

**UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE MEDICINA, ENFERMERÍA, NUTRICIÓN Y
TECNOLOGÍA MÉDICA
UNIDAD DE POSTGRADO**

MAESTRIA EN MEDICINA FORENSE



**CARACTERIZACIÓN DE LAS AGRESIONES SEXUALES EN MUJERES
REGISTRADAS EN EL INSTITUTO DE INVESTIGACIONES FORENSES DE LA
POBLACIÓN DE CARANAVI, LA PAZ - BOLIVIA CORRESPONDIENTES A LAS
GESTIONES DE 2019 - 2021**

**PERFIL DE TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE MAGÍSTER EN MEDICINA
FORENSE**

POSTULANTE: Dr. Limberth Willans Choque Gutierrez

TUTOR: Dra. María Fernanda Monroy López

La Paz – Bolivia

2022

DEDICATORIA

El presente trabajo investigativo lo dedico principalmente a Dios, que me ha brindado una vida llena de alegrías y aprendizaje. Permitiéndome vivir una muy grata experiencia en esta etapa.

Y a mis padres, que siempre me han apoyado, guiado y cuidado con su amor, permitieron logra llegar hasta aquí.

A todas las personas que apoyaron y han hecho que el trabajo se realice con éxito, en especial a aquellos que nos abrieron las puertas y compartieron sus conocimientos.

AGRADECIMIENTOS

Le debo este logro a la Unidad de Postgrado de Medicina de la Universidad Mayor de San Andrés, la casa que me ha formado a nivel intelectual y humanístico, quien me acogió, quien me formó como un hombre responsable y honesto,

Agradezco profundamente a todos los docentes que me acompañaron a lo largo de esta Maestría de Medicina Forense, quienes me guiaron y forjaron como una profesional integro.

Así mismo, agradezco, a la Institución de Investigación Forenses, los cuales, permitieron desarrollar esta tesis, no habría sido posible con su colaboración,

Quiero expresar también mi más sincero agradecimiento a mi tutora de la tesis Dra. Maria Fernanda Monroy López por su importante aporte y participación activa en el desarrollo de esta tesis. Debo destacar, por encima de todo, su disponibilidad y paciencia que hizo que nuestras siempre acaloradas discusiones redundaran benéficamente tanto a nivel científico como personal. No cabe duda que su participación ha enriquecido el trabajo realizado.

Debo agradecer de manera especial y sincera a mi maestro Dr. Jaime Rodríguez Coariti por aceptarme para realizar esta tesis bajo su dirección. Su apoyo y confianza en mi trabajo y su capacidad para guiar mis ideas ha sido un aporte invaluable, no solamente en el desarrollo de esta tesis, sino también en mi formación como investigador. Las ideas propias, siempre enmarcadas en su orientación y rigurosidad, han sido la clave del buen trabajo. Le agradezco también el haberme facilitado siempre los medios suficientes para llevar a cabo todas las actividades propuestas durante el desarrollo de esta tesis.

Y, por supuesto, el agradecimiento más profundo y sentido va para mi familia. Sin su apoyo, colaboración e inspiración habría sido imposible llevar a cabo esta dura etapa.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

| | |
|---|-------------|
| DEDICATORIA | II |
| AGRADECIMIENTOS..... | III |
| ÍNDICE DE CONTENIDOS | IV |
| ÍNDICE DE FIGURAS..... | VIII |
| ÍNDICE DE TABLAS..... | VIII |
| RESUMEN | IX |
| ABSTRACT | X |
| I. INTRODUCCIÓN..... | 1 |
| II. JUSTIFICACIÓN..... | 4 |
| III. ANTECEDENTES | 6 |
| IV. MARCO TEÓRICO..... | 8 |
| ANATOMIA DEL APARATO GENITAL FEMENINO | 8 |
| Pared Abdominal | 8 |
| Inervación e irrigación..... | 8 |
| Pelvis | 8 |
| Órgano genital femenino | 10 |
| FISIOLOGÍA DEL APARATO REPRODUCTOR FEMENINO..... | 13 |
| Fisiología femenina antes del embarazo y hormonas femeninas | 13 |
| Sistema hormonal femenino | 13 |
| Ciclo ovárico menstrual | 13 |
| Hormonas gonadotropas y sus efectos sobre los ovarios | 14 |
| Fase Folicular | 14 |
| DEFINICIONES Y CONCEPTOS | 17 |
| VIOLENCIA DE GÉNERO EN LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA..... | 22 |
| Maltrato Infantil y adolescente | 23 |
| Violencia física o emocional en la niñez y adolescencia..... | 23 |

| | |
|--|-----------|
| Violencia sexual..... | 23 |
| Abuso sexual | 23 |
| Explotación sexual comercial de niñas, niños y adolescentes..... | 23 |
| CAUSAS DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO | 23 |
| Modelo Piramidal | 24 |
| POLÍTICAS PARA CONTRARESTAR LA VIOLENCIA..... | 25 |
| Legislación sobre la violencia de género en Latinoamérica y el Caribe..... | 25 |
| Legislación sobre la violencia de género en Bolivia..... | 26 |
| COMUNICACIÓN SOBRE LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER | 27 |
| Campaña de Salud Reproductiva | 27 |
| CONSECUENCIAS PARA LA VÍCTIMA DE VIOLENCIA DE GÉNERO | 27 |
| Costos directos | 27 |
| Costos no monetarios..... | 27 |
| Costos económicos | 28 |
| Costos laborales y sociales | 28 |
| PANORAMA GENERAL DE LA AGRESIÓN SEXUAL | 28 |
| PROTOCOLOS INTEGRALES PARA LA ATENCIÓN DE VÍCTIMAS DE AGRESIÓN SEXUAL | 28 |
| Casos de denuncia inmediata | 28 |
| Casos de denuncia tardía..... | 29 |
| Casos de silencio descubierto | 29 |
| Casos de violencia intrafamiliar y/o doméstica | 29 |
| PROTOCOLOS MÉDICOS FRENTE A LA VIOLENCIA DE GÉNERO | 29 |
| Violación | 29 |
| Violencia Intrafamiliar | 30 |
| DOCUMENTOS MÉDICO – LEGALES..... | 31 |
| Dictamen | 31 |
| Partes de un Dictamen o Informe Pericial | 31 |
| Certificado médico | 32 |

| | |
|---|-----------|
| Características de un certificado médico | 32 |
| Certificado de defunción | 33 |
| Consulta o Constancia..... | 33 |
| Historia Clínica..... | 33 |
| V. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA..... | 34 |
| VI. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN | 35 |
| VII. OBJETIVOS..... | 36 |
| A. OBJETIVO GENERAL | 36 |
| B. OBJETIVOS ESPECÍFICOS..... | 36 |
| VIII. DISEÑO METODOLOGICO..... | 36 |
| A. TIPO DE ESTUDIO | 36 |
| 8.1. Enfoque mixto (cuantitativo - cualitativo)..... | 36 |
| 8.2. Diseño | 37 |
| 8.3. Alcance | 37 |
| B. POBLACIÓN Y LUGAR..... | 37 |
| 8.4. Delimitación Espacial | 37 |
| 8.5. Delimitación Temporal..... | 39 |
| C. CRITERIOS DE SELECCIÓN | 40 |
| 1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN | 40 |
| 2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN | 40 |
| D. VARIABLES (operacionalización de variables) | 40 |
| E. ASPÉCTOS ÉTICOS | 45 |
| IX. RESULTADOS..... | 46 |
| X. DISCUSIÓN | 53 |
| XI. CONCLUSIONES | 55 |

| | |
|---|-----------|
| XII. RECOMENDACIONES | 57 |
| XIII. ANEXOS | 59 |
| Anexo 1. Modelo de ficha de referencia y contrarreferencia para interconsulta por especialidad de ginecología..... | 59 |
| XIV. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 61 |

ÍNDICE DE FIGURAS

| | |
|--|----|
| Figura 1: Pared Abdominal..... | 8 |
| Figura 2: Pelvis..... | 10 |
| Figura 3: Útero, trompas uterinas y ovarios..... | 12 |
| Figura 4: Mapa de localización de la población de Caranavi | 38 |
| Figura 5: Límites de la población de Caranavi..... | 39 |
| Figura 6: Agresiones sexuales por grupo etario y sexo..... | 47 |
| Figura 7: Tipo de relación entre la víctima y el agresor..... | 47 |
| Figura 8: Tipo de relación con la víctima | 48 |
| Figura 9: Grado de Parentesco entre el agresor y la víctima | 49 |
| Figura 10: Antecedentes de agresión sexual previa | 50 |
| Figura 11: Frecuencia de toma de muestra de hisopeado vaginal posterior a la agresión sexual..... | 51 |
| Figura 12: Frecuencia de casos de agresión sexual por grupo etario | 51 |
| Figura 13: Circunstancias en la que se dio la agresión sexual | 52 |
| Figura 14: Tipo de himen..... | 53 |

ÍNDICE DE TABLAS

| | |
|--|--------------------------------------|
| Tabla 1: Principales Conceptos y definiciones referentes a la violencia física y sexual | ¡Error! Marcador no definido. |
| Tabla 2: Modelo Piramidal de la violencia sexual | ¡Error! Marcador no definido. |
| Tabla 3: Leyes de legislación en los países de Latinoamérica y el Caribe | ¡Error! Marcador no definido. |
| Tabla 4: Leyes de legislación en Bolivia | ¡Error! Marcador no definido. |

RESUMEN

Las agresiones sexuales constituyen un problema de salud pública a nivel mundial que afecta principalmente al sexo femenino y que viene cobrando mucha importancia dado que requiere de políticas eficaces de control. En ese sentido, el presente trabajo tiene como objetivo principal establecer los factores causantes para las agresiones físicas y/o sexuales en los habitantes de la población registradas en los certificados médicos forenses emitidos en el Instituto de Investigaciones Forenses de la población de Caranavi, gestiones 2019 – 2021. Para esto, el enfoque de esta investigación corresponde a un enfoque mixto un diseño no experimental y un alcance descriptivo. Entre los principales resultados se destaca que las adolescentes representan el grupo etario más vulnerable constituyendo el 81%, fueron registrados casos de transmisión sexual en cinco casos de hepatitis B.

Palabras clave: Agresiones sexuales; Agresiones físicas; Enfermedades de Transmisión sexual

ABSTRACT

The sexual aggressions constitute a public health problem worldwide that mainly affects the female and have very importance for population this is given that it requires effective control policies. In this sense, the present work has as main objective establish the causal factors for physical and/or sexual aggressions among the inhabitants of the population registered in the forensic medical certificates issued by the Forensic Research Institute in Caranavi population, for 2019 – 2021 years. For this, the focus of this research corresponds to a mixed approach, a non-experimental design with a descriptive scope. Among the main results, it is highlighted that the adolescents represent the most vulnerable age group, constituting 81%, there were registered cases of sexual transmission in five cases of hepatitis B.

Key words: Sexual aggressions; physical aggressions and Sexually Transmitted Diseases

I. INTRODUCCIÓN

La sexualidad se refiere a la capacidad de un ser humano para experimentar el placer de la actividad y las prácticas sexuales en su sentido más amplio, la educación sexual es una herramienta para empoderar a las personas sobre su salud, comunicación y calidad de vida, ha estado tradicionalmente inmersa en los distintos escenarios de la vida cotidiana, pero bajo un contexto parcial que reduce la concepción de la sexualidad a lo genital, esta situación ha cimentado barreras socioculturales e individuales que han retrasado su integración a la educación formal y han contribuido, además, a una vivencia poca o nada placentera de la sexualidad, las fuentes de aprendizaje de lo sexual fueron por mucho tiempo la religión y la medicina, la primera imponiendo límites, calificativos y castigos morales, la segunda, dando respuestas a las enfermedades o condiciones de riesgo para la salud sexual, asimismo hasta mediados del siglo XX la responsabilidad de enfrentar y "solucionar" oficialmente las situaciones planteadas por las prácticas sexuales estaba en manos de los médicos.(1)

A nivel mundial la violencia psicológica, social y sexual contra el sexo femenino es considerado como un problema de salud pública muy importante, En ese sentido, desde la década de los 90, a nivel latinoamericano, fueron registrados casos de violencia sexual y agresiones físicas dentro y fuera de los hogares, llegando a una tasa de homicidios de aproximadamente 30 por 100.000 habitantes. (1). Así, la violencia doméstica y la violencia social se encuentran estrechamente relacionadas, puesto que se observan casos de niños que sufren o presencian abuso son más propensos a conducirse violentamente en la edad adulta, tanto dentro como fuera del hogar. Esto se debe al marcado referente del machismo en los países latinoamericanos está muy latente, mismo en pleno siglo XXI diversas actitudes del sexo femenino son muy mal interpretadas y por consecuencia mal vistas por la sociedad.

En Bolivia la población juvenil representa alrededor de los 2.6 millones de personas, de las cuales el 49.2% son mujeres y 50.8% son varones (2), por lo cual se debe considerar a la adolescencia como una etapa bien definida del ciclo vital humano, que se encuentra

entre la niñez y la adultez y se caracteriza por profundos cambios biológicos, psicológicos y sociales (3), este grupo a pesar de ser de los menos probables a padecer enfermedades, están en riesgo constante de adquirir alguna infección o enfermedad de transmisión sexual/reproductiva, por ende, para mejorar se debe promover e integrar una educación sexual y reproductiva, donde primero se debe reconocer el problema al que nos enfrentamos, los datos estadísticos anuales muestran que este problema prevalece e incide año a año por causa de las agresiones sexuales, razón por la cual en esta investigación se plantea que la falta de educación sexual es un problema de salud pública, ya que su déficit y falta de acceso conlleva a los embarazos no deseados, ITS, VIH, hasta abortos que ponen en riesgo la vida de los adolescentes.

Las restricciones de libertad de expresión del sexo femenino impuesto por una sociedad predominantemente machista generan que dicha sociedad disminuya las penalidades frente a los crímenes sexuales cometidos hacia las mujeres. En ese sentido, la violencia de cualquier tipo contra la mujer, además de ser considerado como un crimen, también constituye como una falta a los derechos humanos y además de sufrir por la agresión sexual una sociedad machista obliga a las mujeres a tener que pasar por la situación embarazosa de demostrar una agresión de ese tipo. Con el uso de los procesos judiciales como fuentes de evaluación y análisis permite coadyuvar las operaciones judiciales. (3; 4) Esto permite que dichas evaluaciones contengan un criterio de racionalidad y neutralidad con principios jurídicos, prevaleciendo el uso de justicia.

