



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

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

**“DENUNCIAS DE ABUSO SEXUAL EN NIÑAS DE 0 A 15 AÑOS EN  
LA CIUDAD DE SANTA FE DURANTE EL AÑO 2019. SU  
CORRELATO CON LESIONES TOCOGINECOLOGICAS”**

Autor: Gfeller, Daiana

Director de Tesis: Dr. Henares, Eduardo

- Año 2021 -

## RESUMEN

El abuso sexual infantil (ASI) es una problemática social compleja, creciente, que ha estado presente durante toda la historia de la humanidad y en las distintas sociedades.

Posee un efecto devastador en la vida de la víctima. Sus consecuencias negativas impactan en el desarrollo del niño en todos sus aspectos.

Su diagnóstico resulta complejo ya que una de sus características principales es que la mayoría, o al menos gran parte de ellos, no incluyen penetración vaginal o anal, por lo cual el examen físico de la víctima, a diferencia de las víctimas adultas, muchas veces resulta negativo. Otra característica importante que influye en la identificación de estos casos, es que muchos de ellos se producen en el ámbito intrafamiliar, lo cual, a causa de amenazas o sobornos, son callados por la víctima por miedo a las consecuencias.

Si bien los hallazgos clínicos son de gran importancia, se debe enfatizar más en otros aspectos y jerarquizar el valor de la entrevista a la víctima. De lo contrario, y si tomamos el examen clínico como principal objetivo para el diagnóstico, corremos el riesgo de que muchos casos de abuso sexual pasen desapercibidos.

Este trabajo de investigación apunta a discutir el valor de los hallazgos clínicos como principal componente para el diagnóstico de abuso sexual en niños, como así también a concientizar sobre el valor que obtienen los demás aspectos de la investigación en estos casos.

## ÍNDICE GENERAL

RESUMEN.....	2
ÍNDICE GENERAL.....	3
ÍNDICE DE TABLAS.....	5
ÍNDICE DE FIGURAS.....	6
OBJETIVOS.....	7
MATERIALES Y MÉTODOS.....	7
INTRODUCCIÓN.....	8
MARCO TEORICO.....	10
<i>MALTRATO INFANTIL</i> .....	10
Definición.....	10
Clasificación.....	10
Contexto.....	12
<i>ABUSO SEXUAL INFANTIL</i> .....	14
Definición.....	14
Clasificación.....	15
Formas de presentación.....	16
Detección.....	17
Consecuencias.....	19
Examen físico.....	22

Estadísticas en Argentina.....	35
Marco legal.....	41
Abordaje de la víctima.....	47
Revictimización.....	64
RESULTADOS .....	65
CONCLUSIONES.....	68
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	69

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Indicadores en el niño víctima de ASI.....	18
Tabla 2: Indicadores del entorno del niño abusado.....	19
Tabla 3: Consecuencias a corto plazo del ASI.....	20
Tabla 4: Consecuencias a largo plazo del ASI.....	21
Tabla 5: Clasificación de signos físicos del ASI.....	33

## ÍNDICE DE FIGURAS

Grafico 1: Víctimas violencia sexual.....	38
Grafico 2: Denuncias telefónicas por región.....	38
Grafico 3: Víctimas de violencia según género.....	39
Grafico 4: Víctimas de violencia según edad.....	39
Grafico 5: Formas de violencia sexual.....	40
Grafico 6: Contacto con el programa contra victimas.....	40
Grafico 7: Vinculo agresor/victima.....	41
Grafico 8: Abusos según género (Santa Fe).....	66
Grafico 9: Abusos según edad (Santa Fe).....	66
Grafico 10: Abusos según examen físico (Santa Fe).....	67
Grafico 11: Abusos según contexto (Santa Fe).....	67

## **OBJETIVOS**

### OBJETIVOS GENERALES:

- Realizar una revisión bibliográfica general y detallada acerca de abuso sexual infantil y todas sus características.
- Remarcar la importancia del trabajo interdisciplinario para brindar una intervención integral sobre esta problemática.

### OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Analizar los casos de abuso sexual infantil en la ciudad de Santa Fe.
- Analizar las historias clínicas de los exámenes médicos realizados en dichos abusos.
- Erradicar la idea de que el abuso sexual infantil siempre tiene lesiones físicas.
- Conocer cuáles son las actuaciones y los deberes de cada parte que interviene en el abordaje de estos casos.

## **MATERIALES Y MÉTODOS**

Para realizar este trabajo de investigación se llevó a cabo, en primera instancia, una revisión bibliográfica exhaustiva acerca del tema central que es el Abuso Sexual Infantil, en la cual se detallan todos sus aspectos y características.

Luego se realizó un estudio transversal, retrospectivo, de carácter observacional y descriptivo, basado en datos brindados por la Comisaria de la Mujer de la ciudad de Santa Fe acerca de las denuncias realizadas de ASI desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2019 en las cuales se solicitó examen médico de la víctima por parte de la autoridad judicial a cargo.

El total de casos analizados fue de 108. Se evaluó las variantes sexo, edad, relación victima/agresor y la presencia de lesiones físicas al momento del examen médico legal.

Para finalizar se exponen las conclusiones a las que se arribó luego del análisis de los datos y la evaluación de la problemática tratada.

## INTRODUCCIÓN

El abuso sexual en niños, es un delito existente en todos los estratos de la sociedad a nivel mundial, y es más frecuente de lo que se cree.

Al producirse, la gran mayoría, en el ámbito intrafamiliar, es de difícil detección y muchos de ellos pasan desapercibidos, lo que hace que siga perpetuándose en la intimidad del círculo familiar. Por este motivo es que tampoco se puede contar con estadísticas certeras de esta problemática, ya que muchos abusos no son denunciados ni registrados en ningún sitio.

Otra característica importante que tiene este tipo de abusos, es que un gran número de ellos se lleva a cabo sin producir lesiones físicas evidentes. Por lo que al examen clínico no se hallan elementos para probar el delito. Durante muchos años, se consideró a los hallazgos del examen físico de la víctima como prueba principal para acreditar o descartar un abuso. Si bien no dejan de ser un factor importante y de gran valor médico-legal, es de suma importancia abarcar otros aspectos para poder determinar la posibilidad de un abuso infantil.

Debido a las problemáticas arriba mencionadas y, sumado a eso, las consecuencias que el abuso sexual puede dejar en un niño a corto y largo plazo, es de fundamental importancia comenzar a evaluar estas situaciones de una manera más amplia, desde varias perspectivas y con un trabajo interdisciplinario de profesionales para poder brindar atención y contención a las víctimas.

El relato de la víctima, de su familia y de su círculo cercano debe ser un factor que se debe priorizar, porque es donde en la mayoría de los casos encontraremos pautas, pruebas y detalles de lo sucedido. También se debe contar con un sistema judicial preparado y capacitado para este tipo de delitos, en los que se debe actuar de manera rápida y eficaz, ya que es la integridad de un niño la que está en riesgo.



Los niños son seres vulnerables e indefensos, pero tienen derechos que deberían ser inviolables y respetados por encima de todo. Es por ello que el sistema judicial debe prepararse y formarse para establecer y llevar a cabo acciones eficaces y sólidas, para proteger y acompañar al niño víctima de abuso durante todo el proceso.

En la primera parte de este trabajo se realiza una descripción bibliográfica del ASI, detallando sus características y aspectos. Luego se procede con la exposición de datos sobre una investigación realizada en base a información brindada por la Comisaria de la Mujer acerca de los abusos denunciados en el lapso de tiempo estudiado.

## MALTRATO INFANTIL

El maltrato en la infancia es una realidad de enormes proporciones que afecta a millones de niños y niñas en todo el mundo. No solo afecta de manera dañina al bienestar de los niños y a su normal desarrollo, a veces incluso provocándoles la muerte, sino que es la principal manifestación del desprecio y la negación de la integridad inherente que todos los niños y niñas tienen como seres humanos y titulares de derecho.

La violencia contra los niños puede adoptar múltiples y cambiantes formas y nunca es justificable, independientemente de la gravedad de las lesiones producidas, de las consecuencias en el niño, la duración o la aceptación social de la forma concreta de violencia. Muchas veces permanece oculta y no se denuncia, por miedo, por falta de herramientas de los propios niños o de sus cuidadores o por desconfianza al sistema judicial.

### DEFINICIÓN

La definición de maltrato infantil ha sufrido notables cambios conceptuales en los últimos tiempos. La Organización Mundial de la Salud (OMS) lo define de la siguiente manera:

*“El abuso o maltrato de menores abarca toda forma de maltrato físico y/o emocional, abuso sexual, abandono o trato negligente, explotación comercial o de otro tipo, de la que resulte un daño real o potencial para la salud, la supervivencia, el desarrollo o la dignidad del niño en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder”.*

### CLASIFICACIÓN

- **MALTRATO FISICO:** es el que da lugar a un daño físico real o potencial debido a una interacción o falta de interacción ocurrida según los indicios dentro de la esfera de control del padre o de una persona en una posición de responsabilidad, poder o confianza. Puede tratarse de un único incidente o de incidentes repetidos.

- *MALTRATO EMOCIONAL*: incluye no propiciar al niño un medio propicio para el desarrollo, incluida una figura básica de cariño, de manera que pueda desarrollar una gama completa y estable de competencias emocionales y sociales acordes con sus posibilidades personales y en el contexto de la sociedad en la que viva. También puede haber actos que perjudiquen o que tengan una alta probabilidad de perjudicar la salud del niño o su desarrollo físico, mental, espiritual, moral o social. Estos actos tienen que estar razonablemente dentro del control de los padres o las personas que mantengan con el niño una relación de responsabilidad, confianza o poder, y entre ellos se incluyen la restricción de movimientos y los comportamientos conceptuales como menosprecio, denigración, culpación, amenazas, intimidación, discriminación y ridiculización, así como otras formas no físicas de hostilidad y rechazo.
- *ABANDONO Y TRATO NEGLIGENTE*: se produce abandono cuando no se propicia lo necesario para el desarrollo del niño en todas sus esferas: salud, educación, desarrollo emocional, nutrición, protección y condiciones de vida seguras, en el contexto de los recursos razonablemente disponibles de la familia o los cuidadores, y como consecuencia de ello se perjudica o se corre un alto riesgo de perjudicar la salud del niño o su desarrollo físico, mental, espiritual, moral o social. Cabe incluir aquí el hecho de no vigilar a los niños y no protegerlos de daños en la medida de lo posible.
- *EXPLOTACION*: la explotación comercial o de otro tipo de un niño se refiere a la utilización de menores en el trabajo o en otras actividades en beneficio de otras personas. Esto incluye, aunque no se limita a ello, el trabajo infantil y la prostitución infantil. Estas actividades van en detrimento de la salud física o mental del niño, de su educación o de su desarrollo espiritual, moral o socioemocional.
- *SINDROME DE MUNCHAUSEN POR PODERES (SMP)*: forma de maltrato infantil en el que uno de los padres (generalmente la madre) simula la existencia o provoca síntomas o signos en el niño con el objeto de buscar asistencia médica

y maniobras diagnosticas o terapéuticas costosas o de riesgo. Es de difícil diagnóstico, y a menudo pasa desapercibido durante semanas, meses e incluso años. Es de alto riesgo ya que puede derivar en grandes complicaciones e incluso en la muerte del menor.

- *ABUSO SEXUAL*: este tema se desarrolla ampliamente en los próximos capítulos debido a ser el tema principal de este trabajo de investigación.

## CONTEXTO

El maltrato infantil puede ocurrir en todos los espacios y ámbitos en los que viven e interactúan los niños, principalmente:

- *En el hogar y la familia*

La familia se configura como el entorno con mayor potencial para proteger a los niños contra todo tipo de violencia, pero a la vez puede ser el lugar más peligroso debido a que tradicionalmente ha sido considerada como un espacio privado en el que los padres tienen todo el poder y la autoridad para decidir todo lo relativo a sus hijos. Los niños menores de 5 años son los más vulnerables, ya que son menos expuestos o reconocidos en otros ámbitos, y tienen un elevado riesgo de ser maltratados. En el hogar los niños pueden sufrir crónicamente violencia física y/o emocional (a veces encubierta como disciplina), tratos negligentes y abusos sexuales.

- *La escuela y los espacios educativos*

La escuela es el segundo espacio más importante en la infancia después del hogar y donde los niños pasan más tiempo. A pesar que la escuela debe ser un lugar que promueva el desarrollo, la tolerancia, la no discriminación y el respeto mutuo, muchas veces es en este espacio donde los niños están expuestos al maltrato. En este ámbito la violencia puede ser física (golpes, patadas, palizas) o puede tener forma de castigos o tratos humillantes. Puede ser ejercida por los educadores o puede ser ejercida por otros niños a través de intimidaciones, acoso o “bullying” y violencia basada en el género, la identidad o la orientación sexual.

- Los sistemas de atención social y judicial

Existen millones de niños en el mundo que crecen sin el cuidado de una familia, bajo la tutela del Estado, en las distintas instituciones del sistema de protección, en centros de menores, o de reforma. A pesar que estas instituciones tienen el propósito y el deber de proteger a los niños, muchas veces los exponen a un alto riesgo de sufrir algún tipo de violencia. Esta puede ser ejercida por el personal a su cargo por medio de golpes, aislamiento, abusos sexuales, acosos, humillaciones.

En los procesos judiciales también puede producirse violencia contra los niños. En ocasiones se somete al menor a interrogatorios, declaraciones o exploraciones repetidas que los exponen a la dolorosa revictimización.

- Los lugares de trabajo

Muchos niños trabajan y más de la mitad realiza trabajos peligrosos o perjudiciales para su salud. Además, los niños trabajadores están expuestos a múltiples abusos y a situaciones de violencia física, psicológica y sexual. Debido a que la mayoría de estos abusos se dan en el marco de actividades laborales ilegales o no registradas, es muy difícil determinar su magnitud real.

- La comunidad

Es el espacio físico y social en el que los niños viven y crecen, en el que interactúan socialmente. Está constituida por las realidades económicas, sociales y culturales y por las actitudes, creencias y costumbres propias del lugar concreto de que se trate. Estas pueden ser más o menos favorables o perjudiciales para los niños en general o para algunos grupos en concreto, incidiendo en la posibilidad de que sufran violencia.

- Internet y redes sociales

Aun siendo un espacio positivo para el aprendizaje y el desarrollo, la red está llena de riesgos para los niños que se convierten con frecuencia en víctimas de las nuevas formas de violencia en Internet, como el “grooming”, el “sexting” o la producción y distribución de imágenes y grabaciones audiovisuales de abusos sexuales u otro tipo de violencia. Están expuestos, en condición de receptores de información, a publicidad agresiva, correos electrónicos no deseados, contenidos

violentos, de incitación al odio, racistas, pornográficos y/o engañosos que pueden hacerles daño.

Como usuarios de redes sociales o chats, a menudo son objeto de intimidación, hostigamiento, acoso o coacción, siendo engañados o persuadidos para revelar información personal o citarse con extraños y participar en actividades sexuales.

## **ABUSO SEXUAL INFANTIL (ASI)**

### **DEFINICIÓN**

Existen muchas definiciones de abuso sexual infantil, que han variado y se han modificado a lo largo del tiempo.

En términos generales, la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS) abarca la mayoría de los conceptos y dice lo siguiente:

*“El abuso sexual infantil consiste en la participación de un niño en una actividad sexual que no comprende plenamente, a la que no es capaz de dar un consentimiento, o para la que por su desarrollo no está preparado y no puede expresar su consentimiento, o bien que infringe las leyes o los tabúes sociales. El abuso sexual de menores se produce cuando esta actividad tiene lugar entre un niño y un adulto, o bien entre un niño y otro niño o adolescente que por su edad o desarrollo tiene con él una relación de responsabilidad, confianza o poder. La actividad tiene como finalidad la satisfacción de las necesidades de la otra persona”.*

En todas las definiciones sobre ASI se evidencian tres factores importantes a la hora de evaluar esta situación y que corresponden a las asimetrías entre el menor y el abusador:

- *ASIMETRIA DE PODER*: puede derivar de la diferencia de edad, roles, fuerza física y/o de la capacidad de manipulación psicológica del abusador de modo que el niño es colocado en una situación de vulnerabilidad y dependencia. Puede, además, darse conjuntamente con una fuerte dependencia afectiva (por ejemplo, en la relación paterna) que hace aún más vulnerable a la víctima.
- *ASIMETRIA DE CONOCIMIENTOS*: el abusador en general cuenta con mayores conocimientos que su víctima sobre la sexualidad y las implicancias de un involucramiento sexual.
- *ASIMETRIA DE GRATIFICACION*: el abusador sexual actúa para su gratificación sexual. Aun cuando intente generar excitación de la víctima, siempre se relaciona con el propio deseo y necesidad, nunca con los deseos y necesidades de la víctima.

