niños –sobre todo, cuanto más pequeños son-, estos criterios carecen por completo de utilidad y acarrear el enorme riesgo de pasar desapercibido el abuso sexual.

Tabla con las principales características de las agresiones sexuales

Por grupo de edad.

	Adultos	Niños
Lugar de ocurrencia	Extra-domiciliario	Intradomiciliario
Denuncia de la víctima	Frecuente	Rara
Signos genitales	Frecuentes	Raros
Signos anales	Frecuentes	Raros
Signos de violencia extra-genital	Frecuentes	Excepcionales
Signos de violencia en el agresor	Posibles	Excepcionales

De la tabla surge que, en las víctimas adultas el diagnóstico se basa fundamentalmente en la denuncia y en los signos de violencia genital, anal y/o extra-genital, todo lo que es muy raro de encontrar en los abusos infantiles.

Valor diagnóstico de signos y síntomas atribuibles a 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. 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.

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.

### 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.

### Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)

Las infecciones de transmisión sexual 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.

Aquí se esquematiza la especificidad de las ITS en tres grandes grupos:

- Grupo 1 (+++). Muy alta especificidad. Su diagnóstico en un niño o niña, una vez descartada la infección congénita, establece diagnóstico de abuso sexual hasta demostración de lo contrario:
  - a) Sífilis
  - b) Gonorrea
  - c) *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:
  - a) HIV
  - b) Hepatitis B
  - c) Herpes simple 2
  - d) Papiloma virus (HPV)
  - e) *Trichomona vaginalis*
  
- Grupo 3 (+). Baja especificidad. Su diagnóstico en un niño o niña no es indicativo de abuso sexual, pero obliga a investigar esta eventualidad:
  - a) *Gardnerella vaginalis*
  - b) *Mycoplasma hominis*
  - c) *Ureaplasma urealyticum*

- d) Herpes simple 1
- e) Candida albicans
- f) Haemophilus ducreyi
- g) Calymmatobacterium granulomatis

Tabla con las posibles vías de contagio de los gérmenes capaces de causar ITS.

Transplacentaria	
Infección intrauterina/ ascendente	Infección HIV, VHB, VHC, sífilis, HPV
Perinatal	
Por canal de parto	Chlamydia, Gonorrea, Trichomona, Herpes Virus, HPV, VHB, VHC, HIV
Por la lactancia	HIV, (para sífilis, VHB y VHC el riesgo no está bien establecido)
Contacto Directo	
Contacto no sexual/ Autoinoculación	HPV, Virus Herpes simple
Transmisión por fómites	Posible: Trichomona, HPV
Drogas intravenosas y transfusión de sangre o derivados	VIH, VHB, VHC
Acto sexual consentido	Todas las ITS
Agresión sexual	Todas las ITS

VIH: Virus de inmunodeficiencia humana; VHB: Hepatitis B; VHC; Hepatitis C; HPV: Papiloma Virus humano.

#### 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 validos en las mujeres adultas.

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 seis 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.

#### Signos del 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.

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 (la forma más frecuente en la infancia y las únicas anatómicamente posibles en niñas pequeñas).

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 varia 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. 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 es sumamente variable. La tabla siguiente demuestra la variabilidad en la experiencia de diferentes autores, lo que obliga al perito a una actitud de suma prudencia al datar el momento de producción.

#### Tiempo de cicatrización de los desgarros himeneales según diversos autores

Autor	Tiempo de cicatrización
Hofmann	2-4 días
Vibert	2-12 días
Du Salle	3-4 días
Gisbert Calabuig	3-4 días
N. Rojas	7 días
Kvitko	10 días
Vargas Alvarado	10 días
Vanrell	14 días
de Pena	15 días
Tardieu	15-20 días

#### 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.

### 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.

### 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.

### 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 rectal) es un hallazgo bastante común en niños normales no abusados. El “ano en embudo”, que en 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.

### Esfinter 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 desgarró. Si el niño o la niña fue reiteradamente sodomizado puede encontrarse un engrosamiento de la piel perianal. Cabe insistir en que la penetración anal, aun 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 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.

Cuanto 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 o niños mayores o adolescentes, lo habitual es que no cause lesiones traumáticas objetivables. La incontinencia fecal y el “ensuciamiento” sin lesión anatómica asociada no suele ser resultado de la penetración rectal peneana. De estar ante una situación abusiva, se explicaría más como respuesta a la esfera psicológica que por un mecanismo traumático 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). Sin perjuicio de esto, el desgarro puede tener otras topografías y ser múltiple. Cuando el desgarro es reciente se acompaña siempre de sangrado y, algunas veces, de la parálisis dolorosa del esfínter. Normalmente curan a los 5 (cinco) días, plazo que en los casos graves se extiende a 2 (dos) semanas.

#### 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.

#### 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.

Estas manifestaciones de alerta, aunque inespecíficas, suelen ser un motivo de consulta pediátrica o psicológica, o son detectadas porque llaman la atención al maestro/docente, aunque no siempre determinen inicialmente la sospecha de abuso sexual.

#### 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 y de variada intensidad;
- Enuresis secundaria;
- Encopresis secundaria;

La simulación de una patología de base orgánica puede determinar que el niño/a 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 algún tipo de 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.

#### Síntomas y manifestaciones de la esfera psicológica.

Están presentes en casi todas las víctimas de abuso sexual, aunque por su carácter altamente inespecífico no contribuyen demasiado a alcanzar un diagnóstico precoz. En todo caso, cuando se conoce su valor como indicadores inespecíficos, son elementos que determinan un aumento en el índice de sospecha, estimulan la investigación y, en última instancia, contribuyen al diagnóstico de abuso sexual.