De acuerdo a la Ley 2033/2 que modifica el Art. 308 “Delitos Contra La Libertad Sexual” señala Contempla la penetración anal o vaginal con fines libidinosos, empleando violencia tanto física como psicológica (intimidación). De igual manera, se considera violación cuando se aprovecha la condición mental de un individuo para realizar misma penetración anal o vaginal. (5)

La población de Caranavi fue creada por la Ley N 1401 ley de 16 de diciembre de 1992. El Dr. Luis Ossio Sanjinés presidente del Honorable Congreso nacional provincia de Caranavi instauró desde el año de 2019 el funcionamiento e instalación del Instituto de

Investigaciones Forenses de Caranavi para que sea referencia del norte paceño, en ese sentido, constituye un centro de referencia de atención de los casos de agresiones sexuales de la región de los Yungas.

En ese sentido, el presente trabajo de investigación tiene como objetivo determinar la incidencia y prevalencia de las agresiones físicas y sexuales en dicha región, destacando la importancia de instauración del instituto y su relevancia en la atención de este tipo de casos.

II. JUSTIFICACIÓN

Según el Instituto Nacional de Estadística (INE), los Yungas es una región geográfica localizada al noreste de La Paz. Las principales ciudades de dicha región corresponden a Coroico 9.256, Caranavi 23.815, Chulumani 8.861 e Irupana 7.946 que contiene una población aproximada de 106.428 habitantes, de los cuales 49,878 corresponden al sexo femenino. (6) En ese sentido, el Instituto de Investigaciones Forenses cobra un rol muy importante para la investigación desarrollada, dado que las agresiones físicas y sexuales constituyen problema de salud pública en los últimos años.

Las agresiones sexuales a las mujeres, constituyen un problema de salud pública a nivel mundial. En España fue realizado un estudio sobre el tema de abuso sexual y físico en las mujeres, dicho trabajo fue presentado en la modalidad de un Modelo Piramidal que analiza todos los elementos de forma conjunta que explican a multicausalidad, este trabajo tiene como objetivo principal analizar y explicar porque el sexo masculino hace uso de la violencia contra las mujeres donde destacan cinco etapas en dicho modelo piramidal: sustrato patriarcal, socialización diferencial, expectativas de control, factores desencadenantes y estallido de la violencia. En ese sentido, se concluye que aquellos varones que asumen el mandato de género masculino tradicional (y la ideología patriarcal subyacente), ante un evento (desencadenante) que frustra sus expectativas de mantener un control sobre sus parejas y/o que refuerza (o ellos creen que refuerza) su posición, considerarían legítimo pasar a la acción y poner en práctica estrategias (que incluirían desde los celos hasta la violencia en sus formas más extremas) para recuperar, mantener o aumentar ese poder (7).

En Bolivia, el problema de las agresiones sexual contra las mujeres constituye un problema por lo que fue creada la Ley 348 “Ley Integral para garantizar a las Mujeres una Vida Libre de Violencia crece de manera” con el objetivo de disminuir la prevalencia e incidencia que viene creciendo en Bolivia (8).

Cuando los actos de agresiones llegan a los servicios de emergencias en los centros hospitalarios, tanto de las víctimas como de los agresores. Destacando que las víctimas requieren una atención multidisciplinaria, cuyo objetivo principal es brindar los auxilios médicos y psicológica donde se debe emplear técnicas de comunicación verbal y evitar el contacto físico que pudiese entorpecer la interacción terapéutica (9).

Desde el año de 2019 el Instituto de Investigaciones Forenses del municipio de Caranavi, constituye un centro de referencia de reporte de casos de abusos físicos y sexuales de toda la región de los Yungas del departamento de La Paz. En ese sentido, el presente documento constituye un documento de referencia sobre la incidencia y prevalencia de casos de agresión físico y sexual contra las mujeres en edad fértil de toda la región norte del departamento de La Paz, específicamente, a todo el Nor Yungas. Cabe resaltar que dicha investigación fue elaborada con información de los certificados médicos forenses realizados por profesionales certificados y calificados del Instituto de Investigaciones Forenses de Caranavi.

De esta forma, se puede resaltar que el presente trabajo de investigación proporciona información significativamente útil para el monitoreo del problema de salud pública que en los últimos años viene constituyendo un problema de salud pública. Del mismo modo, se puede resaltar que el trabajo constituye una contribución para las estadísticas del Instituto de Investigaciones Forenses de la ciudad de La Paz y claro, a nivel nacional, coadyuvando a tener información que permita crear políticas de control a las autoridades locales y nacionales.

III. ANTECEDENTES

La agresión sexual hacia las mujeres constituye un problema desde hace más de media década a nivel mundial. Morillas (1958) en su trabajo titulado “El delito de estupro – incesto” realiza un análisis de la fragilidad de leyes en el país de España que dictaminan puniciones bastante ligeras, recomendando las modificaciones inmediatas de todas las Leyes puesto que las penalidades son la privación de libertad por tiempos muy cortos, dándoles más probabilidad de reincidir (10).

Otro trabajo que se destaca en este asunto, constituye el desarrollado por Morrison y Loreto (1999) “El costo del silencio – Violencia doméstica en las Américas” financiado por el Banco Interamericano de Desarrollo, donde realiza el problema cultural muy enraizado en los países latinoamericanos como Perú, Chile, Nicaragua, México El Salvador, Brasil, Costa Rica, Canadá, Jamaica, entre otros. (1) Algo que se puede destacar de dicho trabajo, es que los autores realizan un destaque del rol de los medios de comunicación e como instrumento para el cambio social, prevención y denuncia de dichos delitos. Mostrando el problema de la violencia doméstica en las Américas está presente hace más de veinte años evidenciando que —ni el Estado, ni las organizaciones no gubernamentales, ni las instituciones multilaterales de financiamiento— está en condiciones de abordar este problema por sí solo. Se necesita un esfuerzo sostenido y coordinado para controlar y prevenir la violencia. (1)

Rossito (2000) desarrollo un artículo bastante interesante con su trabajo “La cultura de la violación: análisis sobre el proceso de reglamentación/normatización de la violencia sexual contra la mujer. (Traducido)” que destaca el aumento de casos de violencia sexual en el país vecino del Brasil por causa de la cultura patriarcal del machismo, además en la misma década surgen movimientos feministas de lucha contra el fin de esa cultura creando opiniones divergentes sobre las causas que generan una violación sexual, refiriéndose al tipo de ropas que usan las mujeres, consumo de alcohol, influencia de medios y principalmente la cultura machista enraizada. Según dicho estudio, a cada once minutos una mujer es víctima de violencia sexual lo que representa apenas el 10% de

los casos reportados por el Instituto de Investigaciones Forenses. Apenas el 1% de los casos reportados llegan a condenación porque el resto de los casos terminan siendo archivados o hasta ignorados por la influencia económica. De acuerdo a las estadísticas de violencia contra la mujer realizada por la Secretaria de Seguridad Pública en el Estado de São Paulo, entre los meses de enero a octubre del año 2000 fueron registrados 77 casos de feminicidio consumados y 247 intentos; 43.165 de lesión corporal leve; 370 estupros consumados, 25 tentativas y 49.404 casos de amenazas. (11)

En el año 2011 la organización MYSU (Mujeres y Salud en Uruguay) desarrolló el trabajo “Violación sexual: la intervención desde el sistema de salud – Importancia de un protocolo para la atención de víctimas de violaciones” en Uruguay, como en muchos otros países, no hay datos que den cuenta de la incidencia y prevalencia de las violaciones y otras formas de abuso sexual. En el Código Penal vigente en Uruguay, la violación está incluida en el capítulo IV, que regula los delitos de «Violencia carnal, corrupción de menores, ultraje público al pudor» (dentro del capítulo Título X, «De los delitos contra las buenas costumbres y el orden de la familia»), concluyendo que la experiencia indica que es importante que la atención de víctimas de violaciones no dependa de la buena voluntad de unos pocos profesionales, sino que esté institucionalizada y protocolizada. Además, destaca que existen puntos críticos que surgen de la necesidad de articular los objetivos de la intervención sanitaria con los requisitos legales y procesales. (12)

Mejía-Rodríguez (2015) los delitos contra la libertad e indemnidad sexual son hechos producidos a diario en Perú son expresión de una sociedad decadente en valores; son, a la vez, fenómenos de alarma social, debido a que los medios de comunicación los enfocan como un elemento de la problemática social. Existen múltiples definiciones para los términos: violencia, violación, abuso o delito contra la libertad sexual, todos referidos a este acto, en el que básicamente se afecta la voluntad y libertad sexual de la víctima. Finalmente, al constituirse estos actos en delitos, también deben tener sanciones propias del mismo, todas dependientes de procesos jurídico-penales. (13)

IV. MARCO TEÓRICO

ANATOMIA DEL APARATO GENITAL FEMENINO

Pared Abdominal

Anatómicamente está limitada por arriba con el apéndice xifoides y el cartílago costal de las costillas 7^a a la 10^a; por debajo por la cresta iliaca, la espina iliaca antero superior, el ligamento inguinal y el hueso púbico. Inmediatamente encontramos los músculos de la zona anterolateral: 1) Oblicuo externo e interno, 2) Transverso del abdomen, 3) Recto del abdomen. (14) (Figura 1.)

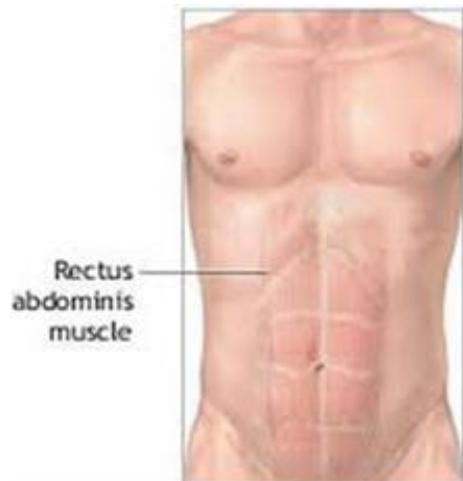


Figura 1: Pared Abdominal
Fuente: Testut, 1976

Inervación e irrigación

La pared abdominal está inervada por el nervio Toracoabdominales (T7-T11), N. Subcostales (T12), N. Iliohipogástrico e ilioinguinal (L1). De T7 a T9 inervan la piel por encima de ombligo, T10 la piel que rodea al ombligo, T11, T12 y L1. La piel por debajo del ombligo. proviene principalmente de la arteria epigástrica superior e inferior, y de la circunfleja iliaca. El drenaje venoso es en la vena safena mayor. (14)

Pelvis

La pelvis se divide en una pelvis ósea está formada por delante: 2 huesos iliacos, por detrás: sacro y cóccix. Los huesos iliacos se forman por: 1 ilion,1 isquion,1 pubis; Estas tres estructuras forman el acetábulo. La pelvis se divide en una pelvis mayor o falsa y una menor o verdadera, la línea de división de ambas pelvis es la llamada línea Terminal, la cual está conformada por el promontorio del sacro, la línea innominada, y el borde superior del pubis. Tiene tres estrechos: superior, medio e inferior; los estrechos superiores es el que corresponde a la línea Terminal, el medio es el que está limitado: posteriormente con la articulación sacro coccígea, anteriormente con la eminencia pubiana y lateralmente con las espinas ciáticas, y el inferior se encuentra limitado en su parte posterior por la punta del coxis, en la parte anterior por el borde inferior del pubis, y en la parte lateral por las tuberosidades ciáticas. La pelvis tiene una pared anterior, una posterior, dos laterales, un suelo o piso y sus fascias. Sus paredes están formadas por: Músculos superficiales, Huesos iliacos, sacro, cóccix (con sus ligamentos), 1) Peritoneo: El piso está formado por el periné principalmente su plano profundo. Los músculos del periné se distribuyen en tres planos: 1)Plano profundo: formado por los elevadores del ano y el músculo coccígeo, 2)Plano medio (diafragma urogenital): formado por los transversos profundos y el esfínter externo de la uretra, 3)Plano superficial: formado por varios músculos los cuales podemos subdividir en dos, los que se insertan en el núcleo tendinoso del periné donde encontramos el transverso superficial, el bulbo cavernoso y constrictor de la vulva y los que no se insertan el núcleo tendinoso del periné donde encontramos principalmente el isquiocavernoso. (14)

La irrigación de la pelvis está dada por: Arteria sacro media, Arterias Iliacas Internas, Réctales superiores, Ováricas. La pelvis esta inervada por: nervios sacros, coccígeos y el componente del sistema Autónomo. (15)

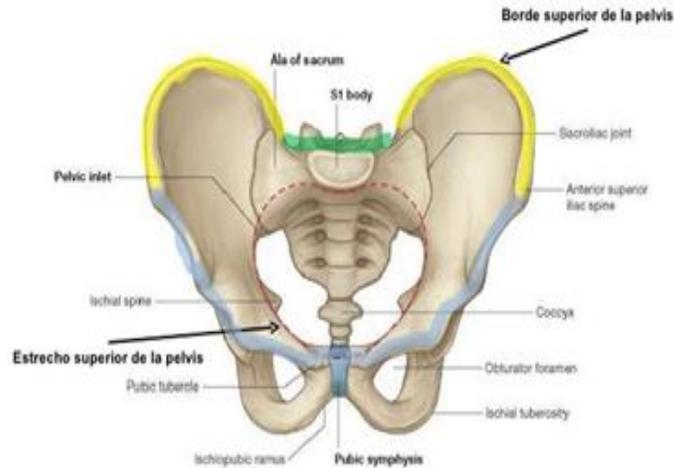


Figura 2: Pelvis
Fuente: Testut, 1976

Órgano genital femenino

Los órganos genitales femeninos incluyen la vagina, el útero, las trompas uterinas y los ovarios. (15)

Vagina

El extremo superior rodea al cuello del útero y el extremo inferior pasa anteroinferiormente a través del suelo de la pelvis para abrirse en el vestíbulo. Cuatro músculos comprimen la vagina y actúan como esfínteres: 1) Pubovaginal, esfínter externo de la uretra, esfínter uretrovaginal y bulboesponjoso. Las relaciones de la vagina son: 1) Anteriormente, la base de la vejiga y la uretra, 2) Lateralmente el músculo elevador del ano, la fascia pélvica visceral y los uréteres, 3) Posteriormente el canal anal, el recto y el fondo de saco rectouterino. (16)

En lo referente a la vasculatura vaginal se divide está en dos porciones: 1) Porción superior: a través de las arterias uterinas, 2) Porción media e inferior: a través de las arterias vaginales que derivan de la arteria rectal media y de la arteria pudenda interna. Las venas forman los plexos venosos vaginales a lo largo de las caras laterales de la vagina y dentro de la mucosa vaginal, estas comunican con los plexos venosos vesical, uterino y rectal y drenan en las venas ilíacas internas. (0000032)

Los nervios para la mayor parte de la vagina derivan del plexo uterovaginal. El plexo uterovaginal es una extensión del plexo hipogástrico inferior. (16)

