

**UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE MEDICINA, ENFERMERIA, NUTRICIÓN Y TECNOLOGÍA MÉDICA
UNIDAD DE POSTGRADO
MAESTRÍA EN MEDICINA FORENSE**



***“EVALUACION DE CONOCIMIENTOS, PARA LA ATENCIÓN DE
VÍCTIMAS DE DELITO SEXUAL, A MÉDICOS DE GUARDIA EN
CLÍNICAS DE LA CIUDAD DE LA PAZ, DURANTE EL PERIODO DE
ENERO A JUNIO DE 2010”***

TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE MAESTRÍA EN MEDICINA FORENSE

MAESTRANTE: DRA. LISETTE VIRGINIA ROJAS VELASQUEZ

TUTOR: DR. JORGE NUÑEZ DE ARCO

LA PAZ – BOLIVIA

2011

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por la fortaleza que me dio para seguir paso a paso cada día de mi vida.

Agradezco al Dr. Jorge Nuñez de Arco por su constante guía y revisión del presente trabajo de investigación, y por compartir sus conocimientos y sabiduría, como Tutor de Tesis

Agradezco al Lic. René Gutierrez por su apoyo durante la realización de esta Tesis.

DEDICATORIA

Dedico este trabajo de investigación a Dios, a mi querido esposo y mis papás, que siempre han estado conmigo en todo momento.

INDICE

CAPITULO I INTRODUCCIÓN	4
CAPITULO II MARCO TEÓRICO	6
2.1 MEDICINA LEGAL EN LA PRÁCTICA DIARIA	7
2.2 CONCEPTO DE VÍCTIMA	7
2.3 VICTIMIZACIÓN PRIMARIA Y SECUNDARIA	9
2.4 CONCEPTO DE DELITO	9
2.5 CONCEPTO DE VIOLENCIA	10
2.6 CLASIFICACIÓN DE LA NATURALEZA DE LA VIOLENCIA	12
2.7 DELITO DE VIOLACION	16
2.8 ATENCIÓN DE LA VÍCTIMA DE DELITO SEXUAL	17
2.9 INDICIO	24
2.10 EVIDENCIA	24
2.11 MANEJO DE INDICIOS	25
2.12 COLECCIÓN DE INDICIOS BIOLÓGICOS DEL CUERPO DE LA VÍCTIMA.	26
2.13 COLECCIÓN DE OTROS INDICIOS BIOLOGICOS	28
2.14 RECOJO DE MUESTRAS INDUBITADAS EN PERSONAS VIVAS	29
2.15 ASPECTOS CLÍNICOS DE LA VIOLENCIA SEXUAL	30
2.16 CADENA DE CUSTODIA	32
CAPITULO III REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA	34
CAPITULO IV JUSTIFICACIÓN	38
CAPITULO V DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	41
5.1 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	42
5.2 HIPOTESIS DEL ESTUDIO	42

5.3	OBJETIVO GENERAL	42
5.4	OBJETIVOS ESPECIFICOS	42
5.5	DISEÑO O TIPO DE ESTUDIO	43
5.6	TAMAÑO DE MUESTRA	45
5.7	POBLACIÓN Y LUGAR	45
5.8	ASPECTOS ETICOS	45
CAPITULO VI METODOLOGÍA		46
CAPITULO VII RESULTADOS Y DISCUSIÓN		51
7.1	RESULTADOS DE LAS ENCUESTAS	52
7.2	RESULTADOS DE LAS ENTREVISTAS	78
CAPITULO VIII CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES		89
CAPITULO IX REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS		92
CAPITULO X CRONOGRAMA		97
CAPITULO XI ANEXOS		99
11.1	ENCUESTA APLICADA	100
11.2	ENTREVISTA APLICADA	102
11.3	ANEXOS DE LAS ENCUESTAS	103
11.4	ANEXOS DE LAS ENTREVISTAS	104
11.5	TABULACIÓN DE RESULTADOS DE ENCUESTAS	106
11.6	TABULACIÓN DE RESULTADOS DE ENTREVISTAS	108

RESUMEN

En los últimos tiempos se observa que los casos de delito sexual, sobre todo a mujeres y niños se tornan mas frecuentes, y también es mas frecuente que el autor del hecho quede impune de este hecho delictivo.

Cuando se trata de delitos de tipo sexual es importante que el médico actúe de la manera más adecuada posible asistiendo a la víctima, ya que si en algún momento la justicia llega a requerirlo, es trascendental que haya realizado una adecuada toma de muestras a la víctima.

El presente trabajo evaluó el conocimiento de los médicos de guardia de las Clínicas de la ciudad de La Paz, en cuanto a la atención de víctimas de delito sexual. También se evaluó las acciones y actitudes durante la atención de estas víctimas, entre ellas: la admisión para inmediata atención, la denuncia del hecho delictivo a las autoridades competentes, la recolección de muestras o indicios y el respectivo seguimiento de la cadena de custodia.

La evaluación de conocimientos, acciones y actitudes de los médicos de guardia en la atención de víctimas de delito sexual, fue desarrollada a través de dos instrumentos: encuesta y entrevista.

Del análisis de la información recolectada se concluyó que en términos generales los médicos de guardia tienen insuficientes conocimientos para una adecuada atención de víctimas de delito sexual. Adicionalmente muchas de las clínicas están desprovistas de los materiales necesarios para la recolección de muestras y atención de la víctima de delito sexual.

Palabras clave: Conocimientos, médico de guardia, delito sexual, víctima

CAPITULO I

INTRODUCCIÓN

La violencia sexual es un problema cotidiano en nuestra ciudad, así como lo es en otras ciudades, producida en todas las culturas y sociedades y en la actualidad en cualquier estrato social.

La violencia sexual no es un problema lejano, o esporádico sino un problema complejo y hasta se podría decir universal, por tanto merece la atención adecuada de las diferentes autoridades de nuestro medio.

Se considera en muchas ocasiones que la atención de una víctima de delito sexual es competencia absoluta del médico forense, sin embargo tanto médicos ginecólogos como médicos generales o médicos de guardia se ven muchas veces en la necesidad de enfrentar y atender estos casos en sus lugares de trabajo ya sea por ser altas horas de la noche, de madrugada, fines de semana o feriados en los cuales sabemos que no es de facilidad encontrar un médico forense, así mismo sabemos que es de gran importancia para la víctima que la misma sea atendida integralmente, y mas aún si la misma decide llevar a manos de la justicia su caso, por lo que el médico que brinde la atención deberá proporcionar la mayor cantidad de elementos que hagan que se ofrezca justicia a la víctima y sanción al infractor del hecho.

La atención de una víctima de delito sexual debe ser tomada desde diferentes puntos de vista ya sea para calmar la ansiedad y desesperación que siente la misma que es el aspecto psicológico, así como los daños físicos que incluyen golpes, heridas, hemorragias vaginales o anales, hasta la prevención de un embarazo no deseado.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 MEDICINA LEGAL EN LA PRÁCTICA DIARIA

Los profesionales médicos que se encuentran insertos en servicios públicos privados de salud, independiente de su actividad y en cualquier momento de su actividad cotidiana pueden ser requeridos por la justicia en forma directa o a través del propio paciente para exponer su opinión acerca de determinados hechos.

Normativas jurídicas actualmente en vigencia otorgan responsabilidades y obligaciones a profesionales médicos y personal de salud por lo cual deben incursionar en el campo de la medicina legal, sin necesariamente ser especialistas forenses.

Por ejemplo el Código de procedimiento Penal determina el accionar del médico/a como perito y como testigo técnico. (Pantoja Vacaflor et al, 2004: 7)

Durante las primeras 72 horas desde el momento de la ocurrencia de los hechos, el abordaje integral forense de la víctima en la investigación del delito sexual constituye una urgencia médico legal y por tanto debe ser atendida como tal en los servicios forenses y de salud. (Duque Piedrahita et al, 2006: 22)

2.2 CONCEPTO DE VÍCTIMA

Es la persona que ha sufrido y ha sido víctima de un delito, enfrenta un trauma de dolor y sufrimiento, pues generalmente el delito siempre implica violencia y maltrato, que puede provocar daños colaterales en aspectos físicos, psicológicos y comportamiento psicosocial que afecta a su entorno debido al quebrantamiento de las reglas y normas establecidas por las leyes. (Núñez de Arco, 2004; 27-32)

Víctimas son aquellas personas que, individual o colectivamente han sufrido perjuicio, incluyendo daño físico o mental, sufrimiento emocional, pérdida económica o deterioro substancial de sus derechos fundamentales por medio de actos u omisiones en infracción de las leyes penales operantes en los Estados Miembros,

incluyendo aquellas que estableces prescripciones relativas al abuso del poder. (Núñez de Arco, 2010; 47)

Cuando una víctima de delito sexual acude a los órganos de justicia (Policía, FELCC, Fiscalía), a efectos de sentar denuncia para el esclarecimiento del delito y coadyuvar con las investigaciones, generalmente no recibe un trato y atención adecuada, no recibe una asistencia inmediata, no es informada debidamente sobre el proceso y pasos a seguir, no recibe un trato respetuoso y mucho menos equitativo, no cuenta con información efectiva sobre sus derechos y es maltratada por el sistema legal, produciéndose una “SEGUNDA VICTIMIZACION”; experiencia que en muchos casos resulta incluso más perjudicial y traumante que el propio hecho delictivo, y termina provocando actitudes personales y colectivas de desconfianza y rechazo al sistema de justicia y sus operadores. (Núñez de Arco, 2010:53) (Núñez de Arco et al, 2005:26) Al hecho delictivo pueden seguirle complicaciones que trastoken por completo el plan de vida y que generen infinidad de problemas, como puede ser una enfermedad de transmisión sexual, embarazo y otros trastornos psicológicos. (Núñez de Arco, 2007b:135-136)

Se considera víctima, según el Código de procedimiento penal:

- A las personas directamente ofendidas por el delito;
- Al cónyuge o conviviente, a los parientes dentro del cuarto grado de consanguinidad o segundo de afinidad, al hijo o padre adoptivo y al heredero testamentario, en los delitos cuyo resultado sea la muerte del ofendido.
- A las personas jurídicas en los delitos que les afecten.
- A las fundaciones y asociaciones legalmente constituidas en aquellos delitos que afecten intereses colectivos y difusos, siempre que el objeto de la fundación o asociación se vincule directamente sobre estos intereses (Núñez de Arco, 2007a:36) (Núñez de Arco, 2010:47)

2.3 VICTIMIZACIÓN PRIMARIA Y SECUNDARIA

La victimización primaria, es la ofensa desencadenada por el propio hecho delictivo.

La victimización primaria, es el proceso por el cual una persona, sufre de modo directo o indirecto, daños físicos o psíquicos derivados de un hecho delictivo o acontecimiento traumático. Es la ofensa desencadenada por el propio hecho delictivo. (Núñez de Arco, 2010:53)

La victimización secundaria nace fundamentalmente de la necesaria intersección entre un sujeto y el complejo aparato jurídico penal del Estado, pero también por el mal funcionamiento de otros servicios sociales. Es la peregrinación de la víctima primaria, que reclamando justicia, tiene que soportar durante meses o años la incertidumbre de un proceso penal que nunca parece concluir, por ello, es que una vez presentada la denuncia y ya inmersos en el entramado jurídico penal, se arrepiente y abandona. (Núñez de Arco, 2007a:36)

La victimización secundaria se considera aun más negativa que la primaria por que es el propio sistema el que victimiza a quien se dirige a él pidiendo justicia y por que afecta al prestigio del propio sistema. Este término se refiere a todas las agresiones psíquicas que la víctima recibe en su relación con los profesionales de los servicios sanitarios, policiales o judiciales y medios de comunicación. (Núñez de Arco, 2010:53)

2.4 CONCEPTO DE DELITO

Delito es toda acción u omisión típica, antijurídica, culpable y punible. (Núñez de Arco, 2010:25). Delito es toda conducta sancionada con una pena según el principio jurídico que dice: *nullum crimen sine lege*. (Muñoz Conde y García, 1993:231)

Acción

La acción es todo comportamiento dependiente de la voluntad humana, es una manifestación de su voluntad consciente y espontánea originada en el libre albedrío

de la persona y está encaminado a un fin, a conseguir un objetivo. (Ortega, 2008:203) Es pensar, sentir, obrar para que sean computados para valorar la carga de la pena o bien la capacidad de culpabilidad. (Núñez de Arco, 2010:27)

La Tipicidad

Es la garantía del principio de legalidad, es la adecuación de la conducta del sujeto al tipo penal. (Núñez de Arco, 2010:29) “La tipicidad es la adecuación de un hecho cometido a la descripción que de ese hecho se hace en la ley penal” (Muñoz Conde y García, 1993:231)

La Antijuridicidad

Es un juicio de valor por el que se declara que la conducta no es aquella que el derecho demanda. (Núñez de Arco, 2010:30) “La conducta es antijurídica cuando se estrella contra el total ordenamiento jurídico.” (Villamor, 2010:85)

La Culpabilidad

Se refiere a la relación psíquica del autor con el resultado. Se dice que es culpable quien actúa contra el derecho, pese a que podía haber obrado de otra manera. Culpabilidad es el juicio necesario para vincular en forma personalizada el injusto a su autor. (Villamor, 2007:165)

2.5 CONCEPTO DE VIOLENCIA

La violencia ha sido definida según la OMS como “el uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo contra uno mismo otra persona o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar muerte, lesiones, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones”. (Krug et. al. 2003:5) Esta definición también comprende tanto violencia interpersonal como comportamientos suicidas y los conflictos armados. (Núñez de Arco, 2010:114)

El complejo psicosocial que subyace en los comportamientos violentos es responsable de muchas muertes, de lesiones físicas externas o internas, de

alteraciones psicológicas que pueden llevar a un trastorno psiquiátrico o del desarrollo, de embarazos no deseados como productos de violación y de enfermedades de transmisión sexual, incluyendo VIH / SIDA y Hepatitis B.

Los factores asociados a la conducta violenta son múltiples y existen complejos y diversos modelos para explicarla. Es probable como dice, Paz de Corral, que los psicópatas al menos los “puros”, precisen de la combinación de factores pre disponentes genéticos, socialización inadecuada y una sociedad que facilite la adquisición de conductas y actitudes egocéntricas y violentas. (De Corral, 1994:79)

Se reconoce que, como fenómeno mediado por el comportamiento humano, en su ocurrencia influyen factores propios de los individuos; del sistema de creencias, valores, normas implícitas y explícitas que determinan las relaciones entre las personas y grupos y de las circunstancias concretas en que se da esta interrelación.

Uno de los modelos para explicar la violencia es el modelo ecológico que supone la interacción entre cuatro tipos de factores que aumentan la probabilidad de que las personas sean víctimas o ejecutoras de actos violentos. (Krug et. al. 2003:13-14)

En un primer nivel, existen factores biológicos y de la historia personal asociados a la conducta violenta, como son el sexo masculino, la edad entre 20 y 40 años, el menor nivel de instrucción y de ingresos, trastornos psicológicos y patologías que favorecen el descontrol de impulsos, abuso de alcohol y drogas, así como antecedentes de haber sufrido maltrato.

Los factores que aumentan la vulnerabilidad para sufrirla, son el sexo femenino, la hiperactividad y conducta difícil en las/os niñas/os y ser anciana/o o discapacitada/o. En un segundo nivel está el tipo de relaciones más cercanas, con la familia, pareja, amigos, compañeros.

El tercer nivel se refiere a los contextos comunitarios en que se desarrollan las relaciones sociales, como las escuelas, trabajo, vecindario, en los que influye la densidad poblacional, nivel de desempleo o el tráfico de drogas.

En el cuarto nivel están los factores relativos a la estructura de la sociedad, prioridad de los derechos de los padres sobre los de los hijos, dominación masculina sobre mujeres y niños, la valoración social de los comportamientos agresivos. (Gobierno de Chile Ministerio de Salud, 2004:4) (UNHCR ACNUR, 2003:12)

2.6 CLASIFICACIÓN DE LA NATURALEZA DE LA VIOLENCIA

Según la Organización Mundial de la Salud, se toma en cuenta la naturaleza de los actos violentos, que pueden ser Físicos, Sexuales y Psíquicos. (Núñez de Arco, 2007a:35).

Sin embargo para el desarrollo de la presente tesis se dará mayor énfasis a la violencia sexual, sin dejar a lado la violencia física y psicológica, pues por lo general la violencia sexual trae consigo la implicancia de violencia física y psicológica, produciendo en la víctima un daño integral.

VIOLENCIA FISICA

Es la agresión en el cuerpo producida por: golpes, empujones puñetazos jalones de pelo, mordeduras, patadas, palizas, quemaduras, lesiones por estrangulamiento, lesiones por armas corto punzantes, lesiones por arma de fuego y otras agresiones. (Núñez de Arco, 2010:117)

VIOLENCIA PSICOLOGICA

Es el daño producido en la esfera psíquica como: aislamiento celos excesivos, agresividad, hostigamiento verbal, degradación verbal y humillación control económico y financiero, acosamiento acecho, amenazas de muerte, amenazas con armas, amenazas de dañar a personas cercanas, amenazas de quitar a los niños y otras tácticas de tortura emocional. Y que pueden ocasionar consecuencias

psicológicas desde una labilidad emocional, un estado de ansiedad, crisis de ansiedad generalizada, angustias, miedos, sentimientos de culpabilidad, depresiones e intento de suicidio. (Núñez de Arco, 2010:117)

- El aspecto psicológico: explosión de fuerza que cuenta con un elemento insensato.
- El aspecto moral: Ataca a los bienes y la libertad de los otros.
- El aspecto político: Empleo de fuerza para conquistar el poder. (Núñez de Arco, 2007a:34).

VIOLENCIA SEXUAL

Desde que la sociedad reconoce que todas las personas tienen derechos humanos y, específicamente, el derecho de decidir acerca de la propia sexualidad, la violencia sexual es un delito, independientemente de si ocasiona o no daño físico a la víctima. (Gobierno de Chile, Ministerio de Salud, 2004:5)

La violencia sexual es la afectación en el ámbito de la sexualidad humana producida por actos como: manoseo, acoso sexual, pedidos de relación sexual y observaciones lesivas, agresión sexual y/o sexo forzado. (Núñez de Arco, 2007a:36).

Los actos de violencia física o psicológica o por abandono, en general, pueden ser reactivos o proactivos; criminales o no criminales.

La violencia sexual es siempre proactiva y constituye delito. (Gobierno de Chile, Ministerio de Salud, 2004:5)

La violencia sexual es “toda actividad sexual no voluntaria, forzada mediante la violencia física, o por cualquier forma de coerción, agresión o abuso”. Su práctica implica una relación de sometimiento en la cual la víctima ha rechazado el acto sexual o en que no ha tenido capacidad de consentir, esto último especialmente en el caso de niños pequeños. (UNHCR ACNUR,2003 :16) (Gobierno de Chile, Ministerio

de Salud, 2004:5) “Los delitos sexuales son aquellos en los que no existe consentimiento de la víctima para la relación sexual.” (Núñez de Arco y Rocabado, 2005:29)

En el caso de los niños, es cualquier acto sexual cometido con un niño menor de 14 años de edad, o con un adolescente menor de 17 años si el ofensor le lleva 3 años en edad, en estos casos el consentimiento del niño no es pertinente. (Núñez de Arco, 2007a:95).

Se considera como abuso sexual “la actividad sexual inducida prevaliéndose de una situación de superioridad dada la particular condición de la víctima, por trastorno o deficiencia mental, o por dependencia económica, laboral, desamparo, inexperiencia o ignorancia”. Por ejemplo que un adulto obligue a un niño o niña a practicarle sexo oral a otro niño o niña. (Gobierno de Chile, Ministerio de Salud, 2004: 5)

El abuso sexual en los niños/as y adolescentes puede presentarse como un episodio de agresión, ejercida por extraños y con figuras familiares protectoras que acompañan al niño/a. (Gobierno de Chile, Ministerio de Salud, 2005: 59)

Los principales factores que han demostrado estar asociados a una mayor frecuencia de violencia sexual en la población son:

- Sociedades en las que impera el convencimiento social de los derechos sexuales del varón, con roles de hombre y mujer muy rígidos, alta tolerancia de la violencia sexual la que es castigada con sanciones blandas, con altas tasas de violencia de otra naturaleza y de pobreza.
- Hombres con historia de haber presenciado violencia familiar o haber tenido padres emocionalmente distantes y desatentos.
- Hombres con fantasías sexuales de tipo coactivo, preferencia de relaciones sexuales impersonales y hostilidad hacia las mujeres.

- Las mujeres también son agresoras sexuales, contándose con menor caso de denuncias por estos hechos. (World Report on Violence and Health, World Health Organization, Geneva, 2002)

En la violencia sexual se debe considerar, los valores, actitudes, identidades y comportamientos de hombres y mujeres, los mismos que dependen de:

- Contexto social.
- Roles de género predominantes y de lo que es socialmente permitido, prohibido, valorado y negado en la búsqueda del placer sexual.

La violencia sexual, que afecta con muchísima mayor frecuencia a mujeres y niñas/os, expresa, la mayor de las inequidades de género. No sólo porque las víctimas son más débiles físicamente, sino que además tienen menor capacidad para poder hacer valer sus derechos.

Las niñas, adolescentes y mujeres pueden tener como consecuencia de un acto de violencia sexual un embarazo no deseado, cuyo impacto se proyecta a lo largo de toda su vida y la de ese hijo.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la violencia es “El uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones”. (WHO, 1996)

Es necesario desarrollar acciones para la prevención de la violencia sexual y para la reparación de los daños que produce en la salud física y mental de mujeres, hombres y niños.

La violencia sexual también se trata de una imposición basada en relaciones de poder asimétricas entre el rol “masculino” y “femenino” en el ámbito de la sexualidad.

La violencia sexual ejercida contra hombres puede ocurrir en el hogar o en la calle, pero es más frecuente en instituciones militares y prisiones. En estas últimas también se ejerce como “castigo” a hombres que tienen sexo con hombres. (Núñez de Arco, 2010: 216)

La violencia sexual incluye la explotación y abuso; y se refiere a cualquier acto, intento o amenaza de naturaleza sexual que resulta, o es probable que resulte, en daño físico, psicológico y emocional.

2.7 DELITO DE VIOLACION

La definición de violación en la mayoría de las legislaciones del mundo dice que es el hombre que tiene relaciones sexuales con una mujer, que no consiente ella. (Redondo, 1994:95) El delito de violación consiste en acceder carnalmente, por vía vaginal, anal o bucal, a una persona usando de fuerza o intimidación, hallándose la víctima privada de sentido, aprovechándose de su incapacidad para oponer resistencia o abusando de su enajenación o trastorno mental. (Gobierno de Chile, Ministerio de Salud, 2004:5) (Teke, 2001:283)

En el artículo 308 de nuestro Código Penal, que ha sido modificada por la ley 2033, Ley de protección a las víctimas de delitos contra la libertad sexual, dice: Quien empleando violencia física o intimidación tuviera acceso carnal con persona de uno u otro sexo; penetración anal o vaginal o introdujera objetos con fines libidinosos, incurrirá en privación de libertad de cinco a quince años. (Ley 2033, 2001:3-4)

El que bajo las mismas circunstancias del párrafo anterior, aunque no mediara violencia física o intimidación, aprovechando de la enfermedad mental, grave perturbación de la conciencia o grave insuficiencia de la inteligencia de la víctima, o que estuviere incapacitada por cualquier otra causa para resistir, incurrirá en privación de libertad de quince a veinte años.

Y en el mismo artículo 308, ter. (Violación en estado de inconsciencia) de nuestra legislación indica: Quien tuviera acceso carnal, penetración anal o vaginal o introdujere objetos con fines libidinosos, a personas de uno u otro sexo, después de haberla puesto con este fin en estado de inconsciencia, será sancionado con pena de privación de libertad de diez a quince años. (Ley 2033, 2001:3-4)

Entiéndase por acceso carnal a la penetración, es decir introducción del pene en la cavidad vaginal u anal. (Núñez de Arco, 2007a:98). Sin embargo según la teoría racionalista se entiende como acceso carnal a la simple aproximación o contacto sexual (Silva Silva, 1995 :351)

En las violaciones en que se emplea la fuerza verdadera en la víctima, quedan muestras de lesiones en diferentes partes del cuerpo tanto en la zona genital como en la extragenital las lesiones extragenitales, pueden ser resultado de golpes y constituyen, hematomas, desgarros, excoriaciones, a nivel genital se pueden presentar desgarros y ruptura del himen, además de perforaciones y restos de sangre. (Silva Silva, 1995:362)

2.8 ATENCIÓN DE LA VÍCTIMA DE DELITO SEXUAL

Para que un examen médico legal tenga validez ante los tribunales de justicia competentes, la agresión sexual debe ser denunciada a alguno de los siguientes organismos:

- Fuerza especial de lucha contra el crimen (FELCC).
- Dependencias del Ministerio Público.

El médico debe estimular dicha denuncia, ya que realizada ésta, la anamnesis, el examen clínico y los exámenes de laboratorio tendrán validez probatoria en el proceso judicial. (Duque Piedrahita et al, 2006: 30)

Durante las primeras 72 horas desde el momento de la ocurrencia de los hechos, el abordaje integral forense de la víctima en la investigación del delito sexual constituye una urgencia médico legal y por tanto debe ser atendida como tal en los servicios forenses y de salud. (Duque Piedrahita et al, 2006: 22)

Así mismo el Certificado Médico, es otra responsabilidad del sector salud. (Núñez de Arco, 2009:96) Cualquier certificado médico expedido por profesional que trabaje en instituciones públicas de salud se admite como prueba documental, facilitando de esta manera los procedimientos legales consecuentes sin la necesidad de intervención de médicos forenses, evitando la doble victimización de hechos violentos, especialmente cuando se trata de lesiones en la esfera sexual, y asimismo favoreciendo la oportunidad en el reconocimiento de las lesiones. Descrito en el artículo 16 de la Ley 1674. Ley contra la Violencia en la Familia o Domestica.

Si observamos la Legislación Boliviana, esta descrito en el artículo 16 de la Ley 1674. Ley contra la Violencia en la Familia o Domestica:

ARTICULO 16.- (Certificados médicos).

Los certificados médicos, a que se refiere el artículo 37 de la ley 1674, serán expedidos por los profesionales médicos (médicos, odontólogos, bioquímicos). Los auxiliares de salud o paramédicos, que atiendan a las víctimas en centros de salud urbanos, periurbanos o rurales, donde no existan médicos, otorgarán un informe debidamente firmado, en el que conste los datos sufridos por la víctima que tendrá pleno valor probatorio en los procesos judiciales.

ARTICULO 17.- (Gratuidad).

I. En ningún caso el trámite ocasionará gastos a la demandante, la expedición del certificado médico o informes de los auxiliares, serán gratuitos, debiendo otorgarse en papel corriente, con sólo la firma y sello del profesional.

Así mismo tenemos en la Ley 2033, Ley de protección a la Víctimas de delitos contra la libertad sexual, que en su artículo 15, inciso 1,7, 8 y 9 dice:

ARTÍCULO 15. (DERECHOS Y GARANTÍAS).-

La víctima de delitos contra la libertad sexual tendrá, además de los derechos y garantías reconocidas en la Constitución Política del Estado, en el Código de Procedimiento Penal y demás leyes, los siguientes derechos:

- A presentar denuncia, a su elección, en las oficinas del Ministerio Público, del Poder Judicial o la Policía Boliviana especialmente habilitadas para este tipo de delitos o en las asociaciones o fundaciones de protección o ayuda a las víctimas, quienes canalizarán la denuncia conforme a las previsiones del Código de Procedimiento Penal.
- A realizarse el examen médico forense una sola vez, no pudiendo ser presionada u obligada a repetir el examen; en caso de que acceda, a poder estar acompañada de su abogado y personas de su confianza durante la realización del acto. En caso de ser persona menor de catorce (14) años el consentimiento lo darán los padres o responsables y, para el efecto estarán acompañados de un psicólogo, de su abogado y de una persona de su confianza;
- A recibir atención de urgencia, material y médica por los hospitales estatales y centros médicos;
- A recibir tratamiento pos-traumático, psicológico y terapia sexual gratuita, para la recuperación de su salud física y mental en los hospitales estatales y centros médicos (Ley No 2033, 2001:8)

Se debe realizar una ficha con los siguientes datos:

- Nombre del o la paciente.
- Cédula de identidad o las huellas dactilares de los diez dedos de la mano.
- Edad.
- Sexo.
- Estado civil.