- Trastornos del sueño, incremento de pesadillas.
- Trastorno de conducta –regresiones-.
- Estallidos de angustia.
- Erotización inadecuada para la edad:

Dentro de la inespecificidad diagnóstica de los síntomas psicológicos y las alteraciones del desarrollo, se considera que una conducta inadecuadamente sexualizada para la edad es la manifestación más significativa dentro de esta categoría. Si bien no es frecuente, su presentación fundamenta una alta sospecha.

La determinación de qué es o no adecuado para la edad depende de una valoración experta, generalmente a cargo de un psicólogo y psiquiatra pediatra. Estas conductas pueden incluir besos con

contacto de lengua, tocamiento de las mamas y los genitales, masturbación compulsiva y movimientos rítmicos de la pelvis.

Se han señalado los siguientes criterios para considerar que la conducta sexualizada es problemática:

- Se presenta con mucha frecuencia o en una etapa mucho más temprano a lo esperado.
- Interfiere con el desarrollo del niño o la niña, como cuando se relaciona en la escuela a través de estos comportamientos.
- Se acompaña del uso de intimidación o la fuerza para hacer participar a otros coetáneos.
- Se asocia con otros trastornos psicológicos.
- Se repite a escondidas de sus padres o cuidadores.

Otras manifestaciones:

Pueden ser sumamente variadas y tener diversos grados de gravedad. Una de las manifestaciones más comunes es la detección de inflexiones en el rendimiento escolar sin explicación aparente. A veces puede llevar a retraso y al fracaso escolar. En los niños más pequeños, el equivalente es el retraso en el desarrollo con la regresión en las conductas adquiridas.

A veces los cambios en la conducta asumen la forma llamada pseudomadurez, por lo que las niñas asumen roles y actitudes correspondiente a una edad superior. La pseudomadurez suele verse en casos de abuso sexual incestuoso, en el que la niña inconscientemente es llevada a ocupar el rol materno, muchas veces física o afectivamente ausente.

Pueden presentarse como niños o niñas con una muy baja autoestima.

Otras manifestaciones, como fobias, pesadillas y terrores nocturnos, no deberían considerarse per se, en forma aislada, como indicadores de sospecha de una situación de abuso sexual, habida cuenta de que su presencia es habitual y esperable a determinadas edades.

En nuestro país, Criado, M y Eleta, G. (2008). “*Evaluación Física Médico Forense del Abuso Sexual infante juvenil*” refieren que este tipo de delitos, comprende el daño psicológico y físico que se produce en los niños/as como consecuencia de un proceso crónico constituido por diferentes etapas:

La primera;

Caracterizada por el desequilibrio familiar, incluye las fases de seducción, intimación sexual y secreto.

La segunda;

Signada por el desequilibrio familiar, está conformada por las fases de divulgación y represión, las que se ponen de manifiesto a través de actos o acciones del agresor sobre su víctima, entre otros

los tocamientos, los contactos anogenitales y orogenitales, la introducción de objetos o la penetración peneana en vagina, ano o boca.

El abuso sexual de menores puede ser intra o extra familiar. Lo más común es que ocurra en el seno de la familia, por lo tanto el abusador suele ser un pariente directo o amigo íntimo de la familia o conocido, que goza de la más amplia confianza lo que le permite ejercer una posición de autoridad y disponer de un contacto personal y cotidiano con la víctima. De acuerdo a estadísticas nacionales analizadas, en ocho de cada diez casos, el abusador es conocido de la víctima.

El concepto de abuso sexual intrafamiliar no debe utilizarse en sentido literal, circunscripto solo para involucrar a las relaciones consanguíneas y de afinidad parental de la víctima, sino también para incluir todo el entorno y ser abarcativo de su relación comunitaria e interpersonal y de su ambiente social. De hecho este criterio incluye dentro del concepto de abuso intrafamiliar obviamente a los padrastros y también a los amigos, allegados, vecinos o conocidos, relacionados con la familia en forma directa, habitual y cotidiana. En realidad cualquier tipo de relación (familiar, social, laboral, cultural comunitaria, etc.) que establezca un nexo con la víctima basada en los afectos, la subordinación a una autoridad, la confianza o la lealtad, debe ser considerada como forma intrafamiliar.

Dentro del abuso intrafamiliar entonces cabe distinguir dos variantes:

- a)- el incestuoso o intrafamiliar propiamente dicho, cuyo autor es el ascendiente, descendiente o colateral directo de la víctima, en un grado de parentesco equivalente al que prohíbe el matrimonio.
- b)- el no incestuoso (padrastos, allegados, íntimos, vecinos, compañeros de tareas, etc.) referido a personas sin vínculo consanguíneo, pero consideradas por la víctima “como si fueran” parte de la familia.

El agresor intrafamiliar es un modelo de autoridad en quien el menor confía y con el cual le unen lazos afectivos y afinidad. En ocasiones de extrema gravedad existen patrones de abuso sexual dentro de la propia familia (familias incestuosas). Son familias organizadas despóticamente o en forma endogámica o afectivamente desestructuradas, que conviven en estado de promiscuidad, lo que a su vez permite el contacto físico entre padres e hijos y de hermanos entre sí con resultados catastróficos.

Con el correr de los años, el diagnóstico de lesiones producto de actos abusivos sexuales se fue haciendo cada vez más complejo y esto sucedió en forma conjunta con el aumento en la frecuencia de la denuncia del delito.

En Cornaglia, C.A y Vignolo, M.G (2005) “*Crónicas Médico Forenses- El Abuso sexual de menores y la complicidad del silencio*”; sostienen que se estima que más del 70 % de las personas abusadas sexualmente son menores de edad. En el mundo miles de niños de ambos sexos son sometidos sexualmente a diario. En base a denuncias de UNICEF más de un millón de niños en el

mundo son anualmente prostituidos y explotados sexualmente. Los delitos contra los menores generalmente acontecen dentro del ámbito familiar, siendo el victimario un ascendiente directo o familiar cercano, padrastro, vecino o allegado. Una de cada cinco mujeres y uno de cada diez varones, en nuestro medio, pueden haber sufrido algún tipo de abuso sexual en su infancia.

