



FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
UNIVERSIDAD NACIONAL DEL LITORAL
SANTA FE, ARGENTINA

Trabajo Final Integrador para la Obtención de la Especialidad en Medicina Legal

**“EL ABUSO SEXUAL DE MENORES Y SU PREVALENCIA
EN ROSARIO 2016”**

Autor: Dr. Héctor Medina

Director de Tesis: Dr. Sebastián Amut

- Año 2018 -

AGRADECIMIENTO

A la Crio. Lorena González, a cargo del Centro de Asistencia a la Víctimas de Delitos Sexuales (C.A.V.D.S.), por su gentileza en facilitarme los datos necesarios para la Estadística del Trabajo.

Fuente de Datos: Denuncias registradas en el A.I.V.G.S.F. – ROSARIO (Área de Investigación sobre Violencia de Género, Sexual y Familia – Dpto. Rosario). Policía de la Provincia de Santa Fe.



Parque de las Esculturas de Gustav Vigeland. (Oslo – Noruega)

1. RESUMEN

El abuso sexual de menores constituye actualmente uno de los problemas emergentes en salud con implicaciones legales y sociales. Por la complejidad y diversidad de los factores que intervienen, su abordaje debe ser llevado a cabo por un equipo interdisciplinario médico, psicológico y social que permita diagnosticar, valorar, tratar y establecer vínculos de actuación judicial a los fines que la entidad pública pueda adoptar medidas de protección.

El presente trabajo busca como principal objetivo brindar otra perspectiva sobre la prevalencia de este delito, que no siempre se denuncia y se cronifica de manera encubierta, basándonos en una muestra de la población afectada que incluye los casos registrados por el área de investigación violencia de género, sexual y familia (A.I.V.G.S.F.-Rosario) de la policía provincial, ocurridos durante el año 2016 en la ciudad de Rosario y alrededores.

2. ÍNDICE GENERAL

	Página
1. RESUMEN	III
2. ÍNDICE GENERAL	IV
3. ÍNDICE DE CUADROS	VI
4. ÍNDICE DE GRÁFICOS	VII
5. OBJETIVOS	VIII
6. INTRODUCCIÓN	1
6.1. Factores Etiológicos y Predisponentes	3
6.2. Modelos y Teorías sobre las causas del A.S.I.	4
6.3. Modalidades del Abuso	6
6.4. Ámbito del Abuso – Relación Víctima/Victimario	7
6.4.1. <i>Dinámica del Abuso Intrafamiliar</i>	8
6.4.2. <i>Dinámica del Abuso Extrafamiliar</i>	9
6.5. Metodología del Abuso (Intrafamiliar)	10
6.6. Valoración Médica de Sospecha del Abuso	11
6.6.1. <i>Indicadores de Sospecha</i>	11
6.6.2. <i>Valoración de los Indicadores de Sospecha</i>	12
6.6.3. <i>Escala de Probabilidad Diagnóstica</i>	13
6.7. La Pericia Médico-Legal de la Víctima	14
6.7.1. <i>Interrogatorio</i>	14
6.7.2. <i>Examen de la Ropa</i>	15
6.7.3. <i>Examen Físico</i>	15
6.7.3.1. Zona Extra-Genital	15
6.7.3.2. Zona Para-Genital	16
6.7.3.3. Zona Genital	16
6.7.3.4. Zona Ano-Rectal	18

6.7.4. <i>Exámenes Complementarios</i>	19
6.7.5. <i>Examen Psíquico</i>	20
6.8. Marco Jurídico	22
7. MATERIALES Y MÉTODOS	27
8. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	28
9. CONCLUSIÓN	39
10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	41
11. ANEXOS	43
11.1. Recolección de Datos	43
11.2. Ordenanza Municipal N° 7125/2000	48

3. ÍNDICE DE CUADROS

	Página
CUADRO I. Clasificación según grupo Etario y Sexo de las víctimas.	28
CUADRO II. Porcentualización datos del cuadro I.	29
CUADRO III. Clasificación según Ámbito del Abuso.	31
CUADRO IV. Porcentualización datos del cuadro III.	32
CUADRO V. Clasificación según el Distrito de Procedencia de las víctimas.	33
CUADRO VI. Porcentualización datos del cuadro V.	34
CUADRO VII. Principales medidas de Posición y Dispersión. Resultados.	35
CUADRO VIII. Datos de PREVALENCIA en el País.	36

4. ÍNDICE DE GRÁFICOS.

	Página
GRÁFICO A. Distribución porcentual según grupo Etario y Sexo de las víctimas.	29
GRÁFICO B. Distribución comparativa según Edad y Sexo de las víctimas.	30
GRÁFICO C. Distribución porcentual según Ámbito del Abuso.	32
GRÁFICO D. Distribución porcentual según Distrito de procedencia de las víctimas.	34

5. OBJETIVOS

1. Actualizar datos sobre prevalencia del abuso sexual de menores en Rosario.
2. Determinar algunas características del mismo, en esta ciudad y sus alrededores.
3. Comparar con otros registros de prevalencia mencionados en el país.

6. INTRODUCCIÓN

El Abuso Sexual Infantil (A.S.I.), basándonos en los conceptos de Hartman y Burgess, se puede definir como “los contactos e interacciones sexuales entre un menor de edad y un adulto o entre menores de edad si existe una diferencia de cinco años entre ellos o si el niño/adolescente agresor se encuentra en una posición de poder o control sobre la víctima, aunque no haya diferencia de edad”.

Diversos autores estiman que una tercera parte de todas las pericias médico-legales se deben a algún tipo de delito sexual.

El A.S.I. es un diagnóstico relativamente frecuente en la práctica clínica, cuya prevalencia depende en gran medida del conocimiento y de la adecuada valoración que el profesional interviniente haga de los indicadores de sospecha (1).

En nuestro país, no se encuentran estudios epidemiológicos fidedignos que muestren la frecuencia o incidencia de esta conducta delictiva, debido a que no siempre se denuncia, por prejuicios, vergüenza, sentimientos de culpa, temor a represalias o amenazas entre otros factores. En esto, pueden influir razones de índole económico-social, educacional y cultural (2).

Tomando la prevalencia como indicador epidemiológico de morbilidad que cuantifica la proporción de personas en una población que hayan padecido abuso sexual en un determinado período de tiempo, se nos brinda una estimación acerca de la proporción de sujetos en dicha población que hubieren transitado por este tipo de padecimiento durante el mismo período. Constituye un parámetro útil porque permite describir un fenómeno en salud, identificar la frecuencia poblacional del mismo y generar hipótesis explicatorias.

Según un informe sobre registros de abuso sexual infantil entre 1946 y 2011, la prevalencia mundial de este flagelo se mantiene en el orden del 18,95 % en mujeres y de 9,7% en varones, es decir, 1 de cada 5 mujeres y 1 de cada 10 varones (3).

Una estadística de EEUU (1992) demostró que sobre un total de 2.900.000 casos de maltrato infantil, 500.000 de ellos eran por abuso sexual. Con una estimación de 66

millones de Americanos menores de 18 años, aproximadamente 1 niño de cada 435 era víctima en una denuncia sustanciada o indicativa de abuso sexual en un año determinado (ó sea, 2,3 niños de cada 1000) (3).

Los datos de prevalencia en España, según un estudio citado por López Carpintero en 1995 oscilaban en torno al 18% (22% en mujeres y 15% en varones). Más adelante, Pereda y Fornés en el año 2007, informaron una prevalencia del 14% (16,2% en mujeres y 12% en varones) de acuerdo a una encuesta en universitarios (4).

Berlinerblau (2003) expresó que en la Argentina a esa fecha, se carecía de registros estadísticos oficiales, es decir, no se contaba con encuestas o aplicaciones de instrumentos nacionales (3).

Según un informe emitido durante las jornadas de Ginecología infanto-juvenil, organizada por la Asociación Argentina de Ginecología infanto-juvenil y la Asociación de Obstetricia y Ginecología de la provincia de Santa Fe (mayo de 2006), se concluyó que 1 de cada 5 mujeres y 1 de cada 11 varones de la población Argentina, presentaban en su historia personal algún tipo de abuso sexual (3), cifras muy semejantes a la media mundial citada antes. La O.M.S. por su parte, hace referencia a 1 de cada 5 mujeres y 1 de cada 13 varones.

A escala mundial, los niños evidencian ser las víctimas más propicias de este delito, que constituye un capítulo relevante de la explotación mundial 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 (5).

En este trabajo se intenta ensayar una prevalencia actualizada del A.S.I. en Rosario. No obstante nos seguiremos planteando muchas dudas. Algunas sobre la incidencia real, ya que solo es posible obtener datos de aquellas agresiones que motivan una consulta en un servicio de urgencias y/o llegaren a concretarse como denuncia ante la justicia. Otras, sobre su veracidad (las llamadas “falsas denuncias”). Kaplan (1999), menciona cifras entre un 2% y un 8% como falsas denuncias (6). Lencioni (2002), cita cifras cercanas a un 18% en EEUU y mayores del 30% en Inglaterra. El mismo refiere como “causas probables de

falsedad a una venganza o una coartada para cubrir un acto consentido o bien como producto de un episodio psicótico o histérico del acusador” (7).

La actividad sexual entre un adulto y un menor siempre señala una explotación de poder. Todas las formas de abuso incluyen explotación de un diferencial de poder, que puede ser explícito cuando se usa la fuerza física directa, o sutilmente cuando se juega con la situación de dependencia de la víctima. Por lo tanto, la existencia del abuso se configura en parte por el uso que se hace desde una posición de poder para manipular a otro con el fin de lograr gratificación propia en contra de los derechos y bienestar del otro.

Como actividad sexual se acepta cualquier acción que inste al menor a presenciar contenido sexual impropio, que va desde observar material pornográfico, asistir a conversaciones sobre dichos temas, tocar los genitales del abusador, hasta cualquier tipo de penetración, roces o caricias de órganos genitales en contra de su voluntad (7).

En definitiva, podríamos esquematizar el concepto de abuso sexual de menores a partir de autores, publicaciones e Instituciones de suficiente evidencia científica y reconocido prestigio, (8-10), de la siguiente manera:

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

6. 1. Factores Etiológicos y Predisponentes

Es clásico admitir la existencia de factores *Exógenos* o medioambientales y de factores *Endógenos*.

Entre los primeros, tanto el ambiente social, económico como el cultural influirían de manera decisiva. La educación, las costumbres, la acción del medio de vida familiar, el ambiente urbano o social, la marginalidad social, el alcoholismo y las toxicomanías, la actividad delincinencial, la pornografía, la pérdida de valores morales, la violencia familiar, la falta de educación sexual en niños y adolescentes, etc.

Por otra parte, las psicopatías (congénitas o adquiridas), las deficiencias intelectuales, las desviaciones o perturbaciones del instinto sexual en todas sus variantes y anomalías psíquicas se contabilizarían dentro de los factores endógenos más frecuentes.

6. 2. Modelos y teorías que intentan explicar las causas del A.S.I.

Aunque todavía persiste la falta de acuerdo en adoptar un modelo o teoría que explique fehacientemente las causas del A.S.I., en la literatura disponible se intenta clasificar a las mismas en modelos unifactoriales o multifactoriales (11).

Modelos unifactoriales

- *Biológico.*
- *Psiquiátrico.*
- *Feminista.*
- *Cognitivo / Conductual.*
- *Sistémico.*

Modelos multifactoriales

- *Multisistémico.*
- *Cuadripartido.*
- *De los 4 Factores (o Precondiciones).*

El modelo *Biológico* plantea como principal causa del abuso a la excitación sexual desviada. Según esta teoría, los abusadores experimentarían mayor excitación sexual ante estímulos en la relación niño-adulto.