- Actividad laboral.
- Dirección del domicilio habitual.
- Fecha y hora del examen.
- Nombre del médico o profesional que realizó el examen clínico.
- Relato abreviado del tipo de agresión, día y hora en que ocurrió y las circunstancias más importantes.
- Relación familiar y tipo de parentesco con él o los agresores. (Gobierno de Chile, Ministerio de Salud, 2004:23) (Rocabado et al, 2004:75) (Montoya D et al, 2004:57)

La anamnesis médica debe complementarse con antecedentes ginecológicos importantes como:

- Edad de la menarquía.
- Método anticonceptivo.
- Gestaciones
- Relaciones sexuales anteriores
- Fecha de la última menstruación. (Sánchez Ugeda et al,1997: 303)

Examen médico general

- El examen clínico, debe realizarse conservando la privacidad del o la paciente y en compañía siempre de una auxiliar de enfermería. (Teke,2001:290)
- Si es menor de edad puede ser acompañado por uno de sus padres.
- El examen debe ser voluntario y no traumático, no es posible obligar al paciente. En el caso de un menor con trastorno emocional que no permite el examen clínico, el examen debe ser suspendido. (Gobierno de Chile, Ministerio de Salud, 2004:24) (Teke,2001:290)
- Debe describir en forma detallada todas las lesiones que presente el paciente desde la cabeza a los pies, como erosiones, excoriaciones, contusiones, equimosis, hematomas, heridas contusas o cortantes, quemaduras, fracturas, suturas, cicatrices, etc. (Gobierno de Chile, Ministerio de Salud, 2004:24) (Montoya D et al, 2004:57) (Teke,2001:290)

Examen de abdomen

- Este debe incluir la inspección y la palpación en búsqueda de lesiones o patologías preexistentes:
- Inspección. Describir lesiones traumáticas detalladamente indicando la región anatómica, se describirá, cicatrices, tumores, etc.
- Palpación. Maniobra destinada a la búsqueda y descripción de órganos (estómago, vesícula, útero, vejiga, intestino, etc.) (Montoya D et al, 2004:57) (Teke,2001:291)

Examen genital del sexo femenino comprende:

- El examen de las mamas consignándose las lesiones pesquisadas, deberán ser descritas en forma anatómica, ambas mamas y por cuadrantes. Si es posible se recomienda tomar fotografías o videos del examen general y genito anal.
- Inspección de la vulva, características del vello pubiano, clítoris, labios mayores y menores. Descripción de eventuales lesiones traumáticas en vulva, periné, horquilla vulvar, erosiones, excoriaciones, equimosis, hematomas, herida contusas o cortantes, desgarros, etc. (Montoya D et al, 2004:57) (Protocolo de Estambul,2005:45)
- Descripción del himen o sus restos, consignando su forma, las características de los bordes, eventuales lesiones traumáticas recientes, erosiones, excoriaciones, desgarros descritos según los punteros del reloj. Tener en cuenta que el himen es un órgano muy importante en el examen y puede presentar lesiones antiguas cicatrizadas. Se debe considerar que en los desgarros himeneales sus bordes no cicatrizan juntándose, sino en forma separada. Además hay que considerar el himen complaciente cuyos bordes se distienden ampliamente y permiten el acto sexual sin dañarse y es de relativa frecuencia. (Montoya D et al, 2004:58) (Teke,2001:291)
- Deberá consignarse los genitales de múltipara que solo poseen carúnculas mirtiformes o restos del himen, en lo posible deberán tomarse fotografías o

video. (Gobierno de Chile, Ministerio de Salud, 2004:25) (Montoya D et al, 2004:58)

- El examen de la vagina en la mujer adulta, con vida sexual activa o múltipara, deberá realizarse mediante especuloscopia, examinando las paredes anteriores, posteriores y laterales, describiendo las eventuales lesiones traumáticas, erosiones, excoriaciones, hematomas, desgarros, o su indemnidad. En este momento se deberá tomar muestra del contenido vaginal mediante hisopo estéril humedecido en suero fisiológico, pudiéndose tomar hasta dos muestras para estudio de ADN, que deben ser enviada a la brevedad al laboratorio del IDIF. (Rocabado et. al. 2004)
- Una región importante es el fondo de saco posterior, donde es posible pesquisar semen o espermios hasta 5 a 7 días posteriores. Mediante la técnica endocervical se debe tomar dos muestras para el estudio.
- Deberá describirse las características del cérvix y mediante palpación por tacto vagino-abdominal se considerarán las características del útero y los anexos. (Gobierno de Chile, Ministerio de Salud, 2004:25) (Montoya D et al, 2004:58)
- La especuloscopia vaginal esta indicada cuando se sospecha desgarro vaginal. (Teke,2001:292)
- Se debe tomar exámenes para detectar enfermedades de transmisión sexual (hongos, tricomonas, gonococo, cultivo de Thayer-Martin y VDRL). (Gobierno de Chile, Ministerio de Salud, 2004:26) (Montoya D et al, 2004:58)

Examen genital del sexo masculino

- Describir anatómicamente el pene, prepucio, escroto y los testículos, consignando eventuales lesiones traumáticas como erosiones, excoriaciones, equimosis, hematomas, etc. (Gobierno de Chile, Ministerio de Salud, 2004:26) (Montoya D et al, 2004:58)

Examen del ano en ambos sexos

- Inspeccionar cuidadosamente, buscando erosiones, excoriaciones, fisuras, desgarros, equimosis, hematomas o cicatrices.
- Se deberá consignar la tonicidad del esfínter anal que puede estar disminuida, con salida de gases y materias fecales.
- En esta parte del examen, con un hisopo estéril humedecido en suero fisiológico, se tomará una muestra de contenido ano-rectal para la búsqueda de semen o espermios, siempre que la denuncia sea dentro de las 24 a 48 horas de cometido el delito.
- Si se sospecha de lesión rectal, se realizará un tacto rectal buscando una posible rotura del recto o la presencia de un cuerpo extraño. (Gobierno de Chile, Ministerio de Salud, 2004:26) (Montoya D et al, 2004:58) (Teke,2001:292)

Exámenes de laboratorio

- Contenido vaginal, vulvar y perivulvar para búsqueda de semen y espermios.
- Contenido rectal para búsqueda de semen y espermios.
- Contenido bucal (delante y detrás de incisivos superiores) para búsqueda de semen y espermios.
- Flujo vaginal para examen bacteriológico y parasitario.
- Flujo uretral de sexo masculino o femenino, para examen bacteriológico y parasitario.
- Muestra para búsqueda de enfermedades de transmisión sexual:
 - Sífilis
 - Gonorrea
 - VIH
 - Herpes genital
 - Hepatitis C y D.
 - Alcoholemia
- Búsqueda de drogas en orina.
- Búsqueda de drogas en sangre.

- Examen de ADN en espermios o tejidos como pelos, sangre, etc.
- Búsqueda de ADN en manchas en ropas, semen, sangre.
- Determinación de subunidad Beta de gonadotropina coriónica para la búsqueda de embarazo. Una forma de atenuar los daños y secuelas que produce la violencia es la distribución de Anticoncepción de Emergencia. (Montoya D et al, 2004:59) (Rocabado et al, 2004:78) (Sánchez Ugeda et al,1997: 304) (Teke,2001:293)

2.9 INDICIO

El término indicio proviene del latín *indicium*, que significa signo aparente y probable de que exista alguna cosa, y a su vez es “acción o señal, que da a conocer lo oculto, o bien como todo hecho conocido que demuestra la existencia de otro desconocido” (Nieto Alonso, 2002:19), muestra o indicación. Por lo tanto es todo material sensible significativo que es aprehendido y percibido mediante la aplicación de los órganos de los sentidos y que tiene relación con un hecho delictivo.

Puede definirse indicio como aquella circunstancia de la que se induce otra que nos lleva a obtener la prueba, o como acción o señal que lleva a conocer lo oculto; o bien como todo hecho conocido que demuestra la existencia de otro desconocido.

El indicio solo es el punto de partida para el esclarecimiento de la prueba, el indicio es la parte, la prueba indiciaria es el todo. (Núñez de Arco, 2007: 296)

2.10 EVIDENCIA

Es la certeza, clara y manifiesta y tan perceptible de una cosa que nadie puede dudar racionalmente de ella. Está constituida por cualquier objeto, marca o impresión, por más pequeña que sea, que permita la reconstrucción del delito o nos pueda conducir a la identificación del criminal, o conectarnos con él, con la víctima o con la escena del crimen y que pueda arrojar material para su procesamiento en el laboratorio. (Núñez de Arco, 2007a: 297) (Guzmán, 1997: 40)

2.11 MANEJO DE INDICIOS

Existen 4 etapas para la investigación de indicios:

El Rastreo

Aquí se debe considerar, el estado de desorden de muebles u objetos que sugieren lucha. Distancia del agente vulnerante con respecto al cadáver o víctima. Distribución o aspecto de las manchas. Existencia de medicamentos. Existencia de sustancias tóxicas. Existencia de notas. (Núñez de Arco, 2007: 313)

Colecta, embalaje y rotulado.

El personal que proceda a la colecta debe tener ropa protectora como un guardapolvo, guantes desechables, un barbijo, gafas para proteger los ojos y material esencial como pinzas de metal, algodón esterilizado, hisopos estériles, papel filtro, agua destilada o solución salina, tubos de ensayo, sobres de papel, cajitas de cartón o bolsitas plásticas, etc. (Núñez de Arco, 2007: 313)

Para la colecta se debe levantar todo indicio pecando por exceso que por defecto. Manipular sin contaminar. No mezclar los indicios. Embalar individualmente manteniendo su integridad. Individualizar cada muestra adjuntando un rotulo que contenga el número de acta, nombre de la escena del hecho, hora de intervención, clase de evidencia, lugar preciso de donde se colecto, características que presenta, fecha, nombre y firma de la persona que lo colecto y nombre de la persona responsable de su transporte al laboratorio. (Núñez de Arco, 2007a: 314)

Todas las muestras encontradas en la víctima deben ir claramente caratuladas, en cajas selladas, adjuntando el informe médico. Así mismo se deben conservar prendas de vestir que tengan manchas de sangre o semen, las mismas que deben ser secadas al aire para evitar proliferación de hongos y otros microorganismos y luego deben colocarse en bolsas de papel. (Teke, 2001:293)

Trabajo en el laboratorio.

En este generalmente se realiza el análisis de aquellos indicios que se recolectaron en el cuerpo de la víctima que son indicios biológicos únicos, pequeños y frágiles. (Núñez de Arco, 2007a: 315)

2.12 COLECCIÓN DE INDICIOS BIOLÓGICOS DEL CUERPO DE LA VÍCTIMA.

Se realizará teniendo en cuenta los antecedentes y datos aportados por la víctima.

En este tipo de tomas es fundamental numerar los hisopos, para comenzar los análisis por el que haya sido recogido en primer lugar.

El médico debe coleccionar las evidencias de la siguiente manera:

- Establecer una buena relación médico-paciente.
- Informar a la víctima de las actuaciones y garantizar un tratamiento adecuado tanto desde el punto de vista personal como profesional.
- La víctima pasará al consultorio para la exploración, tras un biombo de aislamiento visual, preservando su intimidad.
- Si la víctima refiere haberse cambiado, total o parcialmente, de ropa, entonces se debe proceder a la solicitud inmediata de estas prendas, a objeto de remitir también estas hasta el laboratorio, para el respectivo análisis.
- Se despliega una sabanilla previamente plegada en el suelo (aproximadamente 1m²). La víctima se descalza y se coloca sobre la sabanilla desplegada, se le entrega un camisón de exploración ginecológica y posteriormente se coleccionará la ropa colocándolas en bolsas de papel para posterior remisión al laboratorio.
- La víctima permanecerá de pie sobre la sabanilla y se peinará, con un peine estéril la región púbica con el objeto de coleccionar pelos pertenecientes al victimario.
- Posteriormente la víctima pasa a la camilla, y se retira la sabanilla blanca para coleccionar las evidencias que quedaron sobre esta.
- La ropa se entrega para investigación Criminalística previamente habiendo llenado el formulario de cadena de custodia.

- Se realizará el examen físico de lesiones para pasar posteriormente a la mesa donde adoptara la posición ginecológica para la respectiva exploración.
- De forma previa a la exploración sobre la región genital deben prepararse los medios de visualización (colposcopio, fuentes de luz dirigitible), instrumentos y materiales para la toma de muestras y finalmente las etiquetas de identificación de las evidencias.
- Es de gran importancia no utilizar instrumental potencialmente lesivo sin antes de haber comprobado penetración carnal, ya que la introducción de algunos instrumentos de exploración pueden ocasionar traumatismos o microtraumatismo que pueden alterar el resultado de la exploración.
- Se continúa con la revisión del periné. Ya sea a simple vista o con la ayuda de medios de aumento, como el colposcopio.
- Se observara la horquilla posterior, la fosita navicular, la comisura posterior, el introito vulvar y se evaluara el estado del himen como de carúnculas mirtiformes o restos himeneales.
- Con dos hisopos secos frotar en forma secuencial las paredes internas de los labios menores, labios mayores, y el vestíbulo.
- Se continúa con la toma de muestras intravaginales, la segunda toma se realiza a ciegas al interior de la vagina, posteriormente se colocará el espéculo (transparente).
- Con dos hisopos secos se toman muestras del fondo de saco posterior.
- Se colectará muestra del orificio endocervical, para la cual se debe manipular el espéculo dentro la vagina para localizar el cérvix. En muchas ocasiones el orificio endocervical puede ser el único lugar donde encontramos esperma. Es posible encontrar signos de ETS. (Rocabado et al, 2004:78,79) (Pantoja Vacaflor et al, 2004: 59)

2.13 COLECCIÓN DE OTROS INDICIOS BIOLÓGICOS

Manchas de sangre, semen u otros fluidos biológicos.

Se debe recoger la mancha con un hisopo estéril ligeramente mojado con agua destilada. Limpiar todo el área presionando suavemente y si es posible con un solo hisopo. (Rocabado et al, 2004:77) (Núñez de Arco, 2009:281-282)

Saliva en marcas de mordeduras.

Una vez que se ha localizado esta región, generalmente asociadas con marcas de mordeduras, se deberá recoger los rastros con un hisopo estéril ligeramente mojado con solución fisiológica, limpiando de forma circular la marca dejada por los dientes y todo el área interior que delimita. (Rocabado et al, 2004:77) (Núñez de Arco, 2009:281-282)

Uñas.

Para tomar este tipo de evidencias es muy importante examinar las manos y uñas de la víctima. Con una pinza son recogidos los pelos o fibras que puedan existir y posteriormente cortar el borde superior de las uñas para analizar en el laboratorio la posible presencia de restos de sangre y piel. Si las uñas son muy cortas se raspa por debajo de ellas con un palito de madera con punta. (Núñez de Arco, 2009:281-282) (Rocabado et al, 2004:77)

Pelos.

Los pelos deben ser recogidos cuidadosamente con la mano, o bien con pinzas cuyas puntas sean protegidas con algodón, evitando fracturarlos o contaminarlos. El pelo o conjunto de ellos encontrados serán puestos en tubos de ensayos limpios o colocados en un papel pequeño que será doblado con cuidado e introducido en una bolsa de papel pequeña y su posterior remisión al laboratorio. (Fuentes J et al, 2007:169)

El vello púbico de la víctima debe peinarse durante la exploración genital en decúbito lateral y junto con el peine debe ser embalado en un papel blanco y llevado para análisis forense. (Núñez de Arco, 2009:283) (Rocabado et al, 2004:77)

Piel

Recolectar muestras de todas las regiones de la piel que hayan sido lamidas, besadas, chupadas, mordidas o eyaculadas por el agresor o por la víctima mediante el uso de hisopos estériles. (Núñez de Arco, 2009:283)

2.14 RECOJO DE MUESTRAS INDUBITADAS EN PERSONAS VIVAS

Sangre.

Es la muestra indubitada por excelencia utilizada para la obtención de ADN, y se puede obtener por:

- Punción venosa.
Muestra de unos 5 ml de sangre que deben introducirse en un tubo que contenga un anticoagulante el Acido Etilen Diamino Tetracético (EDTA).
- Punción dactilar.
Con una aguja o lanceta quirúrgica estéril, se punza el pulpejo de algún dedo de la mano y las gotas de sangre se depositan sobre un papel secante, idealmente papel de filtro.

Se recomienda depositar 3-4 gotas de sangre y dejarlas secar a temperatura ambiente en un lugar protegido. (Rocabado et al, 2004:79) (Núñez de Arco et al, 2005:111) (Nieto Alonso, 2002:76)

Células epiteliales bucales (Saliva).

Obtenidas frotando la parte interna de los carrillos con hisopos estériles secos. Se realizan cuatro a seis tomas: Con dos o tres hisopos, uno por cada vez, se frota la cara interna del carrillo derecho durante un minuto y con los otros, la cara interna del carrillo izquierdo, de igual manera.

Los hisopos, correctamente identificados, deben dejarse secar a temperatura ambiente en un lugar seco y protegido. (Rocabado et al, 2004:79) (Núñez de Arco et al, 2005:111)

2.15 ASPECTOS CLÍNICOS DE LA VIOLENCIA SEXUAL

Daños físicos

Los daños físicos significan riesgo vital para las personas e incluso la muerte. En otros casos pueden dejar secuelas o cicatrices permanentes que significan pérdida de funcionalidad general o sexual. El tratamiento de estas lesiones externas o internas es un ámbito específico de acción en la Atención de Urgencia.

La violencia contra mujeres y niñas causa diversos problemas de salud física, entre ellas lesiones que abarcan desde contusiones hasta cortes y fracturas de huesos, hasta discapacidad grave e incluso la muerte. Tan bien puede ser causa de mala salud permanente, manifestada por dolores crónicos y trastornos intestinales. (Amnistía Internacional, 2008:11)

Alteraciones y trastornos psicológicos y psiquiátricos

Las alteraciones y trastornos psicológicos son inmediatos con presencia de temor, angustia, hostilidad, rabia, culpa y vergüenza, llegando a presentar transitoriamente, un estado disociativo o un compromiso de conciencia de tipo “crepuscular”. (Gobierno de Chile, Ministerio de Salud, 2004:8)

Muchas víctimas de violencia sexual experimentan profundas reacciones emocionales, síntomas psicológicos y entre los trastornos psiquiátricos, se encuentran el estrés post-traumático y la depresión profunda. Sin embargo, no es infrecuente que las personas agredidas aparezcan como pasivas, asustadas, llorosas o sorprendentemente serenas en el momento de ser atendidas, producto de sentir

que ha pasado lo peor de la agresión y saber que están a salvo frente a la situación sucedida. (Protocolo de Estambul, 2005:47)

Las víctimas de violencia sexual pueden desarrollar trastornos cuya sintomatología aparece horas, días e incluso meses después de la agresión, tales como ansiedad, síntomas obsesivos compulsivos y/o depresivos y somatizaciones. El trastorno de estrés postraumático aparece cuando la persona ha sufrido o ha sido testigo de una agresión física o una amenaza para la vida de uno mismo o de otra persona y cuando la reacción emocional experimentada implica una respuesta intensa de miedo, horror o indefensión. (Echeburúa, 2003:266)

Las víctimas de un acontecimiento intenso amenazante tienen una gran probabilidad de experimentar el trastorno de estrés postraumático, las agresiones sexuales, la violencia familiar y el terrorismo generan con mayor frecuencia e intensidad este cuadro clínico. Además estas personas pueden presentar trastornos psiquiátricos severos como el Síndrome de Estrés Post Traumático, Depresión, Crisis de Pánico y como consecuencia de ello, puede asociarse a Abuso de Alcohol y Tabaco, Insomnio, Cefaleas y Trastornos de la alimentación. (Echeburúa, 2003:268)

Es común encontrar un patrón de síntomas de moderados a severos denominados síndrome por trauma de violación que se entiende como reacción aguda a una crisis situacional impuesta externamente.

Según el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana la violación y la violencia tienen como consecuencia un trastorno por estrés postraumático y depresión. (Ramos Lira, 2001:184)

Las secuelas posteriores dependen en gran parte de la primera atención que se brinde, así como del tratamiento posterior, disminuyendo de esa manera la posibilidad de sufrir trastornos psiquiátricos producto de la experiencia vivida.

En el caso de niñas y niños, las consecuencias dependen también de la etapa del desarrollo en que se encuentran y del grado de comprensión de la naturaleza del abuso. (Forero Hernández, 2007:15)

Embarazos no deseados

Las mujeres que son violadas tienen una probabilidad de 5/28 de estar en un día fértil de su ciclo. Se estima que la probabilidad poblacional de un embarazo en las mujeres que son violadas es de un 5% en cada violación, pero si se analizan las denuncias, la frecuencia de embarazos alcanza a más del doble, probablemente porque se denuncian más las violaciones cuando hay un embarazo, o porque se trata de violaciones recurrentes sobre la misma persona. (Gobierno de Chile, Ministerio de Salud, 2004:9) (Sánchez Ugeda et al, 1997: 304)

Enfermedades de Transmisión Sexual.

La violencia sexual puede producir infecciones de distinta severidad, como gonorrea, clamidia, tricomoniasis, vaginosis bacteriana y sífilis, que pueden expresarse en diferentes cuadros clínicos: vulvitis, vaginitis, cervicitis, uretritis, vaginosis bacteriana, verrugas genitales, proceso inflamatorio pelviano, infertilidad, embarazo ectópico. También existe la probabilidad de contraer VIH / SIDA y Hepatitis B. (Gobierno de Chile, Ministerio de Salud, 2004:9) (Sánchez Ugeda et al,1997: 304)

2.16 CADENA DE CUSTODIA

La cadena de custodia es el mecanismo que garantiza la autenticidad de que los elementos probatorios recolectados y examinados en la escena de hechos, sean los mismos, los examinados por el perito y los que sean presentados en la etapa del juicio oral. (Núñez de Arco, 2009:233-235) Está basado en la complementación de una serie de documentos, formularios impresos en que se verifican y certifican todos los pasos que siguen las muestras desde su obtención hasta su destrucción o conservación posterior, así como la identificación de las personas que hayan intervenido en todo el proceso. (Repetto M, Repetto G, 2009:497)

En la investigación de los delitos de violencia sexual, hay necesidad de que las muestras que se tomen a la víctima, que después servirán para su análisis en los laboratorios forenses, tengan algún sistema de seguridad. La cadena de custodia es un sistema de seguridad, establecido para garantizar la integridad, conservación e inalterabilidad dolosa o culposa de documentos, muestras o demás elementos de prueba, entregados a los Laboratorios Forenses, por la autoridad competente, para su análisis y la emisión del dictamen pericial.

La cadena de custodia garantiza el manejo idóneo de los elementos desde su colecta en la escena de los hechos y está conformada por las personas, bajo cuya responsabilidad se encuentren evidencias y/o muestras durante las diferentes etapas del proceso penal. El acta de la cadena de custodia contiene documentos de entrega y recibo con nombres de las personas que han tenido custodia de las evidencias, muestras o documentos. En las actas no deben existir tachaduras, borrones, enmiendas, añadidos ni espacios ni líneas en blanco. (Núñez de Arco, 2007: 324-325) (Pantoja Vacaflor et al, 2004: 58)

Registro de cadena de custodia

Es la historia exhaustiva y documentada de cada traspaso y traslado del material físico de prueba durante el desarrollo del proceso judicial. Permite verificar la identidad, el estado y condiciones originales de los elementos materiales probatorios o evidencia física, así como las modificaciones realizadas a estos; establecer la ruta seguida por dichos elementos; determinar su lugar de permanencia y la persona responsable de la custodia en cada lapso de tiempo. (Duque Piedrahita, 2006: 20)

Para garantizar la cadena de custodia se debe identificar las muestras con un código de referencia, tipo de muestra y nombre de quien pertenece, posteriormente realizar un acta de entrega, con nombre completo de quien entrega y de quien recepta las muestras, además se debe indicar fecha y hora de cada movimiento de la muestra. (González A. Sánchez D, 2004: 25)

CAPITULO III

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

- Los doctores Rocabado O, Carvajal H., Núñez de Arco J , Corach D, en su artículo Hacia la Normatización de Criterios de Obtención de Evidencias en Víctimas Sobrevivientes de Agresión Sexual, Tendiente a la Identificación Molecular por Análisis de ADN, publicado en la Revista Médica, 2004. Vol. 10 N° 2:75-81, nos hablan acerca de la manipulación adecuada de las evidencias en víctimas de agresión sexual, para un adecuado procedimiento en la identificación molecular, en base a ADN, siendo que estos indicios pueden ser los únicos que nos revelen la inocencia o culpabilidad del agresor, por lo cual debe evitarse la contaminación de las muestras para un resultado optimo y fidedigno.

- El Doctor Jorge Núñez de Arco en el Capítulo II de su libro “La Víctima”, Paginas 27 -32, nos habla de quien es víctima de delito y como se la debe tratar cuando acude a un servicio médico, al igual de la manera de cómo ayudar a que esta sienta la denuncia y no sea objeto de re victimizaciones reiteradas.

Toda víctima de delio sexual requiere una atención compleja, integral y de compromiso, además de seguridad, transparencia, equidad y confianza, para encontrar una sanción al hecho delictivo.

- Los Doctores Pantoja Vacaflor S, Caballero D, Núñez de Arco J, Carvajal H, Rocabado O. y Rivero G., en su libro *Aspectos de la Medicina Legal en la práctica diaria proyectada como una guía para profesionales de servicios públicos de salud*, nos dicen que todo médico de cualquier servicio de salud tiene responsabilidad de atención a víctimas de delitos, pues en cualquier momento estos pueden ser convocados como peritos ante el juez así no sea especialista forense.

- Los Doctores, David Montoya S, Ricardo Díaz S, Fernando Reyes O, Carlos Abusleme A, Jaime Garrido C, en su artículo *Peritaje Médico Legal En Delitos Sexuales: Una Pauta Práctica Para Su Correcta Realización*, nos dicen que los delitos de tipo sexual se han ido incrementando en los últimos años razón por la que los ginecólogos y médicos generales deben estar capacitados para enfrentar y efectuar un peritaje frente a una denuncia de delito sexual.

- El Gobierno de Chile - Ministerio de Salud a través de "*Normas Y Guía Clínica Para La Atención En Servicios De Urgencia De Personas Víctimas De Violencia Sexual*", nos da a conocer que el objetivo de la atención de una víctima de delito sexual, es integrar los aspectos propiamente asistenciales, con los judiciales y psicosociales que permitan evitar que la agresión o abuso se repitan y procuren reparar los daños hasta donde ello sea posible. Se ha tomado en cuenta sobre todo a los servicios de urgencia, siendo este la puerta de entrada más frecuente para las personas afectadas.

- La doctora Azucena Zubieta, en coordinación con el Ministerio de Salud y Deportes, la OPS y OMS, publicó un *Manual de Normas y Procedimientos, para el manejo de violencia sexual en redes de salud*, el año 2005, en el mismo nos habla de la prevención en salud ya sea primaria, secundaria o terciaria que debe realizar el médico en casos de violencia sexual, mismos que tratan desde la prevención hasta la atención del delito sexual. También toma en cuenta las normas generales vigentes en nuestro país que tienen relación con la violencia sexual y elabora un compilado con las normas de manejo para la violencia sexual en servicios de salud de primer y segundo nivel de atención, dentro de estas normas indica que todo médico esta en la obligación de atender y expedir certificado médico en caso de delito sexual sin necesidad de que este presente un especialista o el médico forense, así como debe registrar todo cuanto realice y observe en la historia clínica pues este documento puede ser llevado a procesos legales y judiciales.