## CLASIFICACIÓN

Se puede clasificar el ASI en base a características fundamentales.

- Según el tipo de abuso:
  - *Con contacto físico*: caricias, tocamientos, masturbación, o la penetración oral, anal o vaginal.
  - *Sin contacto físico*: proposiciones verbales explícitas, exhibir los órganos sexuales a un menor con el propósito de obtener excitación o gratificación sexual, realizar el acto sexual intencionadamente ante la presencia de un menor, etc.
- Según el origen del abusador:
  - *Intrafamiliar*: se produce cuando el contacto o el acto sexual es realizado por un pariente de consanguinidad (padre/madre/abuela/abuelo) o por un hermano/a, tío/a, sobrino/a. se incluye también con figuras adultas que estén cubriendo de manera estable el papel de figuras paternas.
  - *Extrafamiliar*: se produce cuando hay contacto sexual entre un menor y un adulto exceptuando los casos antes mencionados.
- Según el tiempo:

- *Agudos*: el menor sufre en una única ocasión, habitualmente llevados a cabo por agresores desconocidos.
- *Crónicos*: se producen en más de una ocasión, pueden perdurar largos periodos de tiempo y suelen ser cometidos por conocidos del menor
- Abuso sexual del niño con remuneración económica:
  - *Pornografía infantil*: cualquier representación, por cualquier medio, de un niño o niña realizando actividades sexuales explícitas, reales o simuladas, o cualquier representación de los organos sexuales de un menor con un objeto primordialmente sexual.
  - *Prostitución infantil*: es la utilización de un niño o una niña en actividades sexuales a cambio de una remuneración o de cualquier otra forma de retribución, habitualmente organizada por un intermediario (progenitor, familiar, maestro, etc.).
  - *Trata de niños con fines de explotación sexual*: se produce cuando una persona menor de edad es trasladada localmente de una región a otra o de un país a otro para someterlo a cualquier forma de explotación sexual. El mismo ha podido ser cedido por su familia, captado mediante engaño o, directamente, vendido o secuestrado.

### **FORMAS DE PRESENTACIÓN**

El abuso puede darse de las siguientes maneras:

- Manoseos/Tocamiento/Contactos y besos sexuales.
- Penetración sexual por vía vaginal, oral o anal, aun cuando se introduzcan objetos.
- Coito interfemoral (entre los muslos).
- Exhibicionismo
- Voyeurismo (obtener excitación sexual mientras se observa a alguien desprevenido que se está desvistiendo, que está desnudo, o en actividad sexual).
- Actitudes intrusivas sexualizadas, como efectuar comentarios lascivos e indagaciones inapropiadas acerca de la intimidad sexual del niño.



- Exhibición de pornografía. En ocasiones disfrazada como “educación sexual”.
- Instar a que los niños tengan sexo entre si o fotografiarlos en poses sexuales.
- Grooming (contactar a un menor vía internet con propósitos sexuales).

## **DETECCIÓN**

Las conductas abusivas tienden a mantenerse en secreto y existen diversos factores que pueden explicar los motivos de ello: por parte de la *víctima*, el hecho de obtener regalos, ventajas adicionales, o temor a no ser creída, junto con el miedo de destrozarse la familia o a las represalias del agresor; y por parte del *abusador*, la posible ruptura de la pareja y de la familia, el rechazo social acompañado de posibles sanciones legales.

A veces la madre tiene conocimiento de lo sucedido. Lo que puede llevarla al silencio, en algunos casos, es el pánico a la pareja o el miedo a desestructurar la familia; en otros, el estigma social negativo generado por el abuso sexual o el temor a no ser capaz de sacar adelante por sí sola a su entorno familiar.

El descubrimiento del abuso suele tener lugar bastante tiempo después de los primeros incidentes. Al contar los menores con muchas limitaciones para denunciar los hechos y no presentar habitualmente manifestaciones físicas inequívocas debido al tipo de conductas sexuales realizadas, se tienen en cuenta una serie de indicadores para su detección. Estos indicadores deben valorarse en forma global y conjunta, ya que no se puede establecer una relación directa entre un solo síntoma y el abuso. (Tabla 1)

INDICADORES FISICOS	INDICADORES COMPORTAMENTALES	INDICADORES EN LA ESFERA SEXUAL
---------------------	------------------------------	---------------------------------

<ul style="list-style-type: none"> <li>. Dolor, golpes, quemaduras o heridas en la zona genital o anal.</li> <li>. Cérvix o vulva rojas o hinchadas.</li> <li>. Semen en la boca, en los genitales o en la ropa.</li> <li>. Ropa interior rasgada, manchada o con sangre.</li> <li>. Enfermedades de transmisión sexual en genitales.</li> <li>. Dificultad para deambular y sentarse.</li> <li>. Enuresis o encopresis.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Pérdida de apetito.</li> <li>. Llantos frecuentes, sobre todo en referencia a situaciones afectivas o eróticas.</li> <li>. Miedo a estar sola, a los hombres o a un determinado miembro de la familia.</li> <li>. Rechazo al padre o a la madre de forma repentina.</li> <li>. Cambios bruscos de conducta.</li> <li>. Resistencia a desnudarse y bañarse.</li> <li>. Aislamiento y rechazo de las relaciones sociales.</li> <li>. Problemas escolares o rechazo a la escuela.</li> <li>. Fantasías o conductas regresivas (chuparse el dedo, orinarse en la cama, etc.).</li> <li>. Tendencia al secretismo.</li> <li>. Agresividad, fugas o acciones delictivas.</li> <li>. Autolesiones o intentos de suicidio.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Rechazo de las caricias, besos y del contacto físico.</li> <li>. Conductas seductoras, especialmente en niñas.</li> <li>. Conductas precoces o conocimientos sexuales inadecuados para su edad.</li> <li>. Interés exagerado por los comportamientos sexuales de los adultos.</li> <li>. Agresión sexual de un menor hacia otros menores.</li> <li>. Confusión sobre la orientación sexual.</li> </ul>
---	--	---

Tabla 1

Existen también determinadas características y situaciones, tanto del abusador como de la familia, que significan un mayor riesgo, y que pueden orientar la detección de un caso de abuso sexual (Tabla 2). A continuación, se detallan las más frecuentes:

CARACTERISTICAS DEL ABUSADOR	CARACTERISTICAS DE LA FAMILIA
<ul style="list-style-type: none"> <li>. Extremadamente protector o celoso del niño.</li> <li>. Víctima de abuso sexual en la infancia.</li> <li>. Dificultades en la relación de pareja.</li> <li>. Aislado socialmente.</li> <li>. Abuso de drogas o alcohol.</li> <li>. Frecuentemente ausente del hogar.</li> <li>. Con baja autoestima o con problemas psicopatológicos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Familias monoparentales o reconstituidas.</li> <li>. Familias caóticas y desestructuradas.</li> <li>. Madre frecuentemente enferma o ausente.</li> <li>. Madre emocionalmente poco accesible.</li> <li>. Madre con un historial de abuso sexual en su infancia.</li> <li>. Problemas de hacinamiento.</li> <li>. Hijas mayores que asumen las responsabilidades de la familia</li> </ul>

Tabla 2

## **CONSECUENCIAS**

Las consecuencias de la vivencia de un abuso en el desarrollo evolutivo del niño son muy frecuentes y varían enormemente según las siguientes categorías:

- La duración del abuso (abuso prolongado/ esporádico) y la frecuencia del mismo. Cuanto más frecuente y prolongado es, más graves son sus consecuencias.
- La intensidad y el tipo de abuso. Depende de si se usa o no violencia, de si hay o no penetración, las consecuencias que tenga en el desarrollo.
- El uso o no de violencia física.
- La edad del agresor y de la víctima.
- La identidad del abusador (extrafamiliar/intrafamiliar). Las consecuencias de un abuso son siempre mucho más graves cuando existe una relación afectiva previa entre el agresor y la víctima.
- Características de personalidad del niño.
- Numero de abusadores: cuando el abuso ha sido perpetrado por varios agresores, la gravedad de las consecuencias se incrementa.
- Influencia del entorno de la víctima.
- Implicación de la víctima en un proceso judicial. Está probado que víctimas de abuso que además se implican en un procedimiento judicial sufren una revictimización secundaria que agudiza el perjuicio que la misma vivencia tiene en la persona.

Es importante recordar que algunos niños pueden sufrir un abuso sexual y ser asintomáticos, es decir, no mostrar signo alguno de trauma. El motivo puede ser desde la propia vivencia del niño (que, según su edad y la ejecución del abuso, puede no percibirlo como una agresión) a un fenómeno de bloqueo pasajero. Por eso, es fundamental realizar seguimiento a todos los niños víctimas de abuso sexual, presenten o no sintomatología.

- **CONSECUENCIAS A CORTO PLAZO** (Tabla 3)

<b>FÍSICAS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Pesadillas y problemas de sueño</li> <li>. Cambio de hábitos alimentarios</li> <li>. Pérdida de control de esfínteres</li> </ul>
<b>CONDUCTUALES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Consumo de drogas y alcohol</li> <li>. Fugas</li> <li>. Conductas autolesivas o suicidas</li> <li>. Hiperactividad</li> <li>. Bajo rendimiento académico</li> </ul>
<b>EMOCIONALES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Miedo generalizado</li> <li>. Agresividad</li> <li>. Culpa y vergüenza</li> <li>. Aislamiento</li> <li>. Ansiedad</li> <li>. Depresión, baja autoestima y sentimientos de estigmatización</li> <li>. Rechazo al propio cuerpo</li> <li>. Síndrome de estrés postraumático</li> </ul>
<b>SEXUALES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Conocimiento sexual precoz o inapropiado para la edad</li> <li>. Masturbación compulsiva</li> <li>. Exhibicionismo</li> <li>. Problemas de identidad sexual</li> </ul>
<b>SOCIALES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Déficit en habilidades sociales</li> <li>. Retraimiento social</li> <li>. Conductas antisociales</li> </ul>

Tabla 3

• **CONSECUENCIAS A LARGO PLAZO**

Existen consecuencias de la vivencia que permanecen o, incluso, pueden agudizarse con el tiempo hasta llegar a configurar patologías definidas. A continuación, se enumeran las principales secuelas a largo plazo que puede vivir un niño víctima de abuso sexual (Tabla 4).

<p><b>FÍSICAS</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Dolores crónicos generales</li> <li>. Hipocondría o trastornos psicosomáticos</li> <li>. Alteraciones del sueño y pesadillas recurrentes</li> <li>. Problemas gastrointestinales</li> <li>. Desórdenes alimentarios, especialmente bulimia</li> </ul>
<p><b>CONDUCTUALES</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Intentos de suicidio</li> <li>. Consumo de drogas y alcohol</li> <li>. Trastorno disociativo de identidad</li> </ul>
<p><b>EMOCIONALES</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Depresión</li> <li>. Ansiedad</li> <li>. Baja autoestima</li> <li>. Síndrome de estrés postraumático</li> </ul>
<p><b>SEXUALES</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Fobias sexuales</li> <li>. Disfunciones sexuales</li> <li>. Falta de satisfacción sexual o incapacidad para el orgasmo</li> <li>. Alteraciones de la motivación sexual</li> <li>. Mayor probabilidad de entrar en la prostitución</li> <li>. Dificultad para establecer relaciones sexuales, auto valorándose como objeto sexual</li> </ul>

<b>SOCIALES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Problemas de relación interpersonal</li> <li>. Aislamiento</li> <li>. Dificultades de vinculación afectiva con los hijos</li> <li>. Mayor probabilidad de sufrir revictimización como víctima de violencia por parte de la pareja</li> </ul>
-----------------	---

*Tabla 4*

## **EXAMEN FISICO**

### **❖ ANATOMIA GENITOANAL**

El conocimiento exhaustivo de la anatomía genital de la niña, sus variantes normales y características del desarrollo madurativo, nos permitirá identificar, comprender diferenciar y explicar los hallazgos que surjan del examen físico.

#### **• ORGANOS GENITALES EXTERNOS**

Porción del aparato genital cuyos límites son los surcos genitocrurales, el borde superior del monte de Venus y el ano. Comprende el Monte de Venus, Vulva y Perineo.

#### **✓ Monte de Venus**

Zona ubicada por delante de la sínfisis pubiana, de aspecto ligeramente saliente por el panículo adiposo subyacente. Limitada lateralmente por los pliegues inguinales, superiormente por el surco suprapúbico e inferiormente se une sin solución de continuidad con los labios mayores.

Es lampiña en el feto y en la niña, y en la pubertad se cubre de pelos largos, rígidos del mismo color que el cabello.

#### **✓ Vulva**

Forma ovoide. Limita hacia arriba con Monte de Venus, a los lados con los surcos genitocrurales y hacia abajo con el perineo. Está formada por los labios mayores, los labios menores, el clítoris, el vestíbulo con sus anexos y el himen.

**a) Labios Mayores**

Son dos rodetes cutáneo-grasosos, salientes y turgentes, que bordean la hendidura vulvar. En las niñas y jóvenes vírgenes son gruesos, duros, resistentes y están aplicados uno contra otro cerrando completamente la hendidura vulvar.

La pigmentación y pilosidad de la cara externa o cutánea, depende de la etapa del desarrollo madurativo, contiene glándulas sudoríparas y sebáceas. La cara interna es semimucosa, lisa y más rosada. Posee glándulas sebáceas y de Tyson, estas últimas secretoras de un material espeso. Untuoso, blanquecino y de olor característico llamado “esmegma”.

Ambos labios se unen en ambos extremos formando la comisura anterior, poco marcada, y la comisura posterior u horquilla.

**b) Labios Menores o Ninfas**

Son dos repliegues cutaneomucosos ubicados por debajo de los labios mayores, siguiendo su orientación. Presentan dos caras (externa e interna) y dos extremas (superior e inferior).

Al adosarse ambas caras ocluyen el vestíbulo; la cara externa se apoya en la cara interna del labio mayor.

La extremidad anterior de las ninfas se desdobla en dos laminillas que al reunirse con las del lado opuesto abrazan al clítoris. Las fibras superiores forman el capuchón y las inferiores el frenillo de dicho órgano. El extremo posterior de los mismos se pierde generalmente en la cara interna de los grandes labios.

Los labios menores, carentes de pelos, tienen glándulas sudoríparas mucosas y sebáceas.

**c) Clítoris**

Órgano cavernoso, impar, eréctil, situado en la extremidad anterior de la vulva.

En su porción vulvar se encuentra el cuerpo (cubierto por el capuchón) y el glande. El glande se presenta en la mujer adulta como un pequeño truncado de 5 x 3 mm aproximadamente, pero sus dimensiones varían con el desarrollo.

Sus terminaciones nerviosas (corpúsculos de Meissner, de Vater Pacini y los corpúsculos genitales específicos de Krause) hacen de este órgano una de las zonas erógenas principales.

**d) Vestíbulo y anexos**

Zona ovoide observable al separar los labios menores. Comprende el meato uretral, el orificio vaginal, la cara vulvar del himen y la fosa navicular.

Se trata de una región altamente inervada y ella desembocan la vagina, la uretra, las glándulas parauretrales de Skene, las glándulas de Huguier y las glándulas de Bartholino.

La entrada a la vagina o introito, marcada por la membrana himeneal, presenta distintas características según se trate de una mujer virgen, desflorada nulípara o multípara.

El meato uretral es un orificio redondeado, más o menos visible y saliente, situado en la línea media y a 2,5 cm por debajo del clítoris en la mujer adulta.

Las dos glándulas de Bartholino se ubican profundamente a ambos lados de la porción inferior del introito vaginal.