El modelo *Psiquiátrico* pone énfasis en los conflictos y traumas de la infancia no-resueltos del ofensor; entre ellas se podría mencionar al modelo psicoanalítico que proviene de la teoría de seducción de Freud, que tuvo aportes positivos y negativos, aún en discusión.

El modelo *Feminista* se basaría en las diferencias de poder que existe en las familias patriarcales tradicionales. Plantea que el hombre, a los fines de mantener su masculinidad y poder podría agredir y utilizar según sus deseos a los miembros de su familia.

El modelo *Cognitivo / conductual* se basaría en la conducta del agresor de acuerdo a las experiencias tempranas de conocimiento. De ésta manera los ofensores recordarían

sus experiencias sexuales iniciales y estas fantasías podrían adquirir propiedades sexuales de excitación.

El modelo *Sistémico* plantea una problemática familiar donde cada uno de sus miembros contribuye de alguna manera para que se produzca la agresión.

Estos modelos mencionados (*Unifactoriales*) no fueron suficientes para explicar los diferentes tipos de abuso sexual, por lo tanto se plantearon otros modelos más amplios que tienen en cuenta diversos factores y abarcarían tanto al abusador como a la familia y la sociedad (*Modelos Multifactoriales*).

El modelo *Multisistémico* identifica cuatro sistemas que se relacionan con la probabilidad de que ocurra el abuso sexual, y comprenden:

- Factores socio-ambientales.
- Factores de la familia de origen del abusador.
- Factores psicológicos individuales.
- Factores del sistema familiar.

El modelo *Cuadripartido* (desarrollado en 1992), en el que se organizan los elementos propuestos en modelos previos, plantea que dependiendo del tipo de agresión sexual se encontrarían con mayor o menor fuerza como factores motivacionales, una combinación de factores fisiológicos, cognitivos, afectivos y de personalidad.

El modelo de los *4 Factores (4 precondiciones del abuso sexual)* desarrollado por David Finkelhor (12), establece que para la ocurrencia de una situación de abuso se deberían cumplir las siguientes pre-condiciones:

- Pre-condición I: "*Motivación*". La persona que abusa posee una motivación ya sea por experiencias traumáticas de la infancia o por incapacidad de relacionarse con otras personas adultas.
- Pre-condición II: "*Bloqueo de los Inhibidores Internos*". Todas las personas poseen una serie de inhibidores como conciencia moral, autocontrol, etc., que impiden la ejecución de ciertos actos. Sin embargo, estos pueden ser bloqueados por desinhibidores como el alcohol, drogas o impulsos violentos que contribuyen a precipitar el abuso.

- Pre-condición III: *“Bloqueo de los Inhibidores Externos”*. Contando a inhibidores externos como la sanción social, la represión judicial, la acción de la familia y la comunidad. La falta de los mismos favorecerían al abuso.

- Pre-condición IV: *“Vulnerabilidad”*. Finkelhor plantea que no es suficiente la presencia de las tres pre-condiciones anteriores si el ofensor no tiene acceso a una persona que sea vulnerable. Se considera un menor vulnerable aquel que *“carece de información del abuso; vive aislado y no tiene posibilidad de comunicación; no se le percibe como sujeto de derecho sino como objeto y propiedad de sus padres o de los adultos con quienes se encuentre en relación de dependencia”*.

6. 3. Modalidades del Abuso

- *“El Abuso Sexual como manifestación de perversidad”*: Llevado a cabo por los abusadores sexuales netos, perversos e incorregibles, toxicómanos o alcohólicos, psicópatas sexuales reincidentes, incapaces de arrepentimiento y refractarios a cualquier medida de reinserción, con marcada tendencia a reincidir y acentuada peligrosidad post-delictual y temibilidad. Se destaca en este grupo el abuso sexual sádico, propio de psicópatas sexuales sadomasoquistas. Al respecto Kaplan y Sadock (6), mencionan cinco causas que predisponen al sadismo sexual (predisposición hereditaria, disfunciones hormonales, relaciones patológicas, historia de abuso sexual y presencia de otros trastornos mentales).

- *“El Abuso Sexual como manifestación de deterioro Social y Cultural”*: Cometido por el abusador moldeado por los factores exógenos, perpetrado habitualmente en el medio familiar, social o laboral de las víctimas, favorecido por la ignorancia, la falta de educación sexual, la promiscuidad, las condiciones socio-económicas y de hacinamiento deplorables y de la disolución del vínculo afectivo familiar.

- *“El Abuso Sexual como manifestación de otra actividad delincencial”*: Cometido por el delincuente habitual, antisocial, con antecedentes

de actividad delincencial no asociada al sexo; el abuso sexual cometido en concurso con otros delitos, especialmente el robo o hecho vandálico grupal llevado a cabo por pandillas.

- *“El Abuso Sexual como manifestación de enfermedad mental”*: Cometido por psicóticos, caracterizados por episodios de manía o hipomanías, brotes esquizofrénicos, deterioro mental psico-orgánico, estados pre-demenciales, etc. Estos son los menos frecuentes. Desde el punto de vista criminológico son inimputables, por alteración morbosa de las facultades mentales.

- *“El Abuso Sexual como manifestación de encierro o enclaustramiento”*: Por acontecer en Instituciones con regímenes de internación o confinamiento.

- *“El abuso Sexual ejecutado con finalidad bélica”*: Planificado sistemáticamente y ejecutado deliberadamente en las guerras fundamentalistas, étnicas o religiosas, destinado al desmembramiento social del enemigo.

6. 4. Ámbito del Abuso – Relación entre Víctima y Victimario

El abuso sexual de menores puede ser intra o extrafamiliar. Lo más común es que ocurra en el seno familiar, por lo tanto el abusador suele ser un pariente directo, 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 cotidiano con la víctima. Se estima que en ocho de cada diez casos el abusador es conocido de la víctima.

El concepto de abuso sexual intrafamiliar incluye a padrastros, 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 basado en los afectos, la subordinación a una autoridad, la confianza o la lealtad, debe ser considerada como intrafamiliar.

En definitiva, dentro del abuso intrafamiliar se pueden distinguir dos variantes:

- El *Incestuoso* o Intrafamiliar propiamente dicho, sea ascendiente, descendiente o colateral directo de la víctima.

- El *No-incestuoso*, referido a personas sin vínculo cosanguíneo, pero considerados por la víctima “como si fueran parte de la familia”.

6. 4. 1. Dinámica del Abuso Intrafamiliar

El agresor intrafamiliar es un modelo de autoridad en quien el menor confía y con él lo unen lazos de afecto y afinidad.

En ocasiones de extrema gravedad suelen existir las denominadas “familias incestuosas”, afectivamente desestructuradas, que conviven en estado de promiscuidad, permitiendo el contacto físico entre padres e hijos y de hermanos entre sí, con resultados catastróficos.

Los niños abusados en el seno familiar se sienten atrapados entre la lealtad y el afecto por un lado y el convencimiento de la “maldad” en las prácticas sexuales, de allí la intensa angustia que el abuso les genera.

En cuanto a la dinámica de estas familias, presentan ciertos rasgos comunes que están en relación con las fuerzas de las funciones de parentalidad, donde los trastornos de apego cumplen un rol fundamental, como así también las interacciones, el comportamiento y el discurso del progenitor abusador o de ambos. Estos se presentan como seres “hambrientos de amor”, que esperan de sus hijos e hijas les colmen las carencias del pasado concediéndolo como objeto de reparación, produciendo graves trastornos en el proceso de diferenciación e individualización psicológica del niño o de la niña.

Con frecuencia en las familias de origen de los padres, la autoridad se ejercía de manera abusiva a través de golpes y castigos como métodos educativos o con historias de abandono e institucionalizaciones repetidas, creciendo estos con la inseguridad que da el conocimiento impreciso de los propios límites y los del otro. Entonces, las actitudes respecto a sus hijos e hijas tienden a oscilar entre la debilidad, indecisión y autoritarismo.

Los trastornos jerárquicos se presentan cuando uno de los padres toma como “aliado” a uno o a varios hijos en contra del otro progenitor. Aquí, el hijo es doblemente maltratado por el que cosifica y descarga su cólera en él para vengarse de su pareja.

También se da la situación con los abuelos, que lejos de reconocer la competencia y derechos de hijos e hijas a sus padres y madres, se dedican a criticarlos, intentando consciente o inconscientemente “borrar” diferenciaciones generacionales.

En estas interacciones confusas, muchas veces los niños y niñas asumen el rol de cuidadores de sus padres.

Cuando se produce la desaparición de las fronteras generacionales y la existencia de una jerarquía, el niño o niña se ve atrapado/a en el marco de una estructura disfuncional que altera el aprendizaje relacional, aprendiendo las primeras armas de la manipulación.

Cuando el abusador pertenece al círculo social de la familia, en muchos casos ocupando un lugar privilegiado que le da acceso directo a los niños/as, por ejemplo: profesor, sacerdote, amigo, etc., se aprovecha esa posición de autoridad y confianza que gana de los padres e inicia un proceso llamado metafóricamente de “vampirización”, dado que envuelve a su víctima en una relación falsa que es presentada como afectiva y protectora, manipulando al mismo tiempo la confianza de la familia.

La agresión sexual se hace de manera “dulce” y solapada, provocando en muchos casos al menor, sensaciones corporales agradables e incluso de goce sexual. En este contexto puede pasar un tiempo antes de que la víctima se dé cuenta que está sufriendo abuso, debido al carácter confuso y manipulador que impide denunciar lo que ocurre, y cuando lo hace se encuentra sumergido en una situación de culpa y de vergüenza.

6. 4. 2. *Dinámica del Abuso Extrafamiliar*

En el abuso extrafamiliar, cometido por desconocidos, el grado de sufrimiento de la víctima está en relación directa con el contexto y contenido de la agresión. Se manifiesta principalmente por un sentimiento de miedo y desconfianza en relación con los hombres desconocidos y sobre todo por un sentimiento de vergüenza y culpabilidad. La vergüenza va ligada a la creencia de que la víctima haya “atraído” al agresor y la culpabilidad cuando se siente que ha “desobedecido” a sus padres, por Ej.: “si se transitó por otro camino que el habitual...”

A pesar del miedo y la angustia, las víctimas que sufren este tipo de agresión, no se confunden en cuanto a la responsabilidad del abusador y a pesar del sentimiento de culpa secundaria que se pudiera presentar, siempre se verán como víctimas. Esto las diferencia de los casos de abuso Intrafamiliar.

La causa del sufrimiento de menores víctimas de un violador no solo es la agresión en si misma sino que a veces se le suma una reacción inadecuada de su propia familia.