Útero

El útero se divide en dos porciones principales: 1) El cuerpo: forma los dos tercios superiores y tiene dos porciones; el fondo que es la porción redondeada del cuerpo situada por encima de los orificios de las trompas uterinas y el istmo que es la región del cuerpo relativamente contraída inmediatamente por encima del cuello uterino. 2) El cuello: la porción inferior estrecha que protruye en la parte superior de la vagina, 3) El cuerpo del útero tiene dos caras, la vesical y la intestinal. Los cuernos uterinos son las regiones superolaterales donde entran las trompas uterinas. 4) El cuello del útero está dividido en las porciones vaginal y supravaginal. El ligamento del ovario se fija al útero posteriormente a la unión uterotubárica. El ligamento redondo del útero se fija anteroinferiormente a esta unión. La pared del cuerpo uterino consiste en tres capas: 1) Perimetrio: túnica serosa externa, consiste en peritoneo sostenido por una capa delgada de tejido conectivo, 2) Miometrio: túnica muscular media, es una capa gruesa que se distiende mucho durante el embarazo, las ramas principales de los vasos sanguíneos y los nervios del útero se localizan aquí, 3) Endometrio: túnica mucosa interna, se adhiere firmemente al miometrio. Los principales soportes del útero son la fascia pélvica y la vejiga urinaria: 1) Ligamentos cervicales transversos: desde el cuello uterino y las porciones laterales del fondo de saco hasta las paredes laterales de la pelvis, 2) Ligamentos rectoureterinos: pasan por encima y ligeramente detrás de las caras laterales del cuello del útero hacia el centro del sacro, son palpables en el examen rectal, 3) El ligamento ancho del útero: Ayuda a mantener el útero relativamente centrado en la pelvis, pero contiene sobre todo los ovarios, las trompas uterinas y la vasculatura que las irriga. (16)

La irrigación deriva principalmente de las arterias uterinas (rama de la división anterior de la iliaca interna). Las venas uterinas discurren en el ligamento ancho, drenando en el plexo venoso uterino a cada lado del útero y la vagina, y estas venas a su vez drenan en las venas ilíacas internas. (17)

La inervación proviene principalmente del plexo uterovaginal que se extiende hasta las vísceras pelvianas desde el plexo hipogástrico inferior. Fibras simpáticas, parasimpáticos y aferentes viscerales pasan a través de este plexo: 1) Inervación simpática: se origina en la médula espinal torácica inferior y atraviesa los nervios espláncnicos lumbares, 2) Inervación parasimpática: se origina en los segmentos medulares S2 a S4. (17)

Trompas uterinas

Cada trompa uterina se divide en cuatro porciones: 1) Infundíbulo, 3) Ampolla, 4) Istmo, 5) La porción uterina. (17)

La vascularización de las trompas uterinas está dada por las ramas tubáricas se originan como ramas terminales que se anastomosan de las arterias uterinas y ováricas. Las venas drenan en las venas ováricas y el plexo venoso uterino. La inervación deriva en parte del plexo ovárico y en parte del plexo uterino. (17)

Ovarios

El extremo distal del ovario conecta con la pared lateral de la pelvis mediante el ligamento suspensorio del ovario. Este ligamento transporta los vasos, linfáticos y nervios ováricos hacia y desde el ovario, y constituye la porción lateral del mesovario. El ovario también se fija al útero mediante el ligamento propio del ovario, que se extiende dentro del mesovario. El ligamento conecta el extremo proximal uterino del ovario al ángulo lateral del útero, por debajo de la entrada de la trompa uterina. (17)

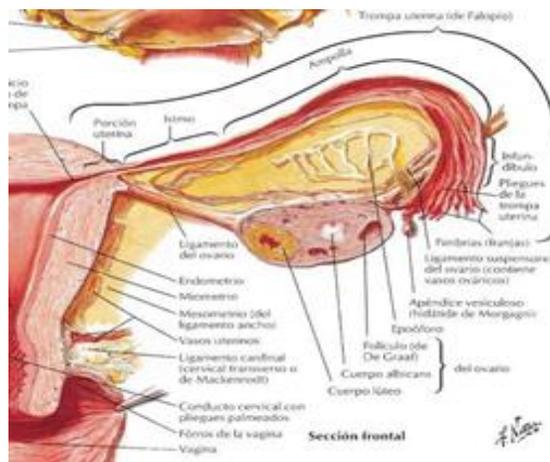


Figura 3: Útero, trompas uterinas y ovarios

Fuente: Rouviere Henri, 2006

La irrigación está dada por las arterias ováricas provienen de a la aorta abdominal, en el reborde pelviano, las arterias ováricas cruzan sobre los vasos ilíacos externos y entran a los ligamentos suspensorios. La arteria ovárica envía ramas a través del mesovario al ovario y a través del mesosálpinx para irrigar la trompa uterina. Las ramas ováricas y tubáricas se anastomosan con las ováricas y tubarícas de la arteria uterina. Las venas que drenan del ovario forman el plexo pampiniforme de venas cerca del ovario y la trompa uterina. La vena ovárica derecha asciende para entrar en la vena cava inferior y la vena ovárica izquierda drena en la vena renal izquierda. (17)

Los nervios descienden a lo largo de los vasos ováricos desde el plexo ovárico, que comunica con el plexo uterino. Las fibras parasimpáticas en el plexo derivan de los nervios espláncnicos pélvicos. Las fibras aferentes desde el ovario entran en la médula espinal a través de los nervios T10 y T11. (17)

FISIOLOGÍA DEL APARATO REPRODUCTOR FEMENINO

Fisiología femenina antes del embarazo y hormonas femeninas

Las funciones reproductoras femeninas pueden dividirse en dos fases principales:

1. Preparación del cuerpo femenino para la concepción y la gestación.
2. El propio período de gestación. (18)

Sistema hormonal femenino

1. HIPOTÁLAMO: hormona liberadora de gonadotropinas (GnRH)
2. ADENOHIPOFISIS: hormona foliculoestimulante (FSH) y hormona luteinizante (LH)
3. OVÁRIOS: estrógenos y progesterona (18)

Ciclo ovárico menstrual

La duración de cada ciclo es, por término medio, de 28 días, si bien puede ser de tan solo 20 días o tan largo como 45.

- Solo se libera un único óvulo de los ovarios cada mes

- Endometrio uterino se prepara para la implantación del óvulo fecundado en el momento preciso del mes. (18)

Hormonas gonadotropas y sus efectos sobre los ovarios

Las hormonas femeninas retoman sus funciones a los 9 y los 12 años de edad, la hipófisis comienza a secretar cada vez más FSH y LH, culmina con la iniciación de los ciclos sexuales mensuales normales entre los 11 y los 15 años:” PUBERTAD” y aparece el ciclo

Las alteraciones de los ovarios durante el ciclo dependen de FSH y la LH porque estimulan a sus células efectoras y los ovarios no estimulados permanecen inactivos. (34)

Fase Folicular

Durante la niñez: células de la granulosa nutren al óvulo y secretan un factor inhibidor de la maduración del ovocito, que lo mantiene en su estado primordial.

Desarrollo de los folículos antrales y vesiculares pocos días al comienzo de cada ciclo, FSH y LH tienen un aumento FSH, inducen el crecimiento acelerado de 6 a 12 folículos primarios El crecimiento inicial del folículo primario hasta la etapa antral depende de la FSH sola.

Se forma:

Teca interna: células tienen la capacidad de secretar hormonas sexuales esteroides adicionales (estrógenos y progesterona).

Teca externa: es una cápsula de tejido conjuntivo muy vascularizada que reviste al folículo en desarrollo. Formación de folículos vesiculares debido a:

1. estrógenos al interior del folículo, inducen células de la granulosa sean incluso más sensibles a la FSH
2. FSH hipofisaria y los estrógenos, permitiendo estimulación de las células por la LH

3. Estrógenos del folículo y el aumento de la LH inducen la proliferación de las células tecales del folículo y promover su secreción.

Solo un folículo madura por completo cada vez y los demás sufren atresia. Después de una semana de crecimiento y antes de la ovulación, uno de los folículos comienza a crecer más que los demás, y los 5 a 11 folículos restantes empiezan a involucionar. (18)

Ovulación;

Se produce 14 días después del comienzo de la menstruación;

- LH es necesaria para el crecimiento folicular final y la ovulación, por eso unos 2 días antes de la ovulación su secreción aumenta, paralelamente la FSH también y hacen que el folículo se hinche.
- LH también convierten las células de la granulosa y de la teca en células secretoras de progesterona.
- LH induce la hinchazón del folículo con la degeneración simultánea del estigma hace que el folículo se rompa y expulse el óvulo.

La ovulación de la mujer que tiene un ciclo sexual de 28 días se produce 14 días después del comienzo de la menstruación. Antes de la ovulación, la pared externa del folículo se hincha con rapidez y una pequeña zona del centro de la capsula folicular, denominada estigma, forma una protuberancia, el líquido folicular comienza a rezumar a través del estigma y sufre una gran rotura y un líquido más viscoso, que ha ocupado la porción central del folículo, se vierte hacia afuera. Este líquido viscoso lleva consigo al ovulo rodeado por una masa de células de la granulosa denominadas corona radiada. (18)

El pico de LH es necesario para que se produzca la ovulación

La LH es necesaria para el crecimiento folicular final y la ovulación. Sin esta hormona, el folículo no progresa hasta la etapa de la ovulación. Unos dos días antes de la ovulación, el ritmo de secreción de LH por la adenohipófisis sufre un notable aumento. La FSH también aumenta y las dos hormonas actúan para hacer que el folículo se hinche con rapidez en los últimos días previos a la ovulación. La LH tiene también el efecto

específico de convertir a las células de la granulosa y de la teca en células secretoras de progesterona. Es en este entorno de: 1) crecimiento rápido del folículo; 2) disminución de la secreción de estrógenos y 3) comienzo de la secreción de progesterona, en el que tiene lugar la ovulación. (18)

Inicio de la ovulación

La gran cantidad de LH secretada por la adenohipófisis induce la secreción rápida de hormonas esteroideas foliculares, que contienen progesterona. Se producen dos hechos necesarios para la ovulación:

1. La teca externa; (la capsula del folículo) comienza a liberar enzimas que disuelven la pared de la capsula folicular debilitándola, causando la degeneración del estigma
2. Se produce el crecimiento rápido de nuevos vasos sanguíneos en el interior de la pared del folículo y estos dos efectos producen que se hinche. Hace que el folículo se rompa y expulse al óvulo. (18)

Cuerpo amarillo: fase "lútea" del ciclo ovárico

Durante las primeras horas tras la expulsión del ovulo del folículo, las células de la granulosa y de la teca interna que quedan se convierten con rapidez en células luteínicas. Este proceso recibe el nombre de luteinización y el conjunto de la masa de células se denomina cuerpo lúteo. Las células de la granulosa del cuerpo lúteo desarrollan grandes cantidades de las hormonas sexuales femeninas progesterona y estrógeno. Las células de la teca producen principalmente los andrógenos. El cuerpo lúteo crece hasta alcanzar 1,5cm de diámetro, alcanzando este estadio de desarrollo unos 7 u 8 días después de la ovulación. Después se involuciona y pierde su función secretora, convirtiéndose en el corpus albicans. (18)

Funciones de las hormonas ováricas: estradiol y progesterona

Los dos tipos de hormonas sexuales ováricas son los estrógenos y los gestágeno. El estrógeno más importante, es la hormona estradiol y el gestágeno más importante es la progesterona. Los estrógenos promueven la proliferación y el crecimiento de células específicas del cuerpo que son responsables del desarrollo de los caracteres sexuales secundarios de la mujer. La función principal de los gestágeno consiste en preparar al útero para la gestación y a las mamas para la lactancia. (18)

DEFINICIONES Y CONCEPTOS

Tabla 1: Principales Conceptos y definiciones referentes a la agresión sexual

| | |
|---|---|
| Violencia Física | Aquella manifestación de violencia en la que las conductas causan lesiones internas o externas o cualquier otro maltrato que afecte la integridad física de las personas (19). |
| Violencia Psicológica | Aquella Manifestación de la violencia en la cual las conductas perturban emocionalmente a la víctima perjudicando su desarrollo psíquico y afectivo (19). |
| Violencia Sexual | Aquella Manifestación de la violencia donde las conductas efectuadas, amenazas o intimidaciones afectan la integridad sexual o la autodeterminación sexual de la víctima (19). |
| Síndrome De Maltrato | Es el conjunto de signos y síntomas como consecuencia de hechos violentos, de carácter físico, sexual o psicológico (20). |
| Maltrato | Es el conjunto de síntomas y signos físicos, sexuales y psicológicos (habitualmente formas mixtas) consecuencia de hechos violentos (19). |
| Síndrome de Estrés Post Traumático | Es el conjunto de signos y síntomas como consecuencia de algún suceso amenazante o catastrófico y con carácter psicológico. De acuerdo a los síntomas predominantes se distinguen dos tipos (20): |

| | |
|--|--|
| Síndrome de Estrés Post Traumático de excitación | Comprende la “ansiedad, angustia, mayor reacción al pánico con trastornos de alimentación y sueño” (20). |
| Síndrome de Estrés Post Traumático de depresión o evasión | Comprende la “negación, incapacidad de sentir dolor, disociación, olvido, cambio en las relaciones interpersonales” (20). |
| Estupro | “El acceso carnal de un varón, logrando sin fuerza o intimidación, con mujer honesta, mayor de 12 años y menos de 15, que no estuviera privada de razón o sentido y que hubiera podido resistirse al acto” (21). Derecho penal argentino. T°IV, pág 288. |
| Cultura De La Violación | Se trata de normalizar comportamientos sexistas y culpar a la víctima por ello (22). |
| Violación | En Bolivia el delito de violación se contempla, en el Art. 308 “Delitos Contra La Libertad Sexual”, como la penetración anal o vaginal con fines libidinosos, empleando violencia tanto física como psicológica (intimidación. De igual manera, se considera violación cuando se aprovecha la condición mental de un individuo para realizar misma penetración anal o vaginal (19). Para muchos grupos feministas se trata como un crimen del patriarcado que no es únicamente sexual sino de género (23). |
| Aborto Punible | Según el Art.263 del Código Penal Boliviano, es punible causar la muerte de un feto en el seno materno o si se provoca su expulsión prematura. Aun así, la tentativa de la propia mujer embarazada no es punible y según el Art. 269 penaliza a quien se dedica habitualmente a la práctica del aborto (24). |
| Aborto No Punible | Según el Art. 266, el aborto no es punible cuando este hubiese sido producto de una violación, estupro o incesto. Además, no es punible cuando se realiza con el fin de evitar peligro para la vida de la madre (19). |
| Aborto Impune | Cuando el aborto hubiere sido consecuencia de un delito de violación, raptó no seguido de matrimonio, estupro incesto no se aplicará sanción alguna, siempre que la acción penal hubiere sido iniciada. Tampoco será punible si el aborto hubiere sido practicado con el fin de evitar un peligro para la vida o la salud de la madre y si este peligro no podía ser evitado por otros medios. En ambos casos, el aborto deberá ser practicado por un médico, con el consentimiento de la |