**e) Himen**

Se define como la membrana incompleta situada en la unión de la vulva con la vagina que se extiende hacia el centro del orificio vaginal, estrechando su luz. Representa un elemento anatómico clave desde el punto de vista forense toda vez que su traspaso determina la existencia de penetración.

La membrana himeneal consta de dos caras, la interna que mira hacia la vagina y la externa que forma parte del vestíbulo vulvas. Tiene dos bordes, el adherente y el libre. Este último circunscribe el orificio himeneal siendo a menudo festoneado o dentellado. El borde adherente es el punto de unión entre la pared vaginal y los labios menores.



▪ **Morfología himeneal**

Tipos himeneales frecuentes

- **HIMEN SEMILUNAR O FALCIFORME:** tiene forma de medialuna de concavidad anterior. Su borde convexo puede llegar hasta la mitad, los dos tercios o las tres cuartas partes del orificio vaginal. Es el tipo más frecuentemente hallado, aproximadamente 80%.
- **HIMEN ANULAR O CIRCULAR:** posee aspecto de diafragma, presentando un orificio que puede situarse centralmente o ser más o menos excéntrico. Es el tipo predominante en las recién nacidas.
- **HIMEN LABIADO:** compuesto por dos partes laterales o labios, separadas una de otra por una hendidura central anteroposterior. Estos labios pueden llegar a flotar libremente en la entrada de la vagina.

A estos tres tipos clásicos se le suma la variedad de **HIMEN FIMBRIADO** de aspecto redundante y en forma de tulipán por la acción de estrógenos que incrementan su grosor y volumen. Suele observarse en la pubertad y recién nacidas.

Tipos himeneales menos frecuentes

- **HIMEN EN BOLSILLO:** solo puede ser observado cuando se lo insinúa con una sonda.
- **HIMEN VELAMENTOSO O TRANSPARENTE:** tiene aspecto de membrana traslucida.
- **HIMEN CON ORIFICIO LATERAL:** el orificio vaginal se encuentra a uno de los lados.
- **HIMEN TABICADO:** el orificio himeneal se encuentra dividido transversalmente en dos partes desiguales por un puente de tejido mucoso.
- **HIMEN CRIBIFORME:** en algunos casos el orificio himeneal es reemplazado por una serie de pequeños orificios diseminados por la superficie del himen, ofreciendo un aspecto de criba o de pico de regadera.
- **HIMEN IMPERFORADO:** malformación congénita en la cual el himen no presenta orificio.
- **HIMEN PLEGADO:** himen aglutinado con un borde grueso y redondeado en posición supina, que al extenderse en posición genupectoral se transforma en fino y neto.

- **Consistencia y elasticidad himeneal**

El himen está formado por un repliegue mucoso entre cuyas dos hojas se interpone una capa de tejido conectivo muy rico en fibras elásticas, la que constituye su esqueleto y le aporta consistencia y elasticidad.

La elasticidad himeneal aumenta progresivamente desde el nacimiento hasta la pubertad.

- f) **Perineo**

Pequeña región de 3 a 4 cm de longitud, comprendida entre la horquilla vulvar y el ano. Constituye la base de una formación conjuntivomuscular situada entre la vagina y el recto compuesta por los músculos esfínter estriado del ano, isquiocavernoso, bulbocavernoso, transverso superficial del perineo y la extremidad posterior de los manojos puborectales del elevador del ano.

- ❖ **SIGNOS GENITO-ANALES**

Los elementos físicos diagnósticos emergentes del examen deben ser correlacionados con la historia del niño, teniendo siempre presente que la ausencia de signos no invalida la información brindada por su relato.

### **SIGNOS GENITALES**

- **Vulvitis/Vulvovaginitis traumáticas:** se definen como la inflamación de los tejidos anatómicos correspondientes a la vulva y a la vagina que reaccionan ante agresiones físicas, químicas, traumáticas o infecciosas. Se clasifican en:

- **Inespecíficas:** se genera por una flora bacteriana mixta exacerbada constituida por gérmenes habituales de la vagina, o provenientes de la misma piel circundante. Las causas más frecuentes son la higiene inadecuada, la ropa interior sintética, las oxiuriasis y los tocamientos con fines exploratorios o masturbatorios.

Generan un flujo color blanco-grisáceo o amarillento que puede llegar a ser francamente purulento acompañado de ardor, picazón y dolor al

orinar. En los casos muy agudos la secreción suele ser muy abundante y maloliente, observándose al examen gran congestión y eritema vulvar, en ocasiones extendidos hacia la región perineoanal.

Existe edema del clítoris, de los labios mayores y menores. La piel irritada puede presentar lesiones de tipo excoriativas por rascado y como consecuencia de ello signos de infección.

- **Específicas:** causadas por bacterias, hongos, virus o parásitos, con predominio de las candidas, las tricomonas y el gonococo que corresponden a enfermedades de transmisión sexual.

Solo cuando las vulvovaginitis evolucionan hacia la curación es factible comprobar si se observa lesión himeneal. Cuando esta última está presente y coexiste con el hallazgo de erosiones y excoriaciones de la vulva y del perineo, se estaría en condiciones de señalar la existencia de una probable conducta abusiva.

- Adherencias labiales extensas: se producen por la fusión total o parcial de los labios menores, dando a la hendidura vulvar un aspecto de ligera depresión entre los labios mayores. La fusión total solo permite visualizar un pequeño orificio en el extremo superior, quedando la vagina y la uretra ocultas por la sinequia

Actualmente se la considera una patología adquirida de presentación frecuente en niñas de 3 meses a 3 años de edad, entre cuyos factores predisponentes se encuentran el hipoestrogenismo, ciertas características individuales, las infecciones ginecológicas primarias (vulvo-vaginitis) o secundarias a traumatismos por fricción, entre ellos los causados por maniobras abusivas o por masturbación vigorosa.

- Estrechamiento del himen: estrechamiento de la región posterior o posterolateral del himen con agrandamiento del orificio y deformación de la membrana, que se hace irregular. En general responde a causas traumáticas, debiéndose a la fricción o al desgaste de la zona en el abuso crónico. La pérdida de tejido himeneal es generalmente asimétrica afectando habitualmente la zona posterior de la membrana que respondiendo a un proceso cicatrizal se retrae en dirección a su base de inserción.

- Orificio himeneal dilatado: el diámetro del orificio aumenta con el paso de los años, desde 1 mm en las menores de 1 año hasta 1 cm en la etapa de desarrollo puberal, pasando por los 7 mm a los 7 años de edad. Los valores máximos posibles del orificio himeneal en niñas no abusadas serían 8mm, 9mm y 10 mm en los grupos etáreos de 2 a 4 años, de 5 a 7 años y mayores de 7 años respectivamente. Un orificio himeneal superior a 1 cm, asociado con otros signos traumáticos, es altamente sugestivo de abuso.
- Escotaduras himeneales traumáticas (secciones parciales, desgarros incompletos): son secciones traumáticas de la membrana himeneal que distorsionan su aspecto. Se producen por introducción en la vagina de elementos compatibles con las dimensiones de un dedo, siendo por ello lesiones características de los tocamientos; rara vez se observan en la desfloración por acceso carnal.

Las escotaduras himeneales de cualquier origen (traumático o congénito) se clasifican por su ubicación en el cuadrante del reloj en anteriores (entre horas 10 y 2), laterales (entre horas 2-4 y 8-10) y posteriores (entre horas 4 y 8). Las escotaduras congénitas tienen predilección por la región anterior del himen, mientras que las traumáticas se ubican con mayor frecuencia en la región postero-lateral del mismo

Las escotaduras traumáticas poseen características angulares agudas con distinto grado de penetración en la pared del himen, pero a diferencia de los desgarros completos nunca llegan al borde de inserción himeneal.

- Desgarros himeneales: secciones del himen cuando éste es atravesado por un elemento que lo distiende más allá del límite de su elasticidad. Esta situación se acompaña habitualmente de hemorragia y dolor de intensidad variable dependiente de los caracteres constitucionales individuales.

➤ **Topografía y número de desgarros**: en la descripción topográfica se usa como referencia el cuadrante reloj ubicado virtualmente frente al introito.

Los desgarros pueden ser únicos o múltiples. Se los clasifica en típicos o atípicos de acuerdo con la relación existente entre su número,

localización y el tipo himeneal observado. Los hímenes anulares suelen hendirse en cuatro puntos más o menos simétricos, los semilunares tienden a desgarrarse en dos puntos laterales dejando un colgajo medial de forma triangular y dos laterales y los labiados se seccionan a nivel de las comisuras anterior, posterior o de ambas a la vez. Todos ellos integran el grupo de los desgarros típicos. Los desgarros atípicos no siguen este orden, siendo su número y localización independientes del tipo himeneal.

- **Profundidad:** la mayoría de las lesiones himeneales producidas por penetración penénea u otro elemento de dimensiones similares pertenecen a la categoría de *desgarros completos*, vale decir aquellos que por su profundidad alcanzan el borde de inserción himeneal. Esta característica es de vital importancia para diferenciarlos de las secciones incompletas, frecuentemente vinculadas con los tocamientos digitales.
- **Cronología-cicatrización:** se diferencian 4 periodos:
  - *Desfloración recientísima:* la lesión himeneal aparece al estado de viva agudeza y de herida abierta (menos de 3 días después del coito).
  - *Desfloración reciente:* se caracteriza por un estado incipiente de cicatrización del desgarro del himen, con la nueva mucosa de aspecto rosa y aun congestiva (más de 3 pero menos de 6 días después del coito).
  - *Desfloración cercana:* aquí la lesión himeneal ya está cicatrizada, pero si ha habido lesiones extragenitales, estas aún tienen los caracteres de recientes (hasta 12-15 días después del coito).
  - *Desfloración antigua:* este periodo se significa por la *restitutio ad integrum* de todas las lesiones genitales y extragenitales.

## SIGNOS ANALES

- *Eritema perianal:* se considera un signo inespecífico por las múltiples causas que lo pueden provocar (cuadros inflamatorios, higiene defectuosa, parasitosis,

dermatitis del pañal, micosis y también los traumatismos por maniobras abusivas sexuales).

- Excoriación perianal: también un signo inespecífico, ya que en su génesis intervienen las mismas entidades descritas para el eritema anal. Las excoriaciones suelen evolucionar a la curación total en 5 a 7 días.
- Equimosis del margen anal: contusión de la piel del margen anal por acción de un acceso anal violento que al generar el corte de los vasos del plexo venoso subcutáneo produce el sangrado con la consiguiente colección hemática. Es importante evaluar su color, ya que este determina su antigüedad y por consiguiente su compatibilidad cronológica con el hecho denunciado.
- Hiperpigmentación anal: puede ser consecuencia de una irritación crónica que ocasione rascado persistente, o de una prolongada acción traumática en el contexto del abuso recurrente.
- Borramiento de los pliegues radiados perianales: desaparición de la imagen radiada que dan los pliegues cutáneos al ano, tomando la piel un aspecto liso y uniforme. Algunos autores lo consideran como un signo determinante del acceso anal crónico.
- Pliegues anales engrosados (hipertrofia anal-signo de la llanta): inflamación del margen anal que al generar engrosamiento y prominencia de los pliegues otorga al periano un aspecto fibroso y congestivo. Puede darse por múltiples causas entre las que se incluyen las patologías inflamatorias agudas y crónicas del intestino. Las penetraciones reiteradas también están asociadas a este signo.
- Eversión de la mucosa anal: excepcional. Se presenta en forma de procedencia de la mucosa del canal anal con frecuencia acompañada del prolapso de la mucosa rectal. Sus causas están asociadas generalmente a enfermedades del piso pelviano y a traumatismos severos.
- Fisura o desgarró anal: se presenta como una solución de continuidad, una grita o ulceración de la región cutáneo-mucosa perianal, dejando al descubierto las fibras musculares del esfínter interno y extendiéndose la mayoría de las veces hacia el interior del canal.

La fisura puede ser aguda o crónica. La primera, con aspecto de ulcera lineal, es localmente dolorosa produciendo espasmos anales y dolor a la defecación. Su progresión a la cronicidad la hace más ancha, con bordes indurados por edema y fibrosis. Las fibras del esfínter interno se hacen visibles en su fondo.

Estas lesiones tienden a ubicarse en el rafe posterior justo en la zona donde el anodermo tiene íntima fijación con los planos subyacentes. Pueden ser únicas o múltiples.

### **SIGNOS DE ACCESO BUCAL**

La frase “fellatio in ore” o el término “irrumatio” se compadece con la maniobra en la cual se utiliza la boca o la lengua para estimular los genitales masculinos.

Dadas las características de las maniobras y de las partes anatómicas involucradas es poco factible que se hallen signos de violencia sexual en la víctima con la única excepción de la presencia infrecuente, de lesiones generadas por el contagio de Enfermedades de Transmisión Sexual. Aun en ausencia de lesiones debe intentarse la recuperación de restos de semen a partir de hisopados bucales tomados lo más precozmente posible, confirmando su hallazgo el diagnóstico de penetración peneana y eyaculación en la cavidad oral.

### **SIGNOS EXTRAGENITALES**

Su presencia indica resistencia y lucha por parte de la víctima, siendo especialmente relevantes en adolescentes y adultos por la mayor frecuencia de estas lesiones en relación a las observadas en la infancia. Su existencia en víctimas infantiles suele indicar que el agresor es desconocido para el menor.

Cuando el examen físico no se demora, la demostración de la violencia física ejercida sobre la víctima y diagnosticada clínicamente por la presencia de estos hallazgos no constituye un tema de discusión.

Las lesiones observadas son:

- ✓ Equimosis simples y hematomas del cuero cabelludo, rostro, cuello, mamas, cara interna de los brazos y cara anterior de las muñecas.

- ✓ Equimosis debidas a mordeduras en mamas, pezones y muslos.
- ✓ Equimosis o hematomas en la pared abdominal, muslos, rodillas o piernas.
- ✓ Excoriaciones ungueales en rostro, cuello, tórax, mamas y otras áreas.
- ✓ Quemaduras, especialmente de cigarrillos.
- ✓ Signos de estrangulamiento manual o con lazo.
- ✓ Signos de compresión toracoabdominal.

❖ **TIPOS DE LESION Y CATEGORIZACIÓN**

En Medicina Legal rotular los signos físicos implica conocer profundamente su etiología, su mecanismo de producción y su diagnóstico diferencial.

En tal sentido, resulta imprescindible conocer los fundamentos de la categorización de los signos físicos en:

- ✓ *Normales*: se refiere a aquellos hallazgos que no se apartan de los descriptos como parámetros anatómicos habituales de niños no abusados.
- ✓ *Posibles o inespecíficos*: si bien existe la posibilidad de un origen traumático, esta situación tiene una baja probabilidad de ocurrencia. La diversidad etiológica les otorga una baja especificidad para el diagnóstico del abuso sexual, razón por la cual se los denomina inespecíficos.
- ✓ *Probables*: presentan una mayor probabilidad de asociación con el abuso. En razón de ello poseen una alta especificidad, lo que se explica por la cualidad del signo de disminuir el riesgo de error al momento de atribuirle un origen traumático.
- ✓ *De certeza*: implica que el signo presenta una especificidad cercana al 100% en cuanto a que su presencia es indicativa de trauma cierto.