6. 5. Metodología del Abuso (Intrafamiliar)

Esta suele cumplirse en forma progresiva y va revelando manifestaciones que despiertan sospechas basadas en las siguientes circunstancias:

- El victimario comienza ganándose la confianza de la víctima a través de un buen trato, persuasión y recompensas, caso contrario recurre a la amenaza.
- Muestra superioridad y poder físico o psíquico ante la víctima, al principio en forma de protección y posteriormente intimidando o presionando.
- Es común observar la “complicidad” del otro progenitor o allegado, activa o pasivamente, por convicción o por temor.
- Es frecuente comprobar que varias víctimas en una familia han sido abusadas, evocando la posibilidad que el abuso se encuentre asumido como un patrón o modelo de conducta familiar.
- El avance en el accionar es progresivo, a los manoseos y caricias continua el exhibicionismo, luego la masturbación que puede acompañarse de exhibición de material pornográfico o no, hasta llegar a la relación sexual con o sin acceso carnal.
- El victimario genera una transferencia de culpa hacia la víctima con el fin de lograr secreto, reserva y continuidad. Por lo general, las víctimas son convencidas o amenazadas por el abusador para que no den a conocer esa relación.
- Las amenazas se tornan cada vez más frecuentes y graves, atemorizan y generan alteraciones en la conducta de las víctimas. Pueden ser

directas o indirectas a terceros (madre, hermanos, etc.), pueden ser físicas o psicológicas o ambas a la vez. En ocasiones, las madres son salvajemente golpeadas para que no denuncien.

- El abusador incestuoso muestra una preferencia especial por la víctima dentro del núcleo familiar o entorno social, lo cual llama la atención; mantiene un trato excelente con la víctima y la distingue del resto familiar, salvo en casos de amenazas o coacción. Dicho trato preferencial no se limita solamente al plano de los afectos, sino que se traduce materialmente en abundancia de obsequios y regalos en mayor condescendencia y tolerancia dentro de la dinámica familiar, en excesiva preocupación por la intimidad del menor, en actitudes exageradamente paternalistas que en forma notoria se focalizan en su persona (juegos, caricias, besos, abrazos, protección, atención), discriminando al resto de los hermanos y siendo motivo de desavenencias entre padres y concubinos.

- Los celos del victimario pueden ser violentos con quien se pretende inmiscuir; y cuando se trata de niñas adolescentes se les suele prohibir salir, jugar o divertirse, como así también un control excesivo en su forma de vestir, en su comportamiento, conducta y costumbres.

6. 6. Valoración Médica de sospecha del Abuso

El diagnóstico inicial del abuso es siempre un diagnóstico de sospecha. Aunque existan indicadores físicos o lesiones aparentemente evidentes de abuso, el abordaje mas recomendado es el de recoger y de notificar los “Indicadores de Sospecha” sin asumir inicialmente la confirmación del diagnóstico. El diagnóstico se basa pues, en una valoración de indicios.

Para ello, considero muy apropiado aplicar aquí los criterios empleados por el Programa de Pediatría Social (P.P.S.) del Área Hospitalaria de Valme (España) (1).

6. 6. 1. Indicadores de Sospecha (Elaborada a partir de la guía ADIMA)

- **Lesiones y datos de la Exploración:**
 - ✓ Lesiones en genitales, nalgas, región perianal.
 - ✓ Dolor en genitales. Hemorragia genital.
 - ✓ Vulvovaginitis de repetición. Estreñimiento secundario.
 - ✓ Semen. Enfermedad de Transmisión Sexual (E.T.S.). Embarazo.
- **Comportamiento de la Niña o 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 sobreprotector. Amable y bien considerado.
 - ✓ Dificultades de pareja. Consumidor de prostitución.
 - ✓ Sufrió abuso en su infancia. Padeció E.T.S.

6. 6. 2. Valoración de los Indicadores de Sospecha (Gil Arrones)

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, podría descartar o confirmar la certeza del abuso.

Una vez completado el estudio médico, social y psicológico del menor, recién sería útil emplear una clasificación orientativa para la valoración de indicadores, que recuerda básicamente las tres categorías publicadas por Hymel y Jenny en 1996.

Indicadores compatibles, específicos y concluyentes del abuso sexual (13-16).

a) Indicadores Compatibles: (Abuso Probable):

“Trastornos, enfermedades o lesiones que pueden deberse a otras causas, pero en determinadas circunstancias podrían ser secundarias a un abuso sexual”.

- Trastornos del comportamiento.
- Fisuras perianales.

- Hemorragia vaginal.

b) Indicadores Específicos: (Abuso Altamente Probable):

“Trastornos, enfermedades o lesiones que pueden deberse a otras causas, pero su aparición se da más frecuentemente en prácticas abusivas”. Ej.:

- Conducta sexualizada.
- Relatos del menor no-confirmados.
- E.T.S. en edad pre-puberal.

c) Indicadores Concluyentes: (Abuso de Certeza):

“Trastornos, enfermedades o lesiones que solo pueden haberse producido por mecanismos de abuso sexual” (sí ó sí). Ej.:

- Verbalización con informe psicológico de veracidad.
- Rotura del Himen en edad pre-puberal.
- Rotura del Esfínter Anal.

6. 6. 3. Escala de probabilidad diagnóstica del abuso sexual de menores

El diagnóstico de abuso sexual en un menor, es también un diagnóstico de probabilidad, que se la puede establecer en la siguiente escala: (16-19).

a) Se descarta probabilidad:

- ❖ Desaparecen los indicadores compatibles (luego de un tiempo prudencial de control y seguimiento), y no vuelven a aparecer.
- ❖ Se encuentran posibles causas no relacionadas con prácticas de abuso.
- ❖ No se encuentran otros indicadores de sospecha de abuso.

b) Probabilidad de Abuso:

- ❖ Existen indicadores compatibles con abuso sexual.
- ❖ No se han encontrado enfermedades que pudieran causarlos.
- ❖ Se comprueba reiteración o persistencia de los síntomas.
- ❖ Se detectan otros indicadores a lo largo del período de seguimiento.

c) Alta probabilidad de abuso:

- ❖ Existen indicadores específicos de abuso sexual.
- ❖ No se ha demostrado enfermedad causal.
- ❖ Pueden existir otros indicadores.

d) Certeza de abuso:

- ❖ Existen indicadores concluyentes.

6. 7. La pericia Médico-Legal en la Víctima

6. 7. 1. Interrogatorio

Debe llevarse a cabo en un ambiente adecuado y donde el examinador gane la confianza de la persona examinada.

Debe ser conducido pausadamente y sin apresuramiento, nunca dirigido u orientado. Hay que utilizar un lenguaje acorde a la edad y el nivel social educativo de la víctima.

El acompañante de la víctima debería sentarse por detrás o al costado de la misma, para que esta se sienta acompañada y no influenciada por alguna mirada o gesto.

Ofrecer en todo momento protección, asesoramiento y ayuda. Tener presente el estado anímico de conmoción, temor, agitación, impotencia y cólera de la víctima en los casos recientes y los sentimientos de vergüenza, pudor, depresión, necesidad de privacidad y confidencialidad en los casos que no sean recientes. Se hace necesario tener en cuenta la angustia que sobreviene cuando se vence el temor de denunciar, en los casos de amenaza o coacción.

Las dudas y vacilaciones del menor sobre su propio testimonio son consideradas signos de credibilidad, porque jamás estas incertidumbres se presentan en el relato apócrifo.

6. 7. 2. Examen de la ropa

Cualquier prenda involucrada (vestimenta, ropa de cama o de baño, etc.) debe ser convenientemente resguardada y acondicionada para ser remitida al laboratorio de criminalística.

Se investigarán rastros de sangre, semen, materia fecal, pelos, saliva y demás secreciones, como así también rastros de tierra, pintura, pasto u otros elementos vinculados al hecho.

6. 7. 3. Examen físico

Debe ser cuidadoso y reservado tratando de preservar el pudor de la persona examinada. La presencia de testigos debe ser restringida a un familiar a cargo y otro médico o integrante del equipo de salud.

El examen médico ginecológico y proctológico forense debe ser minucioso y sistematizado, abarcando toda la superficie corporal. Debe seguirse un protocolo y nunca comenzar por las partes pudendas y genitales. Toda resistencia o aprehensión de la víctima será motivo de interrupción del examen hasta lograr su cooperación. Nunca se debe forzar el examen.

6. 7. 3. 1. Zona extra-genital

Comprende toda la superficie corporal o regiones que no integran las zonas pudendas o genitales.

Excoriaciones, hematomas, equimosis, heridas contuso-cortantes y sugilaciones son las más habituales.

Las lesiones ubicadas en brazos y muñecas son típicas de la sujeción violenta. Las excoriaciones y estigmas ungueales en el cuello son características de las lesiones provocadas para acallar a la víctima. Las lesiones en cuero cabelludo (arrancamiento de pelos, contusiones, hematomas) expresan la violencia que el victimario ejerce para vencer la resistencia de la víctima (“lesiones necesarias”).

Heridas incisas, quemaduras, flagelación y mutilaciones, son por el contrario, las lesiones llamadas “innecesarias”, producto de ataques sexuales sádicos, revelando la personalidad sadomasoquista del autor.

6. 7. 3. 2. Zona para-genital

Abarca el área que corresponde a la cara interna de los muslos, los glúteos, el pubis y la región suprapúbica. Hematomas, equimosis, contusiones y excoriaciones son las lesiones más frecuentes.

6. 7. 3. 3. Zona genital

Comprende el examen de mamas y pezones, vulva, himen, vagina y útero.

En mamas se pueden describir lesiones que van desde equimosis, hematomas intraparenquimatosos, laceraciones, mordeduras, quemaduras y lesiones ungueales, hasta heridas cortantes, amputaciones del pezón, etc.

En vulva, las lesiones más frecuentemente encontradas son equimosis, excoriaciones en los casos de coito interfémora o vestibular y diferentes grados de heridas desgarrantes que pueden llegar a ser gravísimas en menores impúberes, causante a veces de profusas hemorragias que ponen en peligro de vida. Es con la pubertad, en virtud del desarrollo somático, que la ruptura del himen toma relevancia como signo cardinal del abuso sexual con acceso carnal. En estos casos, deberá señalarse las características del mismo.

HIMEN:

Definición y morfología: Es un repliegue mucoso que separa la vulva de la cavidad vaginal, constituida por una membrana conectiva fibroelástica tapizada por epitelio estratificado.

En la descripción de sus diversas variantes se ha tenido en cuenta la forma del orificio y el aspecto de su borde libre (20-21).

Hay hímenes típicos, como el anular (el más frecuente) con un orificio central o ligeramente excéntrico; el semilunar en forma de medialuna o el labiado (himen en dos segmentos, a derecha e izquierda).

Entre los hímenes atípicos se describen el criboso con múltiples perforaciones; el coroliforme o “en coliflor” con múltiples prolongaciones que se superponen; el dentado y el imperforado (que requiere una cirugía en la “menarca”).

En cuanto al orificio himeneal, se considera que hasta los cinco años de edad es generalmente de 5 mm; en la niña pre-púber de 1 cm (orificios mayores hacen sospechar la posibilidad de abuso sexual); en las adultas jóvenes de 1 – 2 cm y en mujeres mayores superan los 2 cm.

Con respecto al borde libre, se hace necesario investigar la presencia de “escotaduras” o “desgarros”. El diagnóstico diferencial entre ambos está determinado por la diferencia de profundidad de los mismos. Mientras que la escotadura (congénita) llega hasta la base de implantación o borde adherente del himen, resultando imposible la aproximación de sus bordes ya que se trata de una falta de sustancia, el desgarro (adquirido por desfloración) no llega hasta la base, pudiéndose observar la presencia de fenómenos inflamatorios (bordes rojos) a ese nivel cuando es reciente o de bordes cicatrízales (bordes opacos, blancos) cuando excede los 10 – 12 días de la desfloración.

Virginidad: Se dice de aquella situación en la que el himen se presenta intacto, sin desgarros ni rupturas. Ello hace presumir que no hubo relaciones sexuales consentidas o por violencia. Sin embargo, cabe consignar en ciertos casos la existencia de hímenes “complacientes”, que por presentar orificios mayores a 2 cm o por aumento de la elasticidad, el coito no produce desgarros.