| | |
|---|---|
| | mujer y autorización judicial en su caso (Art. 266 Código Penal Boliviano) (25). |
| Secreto Médico | El secreto médico es el deber, el derecho y la obligación del profesional médico de guardar reserva de lo visto, oído o actuado en el ejercicio de su profesión (Art. N° 302) (19). |
| Secreto Médico Absoluto | Se trata de la reserva absoluta de lo visto, oído o actuado en el ejercicio de la profesión médica (19). |
| Secreto Médico Relativo | <p>Cuando existe una ‘causa justa’ en la revelación del secreto médico (19).</p> <p>Denuncia de enfermedades transmisibles a las autoridades sanitarias correspondientes (19).</p> <p>Certificados médicos de los hospitales y centros de salud solicitados por autoridades judiciales o pacientes interesados/as (19).</p> <p>Dictámenes médico legales solicitados por autoridades competentes (19).</p> <p>Certificados de defunción solicitados por familiares de la persona fallecida (19).</p> <p>Declaración del médico que atendió a un paciente herido en situación violenta intencional, solicitada por autoridades competentes (19).</p> <p>Cuando la ley determina la obligación de denunciar (19).</p> |
| Secreto Médico Compartido | Aquel que se comparte entre los colegas médicos que intervinieron en un paciente (19). |
| Sexismo | <p>Se refiere a la actitud hacia una persona por el solo hecho de que ésta sea hombre o mujer (26):</p> <p>La legitimidad de la desigualdad de género: Se refiere a justificar una estructura social que beneficia al hombre (20).</p> <p>La legitimidad de la violencia contra las mujeres: Se refiere a legitimar la violencia contra la mujer cuando no se cumple la autoridad del hombre (26).</p> |
| Principio De Emergencia | Es indispensable actuar precozmente en el procedimiento policial, judicial y psicosocial. Así como, realizar las medidas de protección necesarias a la víctima (25). |
| Principio De Accesibilidad Y Respeto | Consiste en facilitar la atención de la víctima entendiendo que es un ser humano que sufre. Así, contemplar su estado emocional procurando respetar su intimidad, su disponibilidad de tiempo y sus condiciones de expresión que puede abarcar limitantes psicológicas relacionadas o no con los |

| | |
|---------------------------------------|--|
| | acontecimientos violentos o , si presentase, condiciones fisiológicas que interrumpan la comunicación. Este principio pretende ganar la confianza de la paciente. (25). |
| Principio De Integralidad | Es preciso comunicar la información pertinente sobre sus derechos, asistencia y beneficios sociales, así como también, sobre procedimientos para su defensa efectiva y/o la derivación a otras instituciones según corresponda en cada caso (25). |
| Principio De Interculturalidad | En todas las actividades de la función judicial, las servidoras y servidores públicos y públicas, deberán considerar que estas ocurren en un Estado que reconoce la interculturalidad en todo el territorio nacional, por lo que se actuará tomando en alta consideración las costumbres, prácticas, normas y procedimientos de las personas, grupos o colectividades relacionadas con los hechos delictivos. En estos casos la servidora y el servidor de justicia buscarán el verdadero sentido de las normas aplicadas de conformidad a la cultura propia de la víctima (25). |
| Principio De Utilidad Procesal | Según nuestro ordenamiento jurídico, el testimonio de la víctima suministrado a la policía o Ministerio Público basta y es suficiente para ser presentado como prueba ante las entidades correspondientes (25). |
| Actos Obscenos | El que en lugar público o expuesto al público realizare actos obscenos o los hiciere ejecutar por otro (Código Penal Boliviano). |
| Acoso Sexual | Ocurre en cualquier momento donde una persona involuntaria es intimidada a actividades sexuales por otra persona que se encuentra en posición de poder o dominación, la negación de la víctima puede tener consecuencias económicas, profesionales o sociales. (Normas, Protocolos y Procedimientos para la Atención Integral de la Violencia Sexual en Adolescentes y Mujeres, Versión Preliminar) (25). |
| Autoestima | Es el conocimiento, la aceptación, el respeto y la afirmación que cada persona tiene de sí mismo/a través del análisis de los propios valores y del reconocimiento de sus potencialidades y carencias (CAIA, Manual de Capacitación a Adolescentes) (25). |
| Comunicación | Es un proceso en constante cambio en el que dos o más personas intercambian ideas, pensamientos, experiencias, deseos, sentimientos e información en condiciones de mutuo |

| | |
|---------------------------------|--|
| | <p>respeto. Es un proceso de ida y vuelta de manera intercalada, es decir “alguien que dice algo por medio de algo a alguien” (CAIA, Manual de Comunicación) (25).</p> |
| Consentimiento Informado | <p>Consentimiento de autorización al personal médico para realizar los procedimientos necesarios y convenientes en procura de restablecer la salud de la mujer. Deslindando de toda responsabilidad por cualquier complicación o fallecimiento no controlables o imprevisibles. Autorización firmada por la mujer o un familiar de la misma, o ambos (CICAPA) (25).</p> |
| Derechos Humanos | <p>Son un conjunto de facultades e instituciones que, en cada momento histórico, concretan las exigencias de la dignidad, la libertad, y la igualdad humanas, las cuales deben ser reconocidas positivamente por los ordenamientos jurídicos a nivel nacional e internacional (25).</p> |
| Derechos Reproductivos | <p>Abarcan ciertos derechos humanos ya reconocidos en documentos nacionales e internacionales sobre los derechos humanos, entre ellos: el derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número y espaciamiento de hijos y a disponer de información, educación y los medios para ello. El derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. El derecho a adoptar decisiones sobre la reproducción sin sufrir discriminación, coerción ni violencia (Plataforma; CIPD Principio; CMDX Programa; CED 1.995) (25).</p> |
| Derechos Sexuales | <p>Incluyen el derecho humano de la mujer a tener control respecto de su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva, y a decidir libre y responsablemente, sin verse sujeta a coerción, discriminación y violencia (CCMM Plataforma 1996) (25).</p> |
| Discriminar | <p>Marginar a una persona del resto del grupo al que pertenecía. No aceptación, por parte de un grupo, de otros individuos con características diferentes a las suyas (25).</p> |
| Género | <p>El género es una construcción, social, cultural e histórica que asigna ciertas características y roles a grupos de individuos con referencia a su sexo. Las personas nacemos con la diferencia de sexo, la adscripción de características de género es construida socialmente. (CIDEM - FHI, Para reconocer y</p> |

| | |
|---------------------------|---|
| | respetar las diferencias y derechos en la salud sexual y reproductiva, 1999) (25). |
| Himen | Formación membranosa que ocluye parcialmente el orificio externo de la vagina (Normas, Protocolos y Procedimientos para la Atención Integral de la Violencia Sexual en Adolescentes y Mujeres, Versión Preliminar) (25). |
| Salud Reproductiva | Es un estado general de bienestar físico, mental y social y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo. El hombre y la mujer tienen el derecho a obtener información y tener acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables de su elección para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, así como el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos (CCMM Plataforma 94, 97; CIPD 7.2) (25). |
| Salud Sexual | Es la integración de los aspectos somáticos, afectivos, intelectuales y sociales del ser sexuado, de modo tal que de ello derive el enriquecimiento y el desarrollo de la personalidad humana, la comunicación y el amor (Organización Mundial de la Salud, OMS) (25). |
| Agresión sexual | Todo acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier modo la sexualidad de una persona, mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de ésta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo (36, 37). |

Fuente: Elaboración propia

VIOLENCIA DE GÉNERO EN LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA

Comprende todo acto de violencia física y psicológica, incluidas las agresiones a la libertad sexual, las amenazas, las coacciones o la privación arbitraria de libertad contra la mujer que ocurren en desde la niñez hasta las mujeres adultas. (27)

Maltrato Infantil y adolescente

Se define como todo tipo de violencia; tanto física como emocional, abuso sexual, negligencia y explotación de todo tipo, que resulte en un daño a la salud, desarrollo, dignidad o supervivencia del niño, niña o adolescente, a través de una relación de responsabilidad, confianza o poder (28).

Violencia física o emocional en la niñez y adolescencia

Forma de violencia que imparte una persona adulta con intención de disciplinar y corregir un comportamiento, causando dolor físico o emocional a la persona agredida (29).

Violencia sexual

Son conductas sexuales impuestas a una persona menor de edad, por una persona mayor que es físicamente superior, con más experiencia o con más recursos, utilizando incorrectamente su poder o autoridad (29).

Abuso sexual

En la que el abusador busca gratificación sexual mediante el contacto mediante el contacto físico con la víctima o sin necesidad de este tipo de contacto (29).

Explotación sexual comercial de niñas, niños y adolescentes

Consiste en la utilización de menores de edad para llevar a cabo relaciones sexuales remuneradas, pornografía infantil/adolescente y espectáculos sexuales. En cada caso existe un intercambio económico, ya sea con el menor de edad o con un tercero involucrado (29).

CAUSAS DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO

Si bien parece haber una relación entre la pobreza y la violencia doméstica, la dificultad para determinar en qué medida la pobreza es un factor válido, constituye un debate entre los estudios que indican una correlación (1).

Modelo Piramidal

Es un modelo que busca explicar la violencia de género desarrollado en España (26).

Tabla 2: Modelo Piramidal de la Agresión Sexual

| | |
|--|---|
| 1 ^{er} Escalón o Sustrato Patriarcal | Corresponde al primer escalón y la base para la violencia hacia la mujer (26). |
| 2 ^{do} Escalón o La socialización diferencial | Corresponde al segundo escalón y se refiere a la difusión de la ideología patriarcal (26). |
| 3 ^{er} Escalón o Las Expectativas de Control | Corresponde al tercer escalón y se refiere a la esperanza de conseguir o realizar el control sobre las mujeres (26). |
| 4 ^{to} Escalón o Los factores desencadenantes | Corresponden al 4to escalón y son aquellos factores que se materializan del 3er escalón: <ul style="list-style-type: none">● Eventos desencadenantes personales: “Uso o abuso de alcohol u otras sustancias tóxicas, matrimonio, separación, nacimiento de hijos/as, cambios en la situación laboral, estrés, problemas económicos, demandas de mayor autonomía por parte de la mujer, etc” (26).● Eventos desencadenantes sociales: “Situaciones de crisis económica, modificaciones legislativas, cambios de modelo social, etc” (26).● Eventos desencadenantes político-religiosos: “Integrismos, gobiernos ultraconservadores, etc” (26). |
| 5 ^{to} Escalón o Estallido de la Violencia | Es la punta de la pirámide y corresponde a la manifestación de la violencia (26). |

Fuente: Bosch-Fiol, 2019

POLÍTICAS PARA CONTRARESTAR LA VIOLENCIA

Legislación sobre la violencia de género en Latinoamérica y el Caribe

Tabla 3: Leyes de legislación en los países de Latinoamérica y el Caribe

| | |
|--------------------|---|
| Argentina | Ley N° 24.417 "De protección contra la violencia familiar" (7 de diciembre de 1994) (1). |
| Chile | Ley N° 19.325 "Establece normas sobre procedimiento y sanciones relativas a los actos de violencia intrafamiliar" (19 de agosto de 1994) (1). |
| Colombia | Ley N° 294 "Normas para prevenir, remediar y sancionar la violencia familiar" (16 de julio de 1996) (1). |
| Costa Rica | N° 7.586 "Ley contra la violencia doméstica" (abril de 1996) (1). |
| Ecuador | N° 839 "Ley contra la violencia a la mujer y a la familia" (14 de noviembre de 1995) (1). |
| El Salvador | "Preventiva de violencia intrafamiliar" (noviembre de 1995) (1). |
| México | "Ley de asistencia y prevención de la violencia intrafamiliar" (26 de abril de 1996) (1). |
| Nicaragua | N° 230 "Modificatoria del Código Penal" (9 de octubre de 1996) (1). |
| Perú | N° 26.260 "Ley sobre política del Estado y de la sociedad frente a la violencia familiar" (12 de diciembre de 1993) (1). |

| | |
|----------------|--|
| Uruguay | N° 16.707 "Artículo 18 de la Ley de seguridad ciudadana modifica el Código Penal" (12 de julio de 1995) (1). |
|----------------|--|

Fuente: Elaboración propia

Legislación sobre la violencia de género en Bolivia

Tabla 4: Leyes de legislación en Bolivia

| | |
|---|---|
| Ley Integral Para Garantizar A Las Mujeres Una Vida Libre De Violencia | Modificada a los pocos días por la Ley 369, Ley General De Las Personas Adultas Mayores el 1 de Mayo del 2013 (19). |
| Delito de violación: Art. 2 que modifica el 308 “Delitos Contra La Libertad Sexual” del código penal | Contempla la penetración anal o vaginal con fines libidinosos, empleando violencia tanto física como psicológica (intimidación). De igual manera, se considera violación cuando se aprovecha la condición mental de un individuo para realizar misma penetración anal o vaginal (19). |
| Ley 2033: Contra la Violencia en la familia o doméstica | La Violencia Intrafamiliar es la agresión física, sexual o psicológica cometida por: Parientes civiles o afines en línea directa y colateral, ascendientes, tutores, encargados de custodia, hermanos, cónyuge o conviviente (19). |
| Ley 348: LEY INTEGRAL PARA GARANTIZAR A LAS MUJERES UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIA | El mandato constitucional y en los Instrumentos, Tratados y Convenios Internacionales de Derechos Humanos ratificados por Bolivia, que garantizan a todas las personas, en particular a las mujeres, el derecho a no sufrir violencia física, sexual y/o psicológica tanto en la familia como en la sociedad.(36) |

Fuente: Elaboración propia

COMUNICACIÓN SOBRE LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER

Campaña de Salud Reproductiva

Campaña resaltada en el contexto de canales de comunicación contra la violencia de género como 'buen ejemplo', aumentando el número de usuarios de métodos de planificación familiar en un 8,7% (1).

Canales interpersonales, grupales y masivos

Se refiere a canales de comunicación a tres tipos de medios de comunicación interpersonales cuando son medios de comunicación entre las mujeres, los maridos y los proveedores de servicios de salud, material impreso y afiches con el nombre de los consultorios, y casetes que se pasaban en autobuses. (1).