- El doctor Sánchez Ugeda F, Valverde A y Villalobos A, en su artículo, *La exploración de la víctima de una agresión sexual con fines periciales*, nos dicen que una exploración en una víctima de agresión sexual es una misión pericial que en ocasiones debe ser cumplida por un médico en un centro de salud hospitalaria a falta de encontrar un forense, por tanto propone una serie de pasos para que el médico de urgencias realice una adecuada atención en estos casos. Así mismo señala que el

médico tiene la función de emitir un dictamen sobre las violencias y hallazgos biológicos encontrados.

- Gretchen Flores Sandi, en su artículo, *Importancia de la entrevista médico forense en la evaluación del abuso sexual en el paciente pediátrico*, nos habla que tanto el examen físico y su documentación son importantes para probar el delito. Así mismo otro elemento de importante se considera la entrevista con la víctima, misma que debe ser llevada de la mejor forma posible, además que el médico a cargo del examen debe transmitir al paciente confianza y ciertas cualidades de actitud para mejorar y lograr la buena cooperación de los menores que fueron afectados.

CAPITULO IV

JUSTIFICACIÓN

El sector salud, a través de médicos generales y médicos de servicios de urgencias deben estar capacitados para la atención a víctimas de delito sexual, siendo que las clínicas funcionando como servicios de urgencia son el lugar donde acude inmediatamente y en primera instancia toda víctima de delito sexual, ya que conlleva generalmente un daño físico.

Los delitos de tipo sexual se producen por lo general en lugares o zonas de la periferia e incluso fuera de la ciudad, dichas víctimas al encontrarse en un estado de consternación, junto a familiares y al no estar al tanto de lo que se debe realizar en esos casos, la primera decisión que toman es la de acudir al servicio de salud más próximo a su domicilio, buscando atención y ayuda al problema que en el momento le aqueja e incluso buscando una guía de lo que debe hacer en esos momentos.

Los médicos generales y médicos de guardia de las diferentes clínicas de la ciudad de La Paz deben tomar conciencia de la importancia que tiene la atención de víctimas de delito sexual, conjuntamente con el aparato judicial y psicosocial, para efectos de la realización de un adecuado peritaje, que lleve a la realización de un juicio justo.

Al mismo tiempo debe tomar en cuenta que en esos momentos existen temores de la víctima de delito sexual, en cuanto al futuro que podría conllevar en relación a embarazos no deseados, enfermedades de transmisión sexual y daños psicológicos, para lo cual el médico que atienda estos casos debe también tomar en cuenta estos aspectos y proceder a determinados protocolos de atención, tratamiento y prevención de enfermedades y embarazos no deseados.

Por los aspectos señalados anteriormente, se pretende a través de este estudio determinar el grado de conocimientos y la forma de desempeño de los médicos de guardia en relación a atención de víctimas de delito sexual. Los aspectos específicos a investigarse son dos: la calidad de atención a víctimas de delito sexual y los conocimientos del médico de guardia.

En el primer aspecto se indaga sobre los procedimientos que realiza el médico de guardia, como atiende a la víctima o bien como busca eludir la atención de la víctima, si realiza denuncia del delito, orientaciones que ofrece a la víctima.

En lo que a conocimientos se refiere se investigó si los médicos de guardia tenían conocimientos sobre recolección y manejo de indicios. De la imprescindibilidad de algunos indicios. Y sobre si sabían usar los materiales adecuados para el caso y almacenarlos siguiendo los protocolos de la cadena de custodia.

CAPITULO V

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

5.1 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Qué conocimientos tienen los médicos de guardia de las Clínicas de la ciudad de La Paz, en cuanto a normas, protocolos y procedimientos para la atención integral de víctimas de delito sexual, durante el periodo de enero a junio de 2010?

5.2 HIPOTESIS DEL ESTUDIO

Los médicos de guardia de las clínicas de la ciudad de La Paz poseen insuficientes conocimientos para la atención de víctimas de delito sexual.

5.3 OBJETIVO GENERAL

Evaluar el nivel de conocimientos de los médicos de guardia de Clínicas de la ciudad de La Paz, en cuanto al manejo de normas, protocolos y procedimientos para la atención de víctimas de delito sexual, en el periodo de enero a junio de 2010.

5.4 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Conocer los procedimientos de atención y recolección de indicios que usa el médico de guardia cuando atiende una víctima de delito sexual.
- Saber como procede el médico de guardia, después de recolectados los indicios, en cuanto al seguimiento de la cadena de custodia.
- Conocer si el médico de guardia, procede a la atención o derivación a otra instancia de una víctima de delito sexual.
- Saber con qué frecuencia el médico de guardia realiza la denuncia respectiva ante autoridades pertinentes.
- Saber cuál es el material disponible por el médico de guardia para atender a una víctima de delito sexual.

5.5 DISEÑO O TIPO DE ESTUDIO

El presente trabajo de tesis es una investigación no experimental, transversal y descriptiva, a través de encuesta y entrevista.

Es una investigación no experimental porque se observa el fenómeno de interés tal y como se da en su contexto natural, para después analizarlo. Adicionalmente, en este tipo de investigación no es posible manipular las variables. (Hernández Sampieri, 2003:267) (Gomes M, 2006:102)

Es una investigación transversal porque se recolectaron datos en un determinado tiempo y el propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en ese tiempo establecido. (Hernández Sampieri, 2003:270) (Gomes M, 2006:102)

Es descriptiva porque se describe la situación de los conocimientos y actitudes (Hernández Sampieri, 2003:273) de los médicos de guardia para la atención de víctimas de delito sexual. (García P, González de Haro, 2000: 129)

Este estudio descriptivo busca especificar las características y los perfiles importantes de un grupo de médicos de guardia de clínicas de la ciudad de La Paz, que se sometió a un análisis de conocimientos y acciones para la atención de víctimas de delito sexual. Para lo que se evaluó y recolectó datos sobre diversos aspectos, dimensiones y componentes de sus conocimientos.

En el estudio descriptivo desarrollado se seleccionó una serie de cuestiones y se recolectó información sobre cada una de ellas, para así analizar lo que se investiga.

Las herramientas con las cuales se recolectó la información fueron la entrevista y la encuesta, aplicadas a los médicos de guardia.

La entrevista es definida como un conversación entre una persona (entrevistador) y otra/s (entrevistado/s). La entrevista es más flexible y abierta que la encuesta. (Hernandez Sampieri, 2003:455) (Córdoba Padilla, 2006:85)

“La entrevista consiste en conseguir mediante preguntas formuladas en el contacto de la investigación o mediante otro tipo de estímulos, por ejemplo visuales, que las personas objeto de estudio emitan información que sea útil para resolver la pregunta central de la investigación.” (Heinemann, 2003: 97) La entrevista aplicada en esta investigación fue de tipo “estructurada”. Puesto que el entrevistador se basó y sujetó a una guía de preguntas estructurales específicas.

La encuesta consiste en un conjunto de preguntas respecto a una o más variables a medir (Hernandez Sampieri, 2003:391). En el caso de este estudio, la encuesta aplicada contó con preguntas cerradas, es decir contenían alternativas de respuesta delimitadas. (Heinemann, 2003: 97)

5.5.1 UNIVERSO DE TRABAJO

El universo estuvo conformado por el total de clínicas de la ciudad de La Paz. De acuerdo al SEDES-La Paz existen 37 clínicas registradas.

No se incluye en el universo a hospitales públicos y de la seguridad social porque en éstos siempre está presente un especialista en ginecología, que se haría cargo de la víctima de delito sexual; dicho especialista tiene los conocimientos para una óptima y oportuna atención de la víctima, por lo que tomarlos en cuenta en este estudio sesgaría los resultados que buscamos focalizar en médicos de guardia, que casi siempre son médicos generales.

5.5.2 POBLACIÓN OBJETIVO

La población objetivo son los médicos de guardia de las 37 clínicas registradas en el SEDES-La Paz. En las mismas se encuestó y entrevistó a todos los médicos de guardia de los diferentes turnos.

5.6 TAMAÑO DE MUESTRA

Se obtuvo encuestas de 100 médicos de guardia de clínicas de la ciudad de La Paz. Las entrevistas fueron hechas a 93 médicos de guardia.

Debe hacerse notar, que se tuvo el cuidado de entrevistar a todos los médicos de guardia de los diferentes turnos (2 a 3 médicos por clínica) Por lo que se realizó las visitas necesarias.

5.7 POBLACIÓN Y LUGAR

Los participantes de la presente investigación son todos los médicos generales que realizan guardias de 24 horas, en las diferentes clínicas de la ciudad de La Paz, quienes son responsables de la atención médica de los pacientes que acuden a las mismas.

5.8 ASPECTOS ETICOS

Se tomaron en cuenta aspectos éticos vinculados al contexto, basados en mantener en reserva la identidad de los médicos de guardia que fueron encuestados y entrevistados, por tanto el uso de la información obtenida para el caso es y será usada sólo con fines de investigación.

CAPITULO VI

METODOLOGÍA

6.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Todos los médicos de guardia pertenecientes a clínicas registradas y funcionando, en el SEDES La Paz.

6.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

No se encuentran incluidos en este estudio los médicos de las clínicas pertenecientes a la ciudad de El Alto, y los especialistas en ginecología, que normalmente realizan turnos en hospitales públicos y del seguro social.

6.3 VARIABLES DEL ESTUDIO

Calidad de atención de víctimas de delito sexual	(Variable Dependiente)
Conocimientos de los médicos de guardia	(Variable Independiente)

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	TIPO	ESCALA	INDICADOR
Denuncia	Cualitativa nominal	Nominal	Si - No
Atención de la víctima.	Cualitativa nominal	Nominal	Si - No
Material de trabajo	Cualitativa ordinal	Ordinal	Nada Un poco Con todo
Recolección de ropa	Cualitativa Ordinal	Ordinal	Ninguna Algunas Todas
Anamnesis	Cualitativa nominal	Nominal	Si - No
Manejo de indicios	Cualitativa nominal	Nominal	Si - No
Toma de indicios	Cualitativa ordinal	Ordinal	Ninguno Algunos Todos
Conocimiento del médico	Cualitativo Ordinal	Ordinal	Nada Un poco Mucho
Hisopado de saliva	Cualitativa nominal	Nominal	Si - No
Examen genital	Cualitativa nominal		
Peinado púbico	Cualitativa nominal	Nominal	Si - No
Nº Muestras vaginal	Cuantitativa Discreta	Cualitativa de Razón	0 – 1 – 2
Muestras endocervicales	Cualitativa Discreta	Cualitativa de Razón	0 – 1 – 2
Examen del himen	Cualitativa nominal	Nominal	Si - No
Descripción del himen	Cualitativa nominal	Nominal	Si - No
Realiza cadena de custodia	Cualitativa nominal	Nominal	Si - No

6.4 INSTRUMENTOS PARA RECOLECCIÓN DE DATOS

A través de dos instrumentos de gran validez como son la encuesta y la entrevista se podrá obtener datos acerca de cuál es el conocimiento de los médicos, para una adecuada atención de víctimas de delito sexual.

La encuesta aplicada fue de tipo estructurada con dieciséis preguntas cerradas relativas a los conocimientos y acciones del médico de guardia, durante la atención a una víctima de delito sexual.

La entrevista realizada también fue de tipo estructurada, con siete preguntas acerca de conocimientos y acciones para la atención de una víctima de delito sexual.

Tanto la entrevista como la encuesta fueron aplicadas, personalmente y con el consentimiento de cada médico de guardia, durante su turno en la clínica correspondiente.

6.5 CRITERIOS DE VALIDEZ.

Los instrumentos utilizados para la recolección de datos del presente trabajo, tienen sustento en los criterios establecidos en protocolos de atención a víctimas de delito sexual, tanto nacionales como internacionales, como ser: Manejo de la violencia sexual en redes de servicios de salud (de primer y segundo nivel de complejidad del subsistema público) Manual de normas y procedimientos [¹], Protocolo para el abordaje integral de la violencia sexual desde el Sector Salud [²], La exploración de la víctima de una agresión sexual con fines periciales [³], Peritaje médico legal en delitos sexuales: una pauta práctica para su correcta realización [⁴], Normas y guía

¹ Zubieta Azucena. Manejo de la violencia sexual en redes de servicio de salud (de primer y segundo nivel de complejidad del subsistema público) Manual de normas y procedimientos. Bolivia 2005.

² Cuevas Garabito A. Protocolo para el abordaje integral de la violencia sexual desde el sector salud. UNFPA. Bogotá 2008.

³ Sánchez Ugeda, Valverde Grimaldi, Villalobos Díaz. La exploración de la víctima de una agresión sexual con fines periciales. Rev. Emergencias 1997; 9 (5), 302 – 306.

⁴ Montoya D, Díaz R, Reyes F, Abusleme C, Garrido J. Peritaje médico legal en delitos sexuales: una pauta práctica para su correcta realización. Servicio Médico Legal de Santiago. Rev. Chil. Obstet. Ginecol. 2004; 69(1): 55-59

clínica para la atención en servicios de urgencia de personas víctimas de violencia sexual [5] y Normas, protocolos y procedimientos para la atención integral de violencia sexual [6].

6.6 CRITERIOS DE CONFIABILIDAD.

Diagnóstico 1 se basó en la realización de encuestas y entrevistas piloto realizadas a 10 médicos al azar, las mismas que sirvieron para modificar algunas preguntas para hacerlas mas claras y comprensibles y de esta manera obtener mayor confiabilidad en las mismas.

6.7 PROGRAMA DE TRABAJO

FASE I

- Se acudió al Servicio Departamental de Salud La Paz.

Actividad 1 Se envió la carta respectiva a la autoridad correspondiente para solicitar información acerca del número de Clínicas existentes en la ciudad de La Paz y su respectiva ubicación.

FASE II

- Durante el lapso de cinco meses se acudió a las diferentes clínicas de la ciudad de La Paz, donde se solicitó a cada médico de guardia su colaboración con la investigación a través del llenado de una encuesta y respuestas a una entrevista, acerca de la atención que ofrecen a una víctima de delito sexual.

Actividad 1 Entrevista y encuesta a médicos de guardia de cada clínica.

⁵ Gobierno de Chile, Ministerio de Salud. "Normas y guía clínica para la atención en servicios de urgencia de personas víctimas de violencia sexual". Rev Chil Obstet Ginecol 2005; 70 (1), 49 -65.

⁶ Viceministerio de Igualdad de Oportunidades. Normas, Protocolos y Procedimientos para la atención integral de violencia sexual. UNFPA. La Paz 2010.

FASE III

- Se procedió al análisis estadístico descriptivo de las encuestas y entrevistas realizadas.

FASE IV

- Se elaboraron conclusiones y recomendaciones acerca de la atención que brindan los médicos en su centro de trabajo en caso de que atiendan a una víctima de delito sexual.

CAPITULO VII

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

7.1 RESULTADOS DE LAS ENCUESTAS

Se mostrarán los resultados del procesamiento estadístico de las 100 encuestas realizadas a médicos de guardia de clínicas de la ciudad de La Paz. Dicho procesamiento se realizó con los programas MS-Excel® y SPSS 12, Statistical Package for the Social Sciences es un programa estadístico informático muy usado en las ciencias sociales y las empresas de investigación de mercado. (Wikipedia: 2011) para lo cual se tuvo que realizar la transcripción de las encuestas y entrevistas a hojas electrónicas; y posterior análisis de cada variable.

En todos los casos se determinó la frecuencia de cada una de las posibles respuestas y a su vez se determinó el porcentaje correspondiente. En algunas preguntas se admitió más de una respuesta, por lo que el total de las frecuencias no siempre es cien.

A fin de validar la conclusión obtenida de los resultados de alguna pregunta, se realizaron tablas de contingencia, contrastando dos o más variables simultáneamente.

Para lograr una interpretación objetiva de los resultados se graficó a veces las frecuencias y a veces los porcentajes.

SEXO		
	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	32	32.0
Masculino	68	68.0
Total	100	100.0

Tabla 7.1

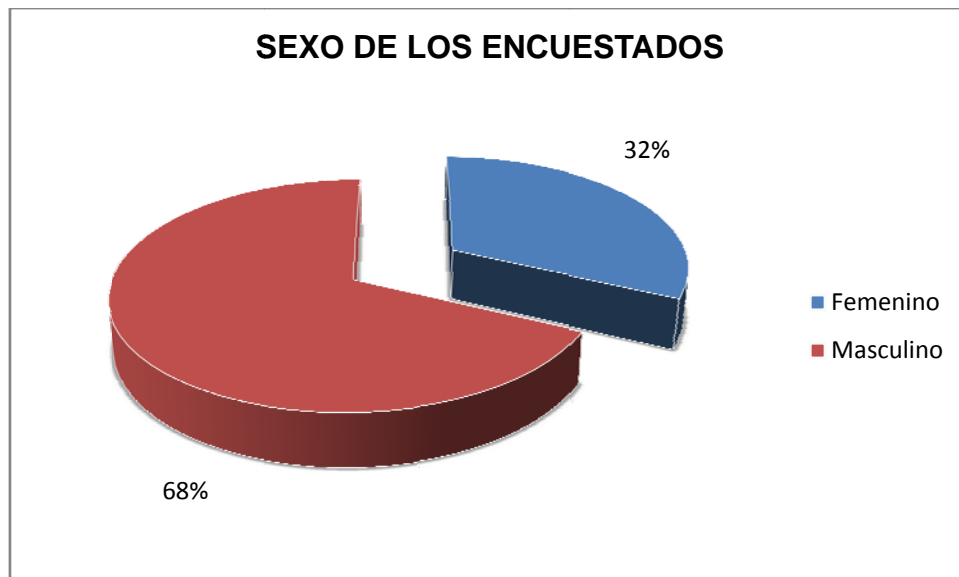


Figura 7.1

La mayoría de los encuestados (68%) son de sexo masculino, dado que se ha hecho a todos los médicos de guardia, significa que en las clínicas de la ciudad de La Paz en su gran mayoría son varones. Esta proporción de varones – mujeres se justifica porque es similar en los médicos recién titulados. [7]

EDAD

	Frecuencia	Porcentaje
21 - 30 años	61	61.0
31 - 40 años	22	22.0
41 - 50 años	8	8.0
51 - 60 años	8	8.0
Mas de 60 años	1	1.0
Total	100	100.0

Tabla 7.2

⁷. Según Zabala (2003), hasta la Revolución de 1952 la condición de las mujeres en Bolivia está marcada por una sociedad oligárquica que mantenía a este sector en un plano de desigualdad jurídica. Bonilla, VE., López de Méndez, A., Cintrón ME, Ramírez S.Román R. Feminización de la matrícula de educación superior en Puerto Rico. Universidad de Puerto Rico, Recinto de Río Piedras Cuaderno de Investigación en la Educación, número 20 (Diciembre 2005) En línea: <http://cie.uprrp.edu/cuaderno/ediciones/20/07a.html>

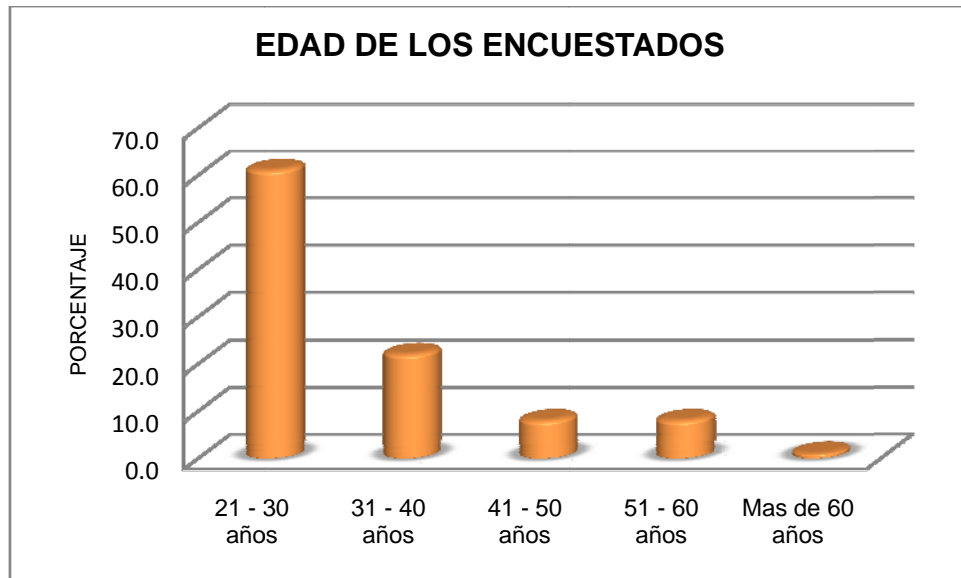


Figura 7.2

Se observa que el 61% de médicos de guardia, son médicos jóvenes con menos de 7 años de experiencia. Esto explica el porqué están dispuestos a realizar trabajo de guardia de 24 horas, muchas veces interdiario y por un bajo sueldo.

El segundo grupo mayoritario de encuestados tiene edades entre 31 y 40 años (22%), que tienen una experiencia profesional aceptable.

El restante 17% de encuestados tiene edades mayores a 40 años.

PREGUNTA 1. ¿QUÉ ENTIENDE POR DELITO DE VIOLACIÓN?

	Frecuencia	Porcentaje
Acceso carnal vaginal, anal o bucal, o introducción de objetos con fines libidinosos, usando la fuerza o intimidación.	66	66.0
Acceso carnal vaginal, o introducción de objetos con fines libidinosos, usando la fuerza o intimidación.	10	10.0
Acceso vaginal, anal o bucal, usando la fuerza o intimidación.	24	24.0
Total	100	100.0

Tabla 7.3

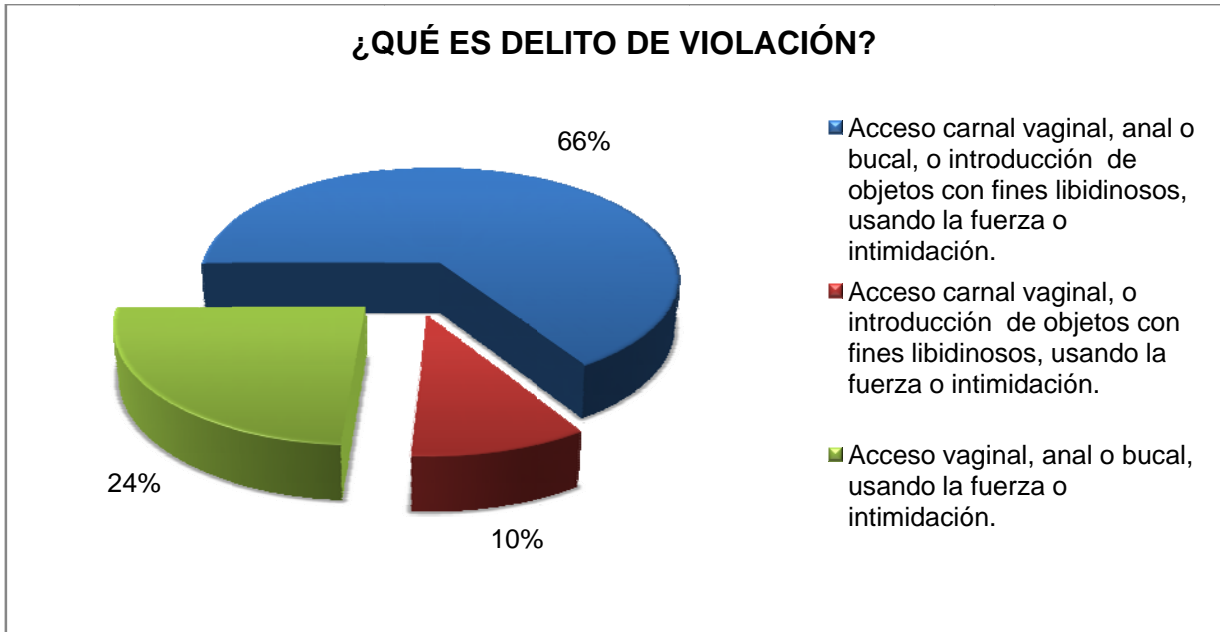


Figura 7.3

La mayoría de los encuestados 66% tiene un concepto claro de lo que significa un delito de violación, mientras que un 24% no considera que el uso de objetos con fines libidinosos sea una violación y un 10 % no considera el acceso anal o bucal como delito de violación.

PREGUNTA 2. ¿USTED CONSIDERA QUE LA JUSTICIA PUEDE REQUERIRLO PARA EXPONER SU CRITERIO MÉDICO ACERCA DE UN HECHO DELICTIVO SEXUAL?

	Frecuencia	Porcentaje
Sí	74	74.0
No	14	14.0
Siempre	12	12.0
Nunca	0	0.0
Total	100	100.0

Tabla 7.4



Figura 7.4

Un 74% considera que la justicia “Sí” puede requerirlo para exponer su criterio profesional sobre un hecho delictivo sexual, lo cual es correcto, debido a que es atribución de los administradores de justicia convocar a declaración al médico que atendió a la víctima. Por otro lado, un 12% respondió “siempre”, es decir creen que necesariamente los llamarán a declarar después de haber atendido a una víctima de delito sexual; esta creencia de que estarán obligados a participar de un proceso judicial, es uno de los motivos para derivar a la víctima de delito sexual al médico forense, como puede corroborarse en la figura 7.5 que correlaciona las preguntas “¿Usted considera que la justicia puede requerirlo para exponer su criterio médico acerca de un hecho delictivo sexual?” y “Estando de guardia, acude una víctima de violencia sexual, Usted.” cuya tabla de resultados absolutos se encuentra en el anexo 11.3.1.

En la figura 7.5 se observa que de quienes respondieron “Sí” a la pregunta 2, cincuenta y dos médicos atienden la urgencia médica y lo emocional, para luego derivar al médico forense, además trece médicos indican derivar directamente al médico forense, cinco médicos derivan el caso a un ginecólogo; en total un 70% de todos los médicos encuestados se desliga de sus responsabilidades con la víctima, derivándola a otro profesional. Esto evidencia que la mayoría de los médicos de

guardia prefieren no involucrarse con el delito de violencia sexual como tal, porque saben que la justicia podría requerirlos para exponer su criterio profesional.

Por otro lado, de quienes respondieron “Siempre” a la pregunta 2, nueve médicos atienden la urgencia médica y emocional y luego derivan al médico forense, dos médicos derivan al médico forense, un médico deriva al ginecólogo; se confirma que el 12% de médicos encuestados que suponen que la justicia siempre los va a requerir, optan por evadir la responsabilidad de atender el hecho delictivo.