Desfloración: El hallazgo de desgarros supone la ruptura de la membrana por coito u otro factor. Se dice que es de “reciente data” (menos de 10 – 12 días) cuando presenta las características más arriba mencionadas. Después de los 12 días, el desgarró se encuentra completamente cicatrizado y es imposible determinar el tiempo de la desfloración, ya que puede tratarse de días, meses o años.

La presencia de “*carúnculas mirtiformes*” o restos cicatrízales del himen, son características en mujeres con actividad sexual intensa o que han tenido partos.

6. 7. 3. 4. Zona Ano-rectal

Se examina en posición genu-pectoral o de plegaria mahometana. Lencioni (7), cita autores como Hobbs y Wynne quienes aconsejan examinar a los menores colocándolos en decúbito lateral izquierdo, con los muslos flexionados sobre la pelvis y la cabeza apoyada sobre una almohada.

En un atentado reciente es común apreciar la hipotonía esfinteriana antálgica para aliviar el dolor. El signo típico del abuso pederástico es una herida desgarrante o fisura de la mucosa y del esfínter interno, sangrante, de forma triangular, con base en la unión ano-rectal, tumefacta, que produce intenso dolor y habitualmente situada en “hora seis”. Se lo identifica como “signo de Wilson – Johnston” (20).

En el abuso sexual con reiteradas penetraciones ano-rectales es posible observar borramiento de pliegues, fibrosis perianal, orificio anal dilatado que permite una visualización espontánea del recto (“ano infundibular”), incontinencia esfinteriana, fisuras.

Pueden presentarse también signos de E.T.S. como condilomas acuminados y secreciones purulentas.

En los casos de abuso reciente, un pequeño lavado o hisopado rectal puede demostrar la presencia de semen o de secreciones prostáticas que ayudarían con el diagnóstico y la identificación del agresor.

Signos de abuso agudo:

- ✓ Excoriaciones, laceraciones o desgarros en la mucosa anal o en los pliegues radiados. Es frecuente ver el signo de Wilson – Johnston (desgarro de la mucosa anal en hora seis, de forma triangular)
- ✓ Hemorragia. Puede ser de poca intensidad o grave hasta incoercible.
- ✓ Parálisis del esfínter anal. Orificio anal entreabierto y muy doloroso al tacto.
- ✓ Incontinencia fecal (acompaña al signo anterior).
- ✓ Hipotonía y ruptura del esfínter anal.
- ✓ Ano infundibuliforme (forma de embudo) por la contractura del músculo elevador.
- ✓ Lesiones del recto y desgarros recto-peritoneales.
- ✓ Presencia de esperma en el ano o en el recto.
- ✓ Presencia de cuerpos extraños.
- ✓ Presencia de signos de contagio venéreo.
- ✓ Presencia de signos contusos, heridas u otro tipo de lesiones en la piel circundante.

Signos de abuso crónico:

- ✓ Pequeñas cicatrices de antiguas fisuras en la región perianal.
- ✓ Piel queratinizada en las proximidades del ano.
- ✓ Hiperpigmentación de la mucosa anal.
- ✓ Borramiento de los pliegues del ano.
- ✓ Existencia del rodete fibroso que rodea al ano.
- ✓ Deformación infundibuliforme del ano.
- ✓ Hipotonía esfinteriana (tacto anal). Signo de relajación del esfínter.

6. 7. 4. Exámenes complementarios

Nunca se deben omitir. Están dirigidos a la comprobación fehaciente del hecho, la identificación del autor y la demostración de circunstancias agravantes. El fluido seminal

debe ser recogido junto con el soporte donde se lo encuentre desecado. La supervivencia de los espermatozoides en el medioambiente varía entre 6 a 8 horas, aunque se han comunicado casos positivos hasta 24 hs después. Raffo (22), aconseja para evitar que la costra seminal desecada se desprenda del soporte, transportar las prendas enteras manchadas protegidas entre cartones, evitando también dobleces o arrollamiento.

Las manchas seminales desecadas sobre la piel se presentan como una fina película blanca nacarada, como si fuera pegamento.

El vello púbico manchado de semen debe recortarse y las manchas seminales de la cara interna de los muslos o región inter-fémora deben ser humedecidas con gasa o algodón.

Si no se encuentra material, habría que realizar un discreto lavado o barrido de la zona con solución fisiológica y posterior aspiración.

La investigación de una presunta mancha o secreción de líquido seminal implica 3 órdenes

- a) Diagnóstico genérico: Se orienta a la demostración de espermatozoides, la existencia de fosfatasa ácida prostática y la determinación inmunológica de Antígeno Prostático Específico (P.S.A.).
- b) Diagnóstico de especie: Se realiza en forma simultánea al genérico y utilizada justamente para la determinación del P.S.A.
- c) Diagnóstico de individualización: Para identificar al autor mediante el estudio de ADN en la muestra obtenida.

6. 7. 5. Examen Psíquico

Es insoslayable. Está destinado a determinar el grado intelectual y capacidad de discernimiento de la víctima en orden a su aptitud racional y madurez sexual, evaluando la verosimilitud del relato (23).

El examen psiquiátrico y psicopatológico tienen además la misión de detectar las anomalías secuelas de la personalidad, sobrevivientes al ataque sexual, ya que estas circunstancias constituyen el agravante del inciso a) del Código Penal: “*cuando resultare*

grave daño en la salud mental de la víctima “, o bien el del párrafo 2, cuando el hecho configure un “sometimiento gravemente ultrajante “(24).

Las secuelas que dejan la agresión sexual y en especial la violación han sido denominadas “de victimización”, cuadro que presenta componentes del síndrome de stress pos-traumático (25). Se observan dos fases:

1ª fase (Aguda): El examinado se encuentra al momento de la pericia muy alterado desde el punto de vista psíquico, lo que le imposibilita describir al agresor y referir los hechos. La angustia que manifiesta a través de crisis de llanto, insomnio e inapetencia puede repercutir además en trastornos funcionales u orgánicos, especialmente del aparato digestivo (gastralgias, náuseas y vómitos) o urinarios (disuria, espasmos vesicales).

2ª fase (Tardía): Transcurrido un tiempo variable desde el hecho se ha observado a posteriori dos circunstancias evolutivas. Algunas víctimas pueden llegar a superar esta crisis psíquica y volver a su normalidad con el solo recuerdo de una desagradable experiencia sufrida. Otras en cambio no la superan, y tienden a instalárseles diversos síntomas psíquicos que les alteran significativamente su forma de vida y relación con el medio social y que van desde alteraciones sexuales (frigidez, rechazo al coito), desconfianza en las relaciones de pareja, rechazo a reuniones sociales, temor a salir, aparición de fobias, hasta cuadros depresivos.

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 ella. En todo momento se le debe estimular su valentía por haber dado a conocer lo sucedido.

Es necesario contención y mucha comprensión.

6. 8. MARCO JURIDICO

La Ley Nacional 25087 (año 1999), introdujo profundos cambios al Código Penal Argentino en las figuras que tipificaban conductas contrarias a la honestidad de las personas.

El primer cambio importante fue la modificación del concepto de “delitos contra la honestidad sexual” que rubricaba anteriormente el Título 3 del C.P. por la rúbrica actual de “**delitos contra la integridad sexual.**” La palabra *integridad* reemplazó a la de *honestidad*. El concepto de **integridad** comprende la condición de íntegro (entero, completo, cabal, recto) y debe tomarse desde el punto de vista sexual no solo como equivalente a virginidad, sino como una conducta sexual recta. La integridad sexual, facultad inherente a la dignidad de las personas, como derecho intangible y exclusivo de indemnidad y autodeterminación de la actividad sexual humana constituye el bien jurídico o preeminente que la nueva norma legal ha querido amparar o proteger.

Modificaciones:

- Arts. 119 y 120 – Abuso Sexual y sus variantes, como el Estupro (13-16 años)
- Arts. 125, 126 y 127 - Corrupción y prostitución.
- Art. 128 – Pornografía.
- Art. 129 – Exhibiciones Obscenas.
- Art. 130 – Rapto.

La figura penal de abuso sexual:

El art. 119 modificado establece que existe abuso sexual cuando hay contacto con el cuerpo de la víctima con connotación sexual o mediante la introducción de objetos en los orificios naturales de la víctima, sin el consentimiento de la misma ya sea por edad (menor de 13 años) o mediante violencia, amenaza, abuso coactivo o intimidatorio.

Sin embargo, el término abuso sexual es más genérico y más amplio. Abarca todo tipo de prácticas (tocamiento, caricias, besos, frotamientos, agresiones corporales o de los

órganos genitales, coito vulvar o interfémora o interglúteo), realizados con la finalidad de obtener satisfacción o goce sexual.

a) Abuso sexual agravado (3 a 5 años de prisión):

- Cuando resultare grave daño a la salud física o mental de la víctima.
- Cuando el hecho fuere cometido por ascendiente, descendiente, ministro de culto o educador.
- Cuando el autor, conociendo su estado, propagare una enfermedad venérea o de trasmisión sexual.
- Cuando el hecho fuere cometido por dos o más personas o con el empleo de armas
- Cuando el hecho fuere cometido por personal policial o de seguridad en ocasión de sus funciones.
- Cuando el hecho fuere cometido contra un menor de 18 años, aprovechándose de una situación de convivencia.

b) Abuso sexual con sometimiento gravemente ultrajante (4 a 10 años de prisión):

- Cuando la continuidad o duración del abuso es reiterado y se prolonga en el tiempo.
- Cuando el abuso contiene un grado tal de perversidad que implique un grado mayor de degradación o humillación.

c) Abuso sexual con acceso carnal o Violación (6 a 15 años de prisión):

- Abuso sexual con acceso carnal (penetración) por cualquier vía.

d) Violación agravada (8 a 20 años de prisión):

- Mismos ítems del abuso sexual agravado.

Tentativa de acceso carnal:

Si además del abuso existiera el propósito de acceder carnalmente a la víctima y el mismo hubiere sido frustrado, quedará consumada la figura penal del abuso sexual con acceso carnal en grado de tentativa.

Acceso carnal – Fellatio in ore:

El párrafo tercero incorpora este concepto que pudiendo acompañar o no al abuso sexual se define como “la penetración completa o incompleta del miembro viril masculino (IMMISSIO PENIS) en una cavidad natural o contra-natural, AB NORME, según algunos autores (vagina, ano o boca), con o sin eyaculación”.

Promoción de la acción penal:

En referencia al ejercicio de la acción penal para el caso de delitos sexuales, el artículo 72 del C.P. establece que las acciones que nacen de los delitos tipificados en los artículos 119, 120 y 130, siempre que no impliquen la “muerte” de la víctima o las lesiones “gravísimas” del artículo 91, son de instancia privada. En la práctica esta normativa significa, tratándose la víctima de un menor adulto no emancipado, que solamente quienes ejercen la patria potestad (tutor, guardador o representante legal) están facultados para efectuar la denuncia, salvo que existieren intereses contrapuestos o el interés público estuviera comprometido o mediar en razones de seguridad.

En efecto, para que la acción penal sea considerada válidamente instada deben superarse las restricciones impuestas en los términos del segundo párrafo del artículo 72: “en los casos de este artículo, no se procederá a formar causa sino acusación o denuncia del agraviado, de su tutor, guardador o representantes legales. Sin embargo, se procederá de oficio cuando el delito fuere cometido contra una persona menor que no tenga padres, tutor, guardador o que lo fuere por un ascendiente, tutor o guardador” o “cuando existieren intereses gravemente contrapuestos entre alguno de estos y el menor”.