	<b>SIGNOS GENITALES</b>	<b>SIGNOS ANALES</b>
<b>CATEGORIA 1 EXAMEN NORMAL</b>	. Sin datos de AS	. Sin datos de AS



<p><b>CATEGORIA 2</b> <b>HALLAZGOS INESPECIFICOS</b> <b>ABUSO POSIBLE</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Vulvitis.</li> <li>. Lesiones por rascado.</li> <li>. Aumento de la vascularización del introito vaginal.</li> <li>. Fisuras en la piel o abrasiones de la horquilla vulvar.</li> <li>. Coalescencia de los labios menores.</li> <li>. Presencia de secreción o de flujo vaginal.</li> <li>. Condilomas en niñas menores de 2 años.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Hiperpigmentación.</li> <li>. Eritema perianal.</li> <li>. Apéndices cutáneos perianales.</li> <li>. Disminución de los pliegues perianales.</li> <li>. Congestión venosa.</li> <li>. Fisuras anales.</li> <li>. Dilatación anal con heces en la ampolla.</li> </ul>
<p><b>CATEGORIA 3</b> <b>HALLAZGOS ESPECIFICOS</b> <b>ABUSO PROBABLE</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Presencia de uno o más signos sugestivos de abuso sexual.</li> <li>. Desgarros recientes o cicatrizales del himen.</li> <li>. Aumento del diámetro del orificio himeneal para la edad.</li> <li>. Desgarro de la mucosa vaginal, marcas de dientes u otros signos traumáticos como laceraciones o equimosis de la vulva.</li> <li>. Presencia de gérmenes de transmisión sexual (Tricomonas vaginales, Clamydia Trachomatis en niña mayor de 3 años, HSV2). Condilomas en niñas mayores de 2 años.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Desgarros superficiales o profundos.</li> <li>. Cicatrices/tunelización.</li> <li>. Laxitud del esfínter anal.</li> <li>. Dilatación anal mayor a 20 mm sin materia fecal en la ampolla.</li> <li>Presencia de condilomas o de otros gérmenes de transmisión sexual.</li> </ul>
<p><b>CATEGORIA 4</b> <b>HALLAZGOS DE CERTEZA</b> <b>EVIDENCIA DEFINITIVA DE</b> <b>ABUSO SEXUAL</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Presencia de espermatozoides o líquido seminal en el cuerpo de la víctima.</li> <li>. Embarazo (por coito no consentido).</li> <li>. Evidencia del uso de la fuerza brusca o de traumatismo penetrante tal como la laceración del himen hasta la base o “hendidura completa”.</li> <li>. Cultivos positivos para N. Gonorrhoeae, serología positiva para Sífilis o para HIV (descartada la transmisión vertical).</li> <li>. Abuso con testigos o la existencia de fotografías o videos que prueben el abuso sexual.</li> <li>. Confesión del supuesto agresor de los hechos que se describen</li> </ul>	

A continuación, se expone la clasificación de signos físicos de abuso sexual de la Sociedad Argentina de Ginecología Infantojuvenil.

*Tabla 5*

❖ **MUESTRAS FORENSES EN EL ABUSO SEXUAL**

En la evaluación física de una probable víctima de abuso sexual el principal objetivo del examen físico es determinar la presencia de lesiones y analizar sus características. El segundo propósito es la recolección de las muestras forenses debiendo tener presente que cualquiera de las obtenidas puede ser utilizada como evidencia en la instrucción. Estas adquieren categoría de evidencias cuando son extraídas con el método correcto, rotuladas con los datos del examinador y la víctima y conservados apropiadamente, todo ello según normas previamente establecidas.

### 1. SEMEN

Es una evidencia de trascendencia en los delitos contra la integridad sexual. Su presencia en la víctima corrobora su relato, es indicativa de eyaculación, señala la existencia de acceso carnal (intavaginal, intrabucal o intraanal) y brinda la posibilidad de identificar al agresor.

Puede ser hallado en las cavidades vaginal, bucal o anal, fuera de ellas sobre la superficie corporal de la víctima, y en forma de manchas en su ropa, especialmente en su ropa interior, en los protectores íntimos y sobre elementos que hayan estado en contacto con la zona genital luego del coito, como pañuelos, papeles y telas utilizadas para la limpieza de la misma.

El método habitual para la obtención del semen en las cavidades naturales es el hisopado, debiendo ser apropiado el material de extracción para su empleo en los menores.

### 2. SANGRE

Es posible encontrar en el examen físico manchas de sangre sobre la superficie corporal de la víctima, en sus ropas y en elementos que hayan entrado en contacto con las áreas dañadas como apósitos, papel higiénico, toallas y pañuelos.

La sangre hallada en una víctima femenina puede pertenecer al flujo menstrual, a sangre de desfloración o ser producto de lesiones cutáneo-mucosas.

### 3. PELOS

No es habitual encontrar al examen físico pelos ajenos sobre la superficie corporal de la persona agredida; en sus ropas es algo más frecuente. Cuando están

presentes deben ser recogidos y preservados según normas establecidas. Tiene especial importancia el hallazgo de vellos púbicos.

#### 4. SALIVA

Su hallazgo en la víctima es infrecuente, si bien puede ser depositada sobre su cuerpo por besos y mordeduras.

#### 5. RESTOS DE TEJIDOS

En situaciones en las que la víctima se ha defendido del ataque, es posible encontrar rastros biológicos del agresor en la zona subungueal. El hallazgo de sangre solamente o fragmentos de piel dependerá de la profundidad de las lesiones defensivas.

### **ESTADISTICAS EN ARGENTINA**

En Argentina no hay ningún organismo público que sistematice a nivel nacional los datos provenientes de las distintas instituciones que trabajan en este tema. Así, por ejemplo, entre los problemas detectados para estimar la dimensión cuantitativa de esta problemática, se constató que los hospitales y centros de salud - que reciben numerosas demandas de asistencia- cuando registran casos, no los sistematizan ni publican. Las estadísticas criminales solo indican el número de delitos sexuales (dentro de los cuales se incluyen los abusos infantiles) sin distinguir la edad de las víctimas, agrupando a esta población con la población adulta. Los organismos de protección integral de derechos del niño, que igualmente recibe cuantiosa demanda, no tienen registros públicos.

Sin embargo, los datos existentes permiten afirmar que existe una demanda específica que da cuenta de la existencia del problema. Si bien no puede compararse una denuncia con una llamada para pedir información telefónica, ambos son indicadores de un amplio número de personas afectadas que intentan por distintas vías enfrentar la situación y acceder a apoyos institucionales.

Los datos dispersos, fragmentados, permiten confirmar que Argentina no es una excepción y presenta las mismas tendencias que se observan en otros países, colocando al problema de los abusos sexuales infantiles, como un tema prioritario de las políticas públicas de niñez y adolescencia que, por su magnitud y gravedad, deben dar lugar a

acciones y programas de prevención, asistencia, protección integral y sanción con fuerte voluntad política.

Aunque los datos disponibles no permiten determinar la incidencia o prevalencia del fenómeno a nivel nacional, es posible tener una pauta de su presencia en diversos contextos.

Muchos autores coinciden en que hay una tendencia creciente de reportes y denuncias y que esto refleja la toma de conciencia de la población y la mayor receptividad institucional. Se constata que a medida que se abren espacios de atención o denuncia, la demanda se incrementa.

Los datos son reveladores y emergentes de esta dimensión socio-política y cultural. Si bien su cobertura y calidad, no siempre permite establecer comparaciones y tener apreciaciones estadísticamente representativas, los datos son indicadores suficientes para dar cuenta de la significación y gravedad de los abusos sexuales hacia los niños.

#### ❖ **ESTADÍSTICAS NACIONALES**

En nuestro país, según los datos del gobierno nacional, actualmente se pueden observar las siguientes cifras:

- Lugar donde sucede el abuso:
  - ✓ 53% en el hogar de la víctima
  - ✓ 18% en la vivienda del agresor
  - ✓ 10% en la casa de un familiar
  
- Edad de las víctimas:
  - ✓ 47% tiene entre 6 y 12 años
  - ✓ 28% tiene de 0 a 5 años
  - ✓ 25% tiene de 13 a 17 años
  
- Quienes son los agresores:
  - ✓ 75% es un familiar, de los que:
    - 40% es el padre
    - 16% el padrastro

- Genero de los agresores:
  - ✓ 89% son de género masculino
  - ✓ 7% son de género femenino
  - ✓ 4% no hay datos
  
- Edad de los agresores:
  - ✓ 49% entre 18 y 40 años
  - ✓ 39% entre 41 y 60 años
  - ✓ 12% más de 60 años

❖ **PROGRAMA “LAS VICTIMAS CONTRA LAS VIOLENCIAS”**

Es un programa conjunto entre Unicef y el Ministerio de Justicia de la Nación. Trabaja con líneas telefónicas gratuitas, de alcance nacional y funcionamiento ininterrumpido las 24 horas, todos los días del año, que ofrecen una respuesta institucional efectiva frente a situaciones de violencia sexual y familiar, especialmente en niños, niñas y adolescentes.

Este programa cuenta con un registro de las llamadas recibidas. Se releva la información narrada y textual de todas las comunicaciones, lo que permite realizar los informes profesionales posteriores y analizar las intervenciones y resultados de la línea.

Se realizó un informe de datos basados en el análisis de la información recabada de los llamados recibidos entre el 1 de octubre de 2018 y el 30 de septiembre de 2019.

A continuación, se exponen los resultados más relevantes:

- **Víctimas de violencia sexual según grupo etario**

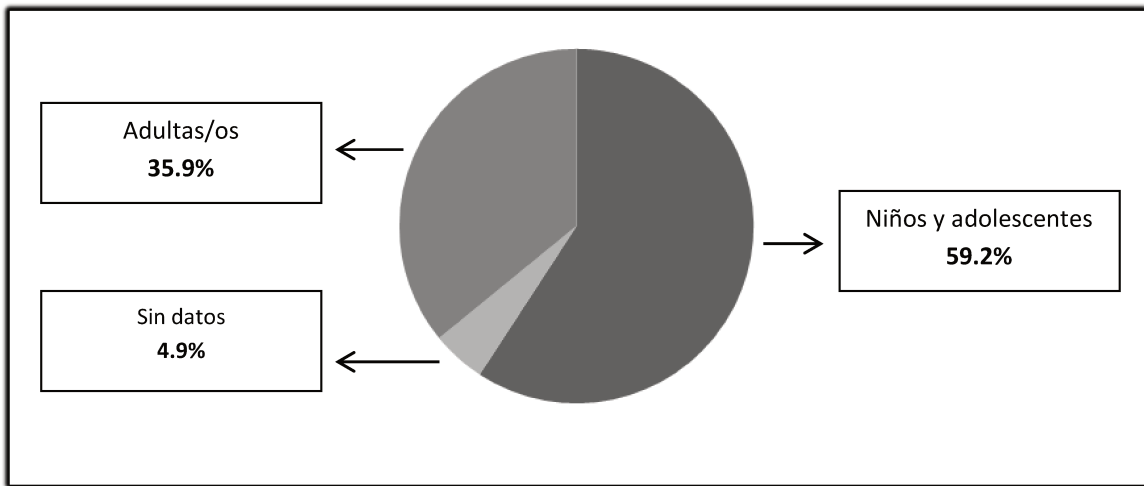


Grafico 1

- **Llamados por región**

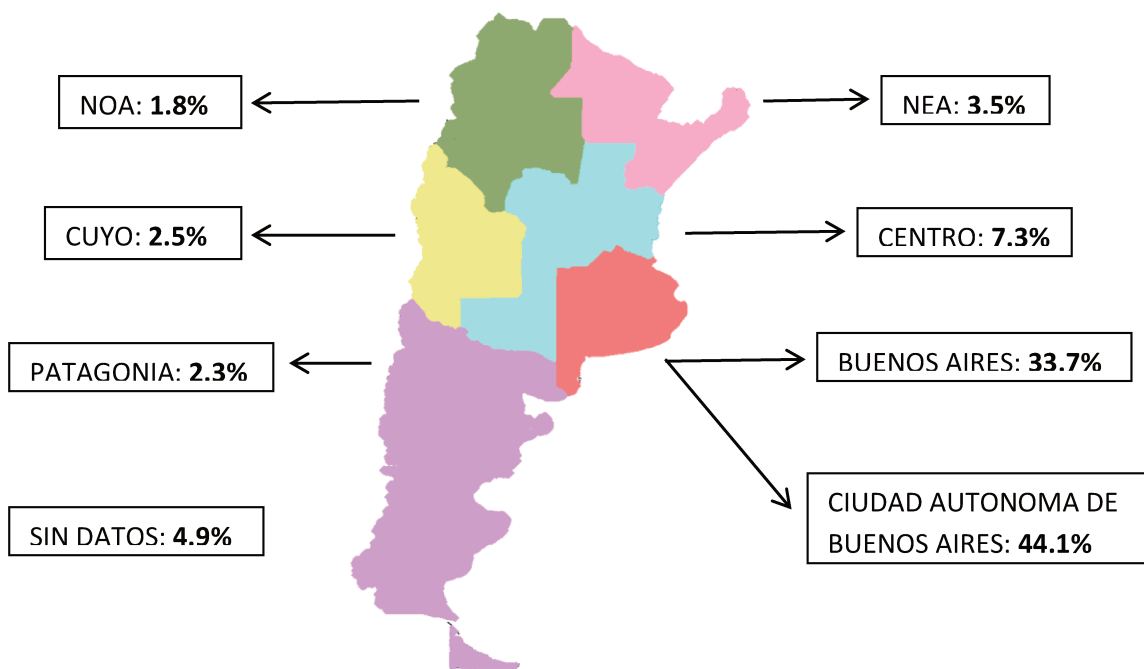


Grafico 2

- **Niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia sexual atendidas según género**