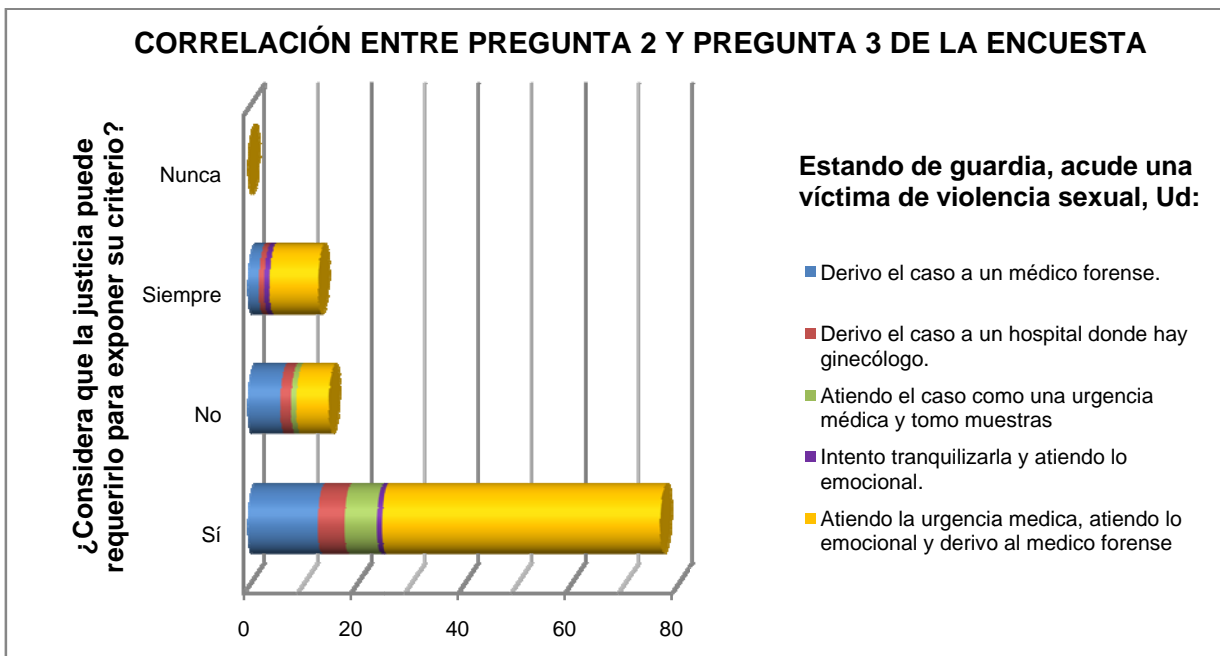


Figura 7.5

Entre quienes piensan que la justicia “No” puede requerirlos para exponer su criterio acerca del delito, seis médicos atienden la urgencia médica y emocional y derivan al médico forense y otros seis derivan directamente al médico forense. Se evidencia que un 12% de encuestados opta por no comprometerse con la investigación.

Acerca de los porcentajes de quienes atienden el caso como una urgencia médica y toman muestras, asumiendo el compromiso de la investigación se detallará en el análisis de la pregunta 3.

PREGUNTA 3. ESTANDO DE GUARDIA, ACUDE UNA VÍCTIMA DE VIOLENCIA SEXUAL, USTED:

	Frecuencia	Porcentaje
Derivo el caso a un médico forense	21	20.0
Derivo el caso a un hospital donde hay ginecólogo	8	7.6
Atiendo el caso como una urgencia médica y tomo muestras.	7	6.7
Intento tranquilizarla y atiendo lo emocional	2	1.9
Atiendo la urgencia médica, atiendo lo emocional y derivo al médico forense	67	63.8
Total	105	100.0

Tabla 7.5

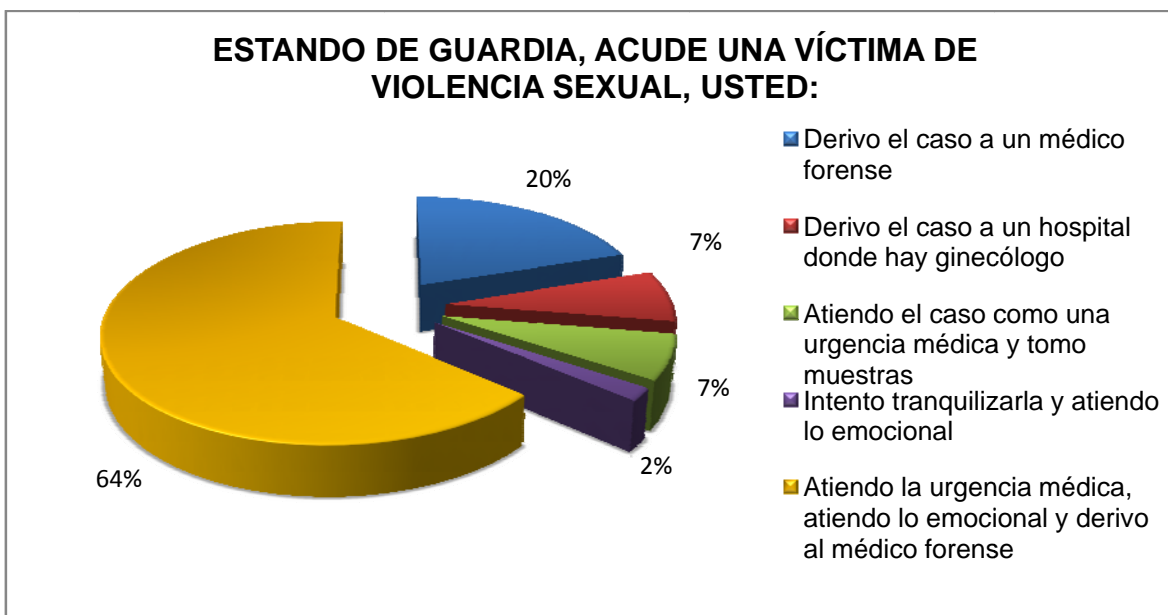


Figura 7.6

Observamos en la figura 7.6 que una mayoría de encuestados, correspondiente al 64%, opta por atender la urgencia médica y emocional y luego deriva el caso del hecho delictivo al médico forense, esto nos da a conocer que hay una buena práctica profesional, sin embargo derivar al médico forense no es lo más pertinente debido a que muchas víctimas preferirán no exponer su caso a otro médico por segunda vez o inclusive por el horario en que estos delitos se producen. No obstante como se analizó en la figura 7.5, una de las causas por las cuales se prefiere derivar al forense es evitar involucrarse en un proceso investigativo judicial.

Un 20% prefiere derivar directamente el caso al médico forense y un 7% deriva el caso a un ginecólogo, es decir un total de 27% prefiere deslindarse completamente del hecho, sin ni siquiera brindar los primeros auxilios a la víctima.

En total 91% opta por derivar el caso a otro profesional ya sea médico forense o ginecólogo.

Tan solo un 7% considera que atender un caso de violencia sexual debe tratarse como una urgencia médica y tomar muestras, es decir, atender integralmente a la víctima tanto en la toma de muestras como en la resolución de las diferentes lesiones que presente la misma. Un 2% lamentablemente no cumple su rol médico y tan solo tranquiliza a la víctima.

PREGUNTA 4. ¿EN LOS ÚLTIMOS TRES AÑOS DE SU EJERCICIO PROFESIONAL CUANTAS VÍCTIMAS DE DELITO SEXUAL ATENDIÓ?

	Frecuencia	Porcentaje
1 a 5	51	51.0
6 a 10	6	6.0
Más de 10	2	2.0
Ninguna	41	41.0
Total	100	100.0

Tabla 7.6

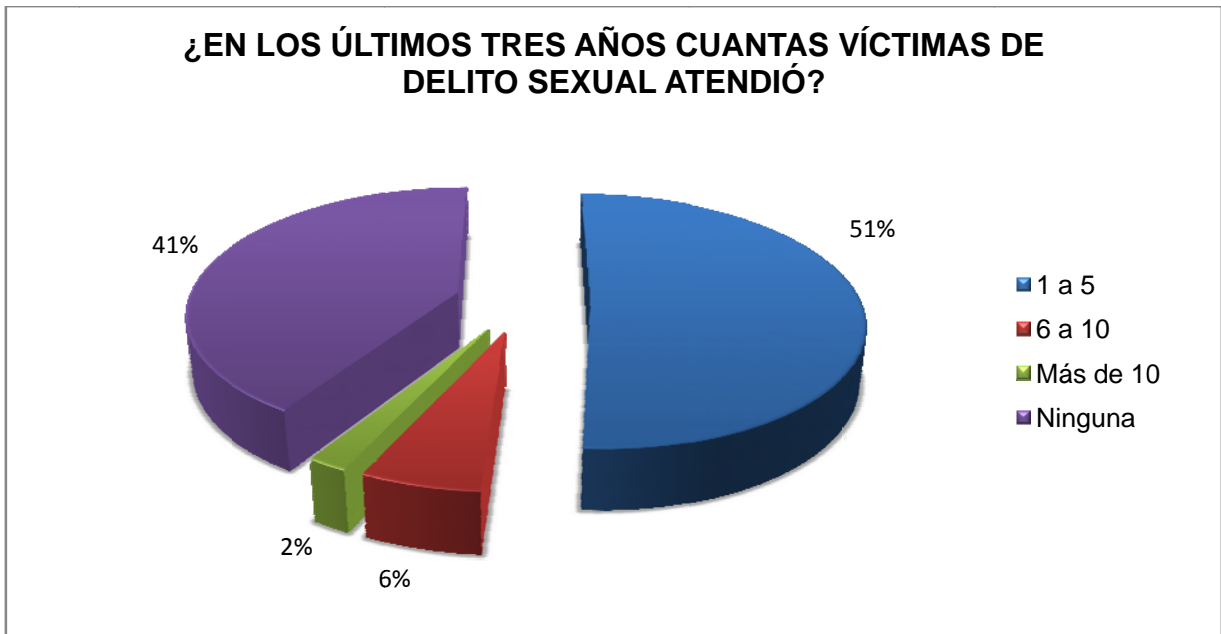


Figura 7.7

Un 51% atendió algunas víctimas de delito sexual (1 a 5 víctimas), un 41% no atendió víctimas de delito sexual en los últimos 3 años, tan solo un 8% atendió más de 6 víctimas de delito sexual. Para investigar las posibles causas de la poca cantidad de víctimas atendidas, se correlacionará la pregunta 4: “¿En los últimos tres años de su ejercicio profesional cuantas víctimas de delito sexual atendió?” con la pregunta 3: “Estando de guardia, acude una víctima de violencia sexual, Usted.” cuya tabla de resultados absolutos se encuentra en el anexo 11.3.2. También se correlaciona la pregunta 4 con la edad de los encuestados, cuya tabla de resultados absolutos se encuentra en el anexo 11.3.3. Los resultados se muestran en las figuras 7.8 y 7.9.

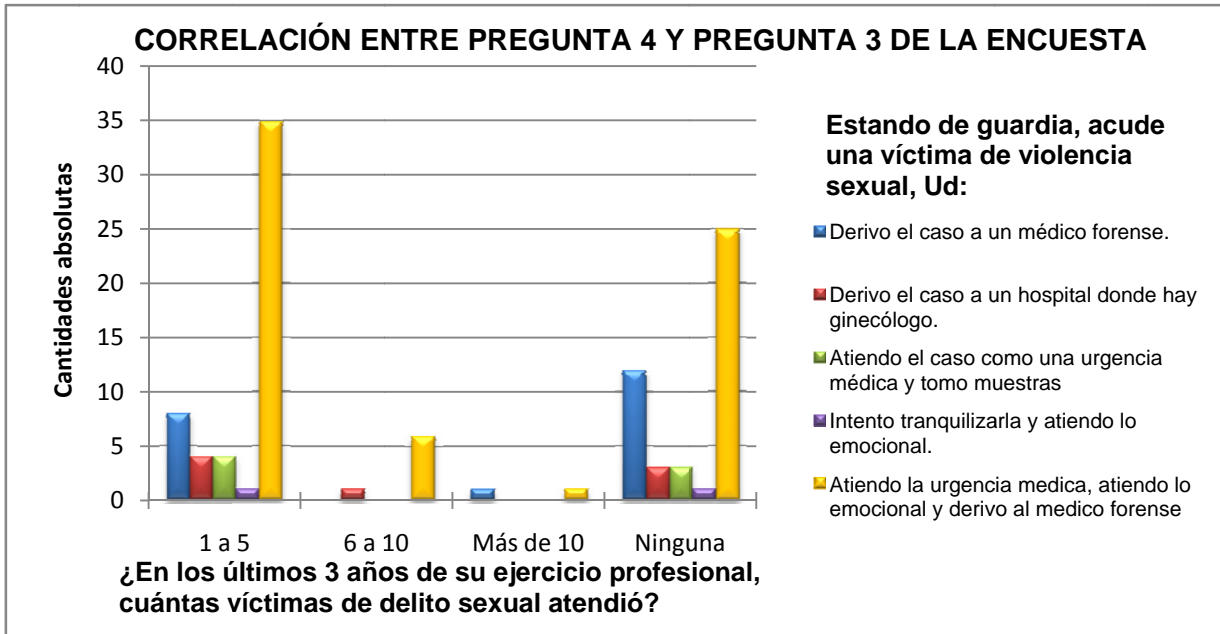


Figura 7.8

En la figura 7.8 se observa que quienes no atendieron víctimas de violencia sexual o atendieron pocas (1 a 5 víctimas) en su mayoría inicialmente atienden la urgencia médica y emocional, pero luego derivan al médico forense. Son muy pocos los que asumen la responsabilidad de atender este delito como una urgencia médica y tomar muestras.

Lo que no se esperaba encontrar en la correlación entre preguntas 4 y 3, es que los médicos que han atendido más de 6 víctimas, optan por derivar el caso a un ginecólogo o a un forense; cuando deberían haberse actualizado en la temática de atención a víctimas de delito sexual y proceder adecuadamente, dada la frecuencia de casos que ellos atendieron. Esto evidencia una despreocupación del profesional por mejorar su desempeño frente a estos casos.

En conclusión la figura 7.8 nos indica que no es una causa de pocas víctimas atendidas el hecho de derivar a un especialista, dado que la mayoría indica que atendería la urgencia médica inicial.

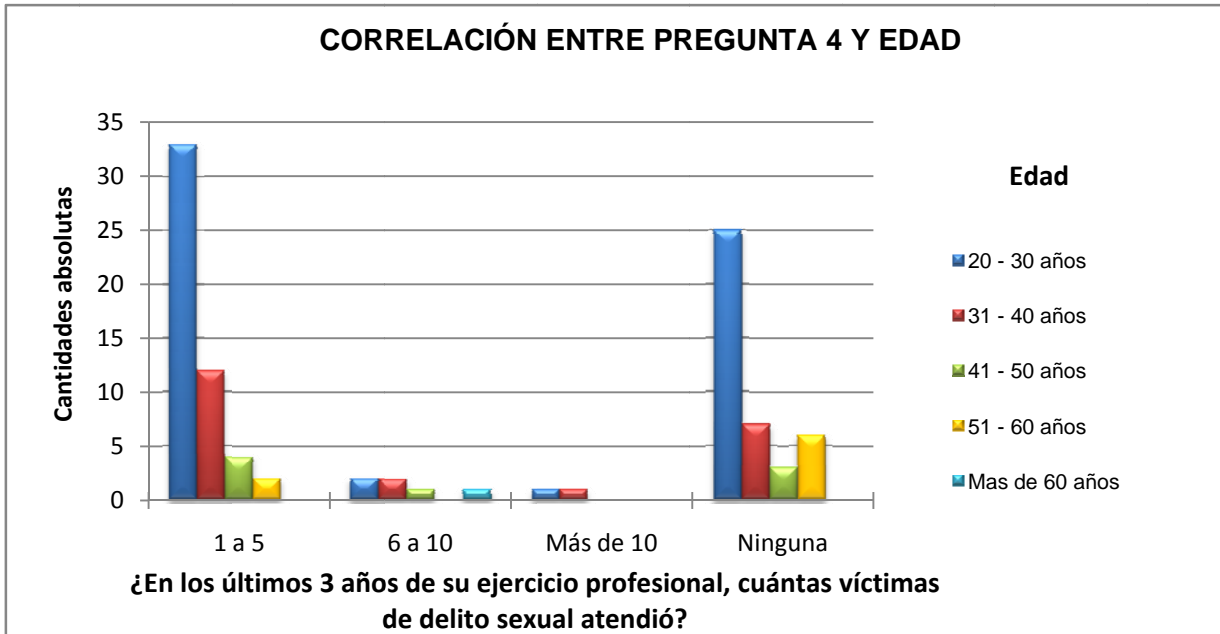


Figura 7.9

Acerca de la relación entre edad del médico y la cantidad de víctimas atendidas en su servicio podemos encontrar que, la mayoría de los médicos encuestados entre los 20 y 40 años atendieron pocos casos (ninguno o máximo 5). Los médicos que atendieron entre 6 y 10 víctimas, se encuentran distribuidos casi equitativamente en todos los rangos de edades. Los médicos que atendieron más de 10 víctimas son muy pocos y menores a 40 años de edad.

En conclusión la figura 7.9 nos da a conocer que la edad del médico no determina la cantidad de víctimas atendidas en los últimos tres años de su carrera profesional.

PREGUNTA 5. ¿UNA VÍCTIMA DE DELITO SEXUAL DEBE SER ATENDIDA COMO UNA URGENCIA MÉDICA?

	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	54	54.0
Depende del estado de la víctima	41	41.0
No es urgencia médica	1	1.0
Algunas veces	4	4.0
Total	100	100.0

Tabla 7.7

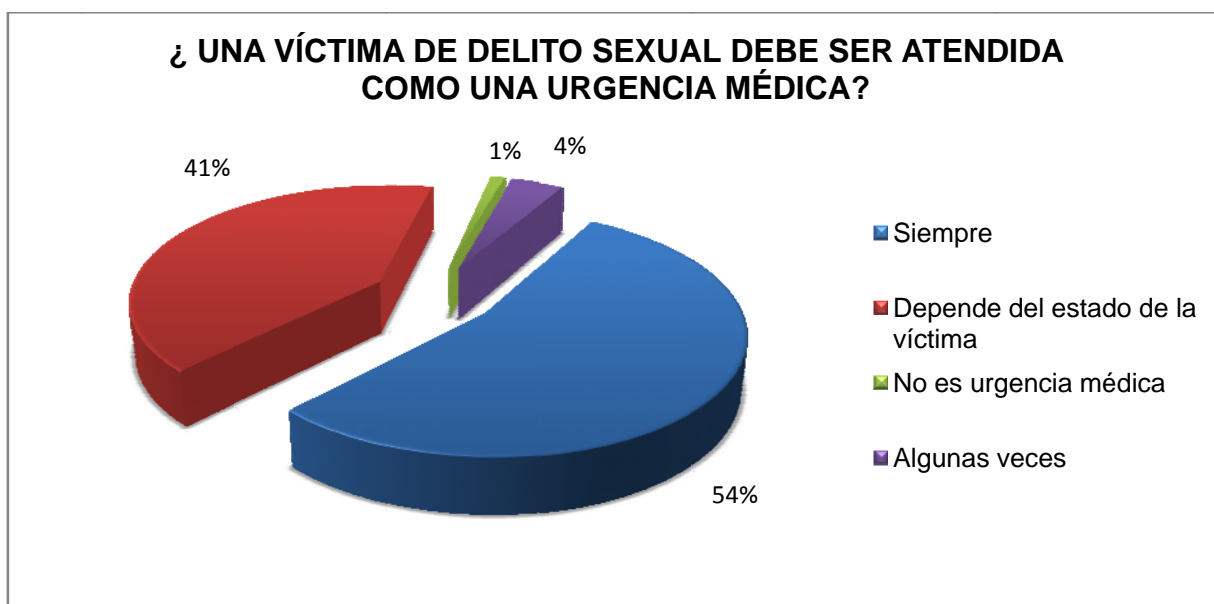


Figura 7.10

Un 54% de médicos encuestados, acertadamente, considera que una víctima de delito sexual “siempre” debe ser atendida como una urgencia médica, sin embargo sólo un 7% indicó en la pregunta 3, que atendería el caso como una urgencia médica; no obstante el 64% indicó que atendería la urgencia médica inicial para luego derivar al médico forense. En términos generales hay consistencia entre lo que se piensa y se practica.

El 41% de médicos encuestados, equivocadamente opinan que la atención de una víctima de delito sexual debe ser tratada como urgencia médica “dependiendo del estado de la víctima”. Un 4% considera que un delito sexual “algunas veces” es una urgencia médica. Y el 1% indica que no es una urgencia médica. Casi la mitad de

los encuestados (46%) desconoce que una víctima de delito sexual siempre debe considerarse y tratarse como una urgencia médica.

PREGUNTA 6. ¿SI USTED ATIENDE UNA VÍCTIMA DE VIOLENCIA SEXUAL QUE TIPO DE LESIONES ENCUENTRA FRECUENTEMENTE AL REALIZAR EL EXAMEN EXTERNO? (Se admite más de una respuesta)

	Frecuencia	Porcentaje
Equimosis - Hematomas	83	28.0
Sugilaciones (chupones) – Mordeduras	47	15.9
Laceraciones – Excoriaciones (rasguños)	81	27.4
Heridas cortantes - Heridas contusas	27	9.1
Lesiones musculares	25	8.4
Trauma ocular o facial	28	9.5
Fracturas	5	1.7
Total	296	100.0

Tabla 7.8

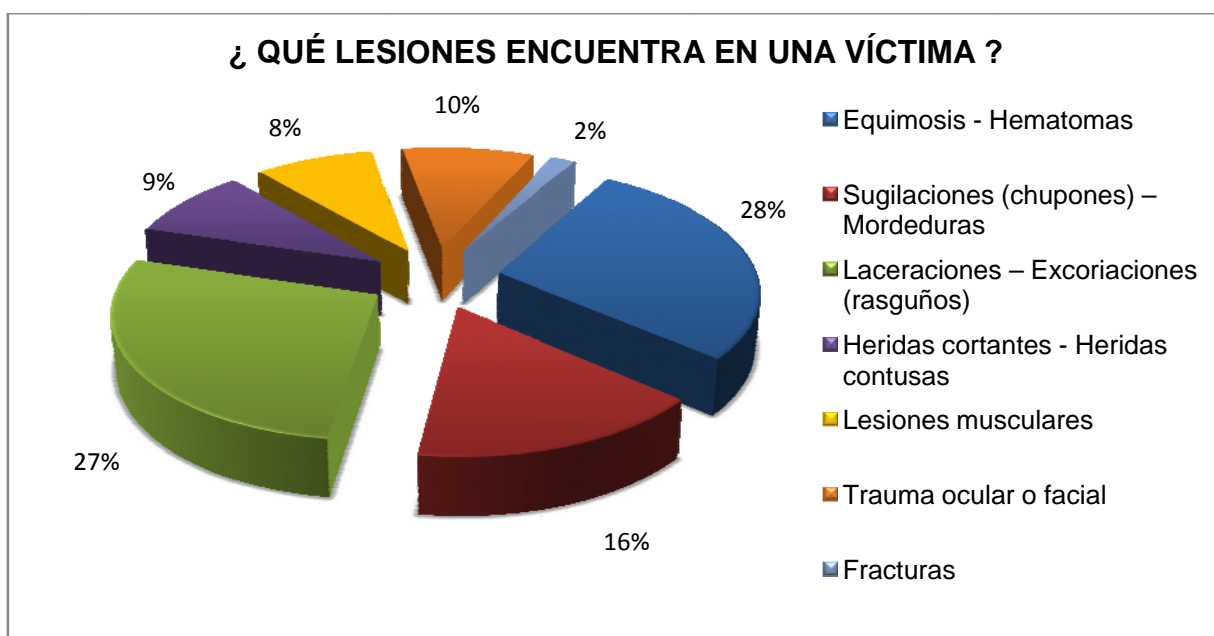


Figura 7.11

De los médicos encuestados un 28% refiere que podría encontrar al examen físico de la víctima equimosis – hematomas, un 27% encontraría laceraciones – excoriaciones, un 16% sugilaciones – mordeduras, un 10% trauma ocular o facial, un 9% encontraría heridas cortantes – heridas contusas, el 8% encontraría lesiones musculares y el restante 2% hallaría fracturas.

Se advierte que el 71% de lesiones evidenciadas por los médicos examinadores corresponden a equimosis – hematomas, laceraciones – excoriaciones y sugilaciones – mordeduras, que es lo más frecuente en casos de violencia física. Son menos frecuentes las heridas cortantes o contusas, lesiones musculares, trauma óculo facial y fracturas.

PREGUNTA 7. ¿UNA VEZ ATENDIDA LA VÍCTIMA, PARTICIPA UNA DENUNCIA ANTE EL MINISTERIO PÚBLICO O LA FELCC?

	Frecuencia	Porcentaje
Hago la denuncia	35	35.0
Oriento a la víctima o sus padres sobre el derecho que tienen de denunciar el delito.	58	58.0
Me es indiferente si denuncian o no	0	0.0
No denuncio y derivó para que atienda un forense	6	6.0
No es obligatorio denunciar	1	1.0
Total	100	100.0

Tabla 7.9



Figura 7.12

Un 58% de médicos encuestados decide que lo mejor es orientar a la víctima o a sus padres sobre el derecho que tienen de denunciar el delito, lo cual es una actitud correcta. El 35% de los médicos indica que personalmente hace la denuncia, lo cual

es una actitud muy responsable frente a cualquier tipo de delito, más aún cuando se trata de menores de edad. El 6% prefiere no denunciar el hecho y derivar directamente para que atienda un forense, 1% considera que no es obligatorio denunciar este tipo de hechos.

PREGUNTA 8. ¿QUÉ INDICACIONES LE DARÍA A LA VÍCTIMA DE DELITO SEXUAL, EN CASO DE DERIVARLA CON EL MÉDICO FORENSE?

	Frecuencia	Porcentaje
Que vaya luego de asearse y cambiarse de ropa	0	0.0
Que vaya inmediatamente sin cambiarse de ropa ni asearse	96	96.0
Por lo general los pacientes saben como deben ir al médico	1	1.0
No hay indicaciones	2	2.0
No responde	1	1.0
Total	100	100.0

Tabla 7.10

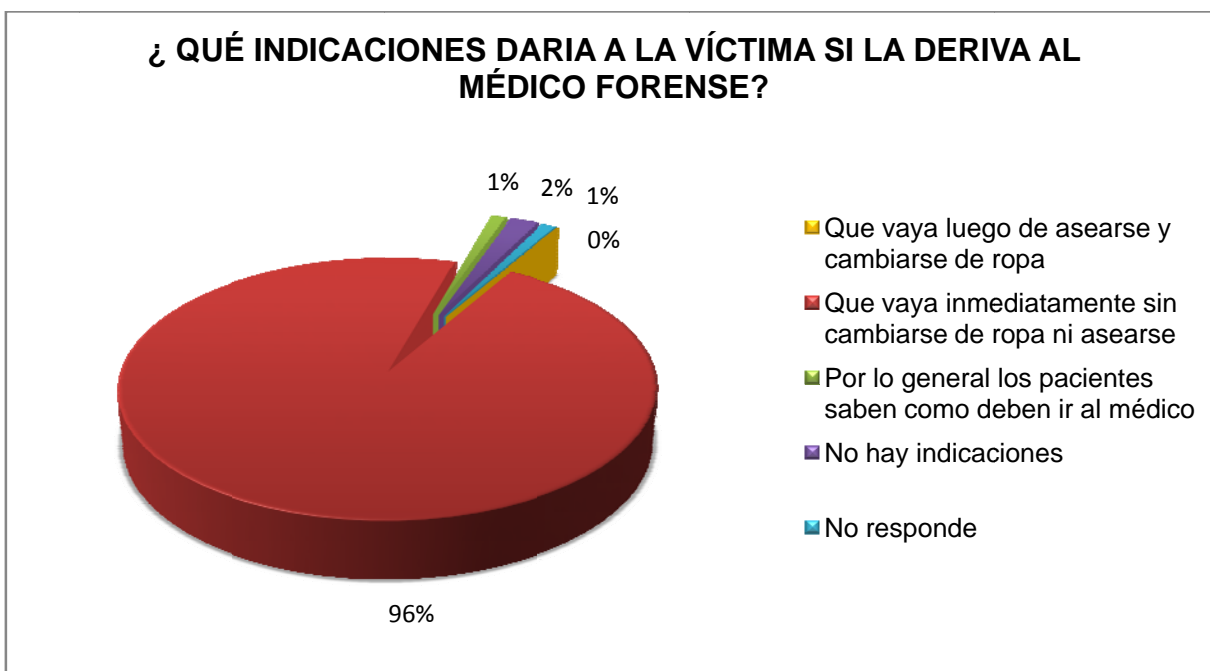


Figura 7.13

Como ya se vio en la pregunta 3 un gran porcentaje (91%) de médicos de guardia opta por derivar el caso a un médico forense o a un ginecólogo, adecuadamente el 96% aconsejaría a la víctima que vaya inmediatamente sin cambiarse de ropa ni asearse. Un 2% prefiere no dar ninguna indicación a la víctima, un 1% considera que

los pacientes saben cómo deben ir al médico y el restante 1% no responde a la pregunta.