“En general, las reformas introducidas por ley 25087 han querido terminar con las discrepancias al dejar comprendido en la forma más grave de delito contra la integridad sexual, que antes se denominaba violación, al acceso carnal consumado por cualquier vía, natural o contra-natural, aunque ésta no tenga capacidad erógena”(24).

Disposiciones legales en relación al abuso sexual de menores:

Nuestro país, a través de la ley 23054, adhiere a la Convención Americana sobre Derechos Humanos conocida como "Pacto de San José de Costa Rica" el que, en virtud del artículo 75 del C.N. (ap.22), tiene rango constitucional y jerarquía superior a las leyes.

En su artículo 19 expresa: ***"Todo niño tiene derecho a las medidas de protección que su condición de menor requiere por parte de su familia, de la sociedad y del estado"***.

A su vez, la Convención sobre los Derechos del Niño, adoptada por la ONU, a la que Argentina adhirió por medio de la ley 23849, en su artículo 19 expresa: ***"Los Estados partes adoptarán todas las medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas apropiadas para proteger al niño contra toda forma de perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, incluido el abuso sexual"***.

Esta normas legales vigentes tienen por finalidad primordial la protección del menor, especialmente en situación de riesgo material o moral y también la prevención del abuso infantil en todas sus formas, proveyendo la ayuda y la contención social necesarias para garantizar el desarrollo del niño como persona, asegurándole el ejercicio pleno a todos sus derechos.

El 04 de junio de 2003 se decretó el proyecto de ley "PROGRAMA NACIONAL DE PREVENCIÓN Y ASISTENCIA A LAS VÍCTIMAS DE DELITOS SEXUALES". Sus objetivos:

- ✓ Garantizar el respeto, protección y ejercicio de los derechos humanos a las víctimas de delitos contra la integridad sexual.
- ✓ Implementar servicios integrales, específicos, expeditivos, accesibles y gratuitos para la asistencia médica, psicológica, social y jurídica a las personas víctimas de delitos contra la integridad sexual.
- ✓ Promover la coordinación intersectorial para la implementación de acciones destinadas a la prevención, la asistencia y la rehabilitación de las personas que sufren sus efectos.
- ✓ Disminuir la morbilidad de las personas víctimas de estos delitos. Prevenir embarazos y enfermedades de transmisión sexual y de VIH/SIDA, asegurando las prestaciones de emergencia.

- ✓ Arbitrar procedimientos que eviten la re-victimización, derivada de estudios médicos sucesivos y de la substanciación de actuaciones judiciales.
- ✓ Sensibilizar y capacitar con perspectiva de género, al personal de las fuerzas de seguridad, de salud, de educación y de justicia para la prevención y asistencia de las víctimas de delitos contra la integridad sexual.
- ✓ Promover la realización de actividades de estudio, investigación y divulgación vinculadas con los delitos contra la integridad sexual y sobre violencia de género.
- ✓ Estandarizar metodologías para la recolección de datos científicos que permitan realizar diagnóstico de magnitud del problema, así como el seguimiento del presente programa.
- ✓ Garantizar a toda la población el acceso a la información, orientación y a las prestaciones de los servicios.

7. MATERIALES Y METODOS

Diseño observacional, descriptivo y retrospectivo transversal.

Fuente de Datos: Denuncias sobre delitos sexuales en menores de 18 años registradas por el A.I.V.G.S.F. (Área de Investigación sobre Violencia de Género, Sexual y Familia) Dpto. Rosario, realizadas durante el período anual comprendido entre enero y diciembre de 2016. Esta entidad, creada en el año 1999, depende orgánicamente de la agencia de tratas de personal (P.D.I.) de la Policía de la Provincia de Santa Fe.

Para su resolución, he decidido la conjugación de cuatro variables en la aplicación del tema a estudiar: **Edad** y **Sexo** de las víctimas, **Ámbito del Abuso** (que evalúa el vínculo con el agresor) y **Zona de Residencia** de las víctimas (distribuidas en cuatro distritos de la ciudad, mas otro periférico conformado por localidades vecinas del Gran Rosario).

8. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Denuncias por Abuso Sexual de Menores, clasificadas según grupo etario y sexo:

De un total de 187 víctimas, correspondieron 153 casos (81,82%) a niñas y 34 casos (18,18%) a varones. Es decir que, prácticamente cada 5 niños abusados 1 fue varón y 4 mujeres.

El grupo etario más afectado en general, correspondió al de 10-14 de edad con 79 casos (42,25%). Es menester observar, que mientras el grupo de las niñas fue coincidente con la primacía de este rango (37,97%), el de los varones con mayor porcentaje priorizó al de 5-9 años (12,30%).

Todo ello se expresa ordenadamente mediante cifras absolutas y porcentuales en los Cuadros I y II y su figura correspondiente en el Gráfico A.

Cuadro I - Denuncias por abuso sexual en 187 menores, clasificadas según el grupo etario y sexo de la víctima.

Datos absolutos.

GRUPO ETARIO	SEXO de la VICTIMA		Total Víctimas
	Femenino	Masculino	
0 - 4 años	13	3	16
5 - 9 años	38	23	61
10 -14 años	71	8	79
15 -18 años	31	0	31
TOTAL	153	34	187

Fuente: A.I.V.G.S.F. - Rosario (Policía Provincial)

Cuadro II - Denuncias por abuso sexual en 187 menores, clasificadas según el grupo etario y sexo de la víctima.

Datos porcentuales.

GRUPO ETARIO	SEXO de la VÍCTIMA		Total %
	Femenino	Masculino	
0 - 4 años	6,95%	1,60%	8,55%
5 - 9 años	20,32%	12,30%	32,62%
10 -14 años	37,97%	4,28%	42,25%
15 -18 años	16,58%	0%	16,58%
Total %	81,82%	18,18%	100%

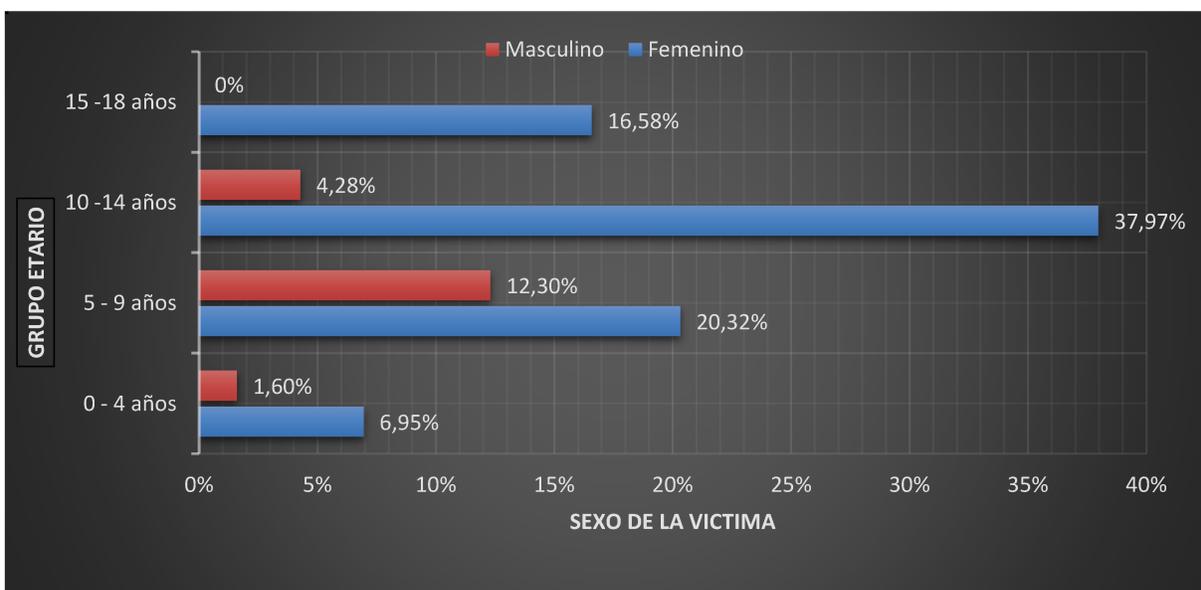


Gráfico A - Distribución porcentual, según grupo etario y sexo de las víctimas.

Distribución comparativa según la Edad y Sexo de las Víctimas:

La mitad de las víctimas tenían 12 años las nenas y 8 años los varones.

Mientras el 50% de la concentración total de las víctimas femeninas se observaron comprendidas dentro de un rango de 6 años (entre los 8 y 14 años de edad), el de los varones resultó ser prácticamente la mitad, con un rango de 3 años (entre los 6 y 9 años de edad), observándose además en ambos casos una mayor concentración de aquellas edades comprendidas entre el 50% y el 75% en sendos grupos.

El 25% de las niñas más jóvenes (entre los 2 y 8 años) resultaron con edades más “dispersas” que las mayores (entre los 14 y 17 años). Por el contrario, el 25% de los varones más chicos (entre los 3 y 6 años) resultaron con edades más “concentradas” que los mayores (entre los 9 y 14 años).

No se observaron valores atípicos extremos excediendo los límites superiores e inferiores.

Expresión ordenada de dichos datos en las figuras del Gráfico B.

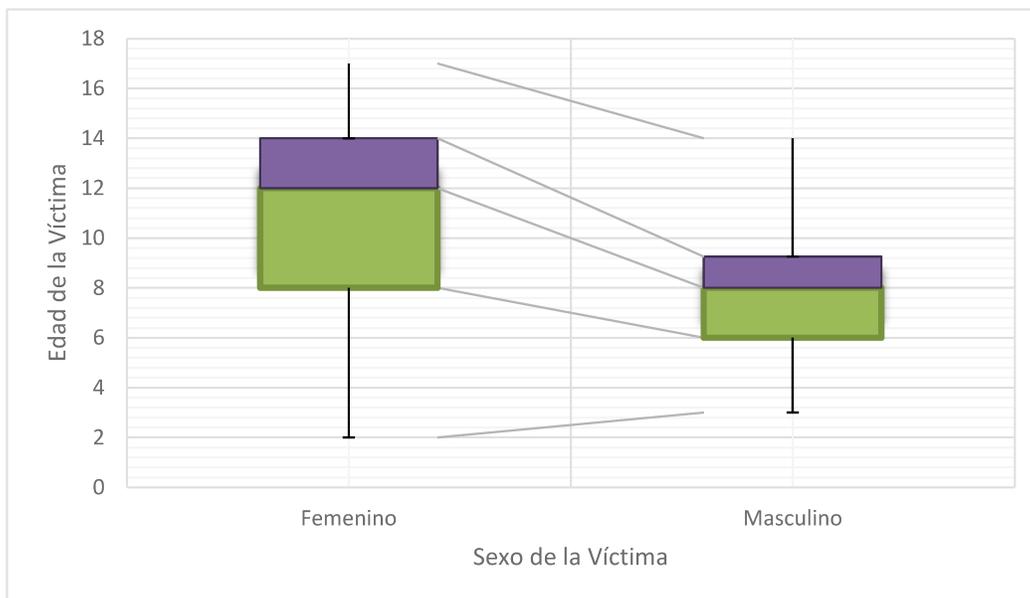


Gráfico B - Distribución comparativa, según edad y sexo de las víctimas.