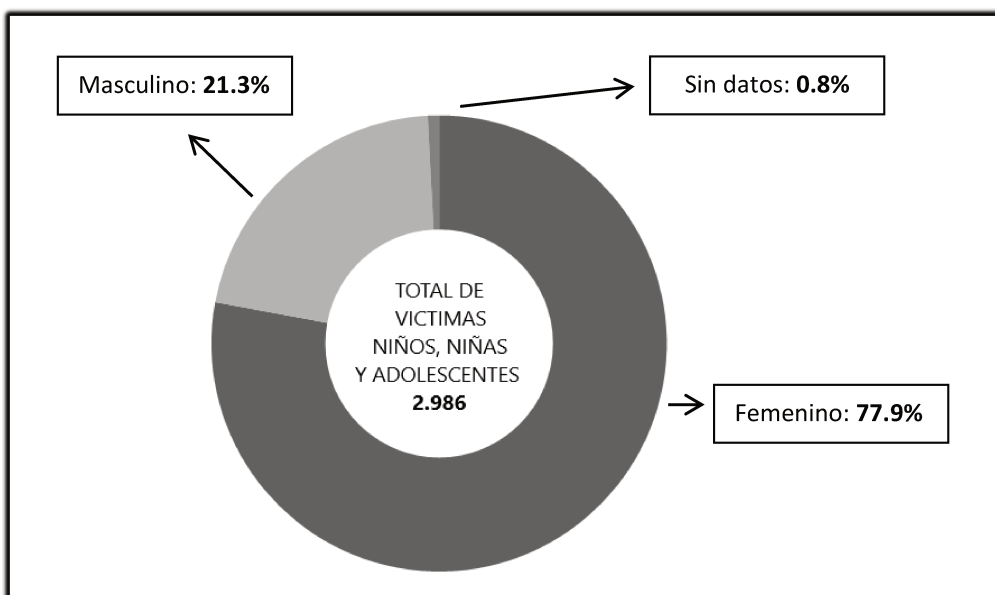


Grafico 3

- **Niñas, niños y adolescentes víctimas atendidas por grupo de edad**

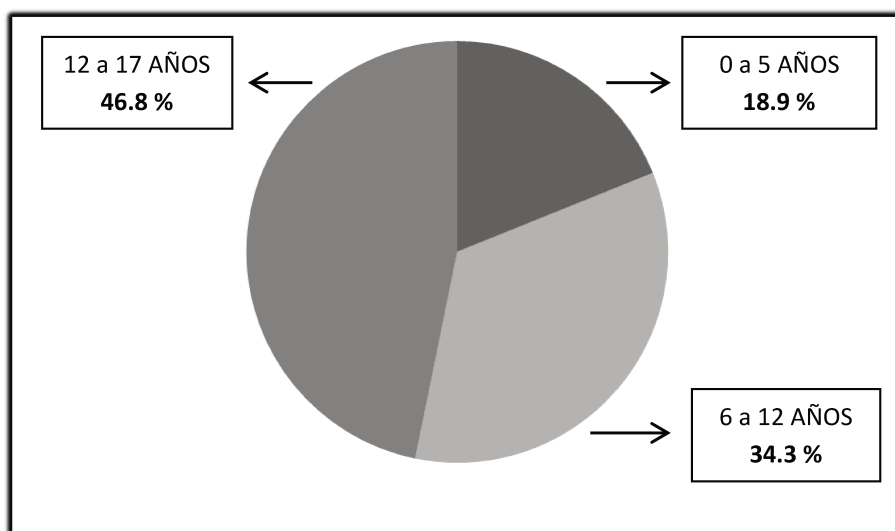
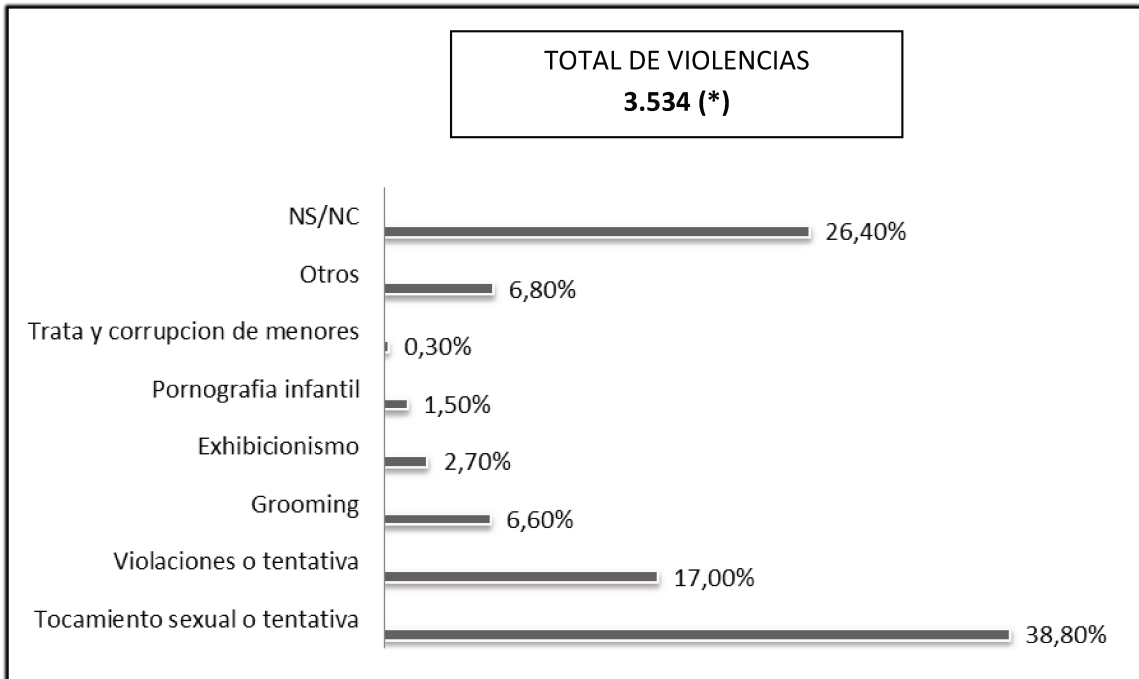


Grafico 4

- **Formas de violencia sexual contra niños, niñas y adolescentes identificados de acuerdo al relato del hecho**



(\*) Una misma persona puede ser víctima de más de una forma de violencia sexual

Grafico 5

- Quien se contacta con el programa, según el vínculo con la víctima

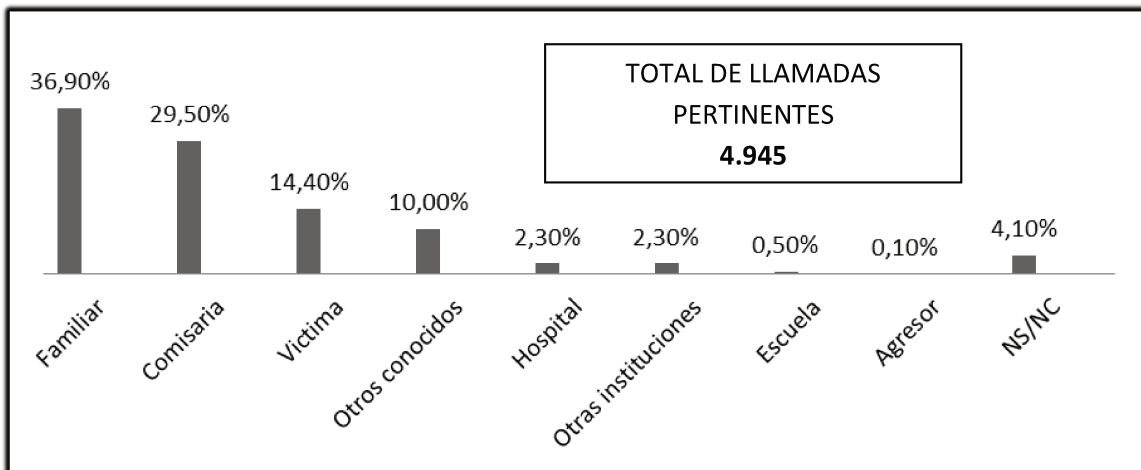


Grafico 6

- Vínculo entre agresores y víctimas niños, niñas y adolescentes



Conocido no familiar  
19.4 % ←

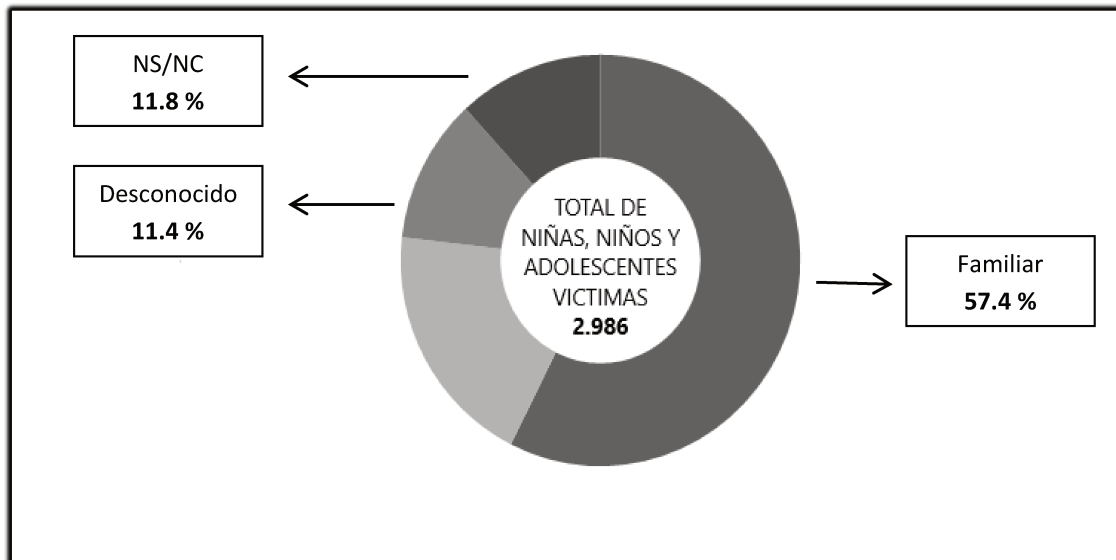


Grafico 7

## **MARCO LEGAL**

En Argentina hay leyes que promueven los derechos del niño y sancionan el delito de abuso sexual infantil.

### ❖ **Ley 23.849: APROBACION DE LA CONVENCION SOBRE LOS DERECHOS DEL NIÑO**

La convención sobre los Derechos del Niño adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas, forma parte de nuestra Constitución nacional y certifica que los niños son sujetos de derecho. A los efectos de esta convención se considera niño al menor de 18 años.

El niño goza, entre otros, de los siguientes derechos:

- ✓ *Derecha a un nombre y a una nacionalidad.*
- ✓ *Derecho a la igualdad sin distinción de raza, credo o nacionalidad.*
- ✓ *Derecho a una protección especial para su desarrollo físico, mental y social.*
- ✓ *Derecho a comprensión y amor por parte de los padres y la sociedad.*
- ✓ *Derecho a una alimentación, vivienda y atención médica adecuada.*
- ✓ *Derecho a recibir educación gratuita y disfrutar del juego y el descanso.*
- ✓ *Derecho a ser el primero en recibir ayuda en caso de desastre.*

- ✓ *Derecho a una educación y cuidados especiales para el niño física o mentalmente disminuido.*
- ✓ *Derecho a formarse en un espíritu de solidaridad, comprensión, amistad y justicia entre los pueblos.*
- ✓ *Derecho a ser protegido contra el abandono la explotación en el trabajo y el abuso sexual, físico o mental.*
- ✓ *Derecho a la libertad de expresión; buscar, recibir y difundir ideas.*
- ✓ *Derecho a obtener información para promover su bienestar.*
- ✓ *Derecho a expresar su opinión en los asuntos que lo afecten (de acuerdo a su edad y madurez)*

En su **artículo 19**, esta ley establece lo siguiente:

1. Los Estados Partes adoptaran 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, 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.
2. Esas medidas de protección deberían comprender, según corresponda, procedimientos eficaces para el establecimiento de programas sociales con el objeto de proporcionar la asistencia necesaria al niño y a quienes cuidan de él, así como para otras formas de prevención y para la identificación, notificación, remisión a una institución, investigación, tratamiento y observación ulterior de los casos antes descritos de malos tratos al niño y, según corresponda, la intervención judicial.

❖ **Ley Provincial 12.967: PROMOCION Y PROTECCION INTEGRAL DE LOS DERECHOS DE LAS NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES.**

La provincia de Santa Fe adhiere a la Ley Nacional N° 26.061 de Protección Integral de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes. La presente ley tiene por objeto la promoción y protección integral de los derechos y garantías de las niñas, niños y adolescentes que se encuentren en el territorio de la provincia de Santa Fe. Los derechos y garantías que se enumeran en la misma deben entenderse como complementarios e

interdependientes de los derechos y garantías reconocidos en el ordenamiento jurídico provincial, nacional y en los tratados internacionales en los que la Nación sea parte.

❖ **CODIGO PENAL**

El Código Penal de la Nación Argentina, describe en su libro segundo, título III, los delitos contra la integridad sexual. A continuación se citan los más importantes:

**Artículo 119.-** Sera reprimido con reclusión o prisión de seis (6) meses a cuatro (4) años el que abusare sexualmente de una persona cuando esta fuera menor de trece (13) años o cuando mediare violencia, amenaza, abuso coactivo o intimidatorio de una relación de dependencia, de autoridad, o de poder, o aprovechándose de que la víctima por cualquier causa no haya podido consentir libremente la acción.

La pena será de cuatro (4) a diez (10) años de reclusión o prisión cuando el abuso por su duración o circunstancias de su realización, hubiere configurado un sometimiento sexual gravemente ultrajante para la víctima.

La pena será de seis (6) a quince (15) años de reclusión o prisión cuando mediando las circunstancias del primer párrafo hubiere acceso carnal por vía anal, vaginal u oral o realizare otros actos análogos introduciendo objetos o partes del cuerpo por alguna de las dos primeras vías.

En los supuestos de los dos párrafos anteriores, la pena será de ocho (8) a veinte (20) años de reclusión o prisión si:

- A) Resultare un grave daño en la salud física o mental de la víctima;
- B) El hecho fuera cometido por ascendiente, descendiente, afín en línea recta, hermano, tutor, curador, ministro de algún culto reconocido o no, encargado de la educación o de la guarda;
- C) El autor tuviere conocimiento de ser portador de una enfermedad de transmisión sexual grave, y hubiere existido riesgo de contagio.
- D) El hecho fuere cometido por dos o más personas, o con armas;
- E) El hecho fuere cometido por personal perteneciente a las fuerzas policiales o de seguridad, en ocasión de sus funciones;

F) El hecho fuere cometido contra un menor de dieciocho (18) años, aprovechando la situación de convivencia preexistente con el mismo.

En el supuesto del primer párrafo, la pena será de tres (3) a diez (10) años de reclusión o prisión si concurren las circunstancias de los incisos A), B), D), E) o F).

**Artículo 120.-** Sera reprimido con prisión o reclusión de tres a seis años el que realizare algunas de las acciones previstas en el segundo o en el tercer párrafo del artículo 119 con una persona menor de dieciséis años, aprovechándose de su inmadurez sexual, en razón de la mayoría de edad del autor, su relación de preeminencia de la víctima, u otra circunstancia equivalente, siempre que no resulte un delito más severamente penado.

La pena será de prisión o reclusión de seis a diez años si mediare alguna de las circunstancias previstas en los incisos A), B), C), E) o F) del cuarto párrafo del artículo 119.

**Artículo 125.-** El que promoviera o facilitare la corrupción de menores de dieciocho años, aunque mediare el consentimiento de la víctima será reprimido con reclusión o prisión de trece años.

La pena será de seis a quince años de reclusión o prisión cuando la víctima fuera menor de trece años.

Cualquiera que fuese la edad de la víctima, la pena será de reclusión o prisión de diez a quince años, cuando mediare engaño, violencia, amenaza, abuso de autoridad o cualquier otro método de intimidación o coerción, como también si el autor fuera ascendiente, cónyuge, hermano, tutor, o persona conviviente o encargada de su educación o guarda.

**Artículo 125 bis.-** El que promoviera o facilitare la prostitución de una persona será penado con prisión de cuatro (4) a seis (6), aunque mediare el consentimiento de la víctima.

**Artículo 126.-** En el caso del artículo anterior, la pena será de cinco (5) a diez (10) años de prisión, si concurre alguna de las siguientes circunstancias:

1. Mediare engaño, fraude, violencia, amenaza o cualquier otro medio de intimidación o coerción, abuso de autoridad o de una situación de

vulnerabilidad, o concesión, o recepción de pagos o beneficios para obtener el consentimiento de una persona que tenga autoridad sobre la víctima.

2. El autor fuera ascendiente, descendiente, cónyuge, afín en línea recta, colateral o conviviente, tutor, curador, autoridad o ministro de cualquier culto reconocido o no, encargado de la educación o de la guarda de la víctima.
3. El autor fuera funcionario público o miembro de una fuerza de seguridad, policial o penitenciaria.

Cuando la víctima fuere menor de dieciocho (18) años la pena será de diez (10) a quince (15) años de prisión.

**Artículo 127.-** Sera reprimido con prisión de cuatro (4) a seis (6) años, el que explotare económicamente el ejercicio de la prostitución de una persona, aunque mediere el consentimiento de la víctima.

La pena será de cinco (5) a diez (10) años de prisión si concurriere alguna de las siguientes circunstancias:

1. Mediare engaño, fraude, violencia, amenaza o cualquier otro medio de intimidación o coerción, abuso de autoridad o de una situación de vulnerabilidad, o concesión, o recepción de pagos o beneficios para obtener el consentimiento de una persona que tenga autoridad sobre la víctima.
2. El autor fuera ascendiente, descendiente, cónyuge, afín en línea recta, colateral o conviviente, tutor, curador, autoridad o ministro de cualquier culto reconocido o no, encargado de la educación o de la guarda de la víctima.
3. El autor fuera funcionario público o miembro de una fuerza de seguridad, policial o penitenciaria.

Cuando la víctima fuere menor de dieciocho (18) años la pena será de diez (10) a quince (15) años de prisión.

**Artículo 128.-** Sera reprimido con prisión de tres (3) a seis (6) años el que produjere, financiare, ofreciere, comerciare, publicare, facilitare, divulgare o distribuyere, por cualquier medio, toda representación de un menor de dieciocho (18) años dedicado a actividades sexuales explícitas o toda representación de sus partes genitales con

finos predominantemente sexuales, al igual que el que organizare espectáculos en vivo de representaciones sexuales explícitas en que participan dichos menores.

Sera reprimido con prisión de cuatro (4) meses a un (1) año el que a sabiendas tuviere en su poder representaciones de las descritas en el párrafo anterior.

Sera reprimido con prisión de seis (6) meses a dos (2) años el que tuviere en su poder representaciones de las descritas en el primer párrafo con fines inequívocos de distribución o comercialización.

Sera reprimido de un (1) mes a tres (3) años el que facilitare el acceso a espectáculos pornográficos o suministrare material pornográfico a menores de catorce (14) años.

Todas las escalas penales previstas en este artículo se elevaran en un tercio en su mínimo y en su máximo cuando la víctima fuere menor de trece (13) años.

**Artículo 129.-** será reprimido con multa de mil a quince mil pesos el que ejecutare o hiciere ejecutar por otros actos de exhibiciones obscenas expuestas a ser vistas involuntariamente por terceros.

Si los afectados fueren menores de dieciocho años la pena será de prisión de seis meses a cuatro años. Lo mismo valdrá, con independencia de la voluntad del afectado, cuando se trate de un menor de trece años.