Como se observa en la figura 7.14 (ver tabla en anexo 11.3.4) casi la totalidad de médicos darían la indicación adecuada a la víctima en caso de derivarla a otro profesional.

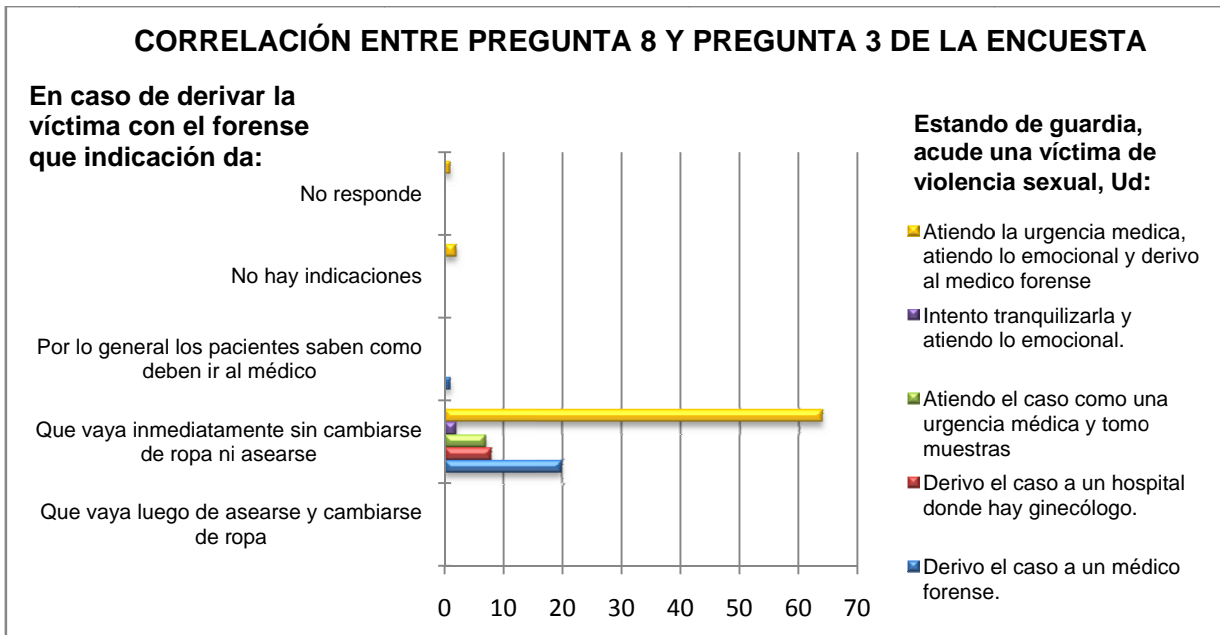


Figura 7.14

PREGUNTA 9. MARQUE CON QUÉ DISPONE EN SU LUGAR DE TRABAJO PARA ATENDER A UNA VÍCTIMA DE DELITO SEXUAL. (Puede marcar más de una opción)

	Frecuencia	Porcentaje
Sabanillas descartables	48	8.1
Peines descartables	11	1.9
Colposcopio	42	7.1
Fuente de luz	83	14.0
Etiquetas	25	4.2
Hisopos	74	12.5
Bolsas de papel	38	6.4
Agua destilada	64	10.8
Corta Uñas	17	2.9
Jeringas	63	10.7
Anticoagulante EDTA	14	2.4
Tubos de ensayo	38	6.4
Portaobjetos	71	12.0
Ninguna	3	0.5
Total	591	100.0

Tabla 7.11

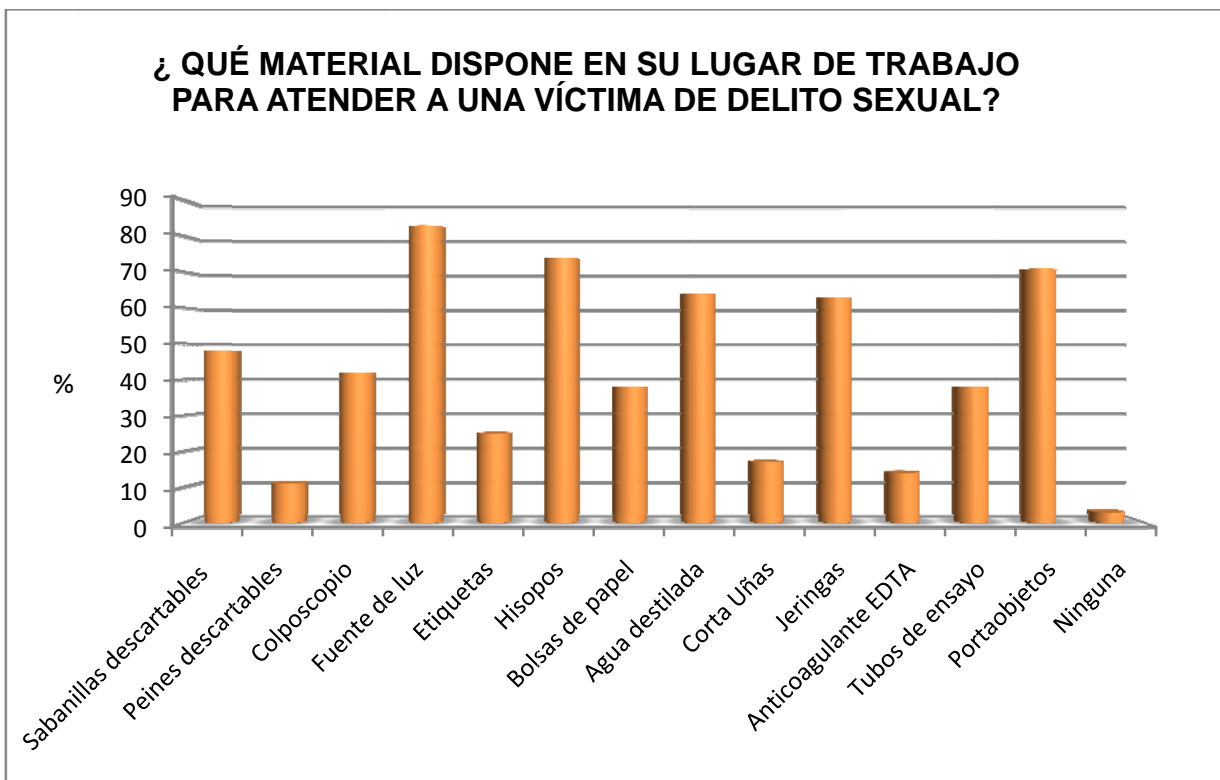


Figura 7.15

De la figura 7.14 se establece que más del 60% de los encuestados dispone de fuentes de luz, hisopos, agua destilada, jeringas y portaobjetos, para la toma de muestras.

Por otro lado menos del 30% de los encuestados dispone de peines descartables, etiquetas, cortaúñas y anticoagulante EDTA, es decir estos insumos son los que menos se encuentran presentes en los centros médicos.

Entre el 30% y 50% de los encuestados dispone de sabanillas descartables, colposcopio, bolsas de papel y tubos de ensayo.

Hay un 3% de encuestados que no marco ninguna de las alternativas de esta pregunta, sin embargo no podemos concluir que el centro médico carezca completamente de estos insumos.

PREGUNTA 10. ¿SI LA VÍCTIMA DE DELITO SEXUAL SE ENCUENTRA MUY PERTURBADA Y NERVIOSA, POSPONDRIÁ EL EXAMEN MÉDICO PARA EL DÍA SIGUIENTE?

	Frecuencia	Porcentaje
Sí	5	5.0
No es recomendable esperar mucho tiempo	76	75.2
Se puede esperar, hasta que la paciente se encuentre mejor	19	18.8
Se puede esperar uno o mas días	0	0.0
No responde	1	1.0
Total	101	100.0

Tabla 7.12

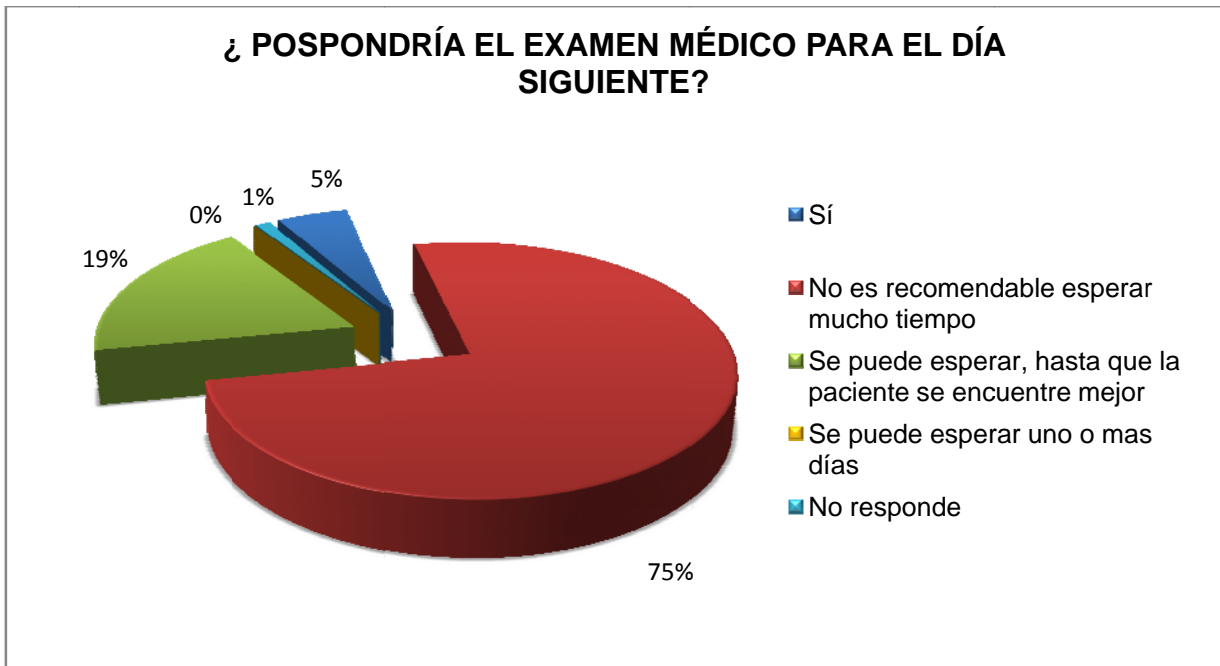


Figura 7.16

El 75% de médicos encuestados considera correctamente, que no es recomendable esperar mucho tiempo para realizar el examen médico a la víctima, sin embargo como vimos en la pregunta 3 optan en su mayoría por derivar el caso al forense. Nuevamente se advierte que existe contradicción entre lo que se piensa que se debe hacer y lo que se hace, puesto que en muchas ocasiones no hay disponibilidad inmediata del forense, por lo que la víctima podría decidir ya no acudir a ningún médico, perdiéndose las evidencias.

Un 19% indica que el examen médico puede esperar hasta que la paciente se encuentre mejor, sin considerar que a mayor tiempo de espera habrá mayor pérdida de evidencias. Un 5% dice que se puede esperar hasta el día siguiente para realizar este examen, sin prever que las víctimas podrían ya no retornar a la toma de muestras o asearse disipando las evidencias. Un 1% de abstiene de responder.

PREGUNTA 11. SI REALIZA EL EXAMEN MÉDICO DE UNA VÍCTIMA DE DELITO SEXUAL, USTED:

	Frecuencia	Porcentaje
Describe todas las lesiones de cabeza a pies	92	91.1
Sólo es necesario describir lesiones del área genital	4	4.0
No es necesario describir lesiones del área genital.	0	0.0
Describiría, solo las lesiones graves e importantes	5	5.0
Total	101	100.0

Tabla 7.13

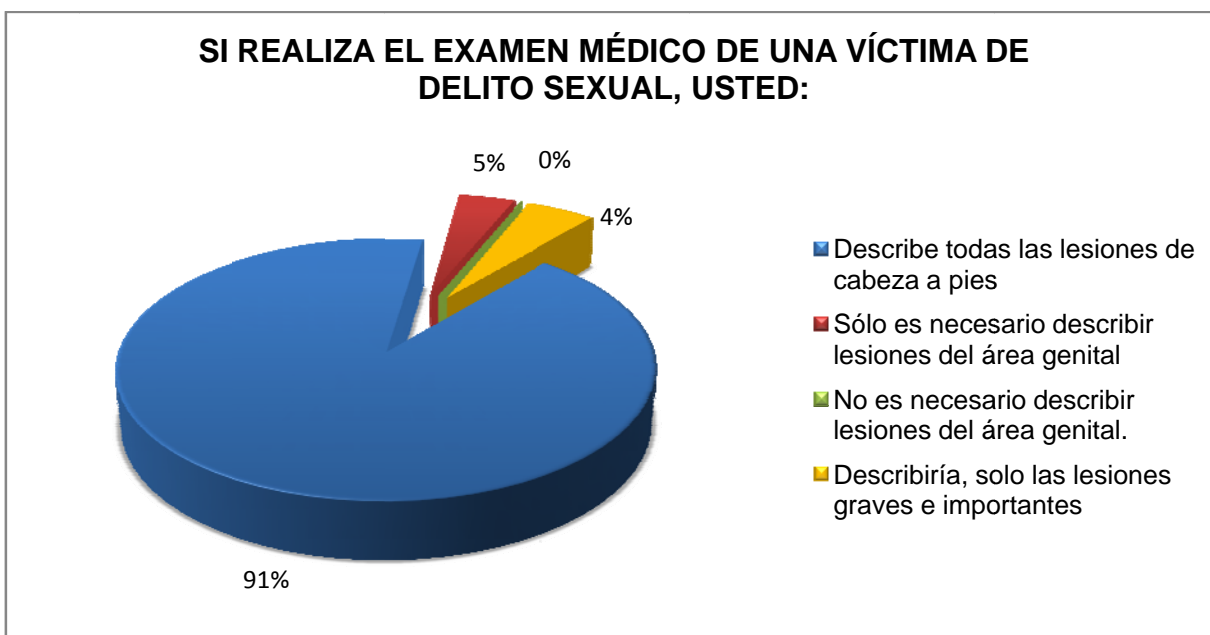


Figura 7.17

De todos los médicos encuestados un 91% de ellos, apropiadamente, describirían todas las lesiones de cabeza pies. Un 5% sólo considera necesario describir lesiones del área genital y un 4% sólo describiría las lesiones graves e importantes. Esto significa que un 9% haría una descripción incompleta de las lesiones.

PREGUNTA 12. ¿RECOLECTA LA ROPA DE LA VÍCTIMA DE DELITO SEXUAL COMO PARTE DE LA ATENCIÓN MÉDICA?

	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	67	67.0
Alguna ropa manchada	20	20.0
La ropa no tiene importancia en el hecho delictivo	1	1.0
Nunca recolecto la ropa	12	12.0
Total	100	100.0

Tabla 7.14

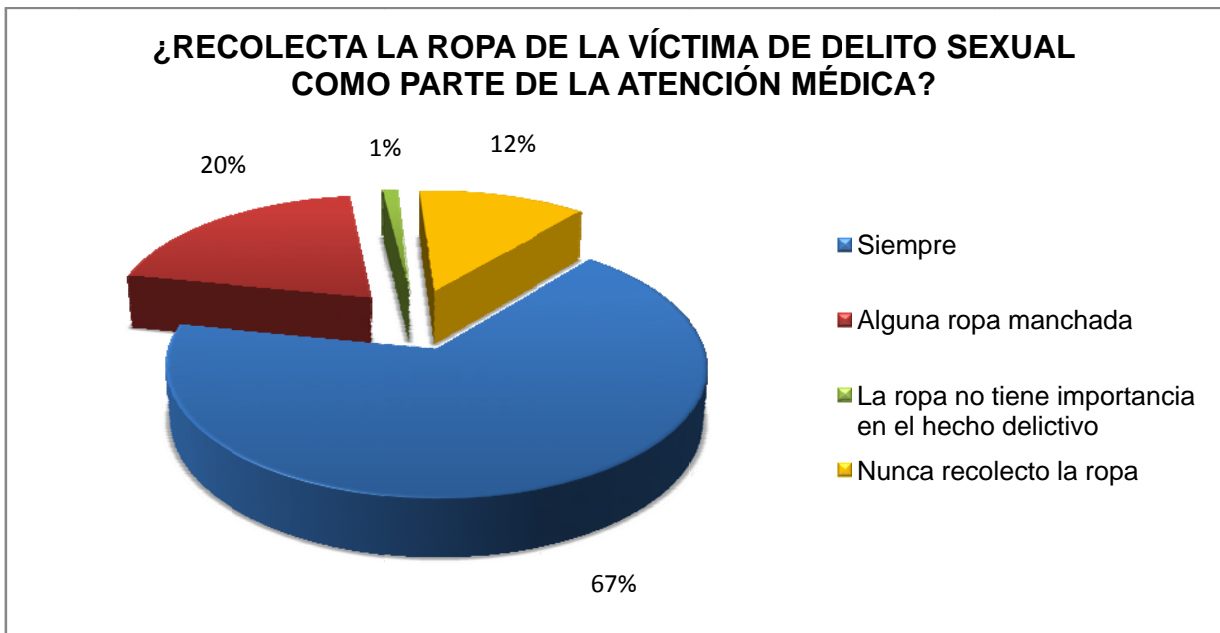


Figura 7.18

La mayoría de médicos (67% de encuestados), acertadamente indica que siempre recolecta la ropa de la víctima como parte de la atención médica. Sin embargo este elevado porcentaje se contradice con el dato encontrado en la pregunta 3 de que el 91% opta por transferir al especialista.

El 20% indica que sólo recolectaría la ropa manchada. Un 12% indica que no recolecta ropa de la víctima. Y un 1% considera que la ropa no tiene importancia en el hecho delictivo.

PREGUNTA 13. EN LA EXPLORACIÓN GENITAL PROCEDE A REALIZAR: (SE ADMITE MÁS DE UNA RESPUESTA)

	Frecuencia	Porcentaje
Valoración externa genital	93	37.3
Utiliza espéculo	46	18.5
Recoge muestras con una torunda	60	24.1
Señala lesiones en un dibujo a parte	50	20.1
Total	249	100.0

Tabla 7.15

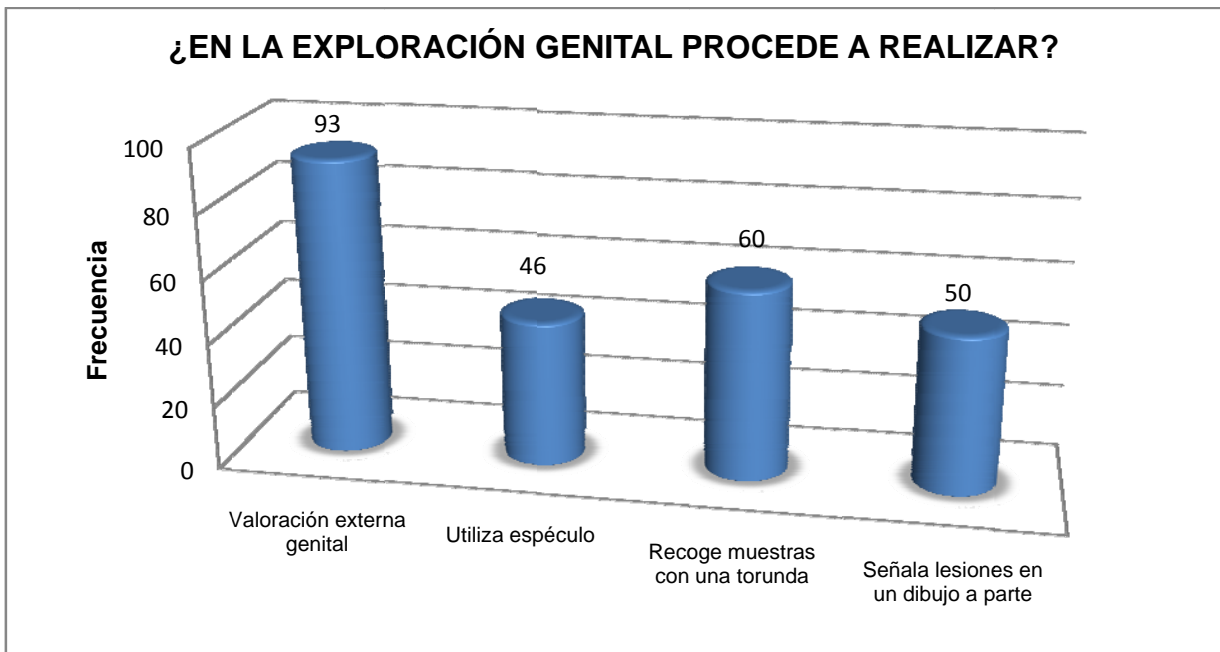


Figura 7.19

Casi la totalidad (93%) de encuestados indica que en la exploración genital realizada a una víctima de delito sexual, efectúa una valoración externa genital. El 60% indica que recoge muestras con una torunda. La mitad señala lesiones en un dibujo aparte. El 46% utiliza espéculo para la exploración genital.

Todos estos procedimientos deberían ser realizados, pero como se ve en la figura 7.19 no todos realizan los cuatro procedimientos. A fin de establecer los porcentajes de médicos que realizan los cuatro procedimientos, o tres, o dos, o uno, tenemos la figura 7.20.

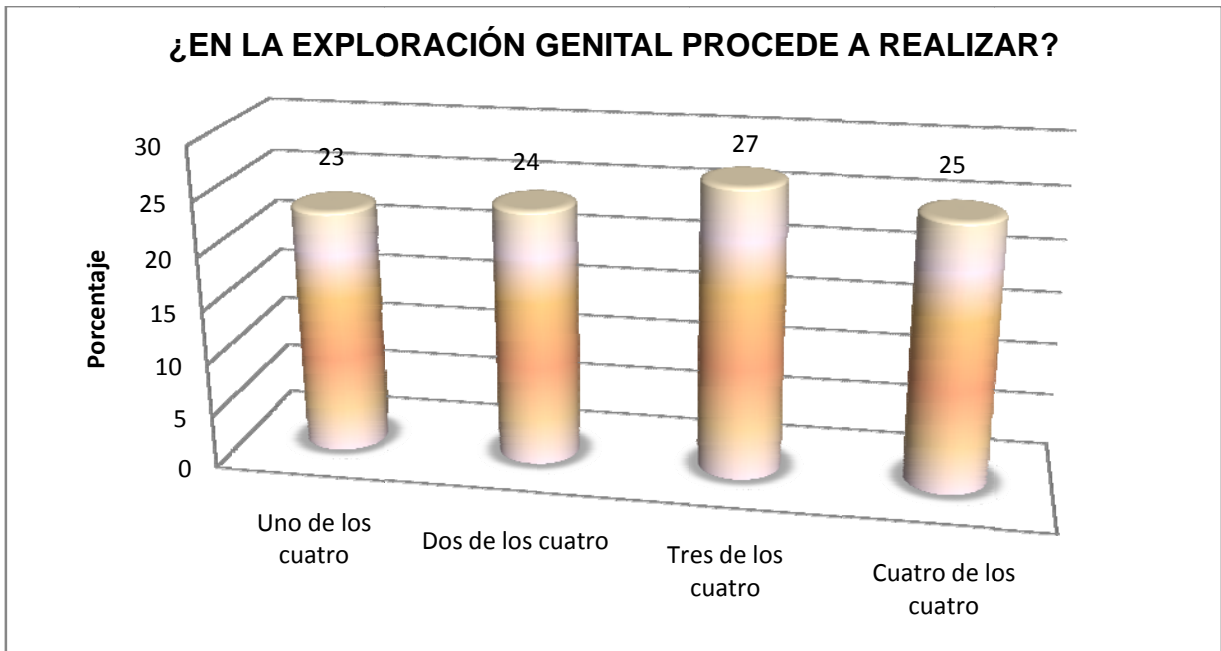


Figura 7.20

Sólo la cuarta parte de los encuestados (25%) realiza los cuatro procedimientos, que sería lo más correcto para hacer una exploración genital. Aproximadamente otra cuarta parte (27%) realiza tres de los cuatro procedimientos y coincidentemente otra cuarta parte (24%) realiza dos de los cuatro procedimientos. Finalmente otra cuarta parte (23%) realiza sólo uno de los cuatro procedimientos. Un 1% no respondió a la pregunta.

PREGUNTA 14. ¿PARA QUE SIRVE EL PEINADO PÚBLICO?

	Frecuencia	Porcentaje
Para hallar vellos púbicos del agresor	80	76.9
Para hacer un mejor recojo de muestras de fluidos	24	23.1
Para garantizar higiene durante el examen	0	0.0
Total	104	100.0

Tabla 7.16

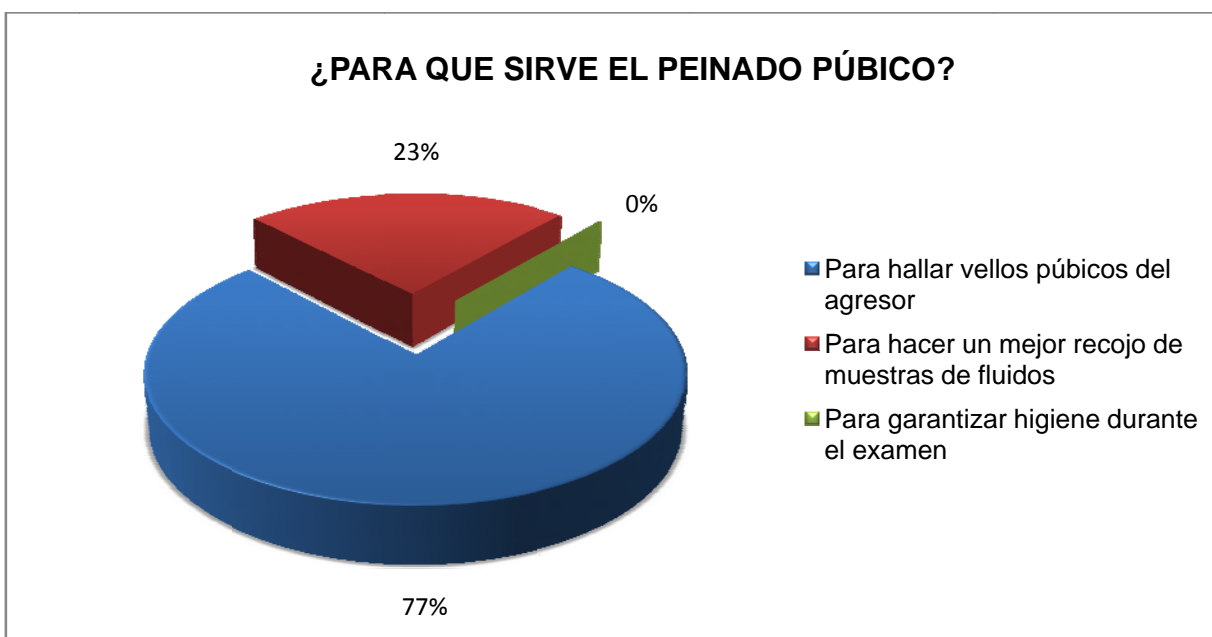


Figura 7.21

Una gran mayoría (77%) de los encuestados sabe correctamente que el peinado público sirve para hallar vellos púbicos del agresor. Casi una cuarta parte (23%) erróneamente considera que el peinado público es para un mejor recojo de muestras de fluidos.

PREGUNTA 15. ¿QUE ELEMENTO ES EL APROPIADO PARA TOMAR MUESTRAS DE REGIÓN VAGINAL Y ENDOCERVICAL?