Los medios de comunicación grupal a las asociaciones y sindicatos que difunden el material promocional a dirigentes juveniles para que lo usarán en programas de educación en las escuelas y los vecindarios". Finalmente, los canales masivos se refieren a los medios de comunicación social (1).

CONSECUENCIAS PARA LA VÍCTIMA DE VIOLENCIA DE GÉNERO

Costos directos

Son los bienes y servicios utilizados para combatir la violencia doméstica como ser gastos médicos, terapia psicológica, servicios policiales, trámite judicial y vivienda transitoria (1).

Costos no monetarios

Se engloban aquellos daños a la salud que no implican un coste médico como la probabilidad de sufrir alcoholismo, drogadicción o trastornos depresivos, así como también el incremento de la morbilidad y mortalidad por homicidio y suicido.

Costos económicos

Las consecuencias de la violencia contra la mujer con una menor participación de la mujer en el mercado laboral, menor productividad en el trabajo, ausentismo laboral, menores ingresos y un impacto en la productividad laboral (1).

Costos laborales y sociales

Corresponde a la pérdida de días laborales o simplemente en la capacidad de las mujeres en obtener ingresos y comprende principalmente el deterioro de la calidad de vida y menor participación en los procesos democráticos (1).

PANORAMA GENERAL DE LA AGRESIÓN SEXUAL

La violencia sexual se reconoce como una forma de dominio y poder sobre otra persona, a quien el agresor percibe como inferior u objeto sexual, es una forma de violencia que se ejerce principalmente contra las mujeres, las niñas y los niños. Por ello, la violencia sexual vulnera la libertad y el derecho a decidir de las personas sobre el ejercicio de su sexualidad, provocando daños graves a la salud física y mental de quienes son objeto de esta brutal violencia. (35)

PROTOCOLOS INTEGRALES PARA LA ATENCIÓN DE VÍCTIMAS DE AGRESIÓN SEXUAL

Es el conjunto de procedimientos establecidos, especificados, escritos y detallados de la actuación en el ámbito de la práctica sanitaria, psicosocial y legal para la atención de víctimas de violencia sexual siguiendo los principios de emergencia, accesibilidad y respeto, principio de integridad, principio de interculturalidad y el de utilidad procesal (25).

Casos de denuncia inmediata

Son aquellas que se denuncian ante la policía o el Ministerio Público dentro de las 24 horas después de ocurrido el episodio de violencia sexual y con este antecedente

(en los casos de denuncia inmediata) la policía deberá actuar de manera inmediata (25).

Casos de denuncia tardía

Son aquellos casos de denuncia que se realizan ante la policía o el Ministerio Público después de las 24 horas, en algunos casos. Así haya pasado más de 72 horas, la policía debe, obligatoriamente, recibir la denuncia y no rechazarla o bien derivarla al Ministerio Público para que la víctima denuncie allí (Art.284 o de la Ley 1970 Código de Procedimiento Penal) (25).

Casos de silencio descubierto

Son aquellos en los que para víctima no es aquella persona que presenta la denuncia por sí, sino que es presentada por un tercero al indagar, observar determinada patología, por denuncia o comportamiento que encubre la violencia sexual (Esta es el tipo de violencia que puede presentar un profesional en salud) (25).

Casos de violencia intrafamiliar y/o doméstica

Son aquellos abusos físicos, psicológicos o sexuales que suceden dentro de una relación de pareja, las cuales deben denunciarse debidamente frente la policía o el Ministerio Público (25).

PROTOCOLOS MÉDICOS FRENTE A LA VIOLENCIA DE GÉNERO

Violación

Anamnesis e inspección

Se deberá utilizar lenguaje claro y comprensible, libre de juicios de valor y se mantendrá la privacidad correspondiente. Posteriormente, se evaluará la constitución física de la víctima mediante la estatura, peso, desarrollo músculo esquelético, desarrollo genital, facies, condición de cabello y ropas (19).

Examen Físico

Área genital: Se busca “contusiones y desgarros de la vulva y horquilla, condición del himen (desgarros y equimosis, considerar ‘himen complaciente’), contusiones y desgarros de la vagina y del fondo de sacos vaginales, contusiones y desgarros del recto, ano y periné, ubicar el sitio del desgarró, indicar si es antiguo o reciente, si es completo o incompleto” (19).

Área paragenital: Se busca “estigmas ungueales, equimosis por depresión digital y por golpes, erosiones y excoriaciones en regiones glúteas por arrastre. Contusiones y desgarros perineales y vesicales, hematomas pubianos, hematomas y excoriaciones en cara interna de muslos” (19).

Área extragenital: Se busca “erosiones y excoriaciones por arrastre, equimosis y hematomas producidos por golpes, equimosis por succión (sugilaciones) y por sujeción. Existen signos de lucha, defensa y arrastre, en ocasiones aparecen quemaduras por cigarrillo y amputación de los pies” (19).

Muestras para laboratorio

Se extraen tanto de la víctima como del supuesto victimario (en cual se encuentra a cargo de personal policial y judicial). Las muestras comprenderán: Manchas de sangre, semen (en vagina, boca, recto), ropas y fibras como tejidos, pelos, etc. También se considerarán estudios de genética forense, sangre, orina y restos ungueales (19).

Violencia Intrafamiliar

Obligatoriedad de denunciar

Los trabajadores en salud de establecimientos públicos o privados que reciban o presten atención a las víctimas de violencia, están obligados a denunciar estos hechos para su respectivo procesamiento (30).

Pruebas Médico-legales de maltrato

Se admitirá como prueba documental cualquier certificado médico expedido por profesional que trabaje en instituciones públicas y privadas de salud (31).

DOCUMENTOS MÉDICO – LEGALES

Dictamen

Puede encontrarse con el nombre de informe pericial. Este documento legal es emitido por orden de la autoridad jurídica, con el objetivo de que el profesional médico ilustre un hecho judicial a partir de su profesión (19).

Partes de un Dictamen o Informe Pericial

Preámbulo: Contiene el tipo de asunto, el nombre de las partes y el objetivo de la pericia. Además, contiene el título, nombre y residencia del perito y autoridad judicial que solicita la pericia (19).

Exposición: En la que se describen los objetos, personas y/o hechos de los cuales deben informarse. Así también, se describen las técnicas empleadas y los resultados extraídos por el perito (19).

Discusión: En esta parte se relacionan los elementos de estudio con las conclusiones obtenidas después del estudio, haciendo una evaluación lógica y clara de los datos (19).

Conclusión: Es el resumen categórico de la opinión del perito con respecto a los resultados obtenidos.

Fórmula final: Frecuentemente comprende las siguientes leyendas: “A la disposición del señor Juez, para cualquier información adicional que considere pertinente” o “Es cuanto puedo manifestar en cumplimiento de la misión que me ha sido encomendada” (19).

Certificado médico

Este documento otorga constancia de un hecho médico que fue comprobado con base a exámenes clínicos o que fue atestiguado por el médico que lo emite (6). Este mismo puede ser emitido por cualquier profesional médico independiente de su especialidad o si cuenta con una. A nivel nacional este documento está normatizado por la Ley 348.

Características de un certificado médico

Este documento presenta 2 características importantes: No va dirigido a nadie en particular y en este el médico revela el secreto profesional al ser solicitado por la parte interesada (19).

Aspectos que contiene el certificado médico

Según la Ley 348 el Ministerio de Salud emite el Certificado Médico y el Certificado Único en caso de violencia sexual constituyen documentos médicos que contienen los siguientes aspectos (6): Lugar y fecha de emisión del certificado médico, número de la matrícula profesional, el texto debe contener la semiología encontrada descrita según el orden anatómico estableciendo uno o más diagnósticos presuntivos y la firma y sello del profesional que otorga el certificado médico (19).

Falsedad ideológica en el certificado médico

En el Art. 201 del Código penal boliviano se refiere a Falsedad Ideológica a aquel Certificado Médico no verdadero que refiere a la existencia o inexistencia de alguna enfermedad o lesión (24). Si el Certificado Médico con Falsedad Ideológica repercute en una persona sana la sanción para quien la emitió será con reclusión de seis meses a dos años (19).

Certificado de defunción

Documento que certifica la causa de muerte emitido por el médico responsable al momento de la defunción y el cuál tiene propósitos civiles.

Consulta o Constancia

Llamada también opinión, es un informe breve que valora o estima algún aspecto de salud de una persona (19). Este documento puede ser emitido por personas no médicos (25).

Historia Clínica

Si bien tiene un valor médico exclusivo, en ciertas circunstancias puede adquirir un valor legal si contiene suficiente información acerca de los acontecimientos del diagnóstico, tratamiento y resultados (19). El Hospital donde se realizó la historia puede expedir las historias clínicas en los siguientes casos (19): Por orden judicial, a solicitud del paciente, con autorización escrita de un médico, a solicitud escrita de un médico, para continuar el tratamiento del paciente, con fines estrictamente científicos (en esta eventualidad se debe respetar el derecho a la confidencialidad, manteniendo el caso bajo anonimato) y a solicitud de una institución de seguros mediante petición escrita y autorización firmada por el asegurado (19).

V. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las agresiones sexuales constituyen un problema de salud pública mundial, que en los últimos años viene presentando un gran aumento en el número de casos reportados. Una de las causas del incremento del embarazo en adolescentes es la ausencia de educación integral sobre sexualidad lo que conlleva a la falta de prevención de la violencia en el noviazgo y la agresión sexual. En ese sentido, los jóvenes y adolescentes tienen una vida sexual sin información, educación ni salud apropiadas, en tal sentido en Bolivia la legislación es avanzada en cuanto a sexualidad, incluso la Constitución Política del estado reconoce a los derechos sexuales y derechos reproductivos, es importante que el estado amplíe el acceso de adolescentes a la educación sexual integral y laica, a la prevención y la salud sexual y reproductiva. (32)

Algo que se debe tomar en consideración es que la adolescencia constituye un período de la vida caracterizado por una vulnerabilidad especial, donde el embarazo y las infecciones de transmisión sexual (ITS), incluida la infección por VIH/SIDA, son las principales consecuencias de la actividad sexual precoz sin protección, lo que predispone una vida sexual con agresión. Finalmente, las condiciones de hacinamiento, pobreza, disfunción familiar, carencias afectivas, baja autoestima, deserción escolar y el consumo de alcohol y drogas son otros factores de riesgo importantes a considerar. (33)

En la gestión 2019 se registró 49.044 embarazos en adolescentes, en 2020 se llegó a 39.945, mientras que hasta julio de 2021 la cifra asciende a 22.221 gestaciones en menores de 18 años y la proyección hasta fin de año indica que existe la posibilidad de que ese dato se incrementa. (34)

En ese sentido, la agresión sexual, también constituye un factor muy importante en el desarrollo de la sexualidad de las mujeres en edad fértil, principalmente en las adolescentes. De este modo, se puede definir a la violencia sexual como un conjunto de procedimientos establecidos, especificados, escritos y detallados de la

actuación en el ámbito de la práctica sanitaria, psicosocial y legal para la atención de víctimas de violencia sexual siguiendo los principios de emergencia, accesibilidad y respeto, principio de integridad, principio de interculturalidad y el de utilidad procesal (25).

Por lo expuesto sobre el problema de salud pública referentes a las agresiones sexuales y sus consecuencias, desde el año de 2019 en el municipio de Caranavi el Instituto de Investigaciones Forenses funciona como centro de referencia de toda la región de los Yungas en la ciudad de La Paz.

VI. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

La pregunta de investigación del presente trabajo tiene un enfoque cualitativo y cuantitativo, en ese sentido, la pregunta se refiere a identificar:

¿CUÁLES SON LOS PRINCIPALES FACTORES HUMANOS INTRÍNSECOS O EXTRÍNSECOS PARA LA AGRESIÓN SEXUAL EN LOS HABITANTES DE LA POBLACIÓN REGISTRADOS EN LOS CERTIFICADOS MÉDICOS FORENSES EMITIDOS EN EL INSTITUTO DE INVESTIGACIONES FORENSES DE LA POBLACIÓN DE CARANAVI, LA PAZ - BOLIVIA GESTIONES 2019 – 2021?

VII. OBJETIVOS

A. OBJETIVO GENERAL

Establecer cuáles son los principales factores desencadenantes para las agresiones sexuales en los habitantes de la población registradas en los certificados médicos forenses emitidos en el instituto de investigaciones forenses de la población de Caranavi, gestiones 2019 – 2021

B. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Contribuir con información sobre las agresiones sexuales para las estadísticas departamentales y nacionales sobre este problema de salud pública.
2. Determinar el principal grupo etario que sufre las agresiones en la población de Caranavi.
3. Determinar la prevalencia de los delitos de agresiones sexuales en mujeres de la población de Caranavi.
4. Identificar las características de los delitos sexuales asociadas a la relación que existe entre el agresor y la víctima, al lugar donde se llevó a cabo el delito sexual y determinar si luego de consumarse el delito sexual de violación existió algún tipo de Infección de Transmisión Sexual.
5. Proponer un modelo de ficha de referencia y flujograma para interconsulta con especialidad de ginecología. (ANEXO 1)

VIII. DISEÑO METODOLOGICO

A. TIPO DE ESTUDIO

El presente trabajo se desarrolló con un enfoque mixto (cuantitativo y cualitativo), con un diseño no experimental retrospectivo tipo transversal con alcance descriptivo

8.1. Enfoque mixto (cuantitativo - cualitativo)

El presente trabajo tiene como enfoque mixto, en ese sentido, es importante mencionar que en los objetivos y principalmente el instrumento de recolección de información (certificados médicos forenses) contienen variables medibles y cuantificables con sus respectivas unidades de medición como también variables cualitativas.

Al tener un estudio con un enfoque mixto, se deja en claro que se realizará un análisis estadístico descriptivo e inferencial, donde el periodo de análisis corresponde a los años 2019 – 2021.

8.2. Diseño

Referente al diseño corresponde a un diseño de tipo no experimental, transversal retrospectivo, puesto que hay intervención ni control de ninguna de las variables que serán analizadas.

El presente trabajo es de tipo transversal dado que constituye una investigación netamente observacional, analizando información de variables recolectadas en un determinado tiempo sobre una población definida. Según Sampieri (35) este tipo de estudio se lo denomina como estudio de corte transversal o estudio de prevalencia.

8.3. Alcance

Lo que se refiere al alcance de este trabajo corresponde a un alcance descriptivo puesto que se realizará una descripción cuantitativa y cualitativa de los certificados médicos forenses realizados por profesionales especializados en la elaboración de dicha información, por lo que se cuenta con información fidedigna para el análisis de la información.