Denuncias por Abuso Sexual de Menores, clasificadas según Ámbito del Abuso:

El mayor porcentaje de abusos ocurrió dentro del ámbito INTRAFAMILIAR (86,53% del total). Es decir, casi 9 de cada 10 abusos. De ellos, 7 de cada 10 fueron INCESTUOSOS o intrafamiliar propiamente dicho (60,44%), cuyo autor resultó ser un ascendiente, descendiente o colateral directo de la víctima.

El 26,19% restante correspondió a los NO-INCESTUOSOS, referido a victimarios sin un vínculo co-sanguíneo (amigos, vecinos, profesores, religiosos, etc.), pero considerados por la víctima “como si fueran parte de la familia”.

El abuso EXTRAFAMILIAR, con autores desconocidos, resultó ser mínimo (13,37%).

Se observa además, que el Abuso Intrafamiliar fue preponderante en cada uno de los grupos etarios estudiados.

Ver expresión ordenada mediante cifras absolutas y porcentuales en los Cuadros III y IV y su figura correspondiente en el Gráfico C.

Cuadro III - Denuncias registradas por abuso sexual en 187 menores, clasificadas según el ámbito del abuso.

Datos absolutos.

GRUPO ETARIO	AMBITO del ABUSO			Total Víctimas
	Intrafamiliar		Extrafamiliar (Desconocido)	
	Incestuoso	No Incestuoso		
0 - 4 años	12	4	0	16
5 - 9 años	44	14	3	61
10 -14 años	45	22	12	79
15 -18 años	12	9	10	31
TOTAL	113	49	25	187

Fuente: A.I.V.G.S.F. - Rosario (Policía Provincial)

Cuadro IV - Denuncias registradas por abuso sexual en 187 menores, clasificadas según el ámbito del abuso.

Datos Porcentuales.

GRUPO ETARIO	AMBITO del ABUSO			Total Víctimas
	Intrafamiliar		Extrafamiliar (Desconocido)	
	Incestuoso	No Incestuoso		
0 - 4 años	6,42%	2,14%	0%	8,56%
5 - 9 años	23,53%	7,48%	1,60%	32,61%
10 -14 años	24,07%	11,76%	6,42%	42,25%
15 -18 años	6,42%	4,81%	5,35%	16,58%
TOTAL %	60,44%	26,19%	13,37%	100%

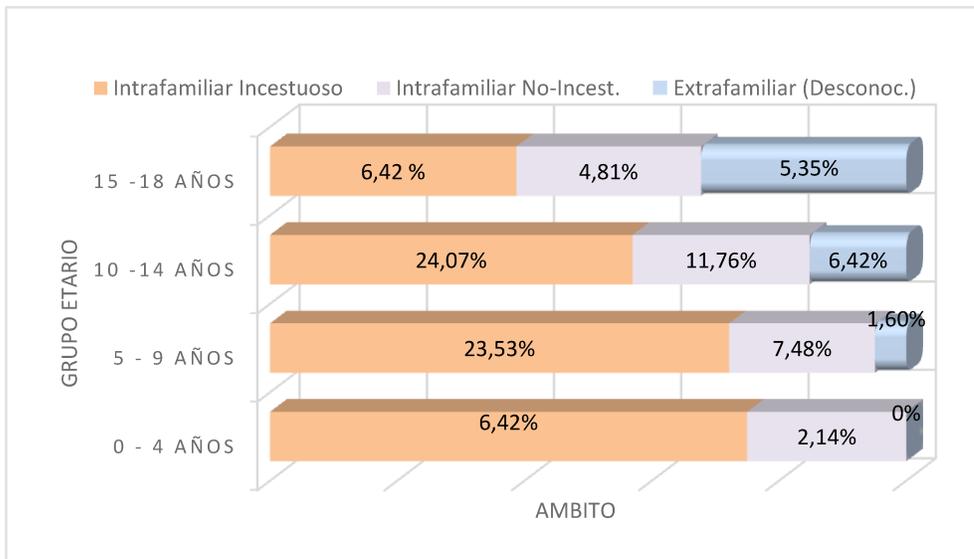


Gráfico C - Distribución porcentual, según ámbito del abuso.

Denuncias por Abuso Sexual de Menores, clasificadas según Distrito de Procedencia:

Prácticamente la tercera parte del total de denuncias por abuso procedieron de la zona “oeste” de Rosario con 61 casos (32,62%), siguiéndole en segundo término las provenientes del distrito “sur” con 54 casos (28,87%), lo que constituyeron entre ambos más del 60% del total.

Ello resulta curiosamente semejante a lo visto en la conjunción sexo-edad de las víctimas. Recordemos que el grupo femenino entre 10 y 14 años lideraba las denuncias, seguido por el grupo masculino entre 5 y 9 años, lo que sumaban entre ambos más del 50% del total.

Es de notar también, que el distrito centro de Rosario fue el menor cantidad de denuncias, con tan solo dos casos registrados.

Ver expresión ordenada mediante cifras absolutas y porcentuales en los Cuadros V y VI y su figura correspondiente en el Gráfico D.

Cuadro V - Denuncias registradas por abuso sexual en 187 menores, clasificadas según el distrito de procedencia de las víctimas.

Datos absolutos.

GRUPO ETARIO	DISTRITO de PROCEDENCIA					Total Víctimas
	zona Norte	zona Sur	zona Oeste	zona Centro	Localidad Periférica	
0 - 4 años	3	4	7	0	2	16
5 - 9 años	13	22	18	1	7	61
10 -14 años	22	19	27	1	10	79
15 -18 años	7	9	9	0	6	31
TOTAL	45	54	61	2	25	187

Fuente: A.I.V.G.S.F. - Rosario (Policía Provincial)

Cuadro VI - Denuncias registradas por abuso sexual en 187 menores, clasificadas según el distrito de procedencia de las víctimas.

Datos porcentuales.

GRUPO ETARIO	DISTRITO de PROCEDENCIA					Total %
	zona Norte	zona Sur	zona Oeste	zona Centro	Localidad Periférica	
0 - 4 años	1,6	2,14	3,75	0	1,07	8,56
5 - 9 años	6,95	11,76	9,62	0,54	3,74	32,61
10 -14 años	11,76	10,16	14,44	0,54	5,35	42,25
15 -18 años	3,75	4,81	4,81	0	3,21	16,58
TOTAL	24,06%	28,87%	32,62%	1,08%	13,37%	100%

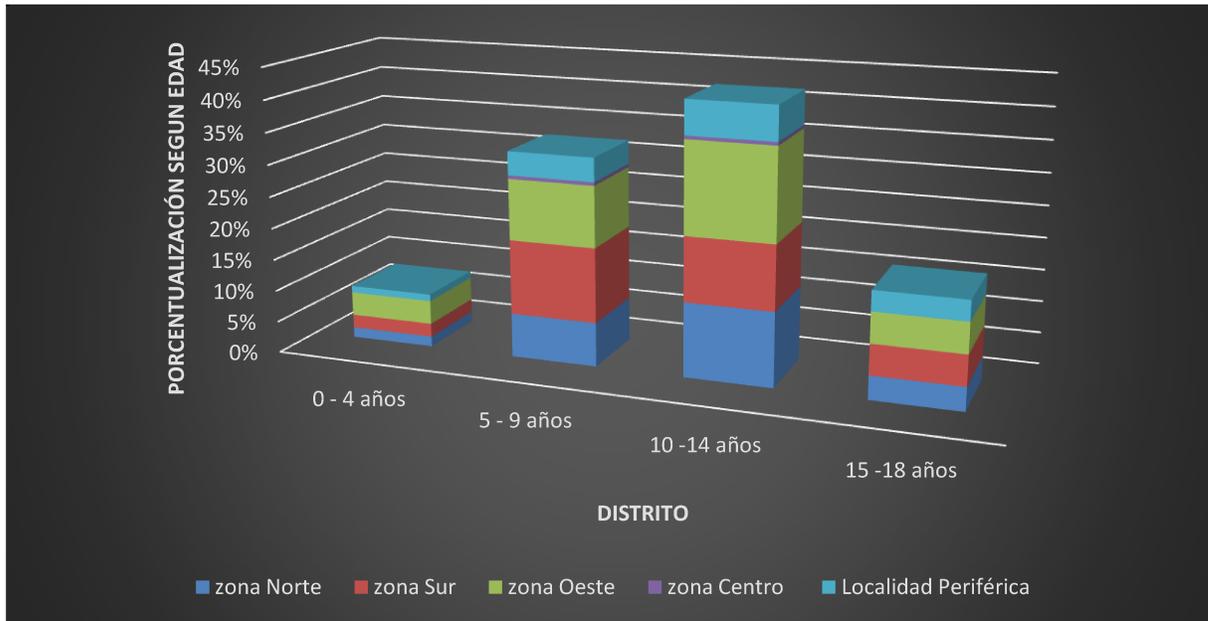


Gráfico D - Distribución porcentual, según el distrito de procedencia y grupo etario de las víctimas.

Principales medidas de Posición y Dispersión, según Edad y Sexo:

A través del estudio realizado se concluye que, en las víctimas **femeninas** "dentro de un **rango** de edad comprendido entre **2 y 17 años**, el **promedio** general hallado fue de **11,05**, oscilando alrededor del mismo en **4,01** de **desviación estándar**. La **mitad** de las edades fueron mayor o igual a 11,59 (**12 años**) y la otra mitad menor o igual a la misma, encontrándose el valor más frecuente o **modo** en los **14 años** de edad".

Por su parte, en las víctimas **masculinas** "dentro de un **rango** de edad comprendido entre los **3 y 14 años**, el **promedio** general hallado fue de **7,82**, oscilando alrededor del mismo en **2,7** de **desviación estándar**. La **mitad** de las edades fueron mayor o igual a 7,44 (**8 años**) y la otra mitad menor o igual a la misma, encontrándose el valor más frecuente o **modo** en los **8 años** de edad".

Ver expresión ordenada mediante cifras relativas en el Cuadro VII.

Cuadro VII - Resultado de las principales medidas de posición y dispersión, según edad y sexo.

SEXO de las VÍCTIMAS	EDAD de las VICTIMAS					
	Medidas de Posición			Medidas de Dispersión		
	Promedio	Mediana	Modo	Rango	Variancia	Desvío Standard
Femenino	11,05	11,59	14	15	16,06	4,01
Masculino	7,82	7,44	8	11	7,3	2,7
TOTAL	10,45	10,64	14	15	16,24	4,03

Denuncias por Abuso Sexual en el País y su Prevalencia:

A través del programa "Victimas contra la Violencia", el Ministerio de Justicia de la Nación, recopiló datos según llamadas al 0800-2222-1717. Ver Cuadro VIII (26).

PREVALENCIA - ROSARIO 2016:

Fuente datos poblacional: INDEC

P = Total de casos registrados durante el año 2016 . 100000 Hab.
Total de la Población a mitad de período

$$P = \frac{187 \cdot 100000}{948312} = \mathbf{19,72}$$

Cuadro VIII - Denuncias por abuso sexual en el País y su Prevalencia.		
Período Noviembre 2016 a Febrero 2018		
Provincia	Nº de casos	P
C.A.B.A.	1085	35,4
T. Fuego	13	7,8
Bs. As.	1113	6,4
Córdoba	137	3,7
Neuquén	23	3,5
Chubut	23	3,5
San Luís	17	3,2
Santa Cruz	11	3,1
Jujuy	19	2,5
Mendoza	47	2,4
Santa Fe	82	2,3
Tucumán	33	1,9
Rio Negro	14	1,9
Misiones	21	1,7
Catamarca	7	1,7
Salta	21	1,5
Formosa	9	1,5
S. Estero	13	1,3
Corrientes	14	1,2
La Pampa	4	1,1
Entre Ríos	14	1
Chaco	9	0,7
San Juan	6	0,7
La Rioja	3	0,7

El abuso sexual de menores es común, pero insuficientemente informado, no bien conocido y no bien tratado. Representa uno de los más importantes problemas que atentan contra la estabilidad social debido a su potencial de destrucción, dado que promueve y genera nuevos círculos de violencia que obstaculizan, distorsionan y alteran el desarrollo integral de los individuos.