	Frecuencia	Porcentaje
Espátula de Ayre	34	25.2
Hisopos	55	40.7
Cepillos	25	18.5
Espéculo	21	15.6
Total	135	100.0

Tabla 7.17

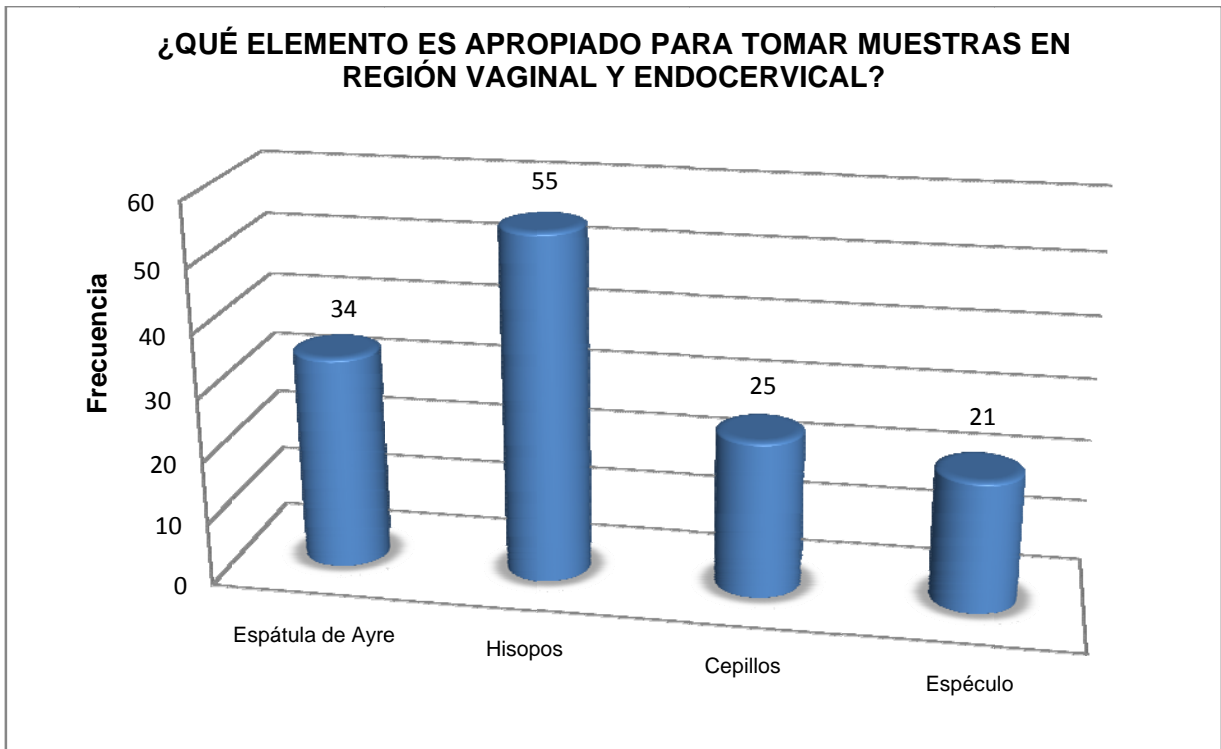


Figura 7.22

Aproximadamente la mitad de los médicos encuestados (55 individuos), respondió adecuadamente, indicando que el elemento apropiado para toma de muestras en víctimas de delito sexual es el hisopo. Un tercio (34 individuos) de los encuestados indica erróneamente que la espátula de Ayre es el elemento adecuado, para recolectar fluidos de la región vaginal y endocervical. Una cuarta parte de los encuestados respondió equivocadamente, indicando que el cepillo es el elemento usado para tomar muestras de fluidos. Un quinto de los encuestados (21 individuos) erróneamente considera que el espejulo recoge muestras, sin embargo sabemos que el espéculo es un elemento auxiliar en la toma de muestras.

PREGUNTA 16. ¿EN LA ATENCIÓN DE UNA VÍCTIMA DE DELITO SEXUAL LE ACONSEJARÍA EL TRATAMIENTO DE ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA?

	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	61	61.0
Alguna vez dependiendo de la situación	26	26.0
No es aconsejable	11	11.0
Nunca	2	2.0
Total	100	100.0

Tabla 7.18

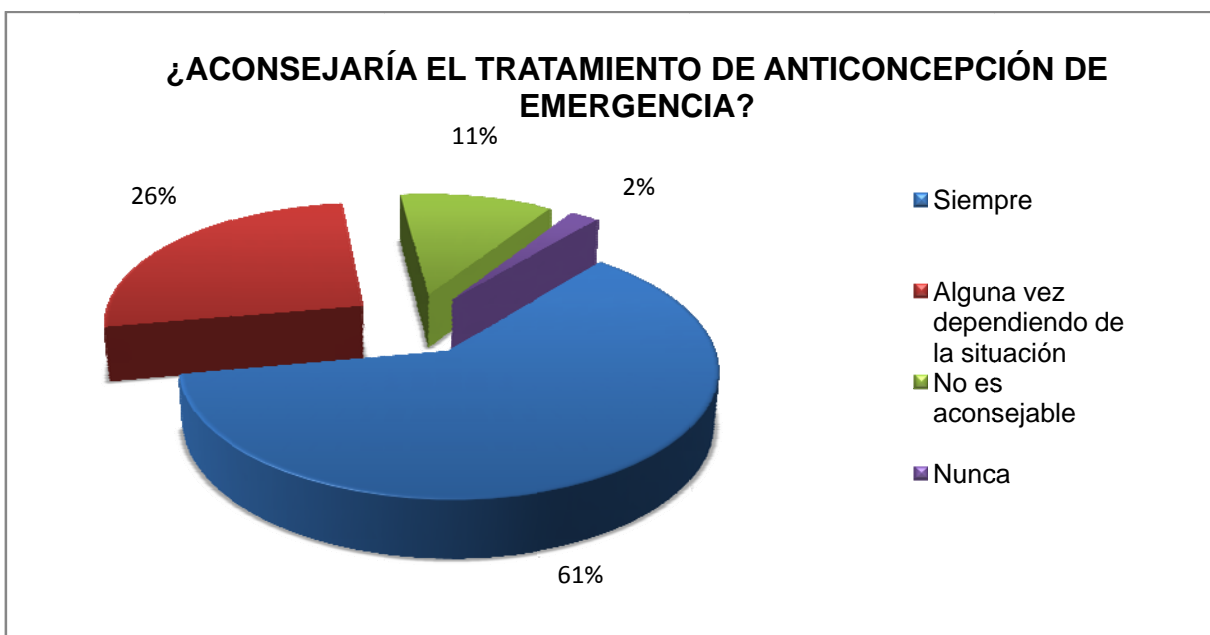


Figura 7.23

En esta pregunta no existe una respuesta correcta o equivocada, porque cada médico tiene su propio criterio basado en sus principios morales y éticos.

Casi dos terceras partes de los encuestados (61%) consideran que “siempre” aconsejaría el tratamiento de anticoncepción de emergencia. La cuarta parte (26%) de encuestados aconsejaría el tratamiento de anticoncepción de emergencia dependiendo de la situación. Un 11% indica que no es aconsejable, sin embargo se puede suponer que no se cierran a la posibilidad de sugerirlo, de otro modo hubiesen marcado la respuesta “nunca”. Finalmente un 2% tiene un pensamiento muy rígido e indica que nunca aconsejaría el tratamiento anticonceptivo.

7.2 RESULTADOS DE LAS ENTREVISTAS

A continuación se presentan los resultados de las grabaciones de las 93 entrevistas. Siete de los encuestados no quisieron ser entrevistados.

El procesamiento y presentación de resultados sigue las mismas pautas que se usaron para las encuestas.

PREGUNTA 1. ¿CÓMO PROCEDE A LA TOMA DE MUESTRAS DE REGIÓN GENITAL EN UNA VÍCTIMA DE DELITO SEXUAL?

Respuestas	Frecuencia	Porcentaje
Con hisopo	43	25.6
Frotis con espátula de Ayre	22	13.1
Envío los guantes usados al laboratorio	1	0.6
No tomo muestras	14	8.3
Con espéculo	30	17.9
Prefiero que lo realice un especialista (forense o ginecólogo)	25	14.9
Recolecto vello púbico	17	10.1
Tomo fotografías	2	1.2
Con cepillo	6	3.6
No responde	8	4.8
Total	168	100.0

Tabla 7.19

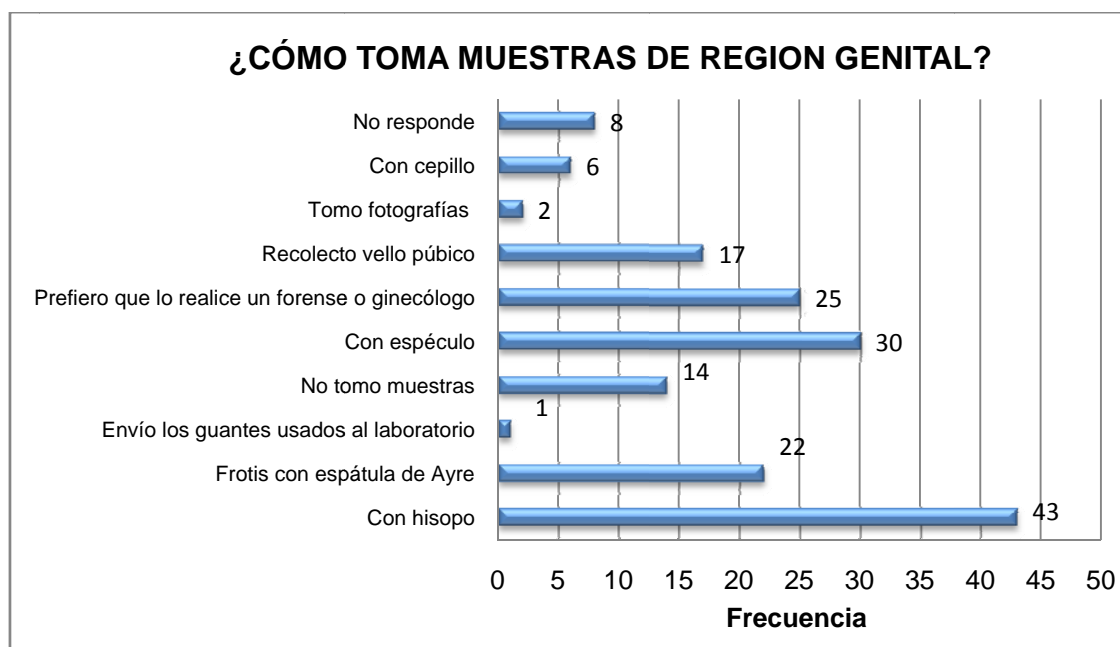


Figura 7.24

Se observa en la Figura 7.24 que 43 entrevistados procederían a tomar muestras de región genital con hisopo (esto es 46%), 30 entrevistados indican que utilizarían espéculo (32%), 25 entrevistados (27%) prefieren que las muestras sean tomadas por un forense o ginecólogo, 22 entrevistados (24%) tomarían muestras a través de un frotis con espátula de Ayre, 17 entrevistados (18%) recolectarían vello púbico. 14 entrevistados (15%) indican no tomar muestras. 8 entrevistados (9%) no respondieron a la pregunta. Adicionalmente existe un pequeño grupo de respuestas inapropiadas.

Casi la mitad de los entrevistados respondieron apropiadamente al indicar que tomaría muestras con un hisopo, sin embargo muchos entrevistados dieron más de una respuesta. Para analizar qué respuesta complementaria dio este 46% de entrevistados, tenemos la siguiente gráfica (tabla en anexo 11.4.1)

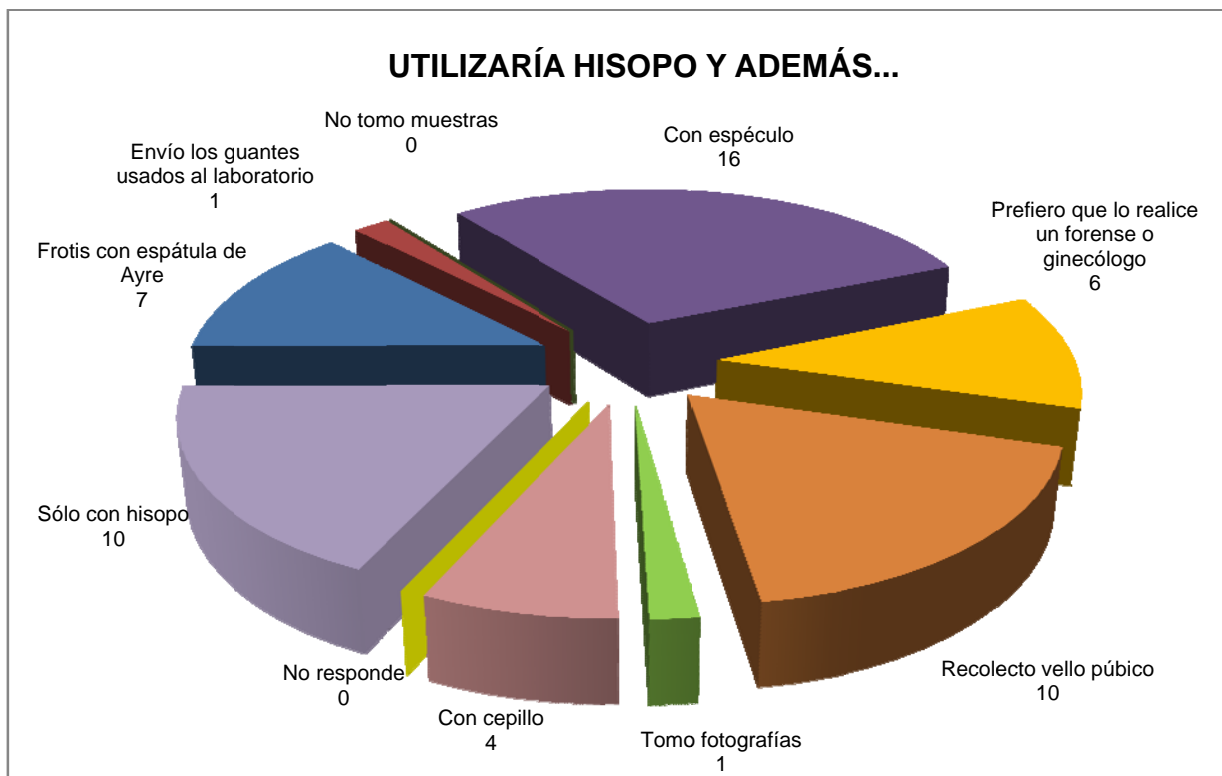


Figura 7.25

Según la figura 7.25, 16 entrevistados (17%) utilizarían espéculo además del hisopo. 10 entrevistados (11%) también recolectaría vello púbico. Otro 11% indica que utilizaría sólo el hisopo. 7 entrevistados (8%) toma muestras tal como si estuviera

realizando un papanicolau, lo cual no es correcto, porque la espátula de Ayre no tiene la misma capacidad de absorción de fluidos que el hisopo con fines de análisis laboratorial.

Analizando las respuestas a la pregunta 1 de la entrevista, determinamos que 28 médicos no tomarían muestras, esto implica que 65 entrevistados indicaron tomar muestras de alguna manera, sea ésta correcta o incorrecta; esto es el 70% de los entrevistados. Contradictoriamente en la tabla 7.5, encontramos que apenas el 7% indica que atiende el caso como una urgencia médica y toma muestras.

La contradicción mencionada, puede deberse a que al responder la encuesta el médico no se ve presionado a dar una respuesta, mientras que en la entrevista sí se ve presionado a mostrar una solvencia y capacidad profesional, por lo que debe responder algo aunque intuitivamente, para no quedar mal frente al entrevistador.

PREGUNTA 2. MENCIONE LUGARES EN EL CUERPO DE LA VÍCTIMA, DONDE BUSCARIA SALIVA DEL AGRESOR

	Frecuencia	Porcentaje
En el cuello	42	23.0
En región perineal y genital	59	32.2
En boca	27	14.8
En región facial	15	8.2
En ropa	9	4.9
En glándulas mamarias	15	8.2
En mordidas	13	7.1
No responde	3	1.6
Total	183	100.0

Tabla 7.20

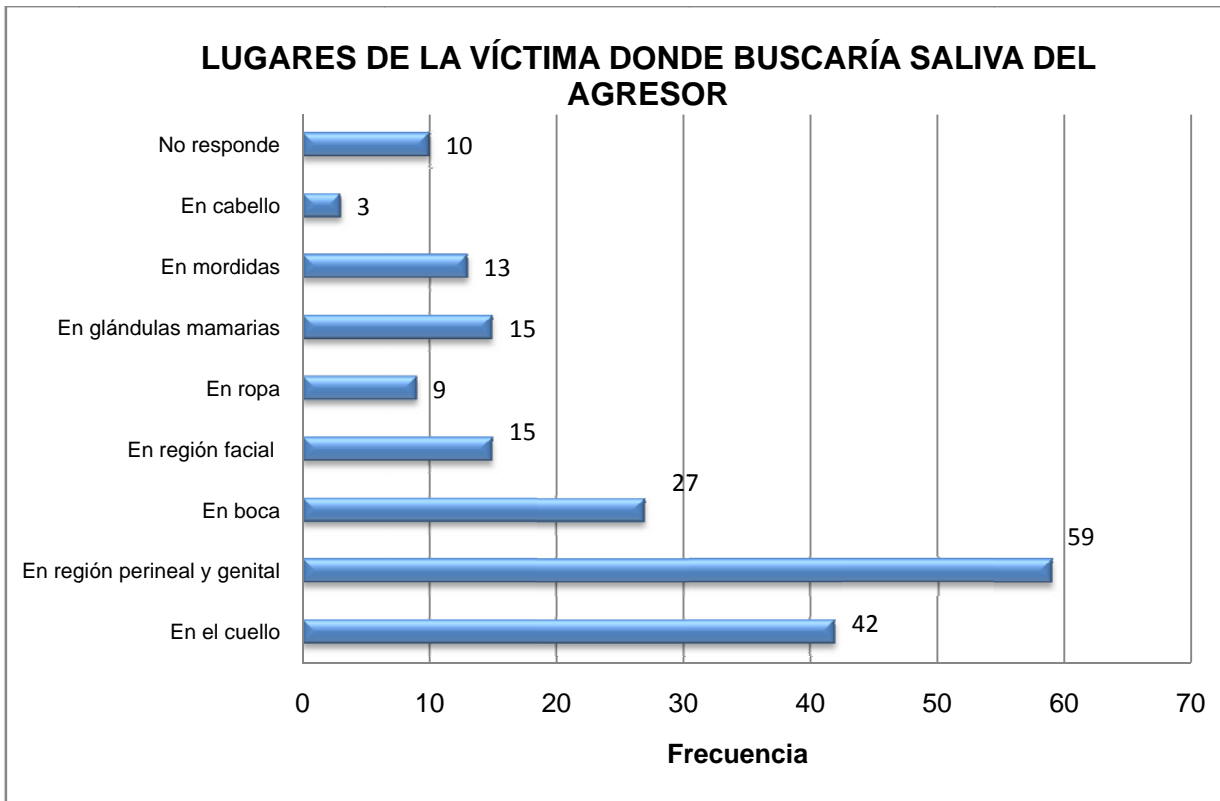


Figura 7.26

Respondieron correctamente 13 entrevistados (14% de la muestra) indicando que buscarían saliva del agresor en mordidas. Otras respuestas aceptables son: En glándulas mamarias (16%), en región facial (16%), en el cuello (45%), en región perineal y genital (63%). Es interesante destacar que el 63% supone que en un delito sexual siempre está presente la relación oro-genital. Si bien estas respuestas no son incorrectas, la mejor respuesta habría sido que “dependiendo de la anamnesis a la víctima”, misma que detallará las formas de agresión”.

Un número importante de entrevistados (29%) indica que buscaría saliva del agresor en la boca de la víctima, lo cual no es factible debido a la mezcla de fluidos que se tendría entre ambas salivas. 11% no respondió, y porcentajes menores al 10% indicaron que buscarían saliva del agresor en el cabello o en la ropa de la víctima, lo cual no es habitual.

PREGUNTA 3. ¿QUÉ PASOS SIGUE PARA RECOLECTAR LAS PRENDAS DE VESTIR EN UNA VÍCTIMA DE DELITO SEXUAL?

	Frecuencia	Porcentaje
Recolecto todas las ropas y las guardo en una bolsa de plástico herméticamente cerrada	52	54.2
Recolecto solo ropas íntimas (sostén, calzón) y guardo en bolsas de plástico	14	14.6
Recolecto todas las ropas y las guardo en bolsas de papel	18	18.8
No recolecto la ropa	10	10.4
Recomiendo a la víctima que guarde la ropa	2	2.1
Total	96	100.0

Tabla 7.21

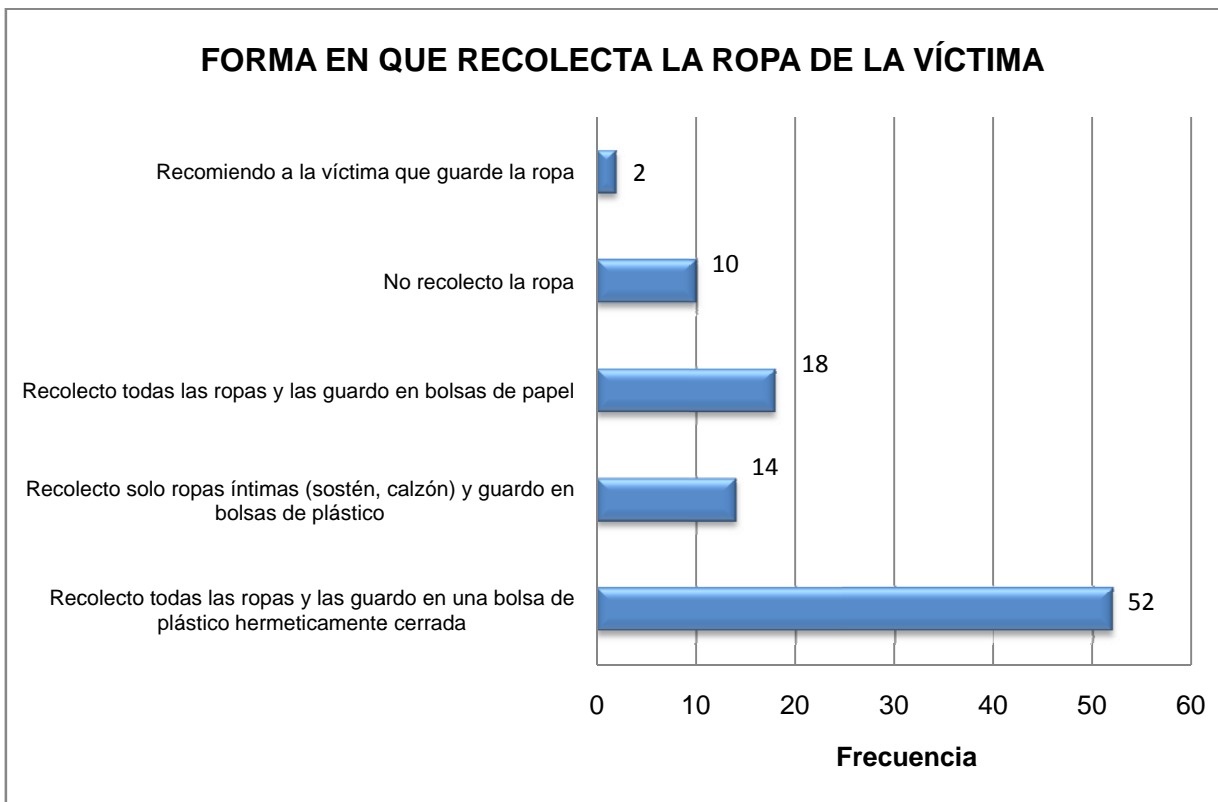


Figura 7.27

Respondieron correctamente 18 entrevistados (19% de la muestra) indicando que recolectan todas ropas y las guardan en bolsas de papel. Más de la mitad (56%) señala que recolectaría todas las ropas, pero erróneamente las guardarían en bolsa plástica herméticamente cerrada, lo cual puede ocasionar deterioro y putrefacción de

las muestras por la humedad que se puede producir en el interior. En forma parecida, un 15% recolectaría ropas íntimas de la víctima en bolsas plásticas.

Diez entrevistados señalan que no recolectarían la ropa de la víctima, y de ellos, dos recomendarían a la víctima que guarde ella misma la ropa.

A fin de indagar la coherencia de respuestas a la encuesta y entrevista, correlacionamos la pregunta 12 de la encuesta y 3 de la entrevista. El resultado se ve en la figura 7.28 (tabla correspondiente en el anexo 11.4.2).

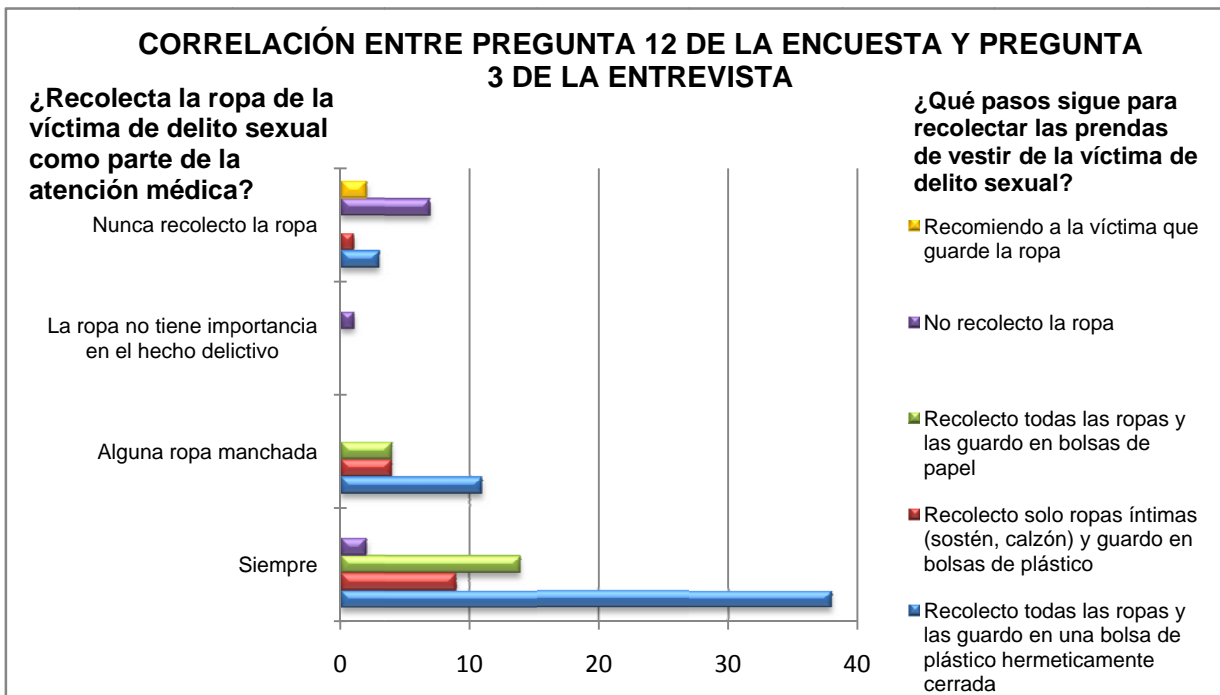


Figura 7.28

De quienes respondieron en la encuesta, que siempre recolectan la ropa de la víctima, dos se contradijeron en la entrevista al señalar que no recolectan la ropa, catorce guardan adecuadamente la ropa en bolsas de papel, nueve sólo recolectan ropa íntima de la víctima y la guardan en bolsa plástica y 38 (41% de entrevistados) recolectarían toda la ropa pero la guardarían en bolsa plástica.

También existen otras contradicciones, pero son minoritarias.

PREGUNTA 4. CUANDO REALIZA LA ENTREVISTA A UNA VÍCTIMA DE DELITO SEXUAL CONSIDERA QUE DEBE ACOMPAÑARLO ALGÚN OTRO PROFESIONAL.