**Artículo 130.-** Sera reprimido con prisión de uno a cuatro años, el que sustrajere o retuviere a una persona por medio de la fuerza, intimidación o fraude, con la intención de menoscabar su integridad sexual.

La pena será de seis meses a dos años, si se tratare de una persona menor de dieciséis años, con su consentimiento.

La pena será de dos a seis años si se sustrajere o retuviere mediante la fuerza, intimidación o fraude a una persona menor de trece años, con el mismo fin.

**Artículo 131.-** Sera penado con prisión de seis (6) meses a cuatro (4) años el que, por medio de comunicaciones electrónicas, telecomunicaciones o cualquier otra tecnología de transmisión de datos, conectare a una persona menor de edad, con el propósito de cometer cualquier delito contra la integridad sexual de la misma.

**Artículo 132.-** En los delitos previstos en los artículos 119: 1°, 2°, 3° párrafos, 120: 1° párrafo y 130 la víctima podrá instar el ejercicio de la acción penal pública con el asesoramiento o representación de instituciones oficiales o privadas sin fines de lucro de protección o ayuda a las víctimas.

**Artículo 133.-** Los ascendientes, descendientes, cónyuges, convivientes, afines en línea recta, hermanos, tutores, curadores y cualquier persona que, con abuso de una relación de dependencia, de autoridad, de poder, de confianza o encargo, cooperen a la perpetración de los delitos comprendidos en este título, serán reprimidos con la pena de los autores.

### **ABORDAJE DE LA VICTIMA**

Los delitos de abuso sexual contra menores son considerados delitos complejos en cuanto a su corroboración, por lo que se requiere que el estado y el sistema judicial contengan estructuras, procedimientos y mecanismos adecuados que aseguren un abordaje óptimo y que proteja a la víctima.

A nivel internacional se han establecido principios para lograr dichos objetivos, que pueden ser sintetizados de la siguiente manera:

#### 1. PROTECCION Y BIENESTAR DEL NIÑO

Estos deben ser asumidos como el valor primordial a alcanzar. Todos los participantes del proceso deben estar orientados a minimizar el estrés experimentado por el niño, a la vez que se maximizan las oportunidades de obtener pruebas válidas, confiables y de alta calidad. Este principio general supone el respeto y garantía de otros principios y derechos que deben ser tenidos en cuenta durante todo el abordaje de la víctima:

- ✓ Interés superior del niño: en todo momento debe tenerse primordialmente en cuenta las necesidades del menor. También debe atenderse a sus opiniones y visiones dentro del proceso respetándose su dignidad, igualdad y libertad.
- ✓ Derecho a un trato digno: el menor debe ser siempre tratado con cuidado y sensibilidad, teniendo en cuenta para cualquier tipo de intervención su situación personal, sus necesidades, su edad, grado de madurez, etc.

- ✓ Protección de la salud: se debe priorizar el cuidado, respeto y protección del menor, garantizando el más alto nivel posible de salud física y psíquica y el acceso a servicios de tratamiento integral.
- ✓ Evitar la revictimización: debe limitarse al mínimo toda injerencia en su vida privada y cantidad de intervenciones a la que sea expuesto, así como asegurar que no se realicen intervenciones innecesarias.  
Para ello es fundamental que, por un lado, se realice la video-grabación de la entrevista por un profesional capacitado asegurando que dicho material sea utilizado en las distintas instancias del proceso judicial y, por el otro, que se realice un único examen pericial físico exclusivamente en aquellos casos en que sea estrictamente necesario.
- ✓ Derecho a la seguridad: se deben adoptar todas las medidas de protección para garantizar la integridad física y psíquica del niño durante y después del proceso judicial, lo que supone que se tomen medidas que tiendan a protegerlo de la revictimización, venganza, intimidación o amenazas.
- ✓ Derecho a la privacidad: toda información relativa a la participación de la víctima dentro del proceso debe ser protegida, asegurándose la confidencialidad y restringiendo la divulgación de cualquier información que permita su identificación o utilización para fines inapropiados.

## 2. DERECHO A SER OIDO

Es fundamental que se garantice este derecho en todo momento; su relato y opiniones deben ser debidamente tenidos en cuenta en todas las etapas del proceso.

- ✓ Importancia del relato: las características que generalmente presentan los delitos contra la integridad sexual, de ser consumados en un ámbito privado y sin testigos presenciales y, en muchos casos, la ausencia de evidencias o signos físicos en el cuerpo de la víctima, hacen que el relato del niño claro, preciso y basado en un recuerdo no contaminado sea, en muchas ocasiones, uno de los elementos más importantes de la investigación.

Se recomienda que el menor relate lo sucedido por única vez durante la entrevista de declaración testimonial. Por ello, es fundamental que un profesional capacitado la llave a cabo lo antes posible y la video-grabe. De esta



manera evitara que el niño reitera en distintas oportunidades y a diversos actores los detalles sobre el hecho. De esta forma se tiende a evitar la revictimización que supondría un nuevo llamado a prestar declaración, sumado a los riesgos de deterioro del recuerdo, la posibilidad de influencias o intimidaciones externas y a la afectación de su predisposición a volver a relatar los hechos.

- ✓ Condiciones adecuadas: se deben garantizar las condiciones adecuadas para que el niño pueda expresar libremente, en un entorno conforme a sus necesidades, características y particularidades. Los procedimientos que se utilicen deben ser accesibles y apropiados a su edad, grado de madurez y desarrollo, adaptándolos en aquellos casos que exista una condición especial, como puede ser una discapacidad mental o desarrollo insuficiente del lenguaje.

La entrevista debe realizarse en un ambiente diseñado especialmente, procurando que el niño se sienta lo más cómodo y relajado posible, sin interrupciones y en un entorno que le provea privacidad. El profesional debe procurar un trato calmo, acogedor, amable, que contemple los tiempos del niño y sus necesidades y favorezca la generación de un vínculo de confianza. Estos factores influyen de manera sustancial en la predisposición del niño a brindar testimonio.

### 3. ASEGURAR LA EFICACIA DEL PROCESO Y LA OBTENCION DE PRUEBAS VALIDAS

- ✓ *Compatibilización de las garantías del imputado y los derechos de la víctima*: es necesario respetar y propender a una compatibilización armónica entre las garantías constitucionales del imputado y los derechos de la víctima dentro del proceso. En este sentido, es imprescindible que se tomen todos los recaudos procesales y técnicos necesarios al momento de la entrevista de declaración testimonial, no solo para asegurar la protección del niño y evitar su revictimización y el deterioro de las pruebas, sino también para garantizar el derecho de defensa del imputado.

- ✓ *Protección contra todo prejuicio que pueda causar el proceso de justicia: es necesario que se tomen todas las medidas para evitar un trato inadecuado y la revictimización del niño.*

Es imprescindible que el niño cuente con profesionales (abogados, psiquiatras, trabajadores sociales, etc.) que soliciten las medidas necesarias para resguardar su seguridad física, le presten apoyo, asistencia legal, contención emocional y lo acompañen durante todo el proceso.

#### 4. COORDINACION ENTRE ACTORES Y PROTOCOLARIZACION DE PROCEDIMIENTOS

Todos los actores involucrados y los organismos del sistema de protección infantil y el Poder Judicial deben funcionar como equipo, articulando acciones, intercambiando información y participando en la planificación. Además, es preciso que todos los procedimientos se encuentren debidamente protocolizados y estén sujetos a revisión constante.

Para esto es indispensable un trabajo coordinado e interdisciplinario entre los organismos estatales y privados involucrados.

#### 5. CAPACITACION DE PROFESIONALES INTERVINIENTES Y REVISION CONSTANTE DE LAS INTERVENCIONES Y PROCEDIMIENTOS

#### 6. RECUPERACION FISICA Y PSICOLOGICA

Es fundamental que se adopten todas las medidas necesarias para asegurar la recuperación del niño, tanto física como psicológica, y su reinserción social, garantizando el acceso a servicios sociales y de salud, a la escolaridad así como también a servicios de asistencia y apoyo económico, jurídico y de asesoramiento.

### **INSTANCIAS DEL PROCESO DE ASISTENCIA E INVESTIGACION PENAL CON NIÑOS VICTIMAS DE ABUSO SEXUAL**

El proceso de abordaje de víctimas, requiere del trabajo coordinado, articulado e interdisciplinario de distintos organismos y profesionales de diversas disciplinas. Los

profesionales deben garantizar un abordaje integral que brinde una protección efectiva a la víctima evitando su revictimización y que favorezca a la obtención de pruebas confiables y de calidad dentro del proceso judicial.

Para ello la OMS presenta una especie de hoja de ruta en la cual contempla los principales objetivos de cada instancia, la cual se detalla a continuación.

### **1. DENUNCIA INICIAL O DEVELAMIENTO**

La primera etapa se inicia con la denuncia del hecho, generalmente, por parte de la víctima o su familia o algún adulto perteneciente a su entorno. Puede ocurrir ante una comisaría, fiscalía o juzgado, o bien en un organismo de atención a las víctimas, en el hospital o en la escuela, entre otros.

En todos los casos se deben tomar los recaudos necesarios para proteger a la víctima, procurar que reciba una contención y atención inmediata y dar intervención a la justicia.

- Cuando la víctima se presenta acompañada por un adulto legalmente responsable para dar a conocer un hecho de abuso sexual, todas las preguntas que sean necesarias realizar deben ser dirigidas únicamente al adulto. El niño debe ser separado y contenido en una sala de espera apropiada mientras se realiza la declaración del adulto. Esto es imprescindible para proteger el relato de la víctima de una posible contaminación.
- Cuando la víctima se presenta sola, es fundamental intentar identificar si el supuesto hecho habría sido o no reciente y si el autor sería intra o extra familiar. Es recomendable que los distintos organismos cuenten con profesionales especialmente preparados para la atención de las víctimas que se presenten sin la compañía de un adulto, máxime teniendo en cuenta que, si un niño que fue víctima de abuso sexual se presenta sola, probablemente se deba a que no confía en sus familiares.

En los casos que se presente sola y no se cuente con un adulto de confianza legalmente responsable que pueda instar la acción o si el adulto legalmente responsable fuese el autor de los hechos, la acción deberá ser iniciada de oficio por el fiscal con comunicación inmediata al asesor de menores.

- Cuando la víctima realice un relato espontáneo en el hospital o en la escuela o se detecten indicadores de abuso sexual infantil, se debe dar intervención inmediata a la justicia.

La víctima no debe ser interrogada en esta instancia inicial bajo ninguna circunstancia. Solo se debe procurar la información mínima sobre el hecho que permita realizar la denuncia y determinar si el hecho sería reciente o de larga data, intra o extra familiar, realizado por un sujeto conocido o desconocido por la víctima. Se debe preguntar solo ¿Qué paso?, ¿Cuándo?, ¿Dónde?, y ¿Quién lo hizo?. En principio se recomienda que estas preguntas sean dirigidas únicamente al adulto denunciante a cargo, a menos que la víctima quiera relatar espontáneamente lo sucedido.

En el caso de un relato espontáneo hacia un operador u oficial, este no debe interrumpirlo, sino que debe dejar expresarse y tomar registro textual e íntegro sobre todo lo dicho. También es conveniente que se incluya la descripción de algunas situaciones relevantes, como las circunstancias en que se realizó la revelación de la situación y la descripción de la conducta de la víctima y del adulto acompañante si lo hubiera.

## **2. ASISTENCIA INMEDIATA A LA VICTIMA**

Una vez producida la denuncia, la víctima debe recibir asistencia inmediata y profesional, que debe estar a cargo de un profesional de la salud mental, específicamente capacitado para la atención de víctimas menores de edad y que preferentemente sea del mismo sexo que la víctima.

Esta asistencia se dirige específicamente a brindar contención psicológica y emocional inmediata de la víctima, así como a asegurar su seguridad psíquica y física mediante una evaluación del riesgo que determine las posibilidades, por ejemplo, de que se reiteren los hechos, se registren represalias por parte del imputado o su familia, etc. En función de esto se identificará la necesidad de tomar medidas preventivas (prohibición de acercamiento, exclusión del hogar, custodia) y/o de atención médica, psicológica y psiquiátrica inmediata.

El encuentro debe llevarse a cabo en un lugar y ambiente reservado para proteger la intimidad y dignidad de la víctima.

El profesional debe mantener una actitud de escucha, formulando solo unas pocas preguntas abiertas sobre el hecho que se investiga. Luego presentara un informe en el que se consignen los hechos básicos denunciados, así como la información recogida acerca de las circunstancias de la develación y una valoración del riesgo en los casos en que fuera necesario.

El objetivo principal de esta instancia es la atención, contención y evaluación de la víctima. Puesto que no se trata de un interrogatorio ni de una pericia, la información surgida de este primer contacto y útil para la investigación debe ser incluida en el informe y registrarse de manera íntegra y textual.

También es importante que el profesional registre todo lo sucedido, incluyendo la conducta del menor y de las personas que lo acompañan y cualquier otro hecho que pudiera ser relevante para la entrevista de declaración testimonial o el desarrollo de la investigación en general (por ejemplo, cuando el menor presenta alguna discapacidad, o surge alguna conducta particular por parte de los adultos que lo acompañan).

### **3. INVESTIGACION JUDICIAL**

En función de la información obtenida hasta el momento (denuncia e informe del profesional a cargo de la atención inmediata) la autoridad a cargo de la causa deberá tomar las decisiones relativas a la planificación y ejecución de la investigación. Entre ellas decidirá sobre la necesidad o procedencia de determinadas diligencias preventivas, de recolectar y preservar evidencia física o rastros en el lugar del hecho, citar otras víctimas o testigos, entre otras. Asimismo, debe decidir sobre la necesidad y pertinencia de que la víctima sea examinada física, psicológica y psiquiátricamente y que se le tome declaración testimonial y, para cada caso, el momento adecuado para hacerlo.

El relato de la víctima es una de las pruebas con mayor relevancia dentro del proceso. Sin embargo, no puede ser considerado equivalente a la investigación judicial ni la única prueba posible. Por ello es fundamental que se aporten otros elementos que puedan resultar relevantes para la causa y puedan servir para corroborar el relato de la víctima (por ejemplo que familiares, docentes o amigos puedan relatar cambios en la conducta o comportamientos que les hayan llamado la atención, si recibieron alguna manifestación espontánea).

A su vez, estos elementos de prueba pueden ser complementados con pericias físicas y psicológicas de la víctima que deben ser realizadas lo antes posible.

A. EXAMEN MEDICO (FISICO) FORENSE

- La autoridad a cargo deberá decidir sobre la necesidad y procedencia de realizar un examen médico forense. Es importante que especifique el tipo de examen requerido según el hecho presunto (lesiones genitales, para-genitales, extra-genitales, golpes, ataduras, ginecológico) y el plazo dentro del cual este precisa ser realizado.

Es fundamental que el examen solicitado no exceda lo estrictamente necesario según las pruebas obtenidas hasta el momento. Por ejemplo, no realizar un examen ginecológico cuando la víctima solo refiere haber sufrido tocamientos.

Se debe tener en cuenta si el caso es reciente (dentro de las 72 horas previas) o de larga data para evaluar la necesidad real de llevar a cabo esta intervención.

- Cuando el caso hubiese sido reciente, el examen físico debe realizarse lo antes posible, esto es en el mismo día o en un máximo de 72 horas. Esto implica que debe existir un servicio con médicos capacitados en abuso sexual infantil. En caso de no disponer de ese servicio de manera inmediata, se evaluará la conveniencia de solicitar al hospital más cercano la realización del examen.
- Durante el examen médico se debe priorizar el cuidado, la protección y el respeto hacia la víctima. Este puede llevarse a cabo en la compañía de un adulto de confianza de la víctima que ella designe y nunca debe ser efectuado a la fuerza. En caso de que se niegue, se recomienda una intervención asistencial con un psicólogo para procurar que la víctima acceda voluntariamente.
- El examen debe ser realizado una única vez. Estará integrado por un examen general que incluirá una historia clínica detallada y una evaluación sobre el desarrollo de caracteres sexuales secundarios, un examen genital y conclusiones sobre la correlación existente entre los hallazgos físicos con la factibilidad que sean producto de un abuso sexual.