B. POBLACIÓN Y LUGAR

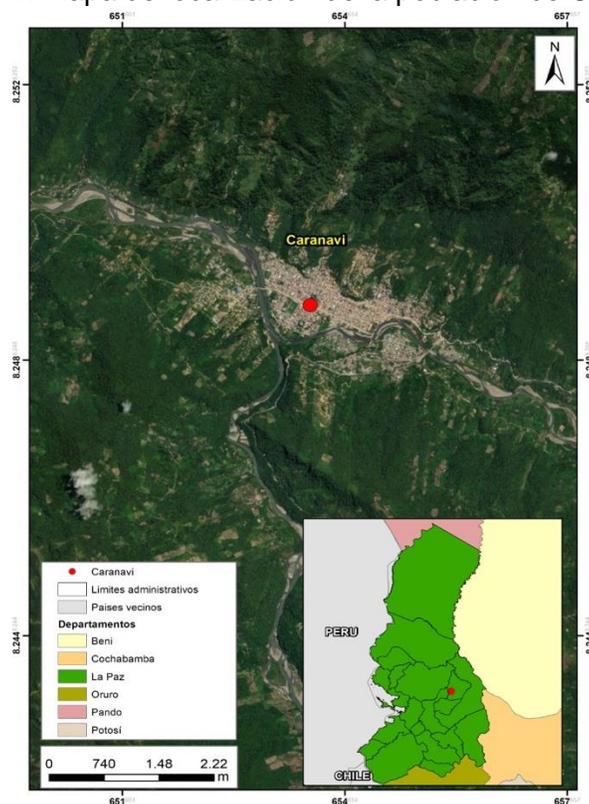
8.4. Delimitación Espacial

La Ley de Municipalidades N° 2028 de fecha 28 de octubre de 1999, que regula el régimen municipal establecido en la Constitución Política del Estado vigente en ese

periodo, define que el Municipio es la unidad territorial, política y administrativamente organizada, en la jurisdicción y con los habitantes de la Sección de Provincia, base del ordenamiento territorial del Estado Unitario y democrático de Bolivia; por lo que, la Primera Sección de la Provincia Caranavi, se constituye en el Municipio de “Caranavi. (Figura 4)

Extensión La jurisdicción municipal de Caranavi posee una superficie aproximada de 1.771,47 km² (6) ocupando el 47,75% del territorio de la provincia Caranavi que posee una superficie de 3.710 km² y el 1,32% del departamental

Figura 4: Mapa de localización de la población de Caranavi



Fuente: Elaboración propia

Límites territoriales

Los límites territoriales del municipio en los cuatro puntos cardinales se encuentran distribuidos de la siguiente manera: Norte: Municipio de Alto Beni y Teoponte. Sur: Municipio de Coroico y Coripata. Este: Municipio de la Asunta y Alto Beni. Oeste: Municipio de Teoponte y Provincia Murillo. Latitud y Longitud El municipio a partir

de la línea del Ecuador y el meridiano de Greenwich, se ubica entre los 15° 32' 30.00" y 16° 07' 3.00" de latitud sur y 67° 44' 50.00" y 67° 13' 50.00" de longitud oeste, por lo que geográficamente se localiza en la región sub andina. (6)

Figura 5: Límites de la población de Caranavi



Fuente: INE, 2016

8.5. Delimitación Temporal

La población total del Gobierno Autónomo Municipal de Caranavi, según el censo 2001 estaba compuestas por 43.060 habitantes, en la actualidad la población total según el censo 2012 es de 50.330 habitantes. (6)

En ese sentido, la población atendida en el Instituto de Investigaciones Forenses de la población de Caranavi (IDIF – Caranavi) en la población de Caranavi y poblaciones vecinas corresponde a todos los pacientes atendidos entre las gestiones de 2019 a 2021 que acudieron a consulta médica los cuales corresponden a 163 pacientes.

C. CRITERIOS DE SELECCIÓN

Para este trabajo fueron considerados los siguientes criterios:

1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Todos los certificados médicos forenses por agresión sexual que fueron atendidos en el Instituto de Investigaciones Forenses (IDIF) de la población de Caranavi en las gestiones de 2019 a 2021 y que contienen un certificado forense.

2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Pacientes que hayan sufrido algún tipo de agresión pero que no hayan sido atendidos en el Instituto de Investigaciones Forenses (IDIF) de la población de Caranavi

D. VARIABLES (operacionalización de variables)

Considerando que el presente trabajo contiene un enfoque cuantitativo, sin embargo, como la información recolectada fue a través de los certificados forenses también se mostrará la operacionalización de variables cuantitativas y cualitativas.

VARIABLES CUANTITATIVAS

Edad: Esta variable es fundamental para el presente trabajo, de tipo cuantitativa, cuya unidad de medición corresponde a número de años cumplidos registrado en los certificados forenses, el indicador corresponde a los porcentajes.

Género: Variable cuantitativa dicotómica nominal (masculino – femenino). Indicador en porcentajes.

Tiempo en que demoró en la atención: Variable cuantitativa, con unidad de medición en tiempo (días). Indicador en porcentaje.

Días de incapacidad: Variable cuantitativa, con unidad de medición en tiempo (días). Indicador en porcentaje.

VARIABLES CUALITATIVAS

Estado civil: Variable cualitativa nominal (Soltera, casada, viuda, otros) Indicador en porcentaje.

Agresión sexual: Variable cualitativa nominal (denuncia, sospecha) Indicador en porcentaje.

Antecedentes del hecho: Variable cualitativa nominal (lugar; agresor; quien acompaña a la víctima, otros) Indicador en porcentaje.

Acciones posteriores al hecho: Variable cualitativa nominal (lavado genital; relaciones sexuales antes y después de las 72h del hecho, otros) Indicador en porcentaje.

Antecedentes médico legal: Variable cualitativa nominal (Uso de algún método anticonceptivo; Antecedente de algún abuso anterior, otros) Indicador en porcentaje.

Examen físico: Variable cualitativa nominal (todas las partes del cuerpo) Indicador en porcentaje.

La tabla 5 se presenta la operacionalización de las variables destacando el tipo de variables que fueron analizadas, la escala, el indicador y sus respectivas definiciones. Esto permite una organización ordenada de la información y la elaboración de los resultados.

Tabla 5: Operacionalización de variables

| No | VARIABLE | TIPO DE VARIABLE | ESCALA | INDICADOR | DEFINICIÓN |
|----|-------------------|----------------------|---------------------------------------|------------|--|
| 1 | Fecha de registro | Cuantitativa Ordinal | Registro en los certificados forenses | Porcentaje | Fecha en la que se realizó el registro de la agresión. |
| 2 | Fecha de agresión | Cuantitativa Ordinal | Registro en los certificados forenses | Porcentaje | Fecha en la que se realizó el registro de la agresión. |

| | | | | | |
|---------------------------------|---|------------------------|--|------------|--|
| 3 | Tiempo que demoró para realizar la denuncia | Cuantitativa Ordinal | días | Porcentaje | Tiempo en el que las víctimas demoraron para realizar la denuncia de la agresión física y/o sexual |
| 4 | Género | Cualitativa nominal | Masculino Femenino Transgénero | Porcentaje | Se refiere a la sexualidad de la víctima. |
| 5 | Edad | Cuantitativa ordinal | años | Porcentaje | Se refiere a la edad de la víctima |
| 6 | Estado civil | Cualitativa nominal | Soltera Casada Divorciada Concubina Unión libre | Porcentaje | El estado civil de la víctima que sufrió la agresión física y/o sexual. |
| 7 | Agresión sexual | Cualitativa dicotómica | Denuncia Sospecha | Porcentaje | Denuncia de la agresión física y/o sexual. |
| Factores desencadenantes | | | | | |
| 8 | Agresor | Cualitativo nominal | Esposo Concubino Hermano Amigo Enamorado Padrastro Tío No refiere | Porcentaje | Individuo que realizó el abuso físico y/o sexual, según el registro del certificado forense |
| 9 | Menarca | Cuantitativa | Años | Porcentaje | Primera menstruación |
| 10 | Embarazo | Cuantitativa | numérico | Porcentaje | Número de embarazos |
| 11 | Partos | Cuantitativa | numérico | Porcentaje | Número de partos |
| 12 | Cesáreas | Cuantitativa | numérico | Porcentaje | Número de cesáreas |

| | | | | | |
|--------------------------------------|---|---------------------------|--|------------|---|
| 13 | FUM | Cuantitativa Ordinal | Registro en los certificados forenses | Porcentaje | Fecha en la que se dio la última menstruación. |
| Acciones posteriores al hecho | | | | | |
| 14 | Lavado genital | Cualitativa dicotómica | Si No | Porcentaje | Registro en el certificado forense |
| 15 | Relaciones sexuales antes o después de las 72 del hecho | Cualitativa dicotómica | Si No | Porcentaje | Registro en el certificado forense |
| 16 | Métodos anticonceptivos | Cualitativa dicotómica | Si No | Porcentaje | Registro en el certificado forense |
| 17 | Abuso sexual anterior | Cualitativa nominal | Si No No refiere | Porcentaje | Registro en el certificado forense |
| 18 | Edad que sufrió la agresión | Cuantitativa | Años | Porcentaje | Registro en el certificado forense |
| Examen Físico General | | | | | |
| 19 | Estado | Cualitativa nominal | Consciente Poco orientada No lucida Discapacidad motora | Porcentaje | Registro en el certificado forense |
| 20 | Colaborativa | Cualitativa nominal | Si Colabora No colabora | Porcentaje | Registro en el certificado forense |
| Examen Genital y Proctológico | | | | | |
| 21 | Membrana Himeneal | Cualitativa nominal | Desgarro completo Desgarro incompleto Integro Regulares | Porcentaje | Región anatómica donde se encuentra la lesión, registrado en el certificado forense |

| | | | | | |
|----|--------------------------|---------------------|--|------------|---|
| | | | Irregulares | | |
| 22 | Labios mayores y menores | Cualitativa nominal | Normal Eritema Laceración Eritema Equimosis Excoriación | Porcentaje | Región anatómica donde se encuentra la lesión, registrado en el certificado forense |
| 23 | Clítoris | Cualitativa nominal | Normal Eritematoso En desarrollo | Porcentaje | Región anatómica donde se encuentra la lesión, registrado en el certificado forense |
| 24 | Ano | Cualitativa nominal | Piel perianal Pliegues perianales | Porcentaje | Región anatómica donde se encuentra la lesión, registrado en el certificado forense |
| 25 | Muestras biológicas | Cualitativa nominal | Si No | Porcentaje | Material biológico de origen humano registrado en el certificado forense |

Fuente: Elaboración propia

PLAN DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Referente al plan de análisis, el instrumento de recolección de datos correspondió a los certificados médicos forenses emitidos por especialistas en el Instituto de Ciencias Forenses de la comunidad de Caranavi.

Posteriormente fue elaborada una base de datos donde se evaluaron las variables cuantitativas y cualitativas, tipo de variable, escala y sus respectivos indicadores. En seguida, se realizó un análisis de porcentajes, frecuencias absolutas y relativas, para organizar las variables en tablas de frecuencias.

Además, se realizó el análisis de los valores máximos, mínimos, medidas de tendencia central (media, moda y mediana) y de variabilidad (rango y desvío standart);

E. ASPÉCTOS ÉTICOS

Se siguieron todas las normar éticas para desarrollar el trabajo. En primera instancia se solicitó la autorización del Instituto de Investigaciones Forenses de la ciudad de La Paz para la revisión de los certificados forenses.

Posteriormente, se siguió todas las normas éticas de utilizar la información con el fin netamente académico, sin realizar la divulgación de cualquier información personal de los casos registrados.

IX. RESULTADOS

Los resultados fueron obtenidos se encuentran ordenados en la secuencia de los objetivos planteados. En ese sentido, la Figura 6 presenta un diagrama circular de porcentajes, referente a las agresiones sexuales por grupo etario de todas las agresiones entre las gestiones de 2019 a 2021. Del mismo modo, la figura también presenta las agresiones por sexo. Referente a la variable sexo que sufre más estas agresiones el 94% (153 casos) corresponde al femenino y el 6% (10 casos) al masculino, si bien es algo aparentemente obvio ese porcentaje, llama la atención ese 6%, puesto que en antiguamente las agresiones sexuales eran casi exclusivas hacia el sexo femenino, ahora ya se pueden observar casos de agresión sexual al sexo masculino inclusive en regiones rurales como es el caso de Caranavi.

Es importante recordar el concepto de agresión sexual que constituye todo acto sexual; tentativa de consumir un acto sexual; insinuaciones sexuales no deseados (36, 37). De esta forma, es muy importante destacar que el 100% de los casos correspondieron a agresiones sexuales, de los cuales 10 casos (6%) fueron con agresiones físicas.

Lo que se refiere al análisis de la variable edad, fueron agrupados por grupos etarios, el criterio utilizado para la división, fue la ley de Sturquest¹ obteniendo cuatro clases. Del mismo modo, se calculó el valor mínimo (2 años); el máximo (61 años); amplitud de 15 años. De esta forma, se destaca el grupo de los 2 a 16 años de edad, que representan el 81% y el segundo grupo que corresponde entre los 17 a 31 años, representan el 17%.

Entre las agresiones psicológicas, física y/o sexuales. Las físicas y/o sexuales representan el 98% del total de registros, estos acontecen desde los primeros años de vida hasta los 31 años. Llama mucho la atención las agresiones en la niñez y

¹ La ley de Sturquest permite realizar el cálculo de número de clases en una tabla de frecuencias, dando una validez estadística a una tabla de frecuencias.

adolescencia, resaltando un serio problema de salud pública en la comunidad de Caranavi.

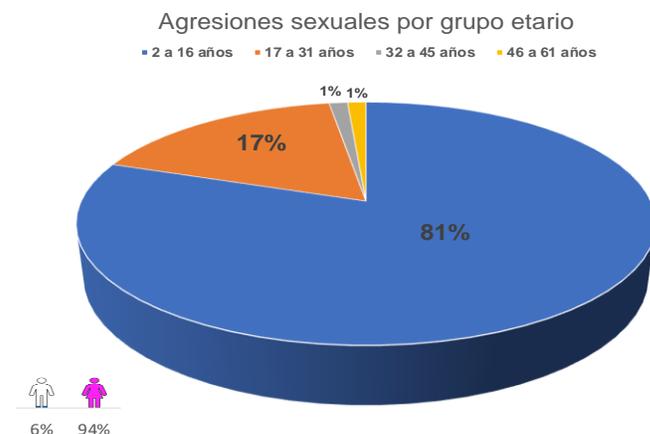


Figura 6: Agresiones sexuales por grupo etario y sexo

En la Figura 7 se presenta el tipo de relación entre la víctima y el agresor. En primera instancia, fueron divididos en dos tipos de agresores: Familiares y Personas del entorno cercano o distante de la víctima, en las próximas figuras serán discriminados cada uno de estos grupos. Así, se destaca que más de la mitad (56%) de las agresiones registradas en los años 2019 a 2021 fueron realizadas por familiares, es decir, personas que están en el mismo domicilio, lo que induce a una hipótesis que dichas agresiones sean de manera frecuente.