A escala mundial los niños representan las víctimas más propicias de este delito que constituye un capítulo relevante de la explotación sexual con fines comerciales abarcando las múltiples formas del abuso sexual, ya sea en forma de pornografía infantil, turismo sexual, tráfico venta, incesto, pedofilia o prostitución de menores.

Según cifras difundidas durante el Congreso Mundial Contra la Explotación Sexual de la Infancia, llevado a cabo en el año 2010, un promedio de 47% de las niñas de Honduras, Guatemala, Paraguay y Costa Rica eran explotadas sexualmente, con el agravante de que la mitad de ellas se prostituía a la edad de 9 a 13 años. Además un 80 % de ellas finalizaba consumiendo drogas y en gran porcentaje, imposible de precisar, siendo víctimas del SIDA. Al respecto la OMS estimaba (para aquel momento) que en el mundo existen más de cuatro millones de menores adolescentes infectados con HIV.

En este trabajo se caracterizan los delitos sexuales evaluados en el Instituto Médico Forense(IMF) de Villa Angela, Chaco a través del análisis de los archivos de la institución durante el período de octubre 2015 a noviembre de 2016. Se hace hincapié en reflejar la frecuencia de los resultados de 200 exámenes médico legales sobre presuntos abusos sexuales, todo ello con la finalidad de aportar conocimientos y conclusiones más precisas sobre el tema en la región, brindar información relevante a las autoridades sobre estos eventos preocupantes a nivel social y comunitario.



## **Objetivos**

En este contexto, resulta necesario un mayor conocimiento de los posibles resultados de las pericias médicas legales e incluso su frecuencia. Respecto del análisis de datos, ellos provienen del archivo del Instituto Médico Forense – IMF - de Villa Angela, Chaco, ciudad cabecera departamental y lugar donde asienta la sede de los Tribunales de la 3° Circunscripción Judicial de la provincia. Cabe aclarar que dicha jurisdicción abarca el departamento Mayor Jorge Luis Fontana. Una descripción y relevamiento de sus particularidades es indispensable teniendo en cuenta la ausencia de relevamientos al respecto y específicos de nuestra zona, que permitan identificar los grupos de riesgo y ayudar al diagnóstico de tales categorías. Tal investigación implica una relevancia social e implicaciones prácticas, en tanto repercutirá en las decisiones a tomar al momento de realizar un examen médico pericial.

### **Objetivo específico:**

- Conocer características específicas de los abusos perpetrados en nuestra área, para enriquecer el diagnóstico e identificar los factores de riesgo.

### **Objetivos Generales**

- Contabilizar los casos en que se confirmó un abuso sexual mediante examen médico legal.
- Comparar las características con estudios a nivel nacional.
- Explorar si existen particularidades en torno a las circunstancias de los abusos en nuestra área.

El presente trabajo tiene como objetivo integrar, estandarizar algunas definiciones operativas y determinar la frecuencia de resultados sobre 200 peritajes medico forenses realizados sobre presuntas víctimas de delitos sexuales. Para mejor ilustración se tienen en cuenta factores psicosociales, demográficos y situacionales de los actores involucrados en estos casos.

### **Metodología (Material y métodos)**

Estudio descriptivo, retrospectivo que permitió analizar la frecuencia de los resultados sobre 200 exámenes medico legales sobre presuntos delitos contra la integridad sexual evaluados en la 3° Circunscripción Judicial de la Provincia del Chaco, entre el Octubre 2015 y Noviembre de 2016 en la Oficina Médico Forense de Villa Angela, Chaco.

La **Muestra** la constituyeron aquellas personas de la ciudad de Villa Angela y localidades de alrededores que conforman la 3° Circunscripción Judicial de la provincia del Chaco, que denunciaron algún presunto delito sexual en el periodo descripto cuyaficha de examen pericial obra en el archivo del Instituto Médico Forense de la citada jurisdicción.

Las variables tenidas en cuenta son los posibles resultados de unapericiamedico legal según la clasificación sugerida en el “Protocolo Único de Examen por Delitos contra la Integridad Sexual” recientemente implementado en la provincia:

- hallazgos anogenitales de clase o categoría 1, sin datos de abuso sexual. Examen normal.
- Hallazgos de clase o categoría 2, hallazgos inespecíficos de abuso sexual, signos físicos que podrían estar causados por abuso sexual o por otra causa.
- Clase o categoría 3, hallazgos específicos de abuso sexual (abuso probable). Presencia de uno o más signos sugestivos de abuso sexual.
- Clase o categoría 4, hallazgos de certeza de abuso sexual (evidencia definitiva de abuso sexual).

El criterio de inclusión para el siguiente trabajo la constituyeron aquellas fichas pertenecientes al archivo del Instituto Médico Forense de Villa Ángela- Chaco de personas que en el periodo señalado fueron examinadas por el médico forense como parte de la investigación sobre un delito contra la integridad sexual. Se analizaron 200 casos en total. Se decidió resguardar la identidad de las personas que son fuente de origen de los datos.

## **Resultados (discusión)**

La muestra para el presente trabajo incluyó 200 casos existentes en los archivos del Instituto Médico Forense - Villa Angela en el periodo señalado, en el 85 % de los registros analizados, las personas examinadas fueron mujeres. Al considerar la ocupación de las víctimas, el 75 % de las evaluaciones se hizo en estudiantes y menores (51,9 % y 23,5 % respectivamente).

La mayoría de las presuntas agresiones se presentaron en la casa del agredida/o (60,4%). Al determinar la distribución del agresor, se encontró predominio de una persona conocida (65,7%), entre estas las más comunes fueron el padre, el padrastro y un tío (13,9%, 9,3 y 4,2 respectivamente).