- Es recomendable que el examen este a cargo de un médico que haya tenido entrenamiento específico para los exámenes medico forenses en abuso sexual infantil según los requerimientos establecidos. Es especialmente recomendable que el medico sea del mismo sexo que la víctima.
- El lugar donde se lleve a cabo el examen, debe proveerle a la examinada absoluta privacidad, sin posibilidad de que existan interrupciones.
- Es importante contar con una cámara para poder incluir un anexo fotográfico. En su defecto, se realizarán gráficos para registrar prolijamente lo hallado. A su vez, se debe asegurar el tratamiento y la conservación adecuada de las muestras biológicas obtenidas. Esto incluye la adecuada identificación, asegurar la cadena de custodia, el mantenimiento de la cadena de frio según el caso (hisopado vaginal, rectal y bucal, rastros biológicos, extracción de sangre y saliva).
- Es recomendable que el medico tenga acceso y haya leído previamente la denuncia y el examen realizado en el abordaje inmediato. Más allá de esto, debe contar con cierta libertad para formular las preguntas que a su juicio profesional considere suficientes y necesarias para realizar el examen a los fines de llevar a cabo una exploración e interpretación de los resultados de manera más apropiada. Es importante que las preguntas se lleven a cabo de manera sensible y se deje registro textual por escrito de las manifestaciones de la víctima.
- En casos en los que la víctima tuviese alguna lesión o patología genital, la atención clínica es prioritaria, por lo que, si se evalúa necesario, debe ser remitida a un hospital incluso antes de que se haya efectuado el examen médico forense. En estos casos y cuando la víctima permaneciera internada, el médico forense debe trasladarse al lugar de internación para realizar la revisión médica, tomar todas las muestras, recolectar y preservar los rastros biológicos y fotografiar las eventuales lesiones para incluir en su informe.
- Con el objetivo de brindarle tranquilidad a la víctima luego del examen, el médico debe comunicarle los resultados de manera adecuada a su edad y situación. Asimismo cuando fuese necesario, le debe informar sobre los recaudos a tomar, el tratamiento sugerido, etc. Esta información también debe ser brindada de manera completa y especifica al adulto responsable o al asesor de menores.

- Una vez terminado el estudio, se debe hacer un informe que integre toda la información recolectada. Resulta esencial que todas las notas y registros vinculados con el examen médico y las decisiones sean conservadas, ya que son importantes para la investigación y también para evitar eventuales cuestionamientos futuros sobre el accionar médico.

## B. DECLARACION TESTIMONIAL DE LA VICTIMA

### 1) CUESTIONES ESTRUCTURALES

La mayoría de los abusos sexuales infantiles ocurren en ámbitos ocultos, en los que es muy poco frecuente que existan otras evidencias o testigos, por lo que el testimonio de la víctima adquiere un valor fundamental como prueba en el proceso.

Por este motivo, resulta de suma importancia que todos los actores intervinientes trabajen de manera coordinada y con suma precaución para obtener un relato de la mayor calidad y confiabilidad posibles.

En específico, la entrevista de declaración testimonial se propone como objetivos obtener información precisa, confiable y completa sobre los hechos denunciados a través del relato de la víctima. Esto implica una descripción de las circunstancias de tiempo, modo y lugar, de la identificación del o de los agresores, la caracterización de la conducta de esta persona y de la víctima, sus interacciones que podrían dar lugar a un supuesto evento abusivo, a un presunto abusador, en un lugar y tiempo determinados. Este objetivo básico debe ser perseguido teniendo en cuenta todo momento la necesidad de minimizar el estrés de la víctima, a partir de las medidas de protección especialmente instrumentadas a tal fin.

- *Especificidad del testimonio infantil y nivel de precisión esperable*

Aun las niñas muy pequeñas tienen la capacidad de almacenar recuerdos por largos periodos y recuperarlos con sorprendente confianza. Sin embargo, la precisión de la información que podrá obtenerse del relato de la víctima, será diferente para cada caso en particular. Esto dependerá de su edad, su desarrollo cognitivo, el contexto familiar y socio-cultural, el nivel de lenguaje alcanzado y su predisposición a hablar, siendo un



factor de relevancia la habilidad y competencia del entrevistador para lograr la comunicación de la víctima, entre otros factores.

También influirá si el hecho denunciado habría sido único o crónico y el tiempo transcurrido desde entonces hasta la toma de la declaración.

- *Indagación sobre la vida privada de la víctima y su historia sexual*

No resulta pertinente indagar en la entrevista de declaración testimonial sobre la vida privada o la historia sexual de la víctima, mas allá de los hechos que son motivo de investigación, ya que esto excede el objetivo de la entrevista. Se debe impedir la afectación de su derecho a la intimidad además de una perturbación emocional. Se debe tener en cuenta que este tipo de preguntas suele reducir la predisposición a hablar de la víctima, afectando su colaboración en el proceso.

- *Identificación de síntomas traumáticos*

La entrevista no constituye una pericia, por lo cual no incluye la identificación de eventuales signos y síntomas que pudieran indicar la existencia de un trauma. Esta tarea se reserva para exámenes periciales psicológicos o psiquiátricos que suelen ser solicitados con posterioridad a la entrevista testimonial, cuando se considera necesario y justificado.

Se debe tener en cuenta que las víctimas de abuso sexual pueden desplegar o no, emociones y problemas de conducta diversos. Algunos no presentan sintomatología aparente y muchas veces estos síntomas pueden ser ignorados o no ser percibidos porque no hay indicadores específicos de abuso sexual, esto quiere decir que las conductas son compartidas con otras patologías o condiciones. Son comunes la disociación y la sobreadaptación, el entumecimiento emocional, los temores inexplicados, los trastornos del sueño, las regresiones, los trastornos de apetito, síntomas psicósomáticos, depresión, aislamiento, cambios abruptos de conducta, agresividad, disminución del rendimiento escolar, etc.

- *Perito de parte en las pericias*

Tanto la defensa como la querrela tienen derecho a contar con un perito de parte para controlar los estudios. Para permitir, esto se recomienda utilizar el sistema de CCTV (sistema de circuito cerrado de televisión) o cámara Gesell, que brinda al perito de parte la posibilidad de observar todas las alternativas del examen realizado por el perito oficial

desde el exterior y luego, en el caso que lo considere necesario, presentar un informe propio.

- *Presentación de un informe con las conclusiones de la entrevista*

El profesional a cargo de realizar la entrevista de declaración testimonial debe presentar un informe con sus conclusiones. Se recomienda que este informe incluya únicamente una descripción de lo acontecido durante la entrevista, en términos de la predisposición de la víctima a hablar, si se observó algún impedimento para brindar testimonio de manera válida por limitaciones del lenguaje o cognitivas u otras, así como una descripción de la conducta, su correlato emocional y gestual durante el relato.

## 2) ESPACIO FÍSICO Y EQUIPAMIENTO

El espacio físico en que se desarrolla la entrevista a la víctima debe estar especialmente acondicionado para este fin. Debe ser silencioso, con aislamiento de ruidos externos y no debe haber interrupciones de ningún tipo.

Los muebles deben estar preparados con anterioridad a la entrevista y deben ser adecuados a la edad de la víctima. También se debe contar con algunos elementos como papel, lápices, crayones, por si el niño quiere dibujar o escribir para asistir el relato y también para ayudar a reducir su ansiedad.

En cuanto a los juguetes, se recomienda que sean apropiados para la edad y que se encuentren en número limitado. En principio estarán fuera del alcance de la vista de la víctima y solo serán introducidos cuando la psicóloga lo considere necesario para facilitar o apoyar el relato, especialmente en niños de edad escolar y pre-escolar. En caso de que el niño realice dibujos o escritos, estos deben ser remitidos junto con el informe.

En Argentina el sistema más utilizado para estas entrevistas y su grabación es la Cámara Gesell.

### **Cámara Gesell**

Es un procedimiento que se lleva a cabo en un ambiente especialmente acondicionado, que permite la realización de entrevistas a las víctimas, especialmente menores de edad, y en la que se puede observar la misma desde el exterior.

Fue creada por el pediatra y psicólogo Arnold Gesell, a fin de observar la conducta de niños sin ser perturbados o que la presencia de una persona extraña cause alteraciones. Su propósito inicial era contribuir en estudios e investigaciones en el área de la psicología, pero en la actualidad es una herramienta utilizada en la observación, análisis e investigaciones en otras áreas, sobre todo en el ámbito legal, ya que los testimonios que se producen en la entrevista tienen la validez de una prueba.

La Cámara Gesell es un recurso tecnológico que consta de dos (2) salas contiguas, separadas por una división de vidrio unidireccional o de visión unilateral:

- Sala de observación: cuenta con un equipo informático, donde se registrara en audio y video el desarrollo de la entrevista, un micrófono intercomunicador, una cámara de video y mobiliario adecuado para las personas que observaran el acto a desarrollarse. Aquí se encuentra el personal responsable de la investigación, el cual observa, escucha y puede solicitar al entrevistador a través de audífonos, realizar preguntas a la víctima mientras ésta refiere el testimonio de lo ocurrido, los cuales son registrados en un soporte digital de audio y video.
- Sala de entrevista: ingresara el profesional que realizara la entrevista y la víctima. Esta sala cuenta con un micrófono, cámaras de video y mobiliario adecuado para el niño.

Se trata de un espacio amigable, que brinda seguridad, confianza y privacidad y que no procura más tensión o ansiedad en el niño.

El propósito fundamental de esta herramienta tecnológica radica en realizar entrevistas a las víctimas del delito, procurando la no revictimización y garantizando el respeto a los Derechos Humanos, Interés Superior del Niño, Acceso a la Justicia, Trato Justo, No Discriminación, Protección de la Dignidad, Confidencialidad, Privacidad e Identidad. Todos estos principios y conceptos prevén el respeto y la dignidad hacia la víctima y aseguran la adecuada preservación de su identidad. Por otro lado, garantizan su derecho a ser protegida durante el proceso penal y evita la repetición de actuaciones investigativas, así como de otras prácticas probatorias que provocan o producen la revictimización y, en consecuencia, la afectación física y emocional del niño.

### 3) ETAPAS DE LA ENTREVISTA DE DECLARACION TESTIMONIAL

- *ENCUENTRO(S) PREVIO(S) CON LA VICTIMA*

- *Características y objetivos.* Es importante llevar a cabo al menos un encuentro preliminar con la víctima, a fin de que pueda sentirse más cómoda y, de esta manera, tener mayores probabilidades de que la entrevista se desarrolle con éxito. Este encuentro tiene como objetivos principales informar adecuadamente a la víctima sobre las características y objetivos de la entrevista y evaluar las características particulares de la víctima y la conveniencia y posibilidades de que participe.
- *Momento del encuentro.* Debe realizarse con posterioridad a la recepción de la denuncia y la atención inmediata, pero debe ser previo a la declaración testimonial, ya que servirá para contar con información útil a la hora de hacer la planificación de esta. La cantidad de encuentros dependerá de las necesidades de cada caso en particular.
- *Profesional a cargo.* Se recomienda que este encuentro preliminar con la víctima este a cargo del mismo psicólogo que luego llevara a cabo la entrevista de declaración testimonial. Esto supone la ventaja de aumentar las posibilidades de que se construya una relación de cierta confianza o *rapport*.

- *OBTENCION DE INFORMACION Y PLANIFICACION DE LA ENTREVISTA*

- *Recolección previa de información.* Se debe procurar obtener información esencial del niño, su contexto, su situación general, el hecho que se imputa y otros elementos relevantes previos a la declaración testimonial para facilitar el proceso y planificar la entrevista.
- *Lectura del expediente*
- *Informe socio-ambiental:* lo efectúa una trabajadora social a partir de visitas al domicilio del menor, entrevistas con sus familiares u otras personas relevantes de su entorno (vecinos, maestros, etc.)

- Informe sobre antecedentes: incluye antecedentes que el menor pueda tener como víctima o sobre intervenciones médicas y/o psicológicas previas.
- Encuentro de planificación: una vez obtenida la información se recomienda hacer un breve encuentro de planificación de la entrevista que pueda incluir a los diferentes actores relevantes del proceso: juez, fiscal, psicólogo, asesor de menores. Es recomendable que se procure también la participación de los abogados querellante y defensor.

El resultado de este proceso debe ser un plan de la entrevista por escrito, que luego sea utilizado durante la declaración testimonial para asegurarse que todos los temas hayan sido cubiertos.

- **ENTREVISTA DE DECLARACION TESTIMONIAL**

- Modelo de entrevista en etapas: si bien no existe un protocolo de entrevista único y rígido que deba seguirse punto por punto en todos los casos, los resultados son contundentes en cuanto a los beneficios de utilizar el modelo de entrevista estructurada en etapas, por sobre otros modelos o la realización de entrevistas no estructuradas.
- Protocolo de entrevista: el más influyente es el Protocolo de NICHD (National Institute of Child Health and Human Development), elaborado en el año 2000.

Este modelo divide la entrevista en 3 etapas:

- ✓ Introducción
- ✓ Rapport
- ✓ Relato libre o sustantivo

El modelo se fundamenta en la importancia de constituir un rapport o confianza previa al comienzo de la entrevista en sí, y una vez conseguido esto, en facilitar el recuerdo libre del niño con la menor cantidad de intervenciones posibles. Para conseguirlo en la etapa de relato libre se propicia que el menor describa con sus propias palabras exactamente lo que le ha sucedido a partir de una serie de comentarios y preguntas de final abierto.

- Momento en que debe efectuarse la entrevista: es fundamental que se realice a la mayor brevedad posible. Por un lado, para evitar el deterioro del recuerdo que

produce el paso del tiempo y, por el otro, minimizar las influencias post-evento, como ser presión del entorno familiar, repercusión de medios de difusión, etc. Esto supone una medida de protección hacia el niño.

- Actores presentes:

- ✓ Abogado defensor
- ✓ Asesor de menores
- ✓ Abogado querellante
- ✓ Autoridad a cargo
- ✓ Padres o adultos de referencia
- ✓ Perito de partes
- ✓ Imputado

#### 4. ABORDAJE Y SEGUIMIENTO DEL NIÑO Y SU FAMILIA

Es fundamental asegurar la protección y bienestar de la víctima y su familia durante todo el proceso y más allá de este. Para que esto pueda hacerse efectivo, es necesario que un equipo de profesionales espacialmente capacitados este a cargo de hacer un seguimiento.

Los objetivos de esta fase son:

- ✓ Brindar asesoramiento legal a la víctima y su familia, orientación sobre el desarrollo del proceso y facilitar patrocinio letrado en caso de ser necesario.
- ✓ Adoptar las medidas de protección integral que sean necesarias en el caso (para evitar futuros abusos, amenazas o intimidaciones, etc.).
- ✓ Asegurar el acceso a tratamiento psicológico y medico asegurando su disponibilidad y continuidad mediante la coordinación con organismos estatales y privados.
- ✓ Brindar asistencia socioeconómica en caso que sea necesario.
- ✓ Realizar un seguimiento sobre el contexto de desarrollo familiar y escolar.

#### 5. JUICIO ORAL

Resulta necesario asegurar que la víctima no vuelva a prestar declaración durante el debate oral ya que este, en la mayoría de los casos, se efectúa varios años después de realizada la denuncia. Por ello, como regla general, se establece la necesidad de que su testimonio sea incorporado mediante la proyección de la videograbación de la entrevista testimonial realizada durante la etapa de investigación.

A pesar de esta regla general, es posible que en algunos casos excepcionales pueda ser necesario y conveniente aceptar la posibilidad de que se realice una entrevista adicional en esta instancia. Son dos las situaciones específicas y puntuales que podrían justificar dicha entrevista adicional:

- ✓ El niño manifiesta su deseo de volver a hablar.
- ✓ Nueva información en la causa.

El requerimiento de una entrevista adicional debe ser debidamente justificado, por escrito y decidida por el juez y debe contar con el consentimiento del psicólogo a cargo, quien debe evaluar nuevamente la capacidad del niño para declarar nuevamente y la posible afectación a su salud que esto puede implicar.

La nueva entrevista será realizada, al igual que la primera, en el dispositivo especial (Cámara Gesell) y es imprescindible que sea videograbada. Es importante que la entrevista se limite únicamente a los datos nuevos aportados y se considere como complementaria de la realizada durante la etapa de investigación.