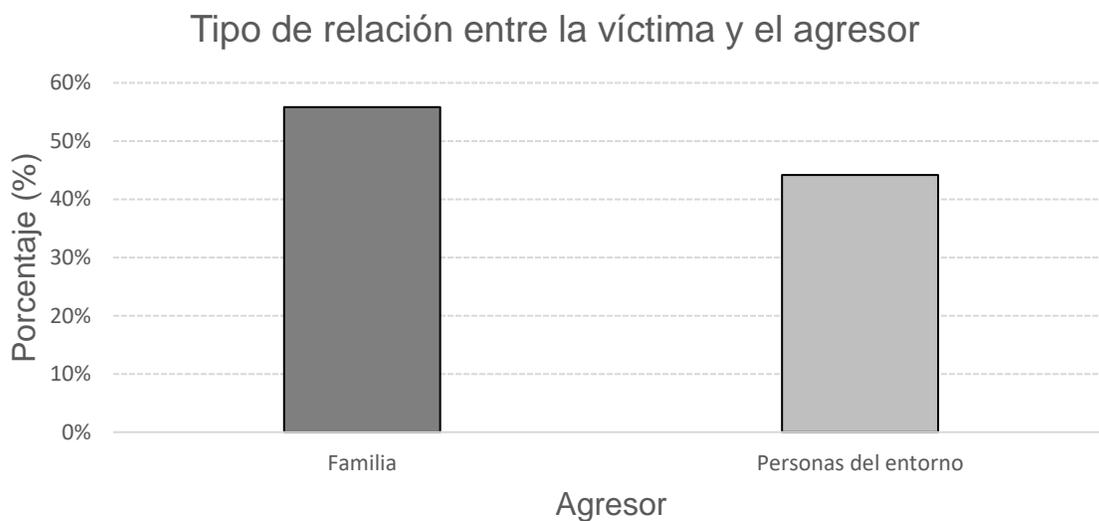


Figura 7: Tipo de relación entre la víctima y el agresor

Fuente: Elaboración propia

Realizando un análisis más exhaustivo las figuras 8 y 9 presentan una discriminación entre los dos grupos mencionados en la figura 7. De esta forma, la figura 8 muestra que el 33% de las agresiones que no sean por los familiares, fueron por personas totalmente desconocidos a la víctima, por otra parte, un 24% corresponden a los vecinos, es decir personas que conocen de alguna forma la víctima y que pudieron planificar la agresión. Los agresores que fueron denominados como sin información, corresponden a personas que tuvieron encuentros casuales con la víctima. De la misma forma, fueron registrados casos donde el agresor corresponde al profesor de la víctima. Por fin, se observa que no hay un solo entorno, si no varios, en donde acontecen las agresiones físicas y/o sexuales.

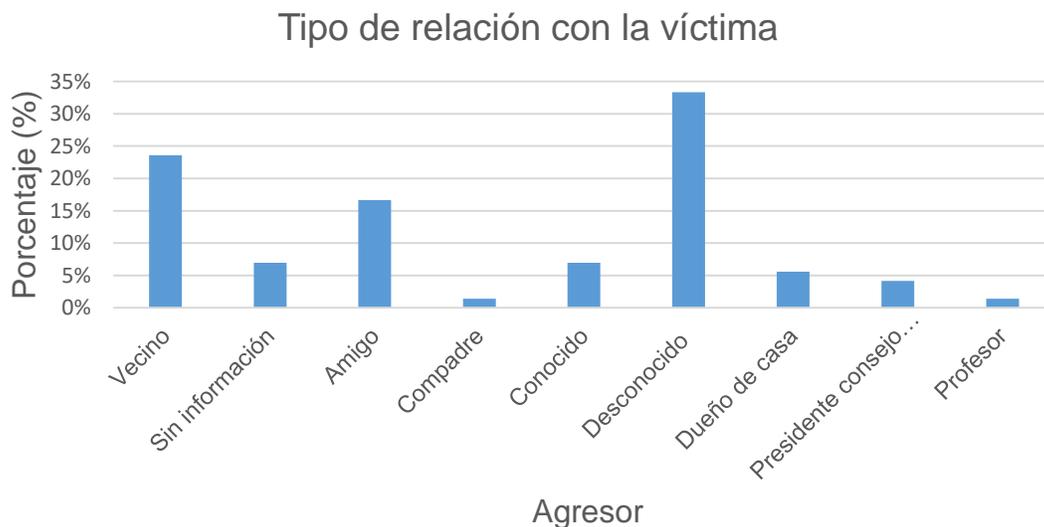


Figura 8: Tipo de relación con la víctima
Fuente: Elaboración propia

En la figura 9 se presenta la relación familiar entre el agresor y la víctima, se destaca que los familiares más cercanos, son los agresores más comunes, resaltando al padre (23%), esposo (15%), padrastro (12%), hermano (10%) y tío (13%), están en contacto y conviven con las víctimas.

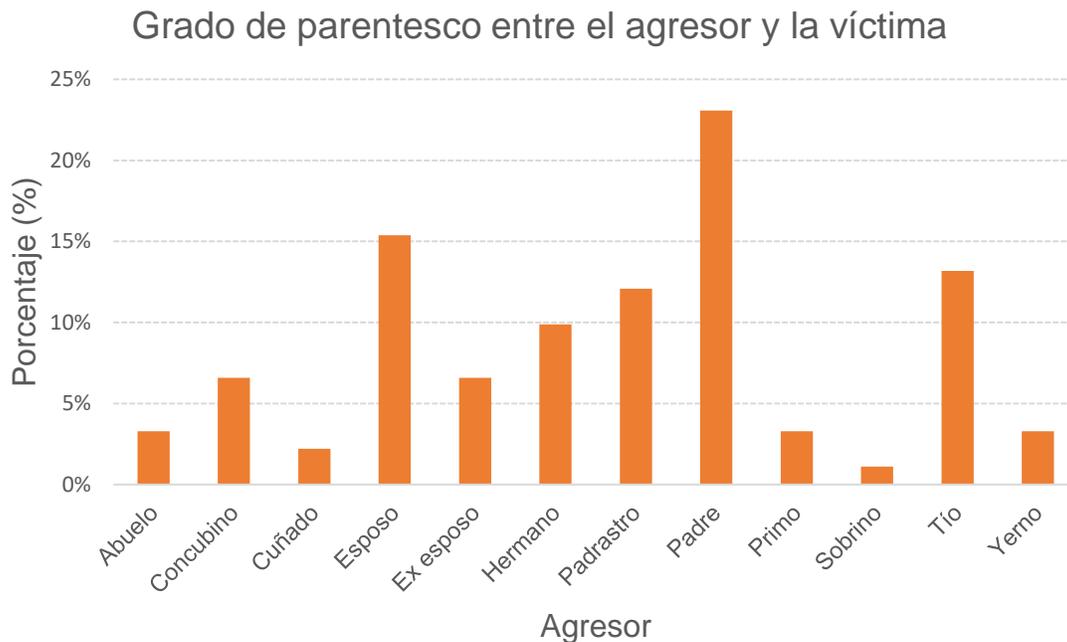


Figura 9: Grado de Parentesco entre el agresor y la víctima
Fuente: Elaboración propia

Por lo expuesto anteriormente, se observó que los agresores son personas muy cercanas a la víctima y que inclusive conviven con estas. Así, se realizó una indagación más exhaustiva para evaluar si el registro de la agresión sexual es el primero o ya se cuenta con algún antecedente. Recordando que agresión sexual es todo acto sexual o tentativa de consumar un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseadas, acciones para comercializar o utilizar de cualquier modo la sexualidad de una persona, mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de ésta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo (36, 37).

En ese sentido, la figura 10 presenta los antecedentes de una agresión sexual previa al registrado, se observa que el 22% de las víctimas son víctimas recurrentes

de agresiones sexuales, destacando a principalmente a los familiares. Por otro lado, el 6% refiere tener la sospecha de sufrir algún intento de abuso y el 4% sufrieron toques impúdicos.

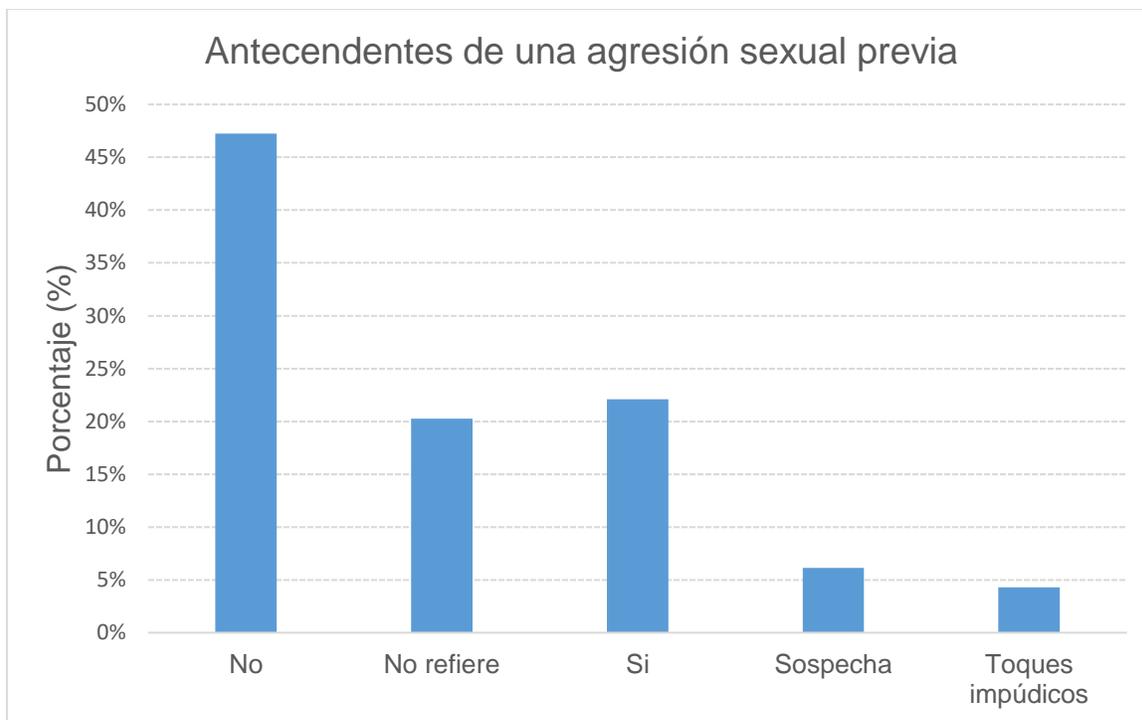


Figura 10: Antecedentes de agresión sexual previa
Fuente: Elaboración propia

Otro punto a destacar en el análisis de los resultados, corresponde a la evaluación de realización de exámenes de investigación que corresponde a la prueba de colecta de muestra de Hisopado vaginal, en ese sentido la Figura 11 se observa que el 58% de las víctimas rechazaron dicho procedimiento, recordando el análisis de frecuencia de edades, estos fenómenos pueden deberse a que más del 80% de las víctimas son menores de edad (Figura 12). De la misma manera, los acompañantes de las víctimas fueron las madres y en el registro del certificado forense, refieren que fue realizado un lavado genital previo en el 95% de las víctimas y las víctimas que corresponden a los grupos de edad mayores de edad, en 36 casos, se refieren haber tenido más agresiones sexuales, posterior a la forzada.

Para que no exista errores de interpretación de la Figura 12, es importante recordar el concepto de agresión sexual que constituye todo acto sexual; tentativa de consumir un acto sexual; insinuaciones sexuales no deseados (36, 37).

Toma de muestra de Hisopado - Post agresión sexual

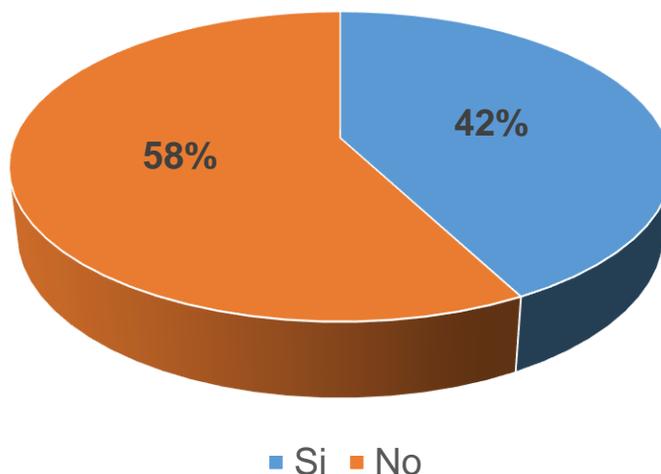


Figura 11: Frecuencia de toma de muestra de hisopado vaginal posterior a la agresión sexual
Fuente: Elaboración propia

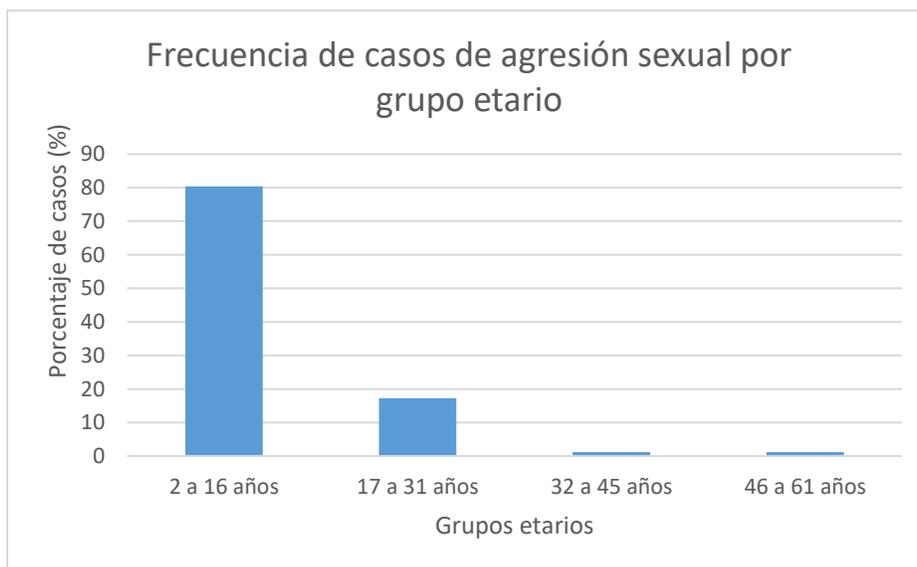


Figura 12: Frecuencia de casos de agresión sexual por grupo etario
Fuente: Elaboración propia

La Figura 13 presenta la frecuencia de las circunstancias en la que se dio la agresión sexual, de las cuales 106 reportaron que no tienen un registro del lugar o las circunstancias en la que se dio la agresión. Sin embargo, en 10 casos se presentó el antecedente de consumo de bebidas alcohólicas y 32 casos de agresiones dentro del domicilio de la víctima.