De los resultados de exámenes de las personas evaluadas por el Instituto Médico Forense - IMF- durante el periodo del estudio, el presunto delito más denunciado fue el acceso carnal (59,8%).

En la mayoría de los casos, el médico forense no encontró evidencia clara para corroborar el posible delito (64,3%). Esto se traduce en que los resultados de los exámenes de estas personas fueron de categoría o clase 1 (sin datos de abuso sexual- examen genito anal normal) o de categoría o clase 2 (hallazgos inespecíficos de abuso sexual- signos físicos que podrían estar causados por abuso sexual o por otra causa).

La edad promedio de las víctimas fue de 12,5 años (desvío estándar 8,39 años); el 50 % de ellos tenían una edad de 11 años o menos al momento de la evaluación.

Al interrogar a las víctimas mujeres (85% de 200 = 170), se encontró que el 51,7% de éstas no habían referido la presencia de su primera menstruación (menarca) y el 72,3% dijeron no haber iniciado sus relaciones sexuales previo al momento de la presunta agresión sexual.

## **Discusión**

El presente trabajo intenta caracterizar los delitos sexuales evaluados por el Instituto Médico Forense –IMF Villa Angela, Chaco- durante el período señalado con especial énfasis en evidenciar la frecuencia de los resultados sobre 200 pericias médico legales ante la denuncia de este ilícito.

Se pudo corroborar lo encontrado en estadísticas a nivel nacional en los que el grupo de edad más afectado por abuso sexual es el de los 15 años o menos (72 y 72,5 % respectivamente) y para menores de 18 años el 56 %.

Otra cuestión a resaltar, en concordancia con los autores expuestos es que este tipo de delitos se comete sobre todo en menores de edad y en la mayoría de los casos es reiterativo y prolongado en el tiempo. Esto conlleva dificultades y consecuencias importantes en el desarrollo psico-social de la víctima, ellos pueden ser muy variados y van a depender de la edad, de quien es el agresor, de la forma en que se realice y del entorno donde crezca el niño/a.

Los niños, niñas y adolescentes víctimas de abuso sexual con frecuencia callan: por miedo, culpa, impotencia, desvalimiento, vergüenza. Suelen experimentar un trauma peculiar y característico de este tipo de abusos: se sienten cómplices, impotentes, humillados y estigmatizados. Este trauma psíquico se potencia con el paso del tiempo, cuando la consciencia de lo sucedido es mayor.

El análisis de los datos arrojó que el lugar donde más frecuentemente ocurren los abusos es en la casa de la víctima (60%), de igual forma que en estudios realizados en otros distritos nacionales como Bs As o Córdoba donde se muestra como resultados que el 55,4 y 54,1 de las violaciones ocurrieron en el domicilio del agredido/a. Esto es tema de controversia ya que se supone que el hogar es el lugar en el que supuestamente se encuentra seguridad y protección, además de que allí se encuentran los seres más queridos y confiables.

También en concordancia con resultados obtenidos a nivel nacional, se encontró que el agresor en su mayoría fue una persona conocida (65,7%).

Después de que el médico forense hace la evaluación de la víctima, las autoridades solicitan que este emita un diagnóstico que servirá o no como prueba para la investigación judicial. Dicho diagnóstico sirve para corroborar o no el presunto delito cometido. Terminado el examen clínico y tomadas las muestras para el laboratorio, incluyendo muchas veces la ropa de la víctima o del agresor, se concluye el peritaje médico legal realizando un informe donde deberá consignarse los resultados de dicho acto profesional. Se deben remarcar la constatación de signos de sospecha o específicos para abuso sexual, como también los resultados positivos o negativos de los exámenes solicitados y finalmente realizar una apreciación diagnóstica del médico forense correlacionando todos los antecedentes y señalando si el examen es compatible con una agresión sexual. No es posible que el médico afirme ese delito, dicha tarea es función de los señores magistrados y jueces.

Del presente trabajo realizado surge que en la mayoría de los casos no se encontró evidencia suficiente para poder corroborar la agresión denunciada (64%). Esto puede deberse a que en la gran

mayoría de los casos, las situaciones de abuso se dan con un niño o niña como víctima y el agresor es un familiar o una persona allegada (alrededor de un tercio son de carácter incestuoso) y dentro de los posibles hallazgos periciales que como ya se señaló son extraordinariamente variables, lo más frecuente de encontrar es la ausencia de signos objetivables compatibles con abuso sexual infantil.

Aquí parece importante volver a remarcar parte de todo lo expuesto referido al abuso intradomiciliario, perpetrado por alguien conocido, que busca estimularse sexualmente o lo hace sin que exista una verdadera penetración del pene. Es extraordinariamente difícil poder corroborar este tipo de delitos, que en su gran mayoría no dejan ningún tipo de evidencia o rastro, ejemplo de lo referido en un gran número de denuncias en los que las víctimas (menores de edad) manifiestan toqueteos, caricias o manoseos de las zonas genitales, maniobras que generalmente no son ejecutadas con violencia y por ende no dejan lesiones o signos específicos.

Otra cuestión inherente a analizar respecto de la falta de elementos con alta especificidad diagnóstica a la hora del reconocimiento médico es que la persona agredida en muchos casos de los analizados acudió a la justicia a denunciar luego de bastante tiempo de ocurridos los hechos. El tiempo transcurrido (cicatrización) también incide en la posibilidad de encontrar o no lesiones genito- anales aunque hay evidencia en la bibliografía que pueden ser encontrados aún 10 días después de ocurrido el abuso sexual. Esto se pudo observar al comparar la fecha de la supuesta agresión con la fecha de la evaluación pericial.