	Frecuencia	Porcentaje
Sí una enfermera	53	36.6
Cualquier persona como testigo	1	0.7
Sí un psicólogo	21	14.5
Sí un familiar	15	10.3
Sí otro colega médico	14	9.7
Sí un bioquímico	1	0.7
Sí un forense	17	11.7
Sí un ginecólogo	19	13.1
Sí una mujer policía	3	2.1
Trabajadora social	1	0.7
Total	145	100.0

Tabla 7.22

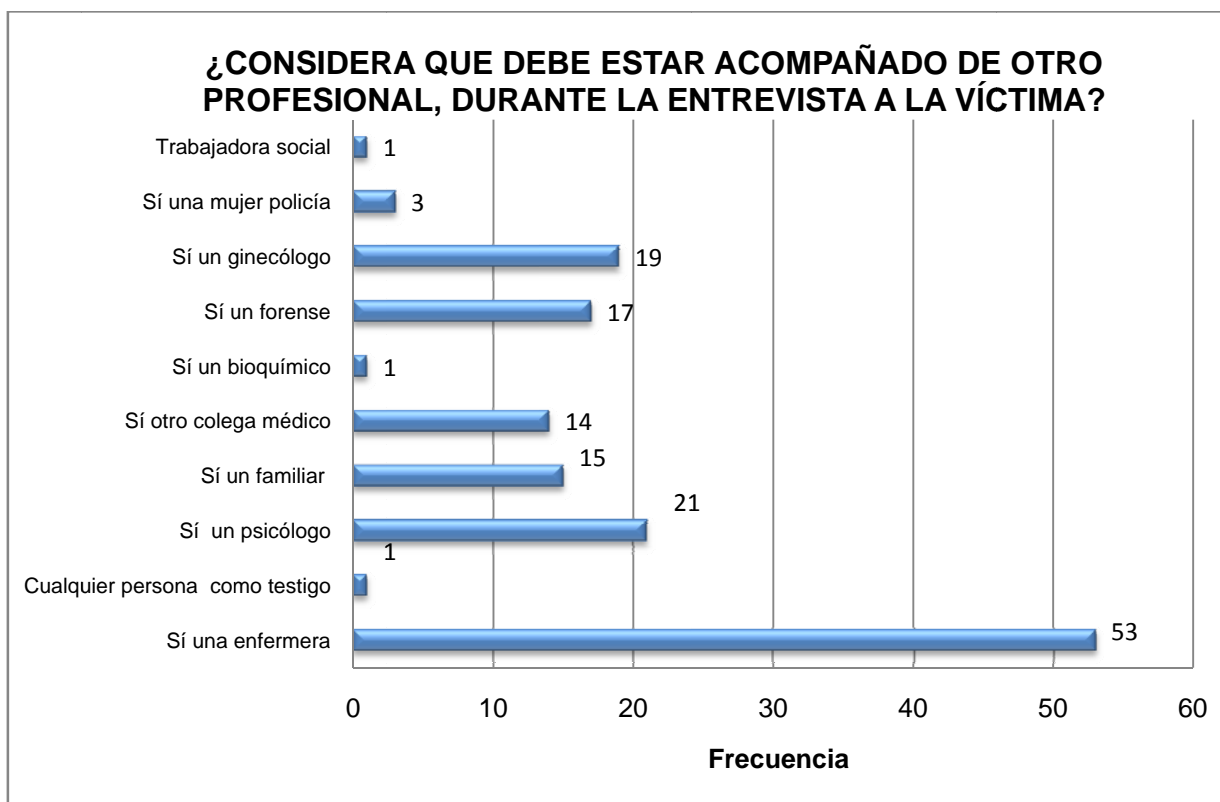


Figura 7.29

Más de la mitad (57%) de entrevistados considera que debe ser acompañado(a) por una enfermera durante la entrevista a la víctima, confundiendo el examen médico con la entrevista. Un 23% piensa que debe acompañarlos un psicólogo. 20% y 18%

indicaron que debería acompañarlos un ginecólogo y un forense respectivamente. 16% indica que un familiar. Los menores porcentajes corresponden a 1% y 3% que consideran que debe acompañarlos una trabajadora social y una policía respectivamente.

Las respuestas inapropiadas son 1% “bioquímico”, 15% “otro colega médico”, ya que no aportarían significativamente a la investigación o al estado emocional de la víctima.

Habría sido deseable que el entrevistado respondiera que es importante la participación de: psicólogo, trabajadora social e investigador de la policía. Pero sólo un entrevistado señaló que deben estar presentes un psicólogo y una trabajadora social para la entrevista a la víctima.

PREGUNTA 5. ¿CONOCE QUE ES LA CADENA DE CUSTODIA?

	Frecuencia	Porcentaje
Sí	9	9.7
No	84	90.3
Total	93	100

Tabla 7.23

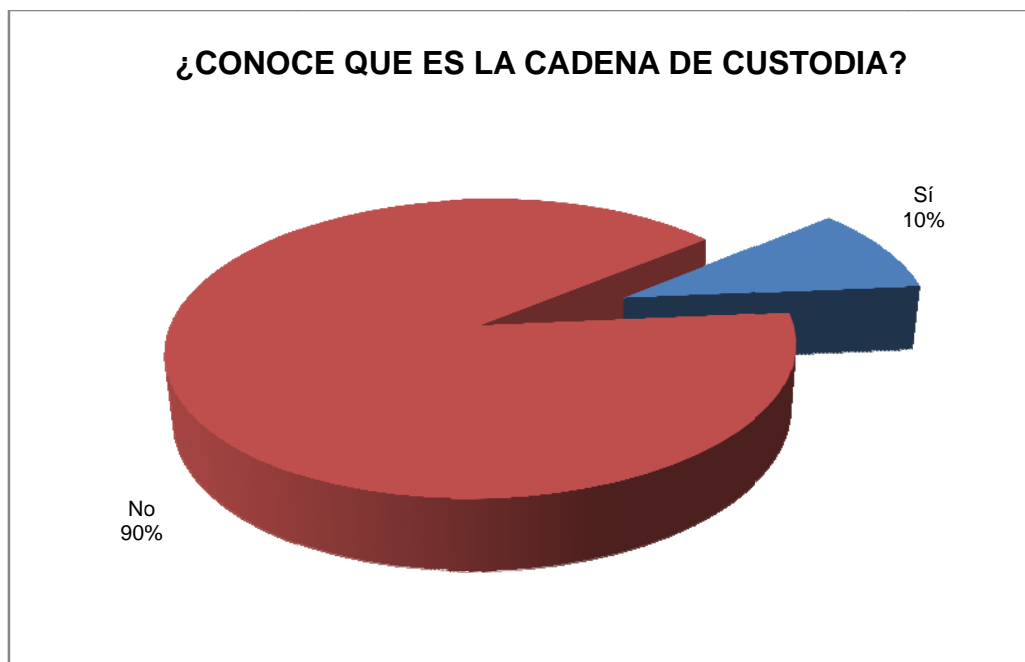


Figura 7.30

Tan sólo el 10% de entrevistados conoce que la cadena de custodia es un sistema de seguridad, establecido para garantizar la integridad, conservación e inalterabilidad dolosa o culposa de documentos, muestras o demás elementos de prueba. Este bajo porcentaje llama la atención, pues según la pregunta 3, sobre la recolección de ropa y la pregunta 1, sobre la toma de muestras de región genital, tenemos un porcentaje importante de médicos que haría dichas recolecciones, pero desconoce qué hacer posteriormente con dichas muestras hasta que lleguen al laboratorio forense.

PREGUNTA 6. ¿SABE LO QUE ES EL IDIF?

	Frecuencia	Porcentaje
No conozco	77	82.8
Sí, Instituto de Investigaciones Forenses.	16	17.2
Total	93	100.0

Tabla 7.24

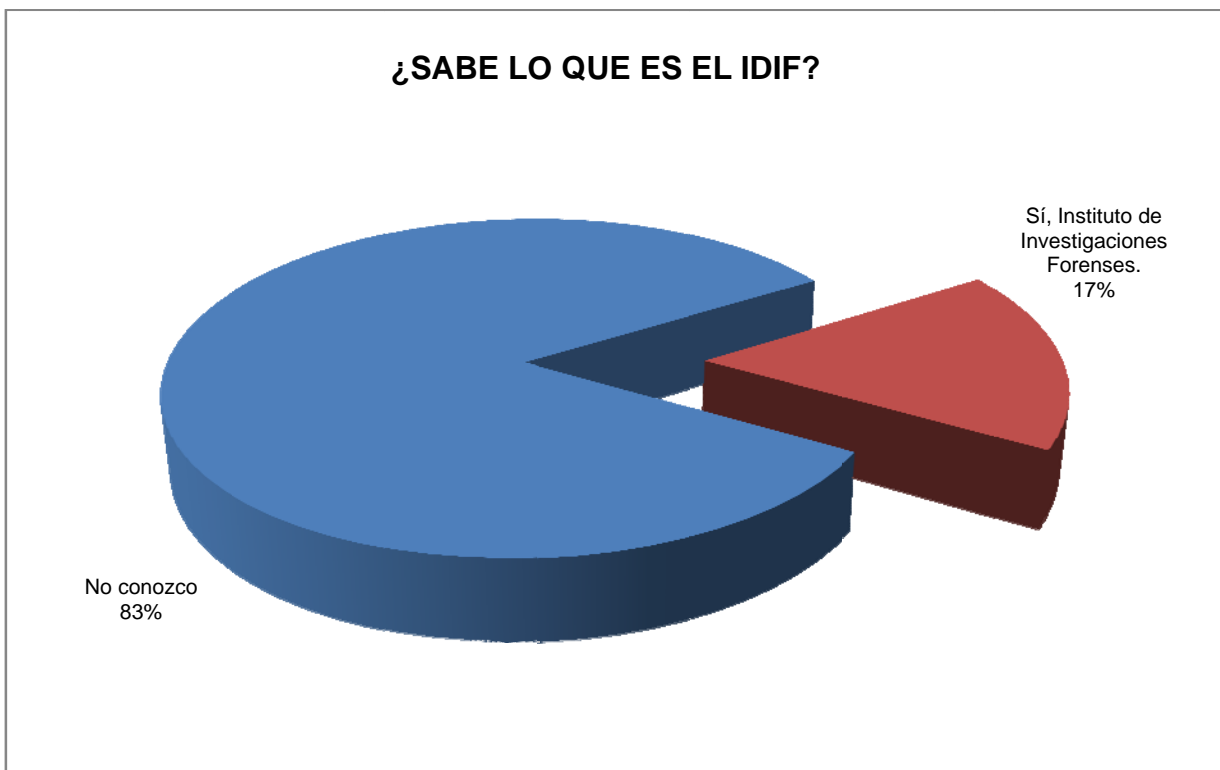


Figura 7.31

Solamente el 17% de entrevistados conoce la existencia del Instituto de Investigaciones Forenses (IDIF). Nuevamente debemos destacar que en la pregunta 3 de la encuesta, el 84% derivaría a la víctima al médico forense, sin embargo el 83% desconoce sobre el IDIF, que es la institución donde se puede hallar a los médicos forenses.

PREGUNTA 7. ¿USTED TIENE ALGÚN CURSO O POST GRADO DONDE SE HAYA TOCADO LA ATENCIÓN DE VÍCTIMAS DE DELITO SEXUAL?

	Frecuencia	Porcentaje
Ningún curso	65	74.7
Seminarios	17	19.5
Diplomado	3	3.4
Maestría	2	2.3
Total	87	100.0

Tabla 7.25

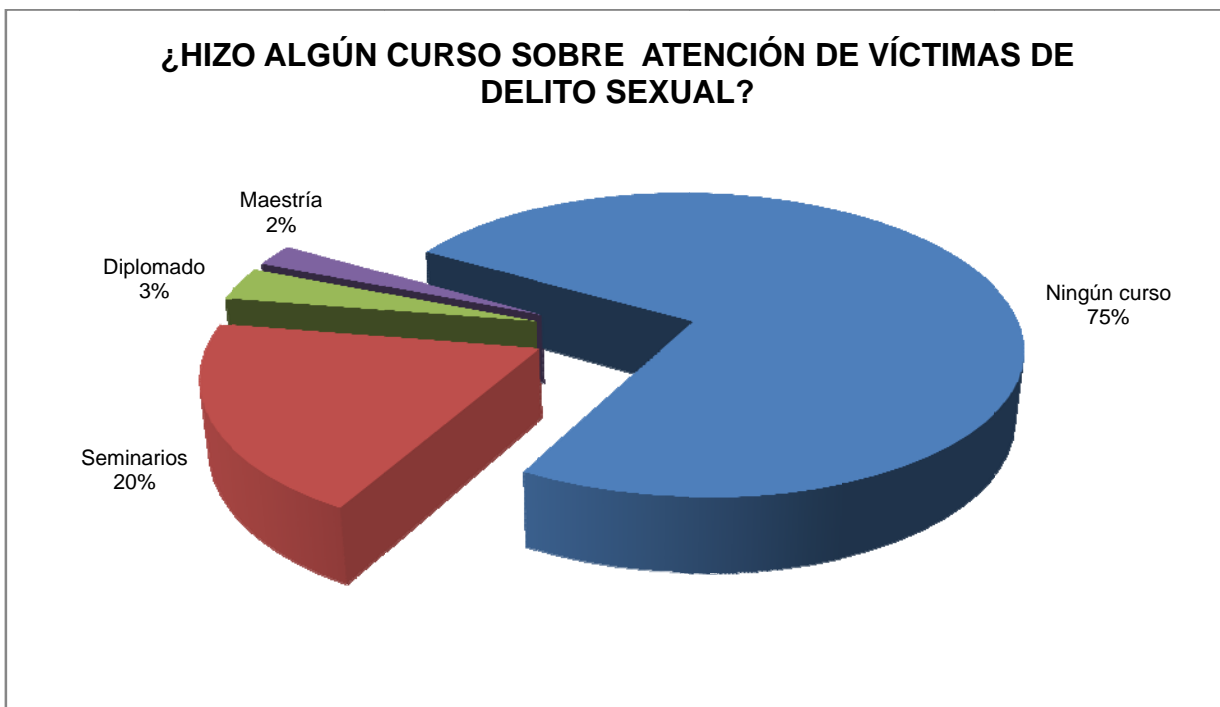


Figura 7.32

Una mayoría de entrevistados (75%) no realizó cursos sobre atención de víctimas de delito sexual. Algunos (20%) hicieron seminarios sobre el tema, y una minoría hizo diplomado o maestría (3% y 2% respectivamente).

Esta escasa formación de conocimientos en el área, justifica en muchos casos las respuestas equivocadas en la entrevista y encuesta.

CAPITULO VIII

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

Los médicos de guardia de clínicas de la ciudad de La Paz tienen un bajo nivel de conocimientos, en cuanto al manejo de normas, protocolos y procedimientos para la atención de víctimas de delito sexual. Esta afirmación se sustenta por los siguientes argumentos:

- Se llegó a conocer que como máximo un 25% de médicos de guardia realiza adecuadamente los procedimientos de atención y recolección de indicios durante la atención de una víctima de delito sexual. Ya que se evidenció que tan sólo el 19% de médicos de guardia recolecta y guarda adecuadamente la ropa de la víctima. Apenas un 18% procedería a realizar el peinado púbico. Sólo 25% realiza una exploración genital completa. Y por último, solamente 14% indica que buscaría saliva del agresor en mordidas en la víctima de delito sexual.
- Se determinó que después de recolectados los indicios, los médicos de guardia no iniciarán el cumplimiento de la cadena de custodia, porque el 90% de ellos desconocen de lo que se trata la misma.
- Se identificó que el 64% de los médicos de guardia atiende la urgencia médica y deriva al médico forense, el 20% deriva directamente al médico forense y el 7% deriva al ginecólogo; haciendo un total de 91% que derivan las víctimas de delito sexual a otro profesional.
- Se estableció que sólo 35% de médicos de guardia haría personalmente la denuncia del hecho delictivo ante autoridades pertinentes. Adicionalmente un 58% orienta a la víctima y/o sus padres sobre el derecho que tienen para denunciar.
- Se llegó a conocer que en las clínicas visitadas no existen los materiales necesarios para atender una víctima de delito sexual. Menos del 25% de clínicas disponen de peines descartables, etiquetas, cortaúñas y anticoagulante. Menos del 50% de clínicas disponen de sabanillas descartables, colposcopio, bolsas de papel y tubos de ensayo. Y más del 60% disponen de fuentes de luz, hisopos, agua destilada, jeringas y portaobjetos.

RECOMENDACIONES

- Se recomienda profundizar sobre la atención de víctimas de delito sexual, en la formación de pregrado de los futuros médicos. Haciendo énfasis en la recolección de indicios, manejo de cadena de custodia y asumir la responsabilidad de la atención de la víctima.
- Se sugiere la implementación de pasantías de los estudiantes de medicina de pregrado en el Instituto de Investigaciones Forenses, para observar de cerca la atención adecuada de una víctima de delito sexual.
- Se recomienda la elaboración de un protocolo sencillo y práctico de atención de víctimas de delito sexual y su respectiva difusión a los médicos de guardia.
- Se recomienda una mayor difusión de los protocolos y normas de atención de víctimas de delito sexual existentes, por las autoridades y organizaciones correspondientes.
- Se recomienda propiciar cursos y talleres prácticos de actualización en atención de víctimas de delito sexual, dirigidos a médicos de guardia.

CAPITULO IX

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Asociación Mexicana de Sexualidad. **Hablemos de Salud Sexual**, OPS, 2000.
- Barudy Jorge. **Maltrato Infantil**, Editorial Paidós. Santiago de Chile. 1998.
- Bobes G, Bousoño G, Calcedo B, Gonzales G. **Trastorno de Estrés Posttraumático**. En: Echeburúa O, De Corral G, Amor A. Tratamiento Psicológico. Edición Masson. México DF 2003.
- Córdoba Padilla, Marcial. **Formulación y evaluación de proyectos**. ECOE ediciones. Bogotá 2006
- Cuevas Garabito A. **Protocolo para el abordaje integral de la violencia sexual desde el sector salud**. UNFPA. Bogotá 2008.
- De Corral, Paz. **Trastornos antisociales de la personalidad**. En: Enrique Echeburúa. Personalidades Violentas. Ediciones Pirámide. Madrid. 1994
- Duque Pidrahita M. **Reglamento técnico para el abordaje forense integral de la víctima en la investigación del delito sexual**. Ediciones Digitos y Diseños, Bogotá: 2006.
- Flores Sandy, Gretchen. **Importancia de la entrevista médico forense en la evaluación del abuso sexual en el paciente pediátrico**. *Acta méd.* julio 2007, vol.49, no.3, Pagina.149-153.
- Forero Hernández E, Navarro Ordoñez R, Cardona Arce L. **Guía de atención para niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia sexual**. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Primera Edición Septiembre. 2007.
- Fuertes Rocañin, J; Cabrera Forneiro,J; Fuertes Iglesias, C. **Manual de Ciencias Forenses**. Ediciones Arán. Madrid. 2007.
- García Padilla, González de Haro. **Estudios Descriptivos**. En: Antonio Frías Osuna. Salud Pública y educación para la Salud. Editorial Masson. Barcelona. 2000
- Gobierno de Chile, Ministerio de Salud. **“Normas y guía clínica para la atención en servicios de urgencia de personas víctimas de violencia sexual”**. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2005; 70 (1), 49 -65.

- Gobierno de Chile, Ministerio de Salud. **“Normas y guía clínica para la atención en servicios de urgencia de personas víctimas de violencia sexual”**. Abril 2004.
- Gómez Marcelo. **Introducción a la metodología de la investigación científica**. (1º Ed).Editorial Brujas. Córdoba 2006.
- González A, Sánchez D. **El nuevo código de la niñez y adolescencia y la prueba material del ADN**. Ecuador 2004.
- Guzmán, Carlos. **Manual de Criminalística**. Ed. La Rocca. Bs. As. 1997
- Heinemann, Klaus. **Introducción a la metodología de la investigación empírica en las ciencias del deporte**. (trad. Magdalena Correa) Ediciones Paidotribo. Barcelona 2003.
- Krug, Ettiene; Dahlberg, Linda; Mercy, James; Zwi, Anthony y Lozano R. **Informe Mundial sobre Violencia y la Salud. Publicación científica y Técnica Nº 588** OPS/OMS Washington. 2003
- Ley 2033. **Ley de Protección a las Víctimas de delitos contra la libertad sexual**. Ed. UPS. La Paz. 2001
- Montoya D, Díaz R, Reyes F, Abusleme C, Garrido J. **Peritaje médico legal en delitos sexuales: una pauta práctica para su correcta realización**. Servicio Médico Legal de Santiago. Rev. Chil. Obstet. Ginecol. 2004; 69(1): 55-59
- Muñoz Conde, F. y García Aran, M. **Derecho Penal. Parte General**. ED. Tirant lo Blanch. Valencia. 1993.
- Nieto Alonso, Julio. **Apuntes de Criminalística**. (2ª Ed.) Ed. Tecnos. Madrid 2002
- Núñez de Arco J. **La Víctima**. Editorial Proyecto Sucre Ciudad Universitaria. Sucre Bolivia. 2004.
- Núñez de Arco J. y Rocabado O. **Huella Genética y Violencia Sexual. La investigación forense de los delitos de agresión sexual**. Editorial Proyecto Sucre ciudad Universitaria. Sucre. 2005.
- Núñez de Arco J. **Medicina legal y Criminalística**. Editorial Universidad San Francisco Xavier. Sucre. 2007a.

- Núñez de Arco J. ***El Informe Pericial en Psiquiatría Forense***. Editorial Universidad San Francisco Xavier. Sucre. 2007b.
- Núñez de Arco J. ***Victimología y Violencia Criminal. Un enfoque criminológico y psicológico***. Editorial Academia boliviana de Ciencias Jurídico Penales. La Paz. 2010.
- Núñez de Arco J. ***La Autopsia***. (2ª ed.) Editorial TEMIS, La Paz, 2009.
- Oficina del alto comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. ***Protocolo de Estambul. Manual para la investigación y documentación eficaces para la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes***. Rev. 1; Serie de capacitación profesional N° 8. Geneva, 2005, 46.
- Organización Mundial de la Salud. ***Informe Mundial sobre la violencia y la Salud***. OPS. Página 5. Washington 2002
- Ortega Sibila, Carlos. ***Derecho Penal***. Parte General. Ed. IMAG. Sucre.2008
- Ortiz Mariscal J. ***Buenas prácticas para la atención de la violencia sexual contra las mujeres***. Perú 2010.
- Pantoja Vacaflor S, Caballero D, Núñez de Arco J, Carvajal H, Rocabado O y Rivero G. ***Aspectos de Medicina legal en la Práctica Diaria***. Ministerio de Salud y Deportes, Instituto de Investigaciones Forenses, OPS/OMS. 2004.
- Ramos, Lira. Saltijeral, Méndez. Romero, Mendoza. Caballero, Gutiérrez. Martínez N. ***Violencia Sexual y problemas asociados en una muestra de usuarias de un centro de salud***. Rev. Salud Publica de México 2001; 43 (3), 182 – 191.
- Repetto Manuel, Repetto Guillermo, ***Toxicología Fundamental***. (4ª ed.) Editorial Díaz de Santos, 2009.
- Rocabado O., Carvajal H.,Núñez de Arco J., Corach D.; ***Hacia la normatización de criterios de obtención de evidencias en víctimas sobrevivientes de agresión sexual tendiente a la identificación molecular por análisis de ADN***. Rev. Medica. Órgano Oficial del Colegio Medico de La Paz. Vol 10: (2) Mayo - Agosto 2004, Pág. 75 a 81.

- Sánchez Ugeda, Valverde Grimaldi, Villalobos Díaz. **La exploración de la víctima de una agresión sexual con fines periciales**. Rev. Emergencias 1997; 9 (5), 302 – 306.
- Silva Silva Hernan. **Medicina Legal y Psiquiatría Forense**. (Tomo II). Editorial Jurídica de Chile. Chile. 1995.
- Teke Alberto. **Medicina Legal**. (2ª ed.) Editorial Mediterráneo. Chile 2001.
- UNHCR ACNUR Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados. **Violencia sexual y por motivos de género en contra de personas refugiadas, retornadas y desplazadas internas**. Mayo de 2003.
- Redondo, Santiago. **Perfil psicológico de los delincuentes sexuales**. En: Enrique Echeburúa. Personalidades violentas. Ed. Pirámide. Madrid 1994.
- Villamor Lucia, F. **Modernas corrientes doctrinarias en derecho Penal**. Teoría del delito. Ed. Academia boliviana de Ciencias Jurídico Penales. 2010:88
- Villamor Lucia F. **Derecho Penal boliviano**. Tomo I. Parte general. (2ª ed.) Ed. Inspiración Cards. La Paz. 2007.
- Viceministerio de Igualdad de Oportunidades. **Normas, Protocolos y Procedimientos para la atención integral de violencia sexual**. UNFPA. La Paz 2010.
- WHO **Global Consultation of Violence and Health**. Violence: a public health priority. Ginebra. Organización Mundial de Salud. 1996.
- Wikipedia la encyclopedia libre. 2011. (www.wikipedia.com)
- World Report on Violence and Health, World Health Organization, Geneva, 2002.
- Zubieta Azucena. **Manejo de la violencia sexual en redes de servicio de salud (de primer y segundo nivel de complejidad del subsistema publico) Manual de normas y procedimientos**. Bolivia 2005.

CAPITULO X

CRONOGRAMA

	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
Fase I												
Actividad 1 y 2	x											
Envío de carta a autoridad.		x										
Fase II												
Actividad 1 Entrevista y encuesta		x	x	x	x	x						
Fase III												
Actividad 1, análisis de datos							x	x	x	x		
Fase IV												
Actividad 1, conclusiones y recomendaciones											x	x

CAPITULO XI

ANEXOS

11.1 ENCUESTA APLICADA

Sexo a) F Edad a) 21 – 30 años
b) M b) 31 – 40 años
c) 41 – 50 años
d) 51 – 60 años
e) + de 60 años

- ¿Qué entiende por delito de violación?
 - Acceso carnal vaginal, anal o bucal, o introducción de objetos con fines libidinosos, usando la fuerza o intimidación.
 - Acceso carnal vaginal, o introducción de objetos con fines libidinosos, usando la fuerza o intimidación.
 - Acceso vaginal, anal o bucal, usando la fuerza o intimidación.
- ¿Usted considera que la justicia puede requerirlo para exponer su criterio médico acerca de un hecho delictivo sexual?
 - Sí
 - No
 - Siempre
 - Nunca
- Estando de guardia, acude una víctima de violencia sexual, usted:
 - Derivo el caso a un médico forense.
 - Derivo el caso a un hospital donde hay ginecólogo.
 - Atiende el caso como una urgencia médica
 - Intento tranquilizarla y atiendo lo emocional.
 - Atiendo la urgencia médica, atiendo lo emocional y derivo al medico forense.
- ¿En los últimos tres años de su ejercicio profesional cuantas víctimas de delito sexual atendió?
 - 1 a 5
 - 6 a 10
 - Más de 10
 - Ninguna
- ¿Una víctima de delito sexual debe ser atendida como una urgencia médica?
 - Siempre
 - Depende del estado de la víctima
 - No es urgencia médica
 - Algunas veces
 - Ninguna
- ¿Si usted atiende una víctima de violencia sexual que tipo de lesiones encuentra frecuentemente al realizar el examen externo? (puede marcar mas de una respuesta)
 - Equimosis – Hematomas
 - Sugilaciones (chupones) – Mordeduras
 - Laceraciones – Excoriaciones (rasguños)
 - Heridas cortantes – heridas contusas
 - Lesiones Musculares
 - Trauma ocular o facial
 - Fracturas
- ¿Una vez atendida la víctima, participa una denuncia ante el Ministerio Público o la FELCC?
 - Hago la denuncia.
 - Oriento a la víctima o sus padres sobre el derecho que tienen de denunciar el delito.
 - Me es indiferente si denuncian o no.
 - No es obligatorio denunciar.
 - No denuncio y derivo para que atienda un forense.