En acuerdo con lo informado por UNICEF, la mayoría de los casos no se conocen porque se mantienen en secreto; el niño/a es amenazado para que no hable; se genera todo un entorno para que la víctima se mantenga callada, y si llegara hablar no se le crea. Por lo general, los casos no llegan todos a la justicia y la mayoría de los que llegan son sobreseídos por falta de pruebas.

En la ciudad de Rosario se creó en el año 2000 el Centro de Asistencia a las Víctimas de Delitos Sexuales (C.A.V.D.S.), dependiente de la UR-II de Policía. Este centro, atendido por policía femenino, se formó con la finalidad de centralizar las denuncias sobre delitos sexuales y de violencia familiar.

Si bien les brinda a las víctimas un lugar donde recepcionar las denuncias, también contribuye con los exámenes médico-legales y psicológicos. En oportunidades, las víctimas son derivadas a un Servicio Hospitalario público y su seguimiento tiende a diluirse.

Pero, qué sucede con la víctima en lo que respecta a su retorno familiar? . Si bien no hay mucha información, se presume que en algunos casos, la justicia hace entrega de la víctima a otros familiares, cuando el abuso es intrafamiliar, o bien, son derivadas con su madre a hogares de madres solteras o de violencia familiar... ¿transitoriamente?

Se podría decir que el Estado no ha encontrado aún una forma apropiada integralmente de su intervención en este tipo de delito.

Cuando se presenta una denuncia de abuso sexual *reciente*, es fundamental la exploración médica antes de las 24 – 48 hs para la detección de lesiones físicas (27).

Cuando los abusos *no son recientes*, la exploración genital es normal o los hallazgos no son específicos (27). Pasadas las 48 – 72 hs desaparecen la mayoría de las evidencias físicas.

Por ello es fundamental establecer protocolos de coordinación entre los servicios de atención primaria, especialistas y servicios de Medicina Legal, sea para el abordaje de las víctimas, en la detección y valoración de los indicadores de sospecha y en el compromiso de su atención y seguimiento.

También es importante recalcar en una valoración global de las diferentes categorías de indicadores, tanto físicos como del “comportamiento de la víctima”, y la posible “verbalización” a lo largo del proceso diagnóstico.

No todos los indicadores son concluyentes para el diagnóstico de abuso sexual, sin embargo la verbalización con informe psicológico de veracidad, constituye un indicador de certeza tan fiable como la rotura del himen o la presencia de una E.T.S. en edad pre-puberal.

Sugerencias:

- La temática del A.S.I. tendría que ser incluida en los programas educativos de grado y post-grado de los servicios relacionados con la salud, ello basado en el abordaje interdisciplinario que debería hacerse.
- Educar a la población en general y específicamente a los individuos en riesgo.

9. CONCLUSION

La actualización de cifras sobre prevalencia del abuso sexual de menores, permite confirmar la importancia de este problema extendido en la sociedad Rosarina, siendo necesarios programas de prevención y ayuda para el elevado número de víctimas.

✓ P en Rosario: 19,8. *Prácticamente 20 casos de abuso registrados cada 100000 habitantes. Esta alta proporción, dentro de la República Argentina, solo es superada actualmente por C.A.B.A. (P = 35,4).*

✓ Sexo de la Víctima: *A los fines prácticos, cada 10 víctimas por abuso, 8 fueron niñas y 2 varones.*

✓ Edad de la Víctima: *Los grupos etarios más afectados fueron los comprendidos entre 10-14 años para las niñas, con una mediana de 12 años y promedio de 11 años de edad. Correspondiendo para los varones comprendidos entre 5-9 años el grupo más afectado, con una mediana y promedio casi coincidentes en los 8 años.*

✓ Ámbito del Abuso: *9 de cada 10 abusos ocurrieron dentro del ámbito intrafamiliar, siendo 7 de cada 10 con modalidad incestuosa (agresor ascendiente, descendiente ó colateral de la víctima); el resto con modalidad no-incestuosa (agresor conocido, amigo, profesor, religioso). Por último, 1 de cada 10 abusos fue por desconocidos (ámbito extrafamiliar).*

✓ Distrito de procedencia de la Víctima: *Prácticamente la tercera parte del total de víctimas procedían de la zona oeste de Rosario (32,62%) que sumadas a las denuncias procedentes de la zona sur (28,87%) constituyeron entre las dos, más del 60% (podríamos considerar a la "región sud-oeste de Rosario" como la más afectada). Luego le siguieron en frecuencia la zona norte (24,06%) y los ocurridos en las localidades periféricas del gran Rosario (13,37%), siendo mínimo el porcentaje de casos ocurridos en el centro.*

✓ Resultado de las principales medidas de Posición y Dispersión, en lo referente a edad de las víctimas en general (ambos sexos): *"A través del estudio realizado podemos concluir que dentro de un rango de edad comprendido entre los 2 y 17 años, el*

*promedio general hallado fue de **10 años y medio** (10,45), oscilando alrededor del mismo un **desvío standard** de **4,03**.*

*La mitad de las edades (**mediana**), resultó ser mayor o igual también a **10 años y medio** (10,64), y la otra mitad menor o igual a la misma, hallándose la edad más frecuente (o **modo**) en **14 años**".*

Los resultados descriptos dan cuenta que el A.S.I. se presenta como una problemática frecuente en Rosario. Los datos obtenidos se encuentran en línea con los resultados del resto del mundo.

Esto debería hacernos replantear el enfoque del tema desde la perspectiva de la Salud Pública, a los fines de una más adecuada y eficiente capacitación interdisciplinaria, como también una revisión de los programas preventivos y asistenciales.

10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Gil Arrones J., Ostos Serna R., Largo Blanco E., Acosta Gordillo L., Caballero Trigo M.A., *“Valoración Médica de la sospecha del abuso sexual en personas menores de edad”*, cuadernos de medicina forense N° 43-44, Málaga ene. /abr. (2006).
- 2) Cornaglia C.A., Vignolo M.G., *“Crónicas Médico-Forenses”*, *El abuso sexual de menores y la complicidad del silencio*, Dos y Uno Ediciones Argentina, (2005).
- 3) Lozada A.V., Universidad Católica Argentina, *“Epidemiología del Abuso Sexual Infantil”*, Revista de Psicología GEPU, 3 (1), 201 – 229, (2012).
- 4) Cantón Cortés D. y Justicia Justicia F., Universidad de Granada (2008) *“Afrontamiento del Abuso Sexual Infantil y ajuste Psicológico a largo plazo”*, *Psicotherma*, vol. 20, N° 4, pp. 509 – 515, (2008).
- 5) Diario Hoy Día Córdoba, *“Preocupación por el incremento de los casos del maltrato infantil”*, Edición del 07 de Abril (2004).
- 6) Kaplan H.J., Sadock B.J., *“Sinopsis de Psiquiatría”*, 8° edic., Edit. Médica Panamericana, Madrid, (1999).
- 7) Lencioni L.J., *“Los Delitos Sexuales, Manual de Investigación Pericial para Médicos y Abogados”*, Ed. Trillas, México, Enero (2002).
- 8) Bercowitz C., *“Abuso Sexual en la Infancia”*, *Pediatrics in Review*, 14 (4) 133-144 (1993)
- 9) Rubio B., *“Abuso Sexual Infantil”*, En: Díaz Huertas J.A., Casado Flores J., Ruíz Díaz M.A., Esteban Gómez J.; *“Atención al maltrato infantil desde el ámbito sanitario. Instituto Madrileño del Menor y la Familia”*, 109-112, Madrid, (1998).
- 10) Pou J.; Jordan I., Gómez L., *“Abuso Sexual Infantil. Nuestra experiencia en un año”* *Anales Españoles de Pediatría*, 45(3): 245-248, (1996).
- 11) Milner, Joel, et. al, *“Abuso Sexual Intrafamiliar: Teoría, Investigación y tratamiento”*, *Infancia y Sociedad*, N°24, (1994).
- 12) Finkelhor, David, *“Abuso Sexual al Menor”*, Pag. 32, México (1980).
- 13) Hymel K.P., et. al, *“Abuso Sexual de Niños”*, *Pediatrics in review*, 17(8): 291-305 (1996)

- 14) García Algar O, Mur Sierra A, *“Abuso Sexual en la Infancia: Prevención de las Enfermedades de Transmisión Sexual”*, Cuadernos de Pediatría Social, 1: 6-10, (2003).
- 15) American Academy of Pediatrics, Committee of Child Abuse and Neglect: *“Pautas para la evaluación de niños sometidos a abusos sexuales”*, Pediatrics (edic. Española) 31, 2: 85-90, (1991).
- 16) Paradise J.E., *“Valoración Médica del Niño que ha sufrido Abuso Sexual”*, Clin. Ped. de Nort. Amer. (edic. Esp.), 889-912, (1990).
- 17) Caballero Trigo M.A., *“Valoración inicial en los casos de abuso sexual infantil”*. Rev. Trabajo Social y Salud, Zaragoza, 33; 303-340, (1999).
- 18) American Academy of Pediatrics, Committee of Child Abuse and Neglect: *“Guidelines for the evaluation of sexual abuse of children”*, subject review, Pediatrics, 103, 2: 186-91, (1999).
- 19) Atabaki S., Paradise J.E., *“The medical evaluation of the sexually abused child: lessons from a decade of research”*, Pediatrics, (104) 178-185, (1999).
- 20) Bonnet, E.F.P., *“Medicina Legal”*, segunda edición, tomo II, López Libreros Editores S.A., Buenos Aires, (1980).
- 21) Achabal, A., *“Manual de Medicina Legal”*, segunda edición, Abeledo Perrot, Buenos Aires, (1963).
- 22) Bonnet, E.F.P., *“Sicopatología y Psiquiatría Forense”*, parte especial, López Libreros Editores S.A., (1984).
- 23) Código Penal de la República Argentina, Víctor P. de Zavalía S.A., Bs. As., (2002).
- 24) Vargas Alvarado, E., *“Medicina Legal”*, Editorial Trillas, México, (1996).
- 25) Diario Clarín, [www. Clarín.com](http://www.clarin.com) / sociedad, *“Víctimas de Abuso Sexual”*, Edición del 07 de Abril, (2018).
- 26) Palusci V.J., Cox E.O., Shatz E.M., Schultze J.M., *“Urgent medical assessment after child sexual abuse. Child Abuse”*, Negl., 30(4): 367-80, Apr, (2006).
- 27) Adams J.A., Knudson S., *“Genital findings in adolescent girls referred for suspected sexual abuse”*, Arch Pediatric Adolescent Med., 150 (8): 850-7, Aug. (1996).

11. ANEXOS

ANEXO I: RECOLECCIÓN DE DATOS.