Siguiendo con lo expuesto en líneas anteriores, debemos decir que el tiempo de cicatrización es sumamente variable, la tabla de la página 18 demuestra la variabilidad en la experiencia de diferentes autores, lo que obliga al perito forense a una actitud de suma prudencia al datar el momento de producción de las lesiones. Siempre se debe recordar que gran parte de las lesiones, curan sin secuelas y por ende no va a ser posible su objetivación.

En los adultos evaluados, en su gran mayoría mujeres que habían denunciado acceso carnal, en los que no se encontró evidencia definitiva de dicha agresión debido a que en el examen genital se encontró que tenían himen complaciente, situación que permite el paso del miembro viril en erección o un objeto rígido de similar tamaño sin desgarrarse. Otra dificultad a la hora de la búsqueda de lesiones vaginales se presenta cuando la víctima es una mujer adulta, ya desflorada (no virgen) y múltipara (que ha tenido más de un parto). Ante estas situaciones, para intentar corroborar si hubo atentado sexual, el médico forense basó su peritación en la búsqueda de signos que reflejen violencia genital, anal o y/o extra-genital, riña o resistencia ofrecida ya que en este tipo de casos lo que predomina es el no consentimiento de la víctima. Otra cuestión que se impone resaltar en este tipo de casos es la toma de muestras y/o exámenes complementarios. El exudado o análisis de un flujo vaginal en niñas o mujeres adultas puede ser útil para demostrar una infección de transmisión sexual (ITS) o descartarla. La demostración mediante análisis de presencia o no de espermatozoides en la víctima, puede ser importante en la investigación judicial. Cuando hayan transcurrido 72 horas o más, generalmente ya no se encuentran dicha evidencia en el cuerpo, o también es posible que el agresor haya utilizado

condón, no haya eyaculado o sea una persona azoospermica en cuyo caso es necesario hacer la prueba de sustancia P30, que es una enzima contenida en el semen.

Es fundamental y el forense junto a su equipo tiene como misión, sobre todo en caso de víctimas infantiles, valorar el testimonio, el grado de verosimilitud del relato de los hechos denunciados y el estado psicoafectivo del niño/a, además de las perturbaciones psicológicas que la agresión pueda haber ocasionado y permitir específicamente el diagnóstico correcto para iniciar de inmediato el tratamiento psicológico adecuado, evitando o minimizando la victimización secundaria judicial. Por ello hay que apoyar psicológicamente a la víctima, infundirle autoconfianza, contener su angustia, ayudarle a comprender que no ha sido su culpa. Nunca debe permitirse que el natural ofuscamiento e indignación de los padres sea interpretado como un enojo para con él/ella. En todo momento debe estimularse su valentía por haber dado a conocer lo sucedido. Es necesario contención y mucha comprensión.

La importancia de escuchar al niño/a cuando toma la palabra radica en que su descripción frecuentemente es la más importante, poderosa y, en muchas ocasiones la única evidencia del abuso cometido en su contra. Por este motivo, es imprescindible prestarles atención, privacidad y escucharlos sin juzgarlos.

De todo lo expuesto surge que, en las víctimas adultas el diagnóstico se basa fundamentalmente en la denuncia y en los signos de violencia corporal, genital, anal y/o extra genital, todo lo que es muy raro de encontrar en los abusos infantiles. La forma más frecuente de abuso sexual infantil es intradomiciliaria y el adulto agresor casi siempre conocido, se estimula o busca placer sexual sin que exista una verdadera penetración.

## **Conclusión**

Sin lugar a dudas y en base a los considerandos en líneas anteriores, los delitos sexuales presentan una gran dificultad probatoria sobre todo al momento de la evaluación médico pericial.

El presente estudio intenta caracterizar los presuntos delitos sexuales evaluados por el Instituto Médico Forense de Villa Ángela Chaco en el periodo Octubre de 2015 a Noviembre de 2016. Con especial énfasis en detallar o reflejar la frecuencia de los posibles resultados en los exámenes periciales médicos forenses.

Se pudo corroborar lo encontrado en otros estudios realizados a nivel nacional, en Córdoba (Cornaglia, C.A. y Vignolo, M.G. (2005). Análisis casuístico y epidemiológico. En *Crónicas médico forenses*), y en Bs As (Estadísticas sobre abuso sexual infantil en la Argentina en el sitio web <https://www.argentina.gob.ar/abusosexualinfantil/estadísticas>) en los que el grupo de edad más afectado por abusos sexuales es el de los 15 años o menos (72 y 72,5 % respectivamente), y para menores de 18 años el 56,7%.

Para el presente estudio, las personas que tenían edad de 14 años o menos fueron los más evaluados con el 69,1% del total de los casos.

Otra cuestión a resaltar es que este tipo de delitos, sobre todo en menores de edad, en la mayoría de los casos es reiterativo y generalmente provoca dificultades importantes en el desarrollo psicosocial de la víctima, estas pueden ser variadas y van a depender de la edad, de quien es el agresor, de la forma en que se realice y del entorno donde se desarrolla el niño/a, entre otros.

Del total de posibles delitos cometidos contra personas mayores de 14 años, el 86,9 fue realizado mediante violencia (no solo por hacer uso de la fuerza física, si no por el hecho del acto intimidatorio o contra la voluntad de la víctima, degradándola y buscando imponer dominio y poder sobre ella).

En la mayor parte de los casos judicializados analizados los abusos fueron cometidos por conocidos y familiares, que acceden con facilidad al niño, niña o adolescente y aprovechan la confianza nacida en la convivencia. Suelen reiterarse en el tiempo, durante meses e incluso años, antes de ser descubiertos.

Por otra parte, muchos expertos en el tema a lo largo de la historia afirman que la conducta sexual humana es muy sensible a la cultura y que en ella históricamente se demuestra la subordinación de las mujeres, lo que hace al sexo femenino una población vulnerable a ser víctima de agresión sexual.