8. ¿Qué indicaciones le daría a la víctima de delito sexual, en caso de derivarla con el médico forense?
- Que vaya luego de asearse y cambiarse de ropa.
 - Que vaya inmediatamente sin cambiarse de ropa ni asearse.
 - Por lo general los pacientes saben como deben ir al médico.
 - No hay indicaciones.
9. Marque con qué material dispone en su lugar de trabajo para atender a una víctima de delito sexual. (puede marcar más de una opción)
- Sabanillas descartables
 - Peines descartables.
 - Colposcopio
 - Fuentes de luz
 - Etiquetas
 - Hisopos
 - Bolsas de papel
 - Agua destilada
 - Corta uñas
 - Jeringas
 - Anticoagulante EDTA
 - Tubos de ensayo
 - Portaobjetos
10. ¿Si la víctima de delito sexual se encuentra muy perturbada y nerviosa, pospondría el examen médico para el día siguiente?
- Sí
 - No es recomendable esperar mucho tiempo
 - Se puede esperar, hasta que la paciente se encuentre mejor.
 - Se puede esperar uno o más días.
11. Si realiza el examen médico de una víctima de delito sexual, usted:
- Describe todas las lesiones de cabeza a pies
 - Solo es necesario describir lesiones del área genital.
 - No es necesario describir lesiones del área genital.
 - Describiría, solo las lesiones graves e importantes.
12. ¿Recolecta la ropa de la víctima de delito sexual como parte de la atención médica?
- Siempre
 - Alguna ropa manchada
 - La ropa no tiene importancia en el hecho delictivo
 - Nunca recolecto la ropa
13. En la exploración genital procede a realizar: (puede marcar mas de una respuesta)
- Valoración externa genital.
 - Utiliza especulo
 - Recoge muestras con una torunda
 - Señala lesiones en un dibujo a parte.
14. ¿Para que sirve el peinado púbico?
- Para hallar vellos púbicos del agresor
 - Para hacer un mejor recojo de muestras de fluidos.
 - Para garantizar higiene durante el examen

15. ¿Qué elemento es el apropiado para tomar muestras de región vaginal y endocervical?
- Espátulas de Ayre
 - Hisopos
 - Cepillos
 - Espéculo
16. ¿En la atención de una víctima de delito sexual le aconsejaría el tratamiento de anticoncepción de emergencia?
- Siempre
 - Alguna vez dependiendo de la situación
 - No es aconsejable
 - Nunca

11.2 ENTREVISTA APLICADA

- ¿Cómo procede a la toma las muestras de región genital en una víctima de delito sexual?
- ¿Mencione lugares en la víctima, donde buscaría saliva del agresor?
- ¿Qué pasos sigue para recolectar las prendas de vestir en una víctima de delito sexual?
- ¿Cuando realiza la entrevista a una víctima de delito sexual considera que debe acompañarlo algún otro profesional?
- ¿Conoce que es la cadena de custodia?
- ¿Sabe lo que es y lo que significa IDIF?
- ¿Usted tiene algún curso o post grado donde haya abordado la atención de víctimas de delito sexual?

11.3 ANEXOS DE LAS ENCUESTAS

11.3.1 ANEXO FIGURA 7.5

¿Considera que la justicia puede requerirlo para exponer su criterio?	Estando de guardia, acude una víctima de violencia sexual, Ud:				
	Derivo el caso a un médico forense.	Derivo el caso a un hospital donde hay ginecólogo.	Atiendo el caso como una urgencia médica y tomo muestras	Intento tranquilizarla y atiendo lo emocional.	Atiendo la urgencia medica, atiendo lo emocional y derivo al medico forense
Sí	13	5	6	1	52
No	6	2	1	0	6
Siempre	2	1	0	1	9
Nunca	0	0	0	0	0

Resultados absolutos de la correlación entre preguntas 2 y 3 de la encuesta.

11.3.2 ANEXO FIGURA 7.8

¿En los últimos 3 años de su ejercicio profesional, cuántas víctimas de delito sexual atendió?	Estando de guardia, acude una víctima de violencia sexual, Ud:				
	Derivo el caso a un médico forense.	Derivo el caso a un hospital donde hay ginecólogo.	Atiendo el caso como una urgencia médica y tomo muestras	Intento tranquilizarla y atiendo lo emocional.	Atiendo la urgencia medica, atiendo lo emocional y derivo al medico forense
1 a 5	8	4	4	1	35
6 a 10	0	1	0	0	6
Más de 10	1	0	0	0	1
Ninguna	12	3	3	1	25

Resultados absolutos de la correlación entre preguntas 3 y 4 de la encuesta.

11.3.3 ANEXO FIGURA 7.9

Edad	¿En los últimos 3 años de su ejercicio profesional, cuántas víctimas de delito sexual atendió?			
	1 a 5	6 a 10	Más de 10	Ninguna
20 - 30 años	33	2	1	25
31 - 40 años	12	2	1	7
41 - 50 años	4	1	0	3

51 - 60 años	2	0	0	6
Mas de 60 años	0	1	0	0

Resultados absolutos de la correlación entre preguntas 4 y edad.

11.3.4 ANEXO FIGURA 7.14

Estando de guardia, acude una víctima de violencia sexual, Ud:					
¿Qué indicaciones le daría a la víctima de delito sexual, en caso de derivarla con el médico forense?	Derivo el caso a un médico forense.	Derivo el caso a un hospital donde hay ginecólogo.	Atiendo el caso como una urgencia médica y tomo muestras	Intento tranquilizarla y atiendo lo emocional.	Atiendo la urgencia medica, atiendo lo emocional y derivo al medico forense
Que vaya luego de asearse y cambiarse de ropa	0	0	0	0	0
Que vaya inmediatamente sin cambiarse de ropa ni asearse	20	8	7	2	64
Por lo general los pacientes saben como deben ir al médico	1	0	0	0	0
No hay indicaciones	0	0	0	0	2
No responde	0	0	0	0	1

Resultados absolutos de la correlación entre preguntas 8 y 3 de la encuesta.

11.4 ANEXOS DE LAS ENTREVISTAS

11.4.1 ANEXO FIGURA 7.25

Respuesta complementaria	Frecuencia	Porcentaje
Frotis con espátula de Ayre	7	12.7
Envío los guantes usados al laboratorio	1	1.8
No tomo muestras	0	0.0
Con espéculo	16	29.1
Prefiero que lo realice un forense o ginecólogo	6	10.9
Recolecto vello púbico	10	18.2
Tomo fotografías	1	1.8
Con cepillo	4	7.3
No responde	0	0.0
Sólo con hisopo	10	18.2
Total	55	100.0

Detalle de distribución de la respuesta complementaria a la pregunta 1 de la entrevista, de quienes respondieron que utilizarían hisopo.

Debe notarse que el total es 55 y no 43 como muestra la tabla 7.19 debido a que se han contado las respuestas complementarias una a una, y dado que algunos entrevistados dieron tres y hasta cuatro respuestas, un mismo entrevistado pudo generar dos, tres y hasta cuatro respuestas contabilizadas.

11.4.2 ANEXO FIGURA 7.28

¿Qué pasos sigue para recolectar las prendas de vestir de la víctima de delito sexual?					
¿Recolecta la ropa de la víctima de delito sexual como parte de la atención médica?	Recolecto todas las ropas y las guardo en una bolsa de plástico hermeticamente cerrada	Recolecto solo ropas íntimas (sostén, calzón) y guardo en bolsas de plástico	Recolecto todas las ropas y las guardo en bolsas de papel	No recolecto la ropa	Recomiendo a la víctima que guarde la ropa
Siempre	38	9	14	2	0
Alguna ropa manchada	11	4	4	0	0
La ropa no tiene importancia en el hecho delictivo	0	0	0	1	0
Nunca recolecto la ropa	3	1	0	7	2

11.5 TABULACIÓN DE RESULTADOS DE ENCUESTAS

ENCUESTA	SEXO	EDAD	P1	P2	P3_1	P3_2	P4	P5	P6_1	P6_2	P6_3	P6_4	P6_5	P6_6	P6_7	P7	P8	P9	P10	P11_1	P11_2	P12	P13	P14	P15	P15_1	P15_2	P15_3	P15_4	P16
1	B	A	B	A	C		A	B	A	C						B	B	A,D,F,J,M	B	A		A	A,C,D	A	B	B				D
2	B	A	A	B	C		D	A	A	B	C					A	B	A,D,F,G,H,J,L,M	B	A		A	A,C,D	A	B	B				A
3	B	A	A	A	B			A	B	A	F					B	B	C,D,F,G,H	B	A		A	A	A	B	B				A
4	B	D	B	A	C		A	B	A	B	C					B	B	B,D,F,G	B	A		B	A,B,C	A	C	C				B
5	B	B	A	C	A	D	D	B	A	C						B	B	A,D,F	C	A		D	A,B,D	A,B	A,B,C,D	A	B	C	D	B
6	B	C	A	B	A		A	B	A	C						A	B	D,F,H,J,L,M	A	A		B	A,C	B	B	B				A
7	B	D	C	A	C		D	B	A	C						B	B	A,D	C	A		A	A,D	A	C,D	C	D			B
8	B	B	A	A	A		D	B	C							B	B	A,G	B	A		D	D	B	A,D	A	D			C
9	B	A	A	B	A		A	B	A	B	C	D				A	B	A,C,D,E,F,H,I,J,M	B	A		A	A,C,D	B	C	C				B
10	B	D	C	A	A		D	A	A	B	C	D	E	F		A	B	M	C	A		A	A	A,B	A,B,C,D	A	B	C	D	A
11	A	A	C	A	E		D	A	A	B						A	B	A,D,F,G,H,J,K,L,M	C	A		A	A	A	A					C
12	B	A	A	C	E		D	B	A	C	E	F				B	B	A,C,D,F,G,H,J,K,L,M	B	A		B	A,C,D	A	A	A				A
13	B	A	A	A	E		A	B	A	B	C					B	B	A,C,D,G,M	B	D		A	A,B,C,D	A	B	B				B
14	B	A	B	B	E		D	A	A	F						A	B	A,D,F,H,I,J,M	A,B	A		A	A,B,C,D	A	B	B				A
15	B	A	C	A	E		A	B	A	C	D					B	B	D,F,L,M	B	A		B	A,D	A	B	B				C
16	A	A	A	A	E		A	A	A	C	E					B	B	A,C,D,F,G,H,J,L,M	B	A		A	A,B,C,D	A	B,D	B	D			A
17	B	B	B	A	E		A	A	A	C	D	F				B	B	C,D,F,G,H,J,M	B	A		A	A,B,C,D	A	B	B				B
18	B	A	A	A	B		A	A	A	B	C	E				B	B	D,F,H,J,L,M	C	A		A	A,B	A	A	A				A
19	B	A	A	A	D		A	A	B							B	B	D,F,G,M	B	A		A	C	A	B	B				B
20	B	A	A	B	E		D	A	A	B	C					B	B	A,C,D,F,G,H,J,M	B	A		A	A,C	A	A	A				A
21	A	A	A	A	A		D	A	A	C	E					B	B	C,D,F,H,J,L,M	B	A		B	A,B,C,D	B	C	C				A
22	B	B	C	A	A		D	A	A	C						A	B	A,D,F,M	B	A		A	A,C	A	B	B				A
23	A	A	A	A	A	C	D	A	A							B	B	C,D,M	B	A		A	A	A	A	A				C
24	A	A	A	A	E		D	B	A	B						A	B	B,C,F,M	B	A		B	A	A	B,D	B	D			A
25	B	A	A	C	E		A	A	A	C	D	F				B	B	A,C,D,E,F,G,H,I,J,K,L,M	B	A		A	A,B,C,D	A	C	C				A
26	A	B	A	A	E		A	A	A	C						A	B	A,B,D,E,F,G,H,I,J,K,L,M	B	A		A	A,C,D	A	A,B,C,D	A	B	C	D	A
27	B	A	A	B	A		D	B	A	B	C	E				E	B	A				A	A	A	B	B				D
28	A	A	A	A	A		A	B	C	F						B	B	A,B,C,D,E,F,G,H,I,J,K,L,M	B	B	D	A	C,D	A	B	B				C
29	B	A	A	A	E		A	B	A	C	E					A	B	D,F,H,J,K,L,M	B	A		A	A,C,D	A	B	B				A
30	B	A	A	A	E		D	B	A	B	C	D	E	F		B	B	C,D,G,H,I,J,M	C	A		A	A,B	A	A	A				A
31	B	C	A	A	E		D	B	A	B	C	D	E			A	B	D,J,L,M	B	A		A	A,B,C,D	A	B	B				A
32	B	B	C	A	E		D	C	C							E	B	A,C,D,F,G,H,J	C	D		A	A	B	A,B,C,D	A	B	C	D	C
33	A	B	C	C	A		A	A	A	B						A	C	A,D,H	B	B		A	A,B	A	B	B				B
34	B	A	A	A	A		A	A	A	C	D	E				B	B	A,D	C	D		A	A	A	C,D	C	D			B
35	B	A	A	C	E		A	A	A	C	D					A	B	A,B,C,D,E,F,G,H,I,J,K,L,M	B	A		B	A,B,C,D	A	B	B				B
36	A	A	A	A	E		D	D	A	B	C	D	E			A	B	D,E,F,H,J,M	B	A		A	A,C,D	A	B	B				A
37	B	B	C	A	B		D	B	A	C						B	B	A,C,D,F	B	A		B	A,B,D	B	C	C				C
38	B	B	B	A	B	C	A	B	A	C	D	F				B	B	C,D,F,G,I,J,L,M	B	A		A	A	B	Z	Z				A
39	B	C	C	A	E		A	A	A	C	E					B	B	D,E,F,H,J,K,L,M	A	A		D	A,C,D	A	B,C	B	C			A
40	B	A	A	A	E		D	A	A	B	C	D				B	B	A,C,D,E,F,H,M	A	A		A	A,B,D	A	A,B	A	B			A
41	B	A	A	B	B		D	A	A	B	C	D				A	B	A,B,C,D,E,F,G,H,I,J,K,L,M	B	A		A	A	B	B	B				B
42	B	A	C	B	B		D	B	A	C						B	B	A,C,D,F,H,I,J,M	C	A		D	A,C	A	B	B				A
43	B	A	C	A	A		D	A	B							B	B	D	B	A		A	A,C	A	B	B				B
44	B	D	C	A	A		A	A	A	C						B	B	A,D,H,J,L,M	A	B		B	A,B,C	B	B	B				C
45	B	D	A	A	E		D	B	C							B	D	A,D,F	C	A		C	A,D	A	A	A				C
46	B	A	A	C	E		A	A	A	B	C					D	B	C,D,E,F,G,H,J,K,L	e	A		A	A	A	A	A				A
47	B	A	A	C	E		A	A	A	B	C	F				A	B	A,C,D,F,H,J,L,M	B	A		A	A,B,C	A	C	C				A
48	B	B	A	A	C		A	A	B	D						B	B	A,D,E,F,H,J	B	A		A	A,C	A	A	A				B
49	B	B	C	A	E		A	B	A							B	D	B,D,F,J	C	A		D	A	B	A,D	A	D			C
50	A	B	A	B	A		A	B	A	C						B	B	F,M	B	D		B	B,C,D	A	B	B				C

ENCUESTA	SEXO	EDAD	P1	P2	P3_1	P3_2	P4	P5	P6_1	P6_2	P6_3	P6_4	P6_5	P6_6	P6_7	P7	P8	P9	P10	P11_1	P11_2	P12	P13	P14	P15	P15_1	P15_2	P15_3	P15_4	P16
51	A	A	C	C	B		A	A	A	B	C	E				A	B	A,G,H,J,K,M	C	A		A	A,C,D	A	C	C				A
52	B	A	B	A	E		D	A	C							B	B	B,D,E,F,H,I,J,M	C	A		A	A,C,D	A	D	D				A
53	B	B	A	A	E		A	A	A	B	C	E				A	B	C,D,E,F,G,H,I,J,M	B	A		A	A,B,C,D	A	A,D	A	D			A
54	B	B	C	A	E		B	B	A	C	D	E	F			B	B	A,E,F,H,J,M	B	A		A	D	A	B	B				A
55	A	C	C	A	E		A	A	A	B	C	D	F			A	B	Z	B	A		A	A,B,C,D	A	B	B				A
56	A	C	C	A	E		B	A	A	C						B	B	A,D,F,G,J,L,M	B	A		A	A,B,C	A	A,B,C,D	A	B	C	D	A
57	A	A	C	A	E		B	B	A	C	F					B	B	D,F,G	C	A		B	A	A	C,D	C	D			A
58	B	A	A	A	E		D	A	A	C	F					B	B	A,B,C,D,F,G	B	A		A	A,B,C	A	B	B				A
59	A	A	A	A	E		A	A	A	B	C	D	E	F	G	B	B	B,D,F,H,I,J,K,L,M	B	A		A	A,B,C,D	A	B	B				A
60	B	D	A	B	E		A	B	A	C						B	B	A,D,H,J	B	A		D	A	A,B	A,D	A	D			B
61	B	A	A	A	E		A	B	B	C	D					B	B	C,D,F,H,J,K,M	C	A		B	A,C	B	C	C				A
62	B	A	A	A	A		A	B	A	C	E					B	B	D,E,F,G,H,J,K,L,M	B	A		A	A,B,C,D	A	A,B,C,D	A	B	C	D	A
63	B	E	A	C	E		B	B	A	B	C					B	B	D,H	B	A		D	A	A	B,C	B	C			A
64	A	B	C	A	A		D	B	A	B	C					E	B	C,D,F,H,J,L,M	B	A		A	A,B	A	A	A				A
65	B	A	A	C	E		D	A	B							A	B	F,H,I,J	B	A		D	A,C	B	A	A				B
66	B	A	A	A	E		A	A	A	B	C					A	B	A,C,D,E,F,G,H,I,J,L,M	B	A		A	A,B,C,D	A	A	A				A
67	B	A	A	A	E		A	A	A	B	C					A	B	A,D,F,H,I,J,L,M	B	A		A	A	A	B	B				A
68	B	D	A	B	E		D	B	A	C						A	B	C,D,F,H	B	A		A	A,B,C,D	A	A	A				B
69	A	B	A	A	E		A	A	A	B	C	F				B	B	D,E,F,J,L,M	B	A		D	A,B,C	B	B	B				A
70	B	A	B	A	B	E	B	B	A	B	C	D	F			A	B	A,B,C,D,E,F,G,H,I,J,K,L,M	B	A		A	A,B,C,D	A	B	B				A
71	A	B	A	A	E		B	A	C	F						B	B	D,F,H	B	A		B	A	A	B	B				B
72	B	B	C	C	E		C	B	C							E	e	A,C,D,E,F,H,J,L,M	B	A		D	A,B,C,D	A	A,B,C,D	A	B	C	D	A
73	A	C	B	A	A		D	D	C							A	B	C,D	B	A		A	A,B,C,D	A	B	B				A
74	A	A	A	A	E		A	A	A	B	C	D				B	B	A,D,F,H,I,J,K,L	B	A		A	A,B,C	A	B	B				A
75	B	B	A	A	E		A	A	A	C	F					B	B	A,C,D,E,F,H,M	C	B		A	A,B,C,D	A,B	B,C	B	C			B
76	B	A	A	A	E		D	A	A	B	C	D	E	F	G	A	B	C,D,H,J,K,L,M	B	A		A	A,B,C,D	A	B	B				A
77	B	A	C	A	E		D	D	A	C						B	B	D,F,G,H,J,M	B	A		D	A	A	D	D				B
78	B	B	A	A	E		D	A	A	B						A	B	H,J,M	B	A		A	A	A	A	A				A
79	A	A	C	A	E		D	A	A	B	C	D	E	F	G	A	B	A,D,E,F,G,H,J,K,L,M	B	A		A	A,B,C,D	B	D	D				A
80	B	D	A	B	A	E	D	A	A	C	E	F				A	B	A,B,C,D,E,F,G,H,J,K,L,M	B	A		A	A,B,C,D	A	A	A				A
81	B	A	A	B	E		A	B	A	B	C	F				B	B	C,D,F,H,J,L,M	B	A		A	A,B,C,D	A	A	A				A
82	B	A	B	A	A		C	A	A							A	B	A,C,D,F,M	B	A		A	A,B,C	A	A	A				A
83	B	A	A	A	E		A	A	A	B	C	D	E	F	G	A	B	A,C,F,H,J,K,L,M	B	A		A	A,C	B	A	A				B
84	B	A	A	A	E		D	A	A	C	E	F				B	B	Z	B	A		A	A,B,C,D	A	B,D	B	D			B
85	B	A	B	C	E		A	B	A	C	D	F				B	B	C,D,F,G,H,J,K,L,M	B	A		A	A,C,D	B	B	B				B
86	A	A	A	A	E		A	A	B							A	B	C,D,F,G,H,J	B	A		B	A,B,C	A	A	A				A
87	A	B	A	A	E		A	B	A	B	C					B	B	A	B	A		A	A,D	B	B	B				A
88	B	A	A	A	E		A	A	A	B	C	D				A	B	A,D,F,H,M	B	A		A	A,B,D	A	B	B				A
89	A	A	C	A	E		A	A	A							B	B	C,D,G,H,J,L,M	C	A		B	A,C	B	C	B				B
90	A	A	A	A	E		A	A	A	B	C					B	B	C,H,J,M	B	A		B	A,C	A	B	B				B
91	A	A	A	A	E		D	A	A	B	C					B	B	D,F,H,J,K,M	B	A		A	A,B,C	B	B	B				A
92	A	A	A	A	E		A	A	A	B	D	F				A	B	D,E,F,G,M	B	A		B	C,D	A	B	B				B
93	A	C	A	A	E		A	A	A	C	E					A	B	D,F,H,I,J,L,M	C	A		A	A,B,C,D	A	B	B				B
94	A	C	A	B	A		D	B								E	B	C,D,F,H,J,M	B	A		D	Z	B	A	A				A
95	B	A	A	A	E		A	D	A	B	C	D	E	F	G	B	B	A,D,F,G,H,J,L,M	C	A		A	A,C,D	A	B,C	B	C			A
96	A	A	A	A	E		A	A	A	B						B	B	A,D,F,G,H,J	B	A		B	A,B	A	A	A				A
97	A	A	A	A	E		D	B	A	C	E					E	B	D,E,H,J,L,M	B	A		A	A	A	C	C				A
98	B	A	A	A	E		D	B	A							B	B	E,G,H,J,L,M	B	A		A	A,B,C,D	A	C	C				A
99	B	A	C	A	E		A	B	C							B	B	D,M	B	A		B	A,D	A	A	A				A
100	A	A	A	A	E		D	A	A	C						B	B	F,J	C	A		B	B,C	A	D	D				A

11.6 TABULACIÓN DE RESULTADOS DE ENTREVISTAS

ENTREVISTA	p1_1	p1_2	p1_3	p1_4	p2_1	p2_2	p2_3	p2_4	p2_5	p3_1	p3_2	p4_1	p4_2	p4_3	p4_4	p5_1	p6_1	p7_1
6	1	3			2					1		1	5			2	1	1
7	1	7			2	4	1			1		1	3	7	8	2	1	1
8	6				5	9				1		4	3			2	1	1
9	1				1	2	4			3						1	1	4
10	1	2	5		2					4		1	3			2	1	1
11	1	6			3	2				1		3	1			2	1	1
12	2	7			2					1		2				2	1	1
13	4	6			3					1		1	5			2	1	1
14	1	7	9		3	4	1	2		3		4	1	3	7	2	1	1
15	6				3	5	1	2	9			1	7			2	2	1
16	6				2					1		3				2	1	1
17	1	7			3	2	6			2		3	10	1	4	2	1	1
NO RESPONDIO																		
18	6	1			3	1	6			3		3				2	1	1
19	10				2					2		1	7			2	1	1
20	5	1			1	2				1		1	4			2	1	1
21	1	6	5		4	5				1		1	8			2	1	1
22	5	2	7	8	3	6	2			2		1				2	1	1
NO RESPONDIO																		
23	6				7					1		1				2	1	2
24	5	9			1	4				1		3				2	1	1
25	6					3				2		5				2	1	1
NO RESPONDIO																		
26	5	1			5	1	4	2		1		1	4			2	1	1
27	7	5	2		3	1	2			1	3	1				2	1	2
28	5	2	1	7	1	2				3		3	7			1	2	3
29	4	6				1	4			4		8				2	1	1
30	7	1			1	2	7			3		7				1	1	3
31	1	7			3	2	7			1		1				2	2	1
32	5	1			1	2	6			1		3				2	1	1
33	6				2	1	4			3		1				1	2	3
34	10				10					1		1				2	1	2
35	10				2					2		8				2	1	1
36	4	6			5	2				1		1				2	1	1
37	1	5			2	3	6			1		1				2	1	1
38	7	1			1	3	7			3		1	4			1	2	2
NO RESPONDIO																		
39	6	4			1	9	4			2		1	8			2	1	1
40	1	9			1	6	4			2		1	9			1	2	2
41	2	7			1	2	3	7		2		8				2	1	1
42	1				3	2				1		8				2	1	1
43	6	4			2					4		1				2	1	1
44	5	1			2					1		7				2	1	1
45	5				3	4	2			1		1				2	1	1
46	2				10					4		8				2	1	1
47	5	2			7					2		1	4			2	1	2
48	7	1	6		1	2				1		3				2	1	2
NO RESPONDIO																		
49	10				2	6				4	5	1				2	2	
50	5	1	2		2	1				1		4				2	1	

ENTREVISTA	p1_1	p1_2	p1_3	p1_4	p2_1	p2_2	p2_3	p2_4	p2_5	p3_1	p3_2	p4_1	p4_2	p4_3	p4_4	p5_1	p6_1	p7_1
51	9	7	2		1	2				1		3				2	1	
52	7				3					1		1	5			2	1	
53	5				1	2	7			1	3	7				2	1	
54	1				6	1	4			3		1	4			2	1	1
55	1				1	2				2		4	1			2	1	
NO RESPONDIO																		
57	5				2	1	3			3		1				2	2	2
58	5				5					1		1	3			2	2	1
59	5	1	9		2					1		1	7			2	1	2
60	4	6			10					4						2	1	1
62	6	4			2	7				1		1	4			2	1	1
63	10				4	5	2			1		3				2	2	1
NO RESPONDIO																		
65	2				3	2	1			1		1				2	1	1
66	1				3	6				4		7				2	1	1
67	1	2			1	2				1		5				2	1	2
68	4	6			1	2	6			1		1				2	1	2
69	5				1	2				1		1				2	1	1
70	6	1			2	1				1		3	7			2	2	2
71	1	5			1	7	2			1		1	5			1	2	1
72	1				3	2				1		1				2	1	1
73	1				2					4	5	8	6	3		1	2	2
74	4	6			10					1		1	9			2	1	1
75	5	1			1					1		1				2	1	1
76	10				3	1	2			1		4	8			2	1	1
77	1				1	6	7			3		1	3			1	2	4
78	4	6			10					4		7				2	1	1
79	4				10					4		7				2	1	1
80	5				3	2				1		8	7	9		2	1	1
81	7	2			10					1		1	3			2	1	1
82	4	6			7	6	1			1		1	5			2	1	1
83	5	2			10					2		8	7			2	2	1
84	1				1	2	3			1		1	5			2	1	1
85	5	1			5					1		4				2	1	1
86	1				10					1		5				2	2	2
87	5	2			1	2	6			1		1	5			2	1	1
88	1	8			7	2				2		8				2	1	1
89	4	6			7					3		8	7			2	1	1
90	1	2	6		1	4	5			2		1	8	5		2	1	2
91	1	2	5		2					1		4	5	1		2	1	1
92	1	5			3	1	2			1		1				2	1	1
93	1	9	7		1	2	6			3		1				2	1	1
94	2				2					3		3				2	1	1
95	5	2			1					1		4	5	7		2	1	1
96	10				10					1		1	8			2	1	1
97	5	2			2					3		1				2	1	1
98	10				2	3				3		8	3			2	1	1
99	2	5	1		3	2				3		1				2	1	1
100	2	4	6		1	6	3			2		8				2	1	2
101	7	1			2	4				1		5	8			2	1	2