DENUNCIAS POR ABUSO SEXUAL DE MENORES - ROSARIO 2016

MES	VICTIMA		VICTIMARIO	DISTRITO
	EDAD	SEXO		
Enero	6	F	padrastro	norte
	13	F	amigo flia.	oeste
	15	F	desconocido	sur
	8	M	abuelo	oeste
	12	F	vecino	oeste
	14	F	conocido	sur
	15	F	desconocido	V.G.G.
	15	F	conocido	sur
	9	F	desconocido	sur
	16	F	padre	oeste
	13	F	novio	oeste
	9	F	fliar. Amiga	sur
	7	M	primo	oeste
	9	F	hermano	sur
	9	F	vecino	norte
	6	M	padre	Gdo. Baig.
	4	F	tío	oeste
	12	F	compañero	sur
	12	F	tío	oeste
	6	M	tío	norte
3	M	abuelastro	oeste	
8	M	vecino	norte	
8	M	desconocido	centro	
3	F	padre	norte	
17	F	hermano	sur	
14	F	padrastro	sur	
Febrero	15	F	desconocido	norte
	4	F	vecino	sur
	7	F	desconocido	oeste
	14	F	padre	oeste
	11	F	padrastro	norte

	14	F	padre	norte
	13	F	padraastro	oeste
	13	F	desconocido	Gdo. Baig.
	5	F	abuelo	sur
	12	F	conocido	sur
	14	F	desconocido	centro
	13	F	desconocido	sur
	5	M	padraastro	oeste
	7	F	conocido	oeste
	8	M	abuela	norte
	12	F	padrino	norte
Marzo	10	M	vecino	sur
	10	F	padraastro	oeste
	2	F	tío	oeste
	6	F	abuelastro	oeste
	15	F	tío	sur
	14	F	padraastro	oeste
	11	F	conocido	sur
	8	M	padre	norte
Abril	7	F	primo	norte
	13	F	desconocido	norte
	14	F	desconocido	oeste
	4	F	padraastro	Funes
	11	M	tío	sur
	4	F	padraastro	V.G.G.
	10	F	padraastro	norte
	9	F	padre	V.G.G.
	5	F	abuelo	sur
	12	F	padraastro	oeste
	6	M	compañero	sur
	8	F	compañero	sur
	6	M	padre	Gdo. Baig.
	2	F	vecino	norte
	9	M	vecino	sur
	6	F	abuelo	sur
Mayo	5	F	padre	norte
	5	F	abuelo	oeste
	8	F	padraastro	oeste
	8	F	tío	sur
	14	F	desconocido	oeste
	11	F	amigo	norte

	15	F	compañero	oeste
	6	F	tío/abuelo	norte
	2	F	tío	oeste
	12	F	cuñado	oeste
Junio	10	F	padre	norte
	8	F	padraastro	sur
	16	F	desconocido	oeste
	17	F	desconocido	norte
	10	F	tío	oeste
	9	M	amigo flia.	norte
	11	F	padre	C. 9 (Pérez)
	13	F	padraastro	oeste
	8	M	vecino	sur
	17	F	desconocido	V.G.G.
	15	F	tío	sur
	13	F	desconocido	norte
	3	F	padre	oeste
	17	F	desconocido	norte
	9	F	padraastro	sur
	13	F	tío	oeste
	12	F	tío	norte
Julio	15	F	primo	norte
	9	F	abuelastro	sur
	14	F	padre	norte
	15	F	padraastro	oeste
	3	F	padre	sur
	14	F	padre	V.G.G.
	5	F	padraastro	oeste
	11	F	desconocido	norte
	7	F	primo	sur
	12	F	conocido	oeste
	16	F	padraastro	norte
	3	F	padre	oeste
Agosto	9	F	padre	oeste
	14	F	abuelastro	norte
	14	F	desconocido	norte
	2	F	abuelo	sur
	5	M	padre	oeste
	14	F	desconocido	sur
	14	F	vecino	oeste
	13	F	padraastro	norte

	8	M	padrastró	oeste
	14	F	tío	norte
	13	F	amigo	sur
	14	F	desconocido	norte
	8	F	tío	sur
	13	F	padrastró	oeste
	11	F	padrastró	norte
	13	F	amigo	oeste
	10	F	padre	sur
Setiembre	6	F	tío	oeste
	6	M	hermano	Roldán
	14	F	desconocido	oeste
	12	F	padre	norte
	7	M	amigo	Funes
	10	M	vecino	sur
	16	F	desconocido	norte
	14	F	amigos	Alvear
	16	F	amigo	oeste
	12	F	padrastró	norte
	11	F	padrastró	oeste
	12	F	tío	oeste
	3	M	vecino	sur
	5	M	padrastró	norte
Octubre	15	F	hermano	sur
	7	F	primo	oeste
	9	M	abuelastro	C. 9 (Pérez)
	4	F	padre	norte
	10	F	tío	sur
	14	M	primo	Roldán
	7	F	padre	oeste
	12	F	padrastró	oeste
	12	M	compañero	Alvear
	13	M	padrastró	P. Esther
	15	F	desconocido	norte
	14	F	vecino	Alvear
	15	F	padrastró	sur
	8	M	primo	oeste
	5	M	desconocido	norte
Noviembre	7	F	padrastró	sur
	6	F	tío	Funes
	6	F	padre	norte

	17	F	desconocido	Funes
	17	F	conocido	Alvear
	6	F	vecino	sur
	14	F	vecino	norte
	15	F	novio	V.G.G.
	11	M	vecino	oeste
	4	M	conocido	oeste
	17	F	compañero	sur
	7	F	tío	oeste
	12	F	tío	sur
	14	F	desconocido	norte
Diciembre	6	F	padre	sur
	5	F	tío	norte
	16	F	vecino	V.G.G.
	9	F	conocido	oeste
	13	F	abuelo	sur
	9	M	vecino	sur
	16	F	hermano	oeste
	13	F	novio	V.G.G.
	12	F	padraastro	oeste
	12	F	padraastro	Pérez
	16	F	prof. Gimn.	sur
	15	F	desconocido	oeste
	11	F	padraastro	sur
	14	F	desconocido	oeste
	12	F	padraastro	sur
	14	F	padraastro	norte
	17	F	padre	oeste
	10	F	padre	oeste
	10	F	padraastro	sur
	11	M	abuelo	oeste
	15	F	padraastro	oeste
	9	F	hermano	sur

Fuente: A.I.V.G.S.F.- ROSARIO (Policía Provincial)

ANEXO II: ORDENANZA MUNICIPAL N° 7125/2000

Honorable Consejo:

Vuestra Comisión de Salud, Desarrollo y Previsión Social, Deportes y Recreación, ha tomado en consideración el proyecto de Ordenanza de los Concejales Svatetz y Giani mediante el cual se crea el “Programa Integral para la Prevención y Detección Temprana del Abuso Sexual y Maltrato Infantil”

Expresan los autores que en virtud de haberse constituido el 19 de noviembre el DIA MUNDIAL DE LA PREVENCION DEL ABUSO SEXUAL INFANTIL, y dado que se han organizado diferentes campañas de difusión pública al respecto, es presumible que estas acciones provoquen una nueva demanda social por parte de padres de familia y ciudadanos en general, que querrán efectuar consultas pertinentes en búsqueda de respuestas, contención y/o tratamiento adecuado según corresponda.

Considerando que la gravedad de esta problemática merece por parte del Estado, los profesionales y la comunidad toda, un compromiso insoslayable de cumplir con el mandato constitucional de dar eficacia a la normativa de la Convención de los Derechos del Niño.

Dicha Convención en su art. 19 expresa: “los estados partes adoptarán todas las medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas apropiadas para proteger al niño contra toda forma de perjuicio o abuso físico o mental, incluido el abuso sexual, mientras el niño se encuentre bajo la custodia de los padres, de un representante legal o de cualquier otra persona que lo tenga a su cargo”.

La ley de Violencia Familiar 24417 en su art.2 indica cuales son las personas que están obligadas a denunciar los hechos de abuso de que fueran víctima los menores o los incapaces, citando entre ellos a los servicios asistenciales sociales o educativos, públicos o privados, los profesionales de la salud y todo funcionario público en función de su labor.

Recientes investigaciones revelan que en los últimos años han aumentado en forma alarmante los delitos contra los niños.

El concepto de abuso sexual se utiliza consensualmente confundido con el de violación razón por la cual en general no es reconocido dentro del ámbito familiar, sin embargo éste es un hecho habitual que no corresponde a un grupo social determinado sino que tiene correspondencia con el contexto ideológico cultural que engloba las dinámicas familiares, resultando tan común en determinados grupos sociales, que para muchas criaturas forma parte de su crecimiento.

Se ha demostrado que las graves injusticias y las agresiones infligidas, especialmente en la niñez acarrearán consecuencias en el futuro, dada la imposibilidad de defenderse y articular su rabia y dolor por parte de los niños y niñas agredidos, lo cual provoca que esas experiencias no puedan ser integradas a su personalidad y la hostilidad inconsciente habitualmente sea descargada sobre sus propios hijos e hijas.

Es de vital importancia la identificación de la frecuencia, severidad y característica de los casos de abuso sexual de nuestros niños, especialmente en los grupos de mayor vulnerabilidad social, como así también el análisis y contención de las madres de dichos niños cuya acción o inacción corresponde a un patrón de violencia familiar.

La provincia de Santa Fe cuenta con la Ley Provincial N° 10947 sobre Educación Sexual, su implementación efectiva en el ámbito de la provincia favorecería la prevención y detección del abuso infantil. La educación sexual en niños y niñas genera mecanismos de defensa, ya que los niños aprenden el sentido de sus propias capacidades, adquieren sentido de pertenencia de su cuerpo y ellos decidirán y estarán seguros cuando quieren decir NO.

Dado el gran campo de acción que abarca esta problemática será muy importante el diseño de una política social sobre salud sexual que contemple la atención gratuita por parte de especialistas con experiencia en el tema que pueda atender las nuevas demandas. Como así también el poder contemplar con énfasis todo lo inherente a una acción constante y permanente en cuanto a lo relacionado con la difusión y detección temprana de todo tipo de situación abusiva en nuestros niños y niñas.

Por todo lo expuesto la Comisión eleva para su aprobación el siguiente proyecto de

ORDENANZA

Artículo 1°: Créase por la presente el PROGRAMA INTEGRAL PARA LA PREVENCIÓN Y DETECCIÓN TEMPRANA DEL ABUSO SEXUAL Y MALTRATO INFANTIL, quedando su implementación a cargo de los organismos correspondientes al Departamento Ejecutivo de la Municipalidad de Rosario.

Artículo 2°: Dicho programa estará dirigido a:

a) Los agentes de salud, médicos, psicólogos, y demás profesionales que presten servicios en los distintos Centros de Salud y Programas Crecer del Municipio.

b) El personal docente y no docente de los distintos establecimientos educativos de la ciudad, previa firma de convenios entre el Ministerio de Educación de la Provincia de Santa Fe y la Municipalidad de Rosario.

c) Todo vecino/a, líder barrial, etc., que se sienta especialmente interesado en esta problemática.

Artículo 3°: El objetivo básico de este programa será propender a una difusión eficaz de esta problemática a través de:

a) Campaña masiva en distintos medios de comunicación.

b) Charlas de actualización temática para todos los profesionales enumerados en el art. 2a)

c) Talleres de reflexión destinado a las personas referidas en el art. 2b)

d) Cursos de capacitación para operadores comunitarios en la prevención y detección temprana del abuso sexual infantil, dirigidos a todas las personas comprendidas en el art. 2-c)

Artículo 4°: Comuníquese a la Intendencia con sus considerandos, publíquese y agréguese al D.M. Sala de sesiones, 30 de noviembre de 2000.