Los datos de la presente investigación arrojaron que el lugar donde más ocurrieron los supuestos delitos sexuales fue en la casa de la víctima (60,2%), de igual forma que en estudios realizados en Buenos Aires y Córdoba donde se muestra como resultado que el 55,4 y 54,1% de las violaciones ocurrieron en el domicilio del agredido/a. Esto ha sido tema de discusión de diferentes autores, ya que el hogar es el lugar en que supuestamente se encuentra seguridad y protección; además de que se encuentra la gente más querida y confiable.

De los resultados obtenidos en la investigación se encontró que el agresor en su mayoría fue una persona conocida (65,7%), de igual forma sucedió en estudios realizados en distritos importantes de nuestro país, donde el 62,1, el 52,3 y 77,8 % de los agresores eran conocidos de la víctima. Según la bibliografía especializada existe mayor probabilidad de que los abusos se repitan cuando el agresor es un familiar o conocido de la víctima. En la distribución del tipo de agresor se destacó el predominio de personas conocidas, especialmente aquellas que tenían algún tipo de vínculo con la víctima, tales como vecinos, amigos, profesores, primos, compañeros de clase o de trabajo con el 31,2%, seguidos por el padre con el 13,7% y el padrastro con el 9,3%. Entre los agresores que tenían algún tipo de relación con la víctima se encontraron también el tío, el abuelo, un compañero, un hermano y con menor frecuencia el jefe.

Después de que el médico hace la evaluación de la víctima, emite un diagnóstico que sirve como prueba para la investigación judicial. Este diagnóstico es usado para corroborar o no el presunto delito cometido. En el estudio realizado, en la mayoría de los casos no se encontró evidencia suficiente para corroborar la supuesta agresión con el 64,3%, esto puede deberse a que la persona agredida generalmente denuncia y acude a la evaluación mucho tiempo después de ocurrida la agresión; este tiempo transcurrido también incide en no encontrar lesiones genito anales, aunque hay evidencia que pueden ser encontradas aun 10 días después de ocurrida la violación. Esto se pudo observar al



comparar la fecha de la supuesta agresión con la fecha de la evaluación, lo que ha señalado un margen amplio de tiempo entre estas.

Otra de las razones por la cual se dificulta corroborar la agresión puede deberse a que en algunos casos este tipo de delitos no deja ningún tipo de evidencia o rastro que pueda ser asociado con dicha conducta; por ejemplo en un buen número de casos, la víctima refiere toqueteos- manoseos en zonas genitales, maniobras que de no ser ejecutadas con cierta violencia, generalmente no dejan signos específicos. De ello surge que en víctimas adultas el diagnóstico se basa fundamentalmente en la denuncia y en los signos de violencia genital y/o extra genital, todo lo que es muy raro encontrar en los abusos infantiles; en dichos casos el agresor es una persona adulta, conocida o familiar que se estimula sexualmente sin que exista una verdadera penetración del pene.

En algunas mujeres evaluadas por acceso carnal, no se encontró evidencia de dicha agresión debido a que en el examen genital se encontró que tenían himen complaciente, de los que permiten el paso del miembro viril en erección o un objeto rígido sin desgarrarse. Otra dificultad que impide encontrar lesiones vaginales se presenta cuando la víctima de abuso es una mujer desflorada y multípara. Además de las anteriores causas, la no presencia de restos de semen en las víctimas es otro factor que impide la corroboración del delito debido a que transcurridas 72 hs no se encuentran dichos residuos en el cuerpo, o a que el agresor haya utilizado condón, no haya eyaculado, o sea una persona azoospermica en cuyo caso es necesario hacer la prueba de sustancia P30 que es una enzima contenida en el semen.

El delito que más se ratificó fue el acceso carnal, con el 22,9 % lo que puede deberse a que este delito deja evidencia que pueden ser relativamente mejor diagnosticadas (situación contraria al abuso sexual simple).

El mayor conocimiento de las características de los delitos contra la integridad sexual y los perfiles de víctima y agresor puede repercutir en una mejora en la calidad pericial.

De la recopilación bibliográfica realizada surgen como principios de carácter general que se deben tener en cuenta a la hora de realizar peritajes médico-legales sobre abuso sexual:

- La peritación del abuso sexual de niños y niñas entraña grandes dificultades incluso para forenses de amplia experiencia.
- Prácticamente no existen indicadores de certeza (manifestaciones patognomónicas) o de elevada especificidad, y los que existen se presentan en muy pocos casos.

Por el contrario, casi todos los casos presentan indicadores de sospecha (manifestaciones inespecíficas), que indican la acción de estresores en la víctima, una de las cuales puede ser el

abuso sexual. El diagnóstico supondrá descartar otras causas de estrés que expliquen los síntomas.

- La aplicación a las niñas y niños de los principios y criterios médico-legales de las agresiones sexuales a personas adultas es causa de graves errores periciales. En especial, centrar la investigación en los hallazgos genitales (positivos o negativos) es un grave error metodológico que lleva a pasar por alto la inmensa mayoría de los casos, a la vez de incurrir en diagnósticos erróneos, todo lo que genera graves daños a las niñas, los niños y sus familias.
- En la mayoría de los casos, el abuso sexual de niñas y niños no produce estigmas físicos debido a que el adulto victimario se estimula sexualmente sin llegar a una verdadera penetración, además de no emplear maniobras violentas o traumáticas.
- Los signos y síntomas del abuso sexual casi siempre son de carácter inespecífico.
- Los hallazgos de certeza, esos que permiten afirmar el diagnóstico de abuso sexual son excepcionales.
  
- Las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) no necesariamente se contraen por contagio venéreo. Se debe conocer todas las posibles vías de contagio y en niños o niñas de muy corta edad descartar la infección connatal.
  