## **REVICTIMIZACION**

Es el conjunto de acciones u omisiones que generan en la víctima un recuerdo victimizante (recordar y revivir lo ocurrido en el momento del hecho delictivo) y que es altamente ofensivo para la persona, pues se pueden generar estados de ansiedad, estrés o angustia que afectan su salud física y mental.

Puede ser entendida desde la siguiente clasificación:

- Victimización primaria: es la consecuencia que sufre la víctima directa e indirecta de un delito.

- Victimización secundaria: es el daño que sufre la víctima por las acciones u omisiones del proceso investigativo y del sistema judicial.
- Victimización terciaria: es el resultado de la estigmatización y prejuicios sociales sobre la víctima.

La revictimización es una palabra compuesta por dos componentes:

1. El sujeto – alguien que haya sido víctima.
2. Re – el prefijo que supone la condición de repetición.

Así pues, habremos de entender la revictimización, como la experiencia que victimiza a una persona en dos o más momentos de su vida.

Se reconocen conductas revictimizantes en los siguientes contextos:

- ✓ Cuando se realizan dos o más entrevistas o declaraciones innecesarias e impertinentes:
- ✓ Cuando se espera que la víctima use un vocabulario adecuado o lenguaje técnico;
- ✓ Cuando se tiene una actitud acusador hacia la víctima;
- ✓ Cuando no se toman las debidas precauciones para evitar el encuentro entre el niño y el supuesto agresor;
- ✓ Cuando no se prioriza la atención del niño;
- ✓ Cuando se interrumpe innecesariamente el relato de la víctima, restándole prioridad y atención;
- ✓ Cuando se culpabiliza preguntándole el porqué de sus acciones;
- ✓ Cuando se estigmatiza a la víctima de un delito;
- ✓ Cuando no da información adecuada a la víctima;
- ✓ Cuando se toman fotografías innecesarias de la víctima;
- ✓ Cuando se cuestiona la vida íntima o sexual de la víctima;
- ✓ Cuando se tiene mal uso del lenguaje corporal o no se sabe interpretar el de la víctima;
- ✓ Cuando se culpabiliza el origen, el lenguaje o la vestimenta de la víctima o de su familia;
- ✓ Cuando se culpabiliza a los padres o familiares;
- ✓ Cuando se expone a la escena de los hechos nuevamente innecesariamente o sin tomar las debidas precauciones para evitar el sufrimiento de la víctima;



- ✓ Cuando se espera que la víctima aporte pruebas a la investigación;
- ✓ Cuando se hace esperar un tiempo innecesario para la atención;
- ✓ Cuando se tiene una mala atención hacia la víctima.

## RESULTADOS

Se realizó un exhaustivo estudio de esta problemática en la ciudad de Santa Fe, en base a datos brindados por la Comisaría de la Mujer sobre los abusos denunciados entre el 1 de enero y el 31 de diciembre del año 2019.

En dicho lapso de tiempo, se realizaron 750 denuncias por abuso sexual infantil en la ciudad de Santa Fe. De este número total de denuncias, en 108 de ellas la autoridad judicial a cargo solicitó el examen médico.

De la evaluación de los abusos con dicho examen médico surgieron los siguientes resultados:

### ✓ **ABUSOS SEGÚN EL GENERO**

El 86 % de los abusos corresponden al sexo femenino y el 14 % al sexo masculino, por lo que se evidencia que su observación es más frecuente en las niñas. (GRAFICO 8)

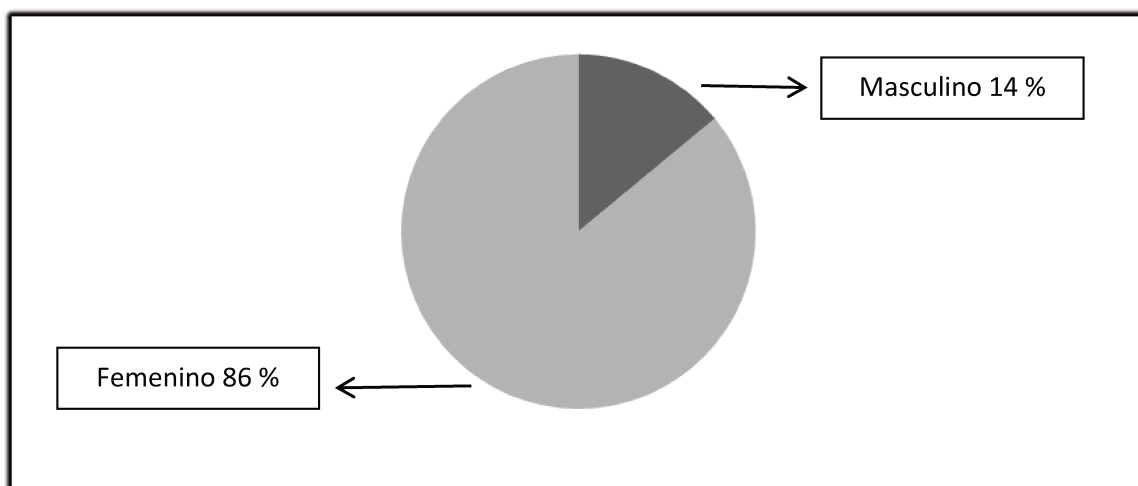


Grafico 8

✓ **ABUSOS SEGÚN EDAD**

Si bien existen números considerables de abusos en todas las franjas etarias estudiadas, las más vulnerables fueron las de 11 a 15 años (45%) y la de 6 a 10 años (35%), seguidas luego por la de 0 a 5 años (20%). (GRAFICO 9)

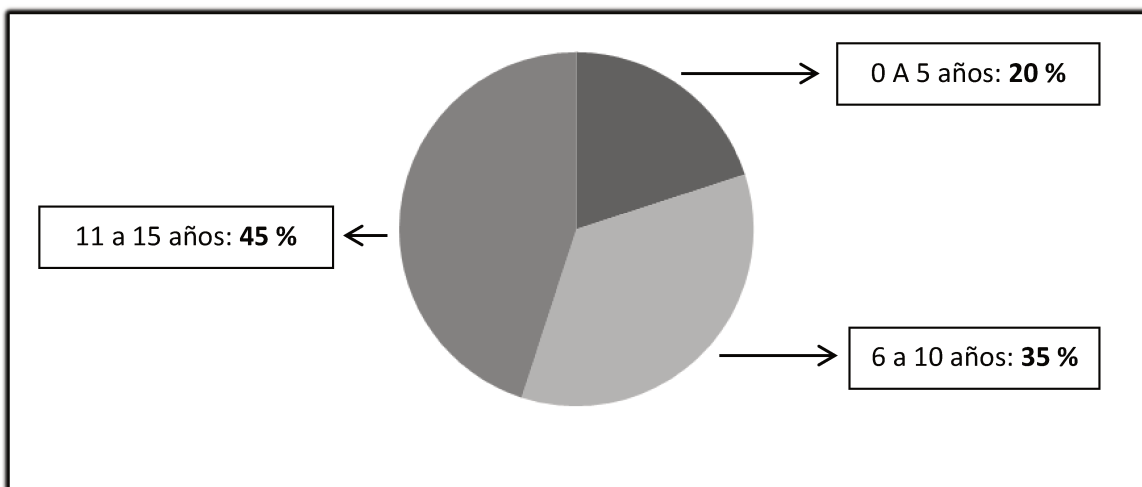


Grafico 9

✓ **ABUSOS SEGÚN HALLAZGOS FISICOS**

En lo que respecta al hallazgo de lesiones genitales en el examen físico, solo el 29 % de las víctimas presentaron algún tipo de lesión. El restante 71 % presentó un examen normal a la examinación clínica. (GRAFICO 10).

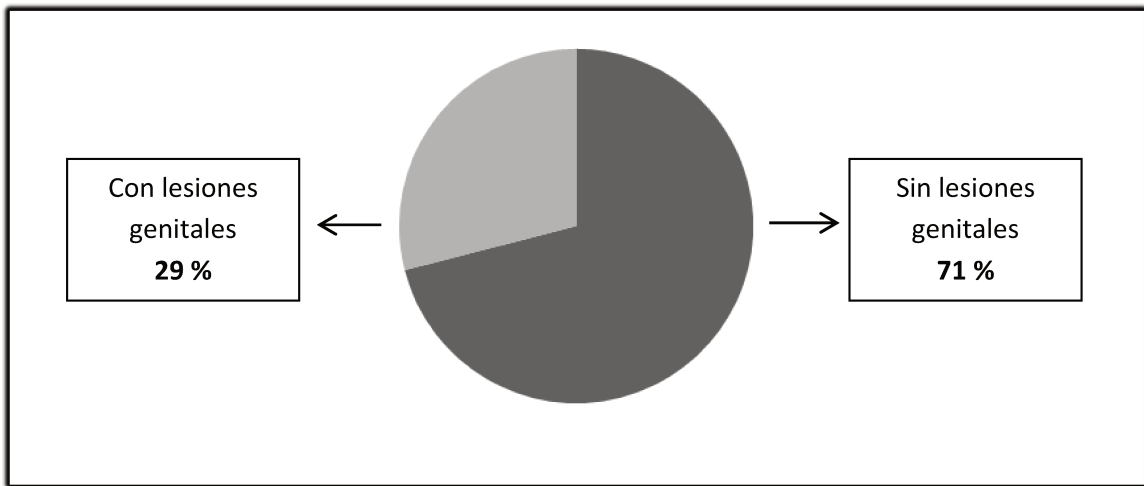


Grafico 10

✓ **ABUSOS SEGÚN EL CONTEXTO**

En cuanto al contexto en el que se produjeron los abusos, se destaca que el 84 % de ellos fueron en el ámbito intrafamiliar del menor, y que el niño tenía algún tipo de relación familiar con el abusador. El restante 16 % fue producido por desconocidos para la víctima o por personas conocidas pero fuera del ámbito de la familia (profesor, amigo, etc.). (GRAFICO 11)

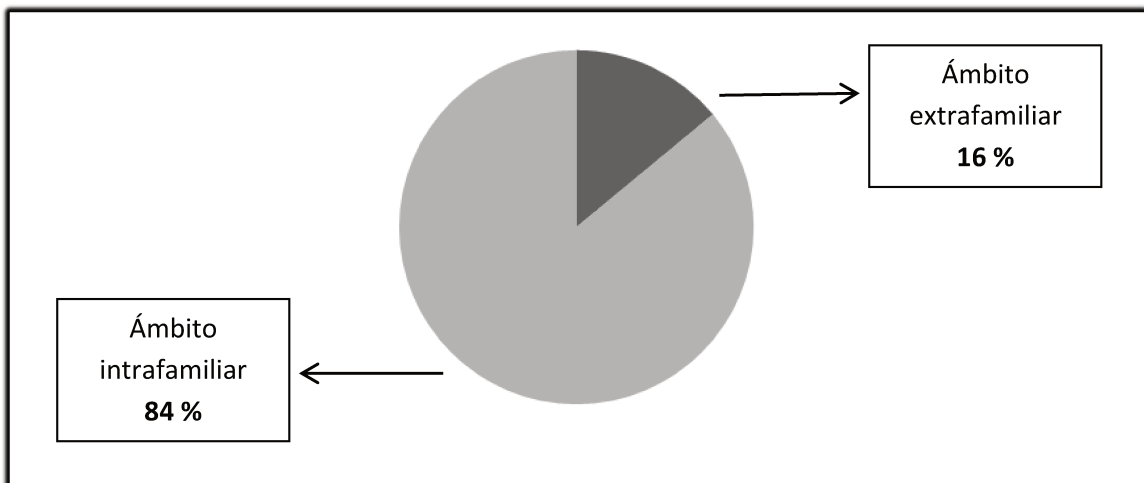


Grafico 11

**CONCLUSIONES**

En base a la investigacion bibliografica realizada y a los datos recabados para este trabajo se puede arribar a varias conclusiones.

En primer lugar, se evidencia que el abuso sexual infantil, a pesar de ser un tema complejo y en continuo crecimiento, no cuenta con estadisticas certeras que nos permitan determinar un numero aproximado a la realidad. Esto se debe a que, como se exployo en los datos obtenidos, la mayoría de estos se producen en el ambito intrafamiliar lo que retrasa o evita su denuncia. Deben crearse sistemas de estadisticas en los cuales se incluyan a todas las denuncias y el proceso de las mismas, los resultados y las acciones tomadas por el sistema judicial.

A su vez, la mayoría de este tipo de abusos, por sus características, no dejan secuelas físicas que se puedan constatar al examen medico. La mayor parte de ellos son realizados por personas allegadas al ambito familiar o que forman parte de éste, y consisten en tocamientos o acciones que no dejan en evidencia el abuso, razon por la cual tambien muchas veces se retrasa su deteccion.

El estudio de los casos realizados en Santa Fe, que fueron el proposito de este trabajo, nos demuestra que muy pocos de los niños examinados presentaron lesiones físicas. Por lo que podemos concluir que es falsa la idea de que el abuso sexual va acompañado de este tipo de lesiones, lo que si ocurre generalmente en abusos de personas mayores de edad. En los menores de edad el abuso generalmente consta de acciones solapadas, perpetuadas en el tiempo, que no permiten su evidencia.

El estudio del abuso sexual en niños debe abarcar un espectro amplio e interdisciplinario para poder abordar acertadamente a la victima y resguardar su integridad y su seguridad.

Se deben crear estrategias de trabajo y formacion general en la sociedad para poder detectar a tiempo los indicios que los niños abusados pueden dar en sus diferentes espacios de interaccion. Una vez detectados, o en el caso de realizada la denuncia, el abordaje de estos casos debe ser rapido, eficaz e interdisciplinario. La justicia debe accionar de manera inmediata y activar el sistema de atencion a la victima para brindar seguridad y contencion a la victima y su familia desde el primer momento y durante todo el proceso.

Tambien debe tenerse en cuenta que para un niño, el abuso trae consecuencias graves a nivel psicologico y social, lo que impactara de manera contundente en su desarrollo y posterior inclusion en la vida social y personal. Por ello, es que no se puede descuidar el abordaje de estos factores en el estudio de los casos de abuso infantil y debe realizarse un seguimiento a largo plazo para la evaluacion continua de posibles secuelas y su contencion.

En todos los casos de abuso infantil debe priorizarse ante todo el respeto, la integridad y los derechos del niño.

## BIBLIOGRAFIA

- Asociacion Española de Pediatria en atencion primaria (2015). *Promocion del buen trato y prevencion del maltrato en la infancia en el ambito de la atencion primaria de la salud*. España.
- Codigo Penal de la Nacion Argentina.
- Criado, Marcela (2008). *Evaluacion fisica medico forense del abuso sexual infanto-juvenil*. Argentina.
- Echeburua, Enrique (2006). *Secuelas emocionales en victimas de abuso sexual en la infancia*. Universidad de Psicologia. Malaga.
- Fundacion ORIENTA. Salud mental de infantes y adolescentes (2010). *El espectro del abuso sexual en la infancia: definicion y tipologia*. Barcelona.
- Lachica Lopez, Emilia (2010). *Sindrome del niño maltratado: aspectos medico-legales*. Instituto Medico Legal. Granada.
- Losada, Veronica (2012). *Epidemiologia del abuso sexual infantil*. Universidad Catolica Argentina.
- Ministerio Publico de Panama (2015). *Manual de Camara Gesell*. Panama.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). *Maltrato de menores. Violencia sexual infantil*.
- Patito, Jose (2001) *Libro de Medicina Legal*. Argentina.

- Rodriguez Almada, Hugo (2010). *Evaluacion medico-legal del abuso sexual infantil. Revision y actualizacion*. Medicina Legal. Facultad de Medicina. Universidad de Uruguay.
- Save the Children (2001). *Abuso sexual infantil: manual de formación para profesionales*. Barcelona. España.
- Sociedad Argentina de Ginecología Infanto Juvenil. *Maltrato y violencia familiar*.
- UNICEF (2013). *Guia de buenas practicas para el abordaje de niños/as, adolescentes victimas o testigos de abuso sexual y otros delitos*. Argentina.
- UNICEF y Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nacion. (2018-2019). *Programa “Las Victimas contra las Violencias”*. Argentina.