- Contar con una actitud de suma prudencia al datar el momento de producción de las lesiones ano-genitales encontradas en la pericia. Como ya se señaló, el tiempo de cicatrización es sumamente variable.
  
- La producción de lesiones genitales y/o anales en niñas y niños pequeños sexualmente abusados no es la regla.
  
- Cualquier persona puede ser un abusador. Es necesario desterrar el mito de que quien comete un acto de abuso sexual contra niños, niñas y adolescentes tiene una estructura de personalidad anormal o perversa. La realidad es que los agresores pueden ser tanto varones como mujeres, heterosexuales u homosexuales, neuróticos, psicóticos, perversos o seniles. No existe un perfil de personalidad específico ni tests que detecten o excluyan a quien agredió sexualmente a un niño/a. Los agresores son personas que se encuentran en nuestro entorno: padres, abuelos, tíos, vecinos, docentes, amigos. Circulan en la sociedad y pasan desapercibidos porque su conducta social (lo que se ve) no muestra su conducta sexual (aquello que no se ve).

Las estadísticas indican que la mayoría de los abusadores son varones heterosexuales adaptados socialmente.

- Está contraindicado la reiteración del interrogatorio y por sobre todas las cosas no se debe re-examinar a una víctima de abuso sexual.

La mayoría de los expertos desaconseja entrevistar a los menores de 3 años. Ello no obsta que algunas pautas admitan la posibilidad de valorar a las niñas y niños muy pequeños – aún lactantes – cuando se emplean técnicas muy especializadas y éstas son aplicadas por técnicos competentes y experimentados.

- La alegación del niño o la niña, cuando se acompaña de un informe psicológico de veracidad, constituye un indicador de alta especificidad, tan fiable como los signos físicos considerados característicos.
- El diagnóstico de abuso sexual de niños y niñas es uno de los desafíos más difíciles de la medicina legal.

## **Bibliografía**

- 1- Achával, A. (1963). *Manual de Medicina Legal*. (2 Ed.). Buenos Aires. Editorial Abeledo Perrot.
- 2- Alemis Donato, M.B (2015). *Protocolo único de examen por delitos contra la integridad sexual*. (1 Ed.). Resistencia. Editorial Contexto.
- 3- Austin Gresham, G. (1977). *Atlas de Medicina Forense*. Barcelona. Editorial Científico Médica.
- 4- Basile, A. y Warsman, D. (1987). *Medicina Legal y Deontología*. Buenos Aires. Editorial Abaco.
- 5- Bonnet, E.F.P. (1980). *Medicina Legal*. (2 Ed.) Buenos Aires. López Libreros Editores S.A.
- 6- Bonnet, E.F.P. (1984). *Psicopatología y Psiquiatría Forense*. Parte Especial. Buenos Aires. López Libreros Editores S.A.
- 7- Castelló, A. & Francés, F. (2009). *Investigación médico forense de los delitos contra la libertad e indemnidad sexuales*. *Cuadernode Medicina Forense*. 15, 17-35.

- 8- Cornaglia, C.A. y Vignolo, M.G. (2005). *Crónicas Médico Forenses. El abuso sexual de menores y la complicidad del silencio*. (1 Ed.). Ciudadela. Editorial Dosyuna.
- 9- Criado, M. y Eleta, G. (2008). *Evaluación Física Médico Forense del Abuso sexual infanto juvenil*. (1 Ed.) Ciudadela. Editorial Dosyuna.
- 10- Estadísticas sobre abuso sexual en Argentina del sitio web: <https://www.argentina.gob.ar/abusosexualinfantil/estadisticas>.
- 11- Gil Arrones, J., Ostos Serna, R. & Largo Blanco, E. (2006). *Valoración médica de la sospecha de abuso sexual en personas menores de edad. A propósito del estudio de tres casos*. *Cuaderno Médico Forense*. 12, 43-74.
- 12- Gisbert Calabuig, J.A. (2004). *Medicina Legal y Toxicología*. (6 Ed.). Barcelona. Editorial Masson.
- 13- Kvitko, L.A. (1995). *La violación. Peritación médicolegal en las presuntas víctimas del delito*. (2 Ed.). México. Editorial Trillas.
- 14- Kvitko, L.A. (2005). *El himen. Estudio médicolegal*. Buenos Aires. Editorial La Rocca.
- 15- Organización Mundial de la Salud. (1999). *Informe de la consulta sobre prevención de abuso y negligencia infantil*. Ginebra.
- 16- Organización Mundial de la Salud. (2003). *Directrices para el cuidado médico-legal de las víctimas de violencia sexual*. Ginebra.
- 17- Patitó, J.A. (2003). *Tratado de Medicina Legal y Elementos de Patología Forense*. Buenos Aires. Editorial Quorum.
- 18- Rodríguez Almada, H. (2006). *Maltrato y abuso sexual de niños. Una revisión crítica*. Granada. Editorial Comares.
- 19- Rodríguez Almada, H. (2010). *Evaluación médico – legal del abuso sexual infantil. Revisión y actualización*. Málaga. Cuadernos de Medicina Forense. 16, 1-2.
- 20- Segura, C., Gil, M.J. & Sepúlveda, M.A. (2006). *El síndrome de alienación parental: una forma de maltrato infantil*. Cuadernos de Medicina Forense. 12, 43-44.
- 21- Suárez Solá, M.L y González Delgado, F.J. (2003). *Estadísticas y trascendencia de la violencia sexual en menores*. Cuaderno Médico Forense. 32, 49-62.
- 22- Torre, R.O. (2007). *La Víctima del Crimen*. (1 Ed.). Buenos Aires. Editorial Dosyuna.
- 23- Vanrell, J. (2008). *Sexología Forense*. San Pablo. Editorial Mizuno.

### **Anexo**

Cuestionario o Anamnesis del Examen Médico (según Protocolo) cuando la víctima es niño/a o adolescente;

- 1)- ¿Cuándo empezó?
- 2)- ¿Cuánto tiempo duro?
- 3)- ¿Cuándo fue la última vez?
- 4)- ¿En dónde sucedía?
- 5)- ¿Había alguien más (otro/as personas)?
- 6)- ¿Te decía algo?
- 7)- ¿Dónde te tocaba?
- 8)- ¿Con que te tocaba?

A cargo del niño/a: (destacar sus palabras y dichos) .....

Las preguntas son meramente orientativas y no deben sugerir o inducir respuestas. El tono y el modo del lenguaje a emplearse tendrán en consideración el sentido del cuidado del cuerpo.

Relato y preguntas guía para el/los Familiar/es o acompañante del niño/a;

1)- ¿Ha notado en ella/el cambios en...?

a) el hábito alimentario: No / Si

b)- el de dormir (pesadillas, temores nocturnos, llanto nocturno, etc.): No / Si

c)- la conducta habitual (temores, irritabilidad, furia, tristeza, aislamiento, conducta sexualizada, etc.): No / Si

d)- la conducta y el rendimiento escolar: No / Si

2)- ¿Ha observado en ella/el la presencia de sangrado genital/anal, flujo, dolor abdominopelviano, irritación, prurito o molestia vulvar, enuresis, disuria, incontinencia de materia fecal, constipación o dolor rectal? No / Si

Relato de los hechos cuando la víctima es adulta:

- Lugar en que ocurrió:
- Fecha y Hora:
- Calle/espacio público:
- Boliche/bar:
- Casa del agresor:
- Casa de la víctima:
- Escuela:
- No puede precisar:
- Otros:
- Tiempo transcurrido del episodio: menos de 24 horas. 24 – 48 hs. Más de 72 horas.
- Situación en la que ocurrieron los hechos:

Agresor/es:

- Extraño/a..... Cantidad:.....
- Conocido/s
- Conviviente: Si / No
- Vinculo:
- Edad:
- Numero de agresores que tuvieron contacto sexual con la víctima:

#### Estatus HIV:

- Desconocido: No sabe / Negativo
- Positivo: Tto. ARV: Si / No / No sabe
- Cual:
- Otros factores de riesgo (adicto- homo/bisexual – ETS – cárcel – vs. Agresores)

#### Tipo de agresión

- ¿Hubo agresión física? Si / No. En caso afirmativo, que tipo de agresión:
- ¿Hubo otro delito agregado? Si / No. En caso afirmativo, ¿cuál?
- ¿Hubo amenaza con arma? Si / No; Arma blanca, arma de fuego, arma contundente
- ¿Hubo amenaza/presión psicológica durante o fuera del episodio de abuso? Si / No / No sabe
- Secuestro o aislamiento: ..... Amenazas:.....
- Engaño:
- Abuso de poder:
- Otros:
- En caso afirmativo, ¿fue contra la víctima o contra terceros?
- Hecho único:..... Reiterado:..... No puede precisarse: .....
- Contacto genital: (con pene, con dedos, cuerpo extraño, etc.)..... Tocamientos:.....  
No / Si
- ¿Hubo penetración? Si / No / No sabe
- Contacto anal (con pene, con dedos, cuerpo extraño, etc.).....  
Tocamientos: ..... No / Si
- ¿Hubo penetración? Si / No / No sabe
- Sexo oral genital (de la víctima por el abusador; del abusador por la víctima): No / Si
- Sexo oral anal (de la víctima por el abusador; del abusador por la víctima): No / Si
- Masturbación (de la víctima por el abusador; del abusador por la víctima): No / Si
- Abuso sexual crónico.....Si.....Episodio de violencia sexual único..... Si
- ¿Se usaron cuerpos extraños? No / Si
- ¿El agresor utilizó condón? No / Si / No sabe
- ¿Hubo eyaculación? No / No recuerda / Si
- ¿Eyaculación intra o extra corporal?
- ¿Alguien presenció lo sucedido? Si ... Quien ?/ No / No sabe  
Luego de ocurrido el hecho:
- ¿Hubo higiene luego de ocurrido el hecho? Si / No
- En caso afirmativo, ¿de qué manera?
- ¿Quedaron ropas u otras prendas con manchas de sangre o semen? No / Si
- En caso afirmativo, ¿detallar cuáles?
- Ropas secuestradas por: .....
- ¿Mantuvo relaciones sexuales posteriores al hecho? No / Si / ¿Cuándo?

- Defecación o micción posterior: Si / No
- Otra afirmación adicional:

Antecedentes Personales:

Antecedentes Clínicos:.....

Antecedentes Ginecológicos:

1) Menarca (edad):..... Ritmo menstrual:.....

Fecha de última menstruación (FUM):.....

2) Actividad Sexual previa: Si / No

3) Anticoncepción: Si / No

En caso afirmativo, ¿cual?.....

4) Antecedentes de vulvovaginitis: Si / No

5) Antecedentes de lesiones, enfermedades, cirugía, procedimientos diagnósticos o tratamiento de la zona genitoanal: No / Si

Descripción:.....

6) Medicación habitual: No / Si ¿cuáles?:

7) Estatus HIV:

Desconocido..... No sabe / Negativo

Positivo..... Tto ARV: Si / No / no sabe

Cual: .....

Otros factores de riesgo (adicto- homo/bisexual – ETS – cárcel – vs. Agresores)

8) Antecedentes de abuso sexual previo: No / No sabe / Si

Describir:.....

Situación de la víctima previa al hecho:

¿Mantuvo relaciones sexuales dentro de las 24 horas previas al hecho? No / Si

Si las tuvo, ¿se higienizo posteriormente? No / Si

¿Tenía en el momento de la Agresión las mismas prendas que durante su anterior relación sexual?  
No / Si