Figura 13: Circunstancias en la que se dio la agresión sexual
Fuente: Elaboración propia

Para finalizar el análisis descriptivo de los certificados forenses, la figura 15 las características anatómicas de la membrana himeneal, cabe mencionar que todas las características orientan al médico forense a evaluar el grado de lesión. Destacando al padre (23%), esposo (15%), padrastro (12%), hermano (10%) y tío (13%), están en contacto y conviven con las víctimas, de las cuales 80% eran menores de edad (Figura 13); 67% no iniciaron la vida sexual; 22% ya habían iniciado su vida sexual no eran vírgenes y un 10% de las víctimas refirieron que no llegaron al acto de penetración y llegaron a toques impúdicos

En ese sentido, los certificados forenses, también reportaron que el 80% de las víctimas presentaron equimosis en las partes genitales y la parte interna de los

muslos. En tanto que, al examen físico general y segmentario, las lesiones no son significativas. Dichas lesiones en algunos casos llegaron a que las víctimas tengan hasta quince días de impedimento laboral.

Por otra parte, fueron registrados cinco contagios de hepatitis b, no se reportaron casos de embarazos, reportados en los certificados médico forenses.

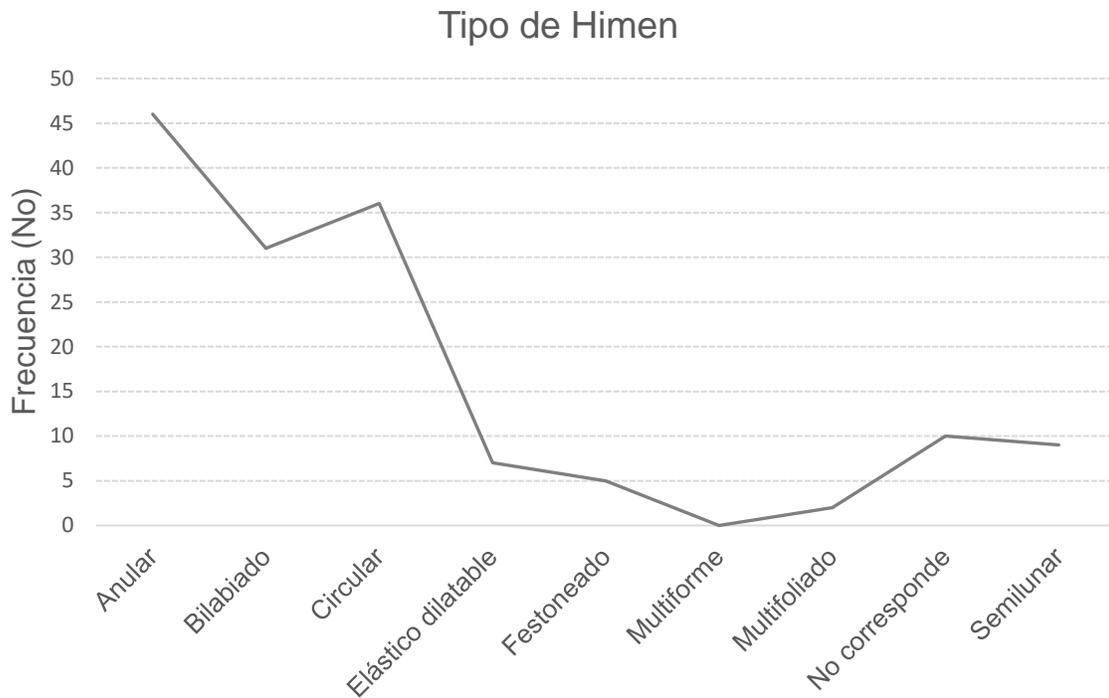


Figura 14: Tipo de himen
Fuente: Elaboración propia

X. DISCUSIÓN

La agresión sexual es un problema de salud pública a nivel mundial, en España con el apoyo de la Unión Europea donde tramitan esta gestión en las Cortes Generales para la reducción de la violencia sexual. Actualmente existen diferencias muy significativas en las leyes para reducir las agresiones sexuales.

La Organización Mundial de la Salud reconocida mundialmente no contine acciones contra la lucha sobre la desigualdad entre los sexos, en ese sentido, es de vital importancia mostrar estudios para reforzar la organización estructural en la

legislación y lucha contra este tema. Un ejemplo a nivel mundial es el de España donde se realizaron convenios internacionales de derechos humanos que dictaminan la lucha contra cualquier tipo de violencia contra las mujeres, destacando las agresiones sexuales, así, en España el año 10/2022 el 6 de septiembre fue creada la Ley que garantiza la libertad sexual “consolidación del Pacto de Estado contra la Violencia de Género, la nueva Ley de salud sexual y reproductiva y de interrupción voluntaria del embarazo, y la Ley Orgánica de garantía integral de la libertad sexual” .

A nivel mundial hasta un 90% de las agresiones sexuales contra el sexo femenino permanece sin una condena y sin denuncias de los casos, destacando las violencias dentro del ámbito de la pareja o cercanos dentro del hogar. Todo esto con el afán de controlar la serie histórica de la última década muestra la evolución creciente de los delitos sexuales. Entre 2012 y 2021, el incremento de los delitos sexuales registrados en 10 años es de un 88,9%.

El incremento de los delitos sexuales para los nueve primeros meses de 2022 es del 16,3% respecto al mismo periodo del año anterior. De ellos, las violaciones registradas aumentaron un 21,5%. Entre enero y septiembre de 2022 se registraron 13.455 delitos contra la libertad sexual, de ellos, 1.942 violaciones, lo que supone un ratio de 7 violaciones al día en 2022.

La mitad de la violencia sexual registrada tiene víctimas menores. Del total de victimizaciones (16.986), 8.317 son sobre menores (de ambos sexos). Eso supone un 49% de victimizaciones. De ellas, las victimizaciones de niñas (0-17 años) son el 83%, frente al 17% las de niños.

La violencia sexual con responsables múltiples representa un 4,3% del total de las agresiones y abusos sexuales registrados en 2021. Entre los 371 casos de 2016 y los 573 de 2021, el incremento del número de casos anuales ha sido del 54,4%. Las violaciones en grupo se asocian en el imaginario patriarcal actual a la pornografía, que se ha convertido en un grave problema de anti-educación sexual.

El presente trabajo presenta la información suficiente para destacar que las agresiones sexuales, constituyen un problema de salud pública a nivel mundial muy significativo, dado que, los últimos años viene presentando un gran aumento en el número de casos reportados. Este problema de salud pública, conlleva embarazos no deseados, aumento de las infecciones de transmisión sexual. en tal sentido en Bolivia la legislación es avanzada en cuanto a sexualidad, incluso la Constitución Política del estado reconoce a los derechos sexuales y derechos reproductivos, es importante que el estado amplíe el acceso de adolescentes a la educación sexual integral y laica, a la prevención y la salud sexual y reproductiva. (32, 33).

A nivel mundial, las agresiones sexuales llegan a ser relacionados con los feminicidios, llegando tasa de homicidios de aproximadamente 30 por 100.000 habitantes. (1). Uno si no, el principal factor desencadenante para este problema es el machismo marcante en los países latinoamericanos en pleno siglo XXI. En la gestión 2019 se registró 49.044 embarazos en adolescentes, en 2020 se llegó a 39.945, mientras que hasta julio de 2021 la cifra asciende a 22.221 gestaciones en menores de 18 años y la proyección hasta fin de año indica que existe la posibilidad de que ese dato se incrementa. (34) Las leyes existentes y vigentes en Bolivia, no han sido suficiente medida de control para la propagación de este problema y que ha llegado a las regiones rurales, como es el ejemplo de la comunidad de Caranavi.

XI. CONCLUSIONES

La violencia y/o agresión contra el sexo femenino es el foco de muchos estudios en Latinoamérica dado como consecuencia de una ideología machista en los países latinoamericanos, constituyendo una de las mayores faltas a los derechos humanos a nivel mundial, y que no tiene una respuesta y/o solución por las autoridades nacionales y mundiales.

Estas transgresiones generaron movimientos feministas que buscan la erradicación de una cultura latinoamericana machista, dado que a nivel mundial existe un silencio contra esta falta gravísima que corresponde a la “cultura” de las agresiones contra

la mujer, llegando a ser catalogada como “terrorismo sexual”, puesto que ya se tiene como grande consecuencia el feminicidio. Esto orienta a la generación de un feminismo radical sobre la lucha contra el machismo y la reivindicación de la libertad sexual, donde el sexo femenino puedan hacer lo que desean y no lo que la sociedad lo “considera” correcto sin ningún tipo de dominación masculina.

Mediante el presente trabajo es posible considerar algunos factores específicos en relación a las agresiones sexuales principalmente en contra del sexo femenino en la población de Caranavi. En ese sentido, el primer punto a ser considerado es que no existe más una edad específica para las agresiones sexuales, se ha visto que todos los grupos etarios son vulnerables para este problema, pero hay más casos de agresión sexual por año. Sin embargo, en el presente trabajo se constató que la población de Caranavi, las agresiones sexuales, fueron en un 80% a menores de edad, lo que llama la atención de sobre manera, para que exista un mayor control de la aplicación de las leyes que castigan dicho delito.

Esto conlleva a otro problema de salud pública, como son el incremento de las enfermedades de transmisión sexual, principalmente en las adolescentes y jóvenes que constituyen un grupo etario bastante vulnerable. A estos dos factores se adhieren las condiciones de hacinamiento, pobreza, disfunción familiar, carencias afectivas, baja autoestima, deserción escolar y el consumo de alcohol y drogas son otros factores de riesgo importantes a considerar.

En las gestiones de 2019 a mayo de 2021 (1 año y 5 meses) fueron registrados 163 casos de agresión sexual siendo que el 94% fue contra el sexo femenino y 6% al sexo masculino, destacando que fue reportado un caso de hepatitis B. Algo que llamó mucho la atención fue la falta del seguimiento de los casos, por eso el presente trabajo, tiene una propuesta de un flujograma de atención y acompañamiento a las víctimas por agresiones sexuales en el consultorio de la especialidad de ginecología en el hospital de Caranavi.

Mismo que la comunidad de Caranavi constituya una región rural, los principales desencadenantes para las agresiones sexuales son las mismas que se dan en el área urbana, puesto que el agresor son propios familiares de las víctimas que conviven con ellas, lo que mostró que un porcentaje ya había tenido varias agresiones a lo largo de su vida.

Se puede destacar que las víctimas se encuentran inseguras en todos los entornos de la comunidad, puesto que fueron registrados agresores ajenos a las víctimas como profesores, autoridades locales, vecinos, etc. Inclusive fue registrado dos casos de abuso sexual a mujeres que se encontraban de visita a la comunidad.

Para dichos eventos, las autoridades locales no han mostrado acciones directas puesto que no hubo una disminución de los casos durante el periodo estudiado.

Finalmente, entre los principales factores causantes de las agresiones sexuales, se destaca el consumo de bebidas alcohólicas por parte de los agresores, consumo de drogas, según los registros de los casos.

XII. RECOMENDACIONES

Las siguientes recomendaciones y propuestas se encuentran desarrolladas bajo la perspectiva y las necesidades que tiene la comunidad de Caranavi, principalmente las mujeres.

Estas recomendaciones son las siguientes:

- El instituto de Investigaciones Forenses de la comunidad de Caranavi debe tener un funcionamiento regular, con profesionales especializados en dicha área.

Esto permitirá que la información y atención sea de mayor calidad.

- Es importante que el trabajo tenga una continuidad, dado que constituye un instrumento muy importante para la generación de información sobre un problema de salud pública muy importante.

Esto permitirá la generación de políticas más eficaces y de acuerdo a la realidad de la región. Contribuyendo al monitoreo a nivel departamental y nacional.

- Promover la concientización de la población frente a este problema de salud pública.

XIII. ANEXOS

Anexo 1. Modelo de ficha de referencia y flujograma para interconsulta por especialidad de ginecología

FICHA DE REFERENCIA

INTRODUCCION

La violencia sexual es considerado a nivel mundial un problema de salud pública, que afecta a grupo más vulnerables, ocasionando en muchos casos infecciones de transmisión sexual, el presente trabajo de investigación, encontró al grupo etario de adolescentes, de manera que no existió un documento para una interconsulta y seguimiento por especialidad, por falta de orientación a familiares y víctimas afectas (os), por tanto, no realizan el seguimiento y el tratamiento oportuno en los adolescentes.

DEFINICIÓN

Referencia: Es la solicitud de evaluación diagnóstica y/o tratamiento a un especialista.

OBJETIVOS

General: Realizar un seguimiento y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual y prevención de embarazo

Específicos:

- Realizar una atención integral e inmediata.
- Contribuir con información estadística para investigación.

ÁMBITO DE APLICACIÓN

Se aplicará en mujeres víctimas de abuso sexual que fueron atendidas en el consultorio de medicina forense.

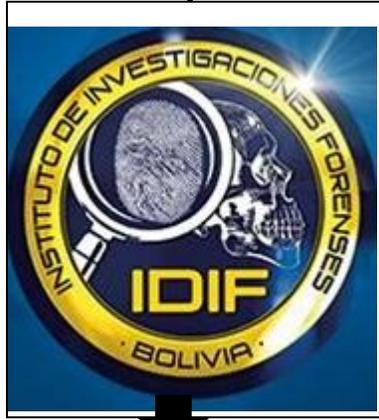
PERSONAL QUE INTERVIENE

Al contacto con el Médico Forense y especialista para la atención.

FLUJOGRAMA DE ATENCION A VICTIMAS DE AGRESIÓN SEXUAL EN EL CONSULTORIO MEDICO FORENSE DE CARANAVI



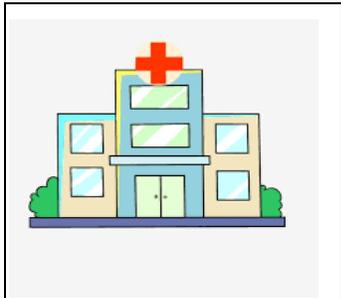
- Atención con:
- ✓ Requerimiento fiscal
 - ✓ Carnet identidad
 - ✓ Ingreso en compañía de un familiar



Establecer su mecanismo de producción y la data de las mismas

Establecer signos de violencia genital o anal, desarrollando paralelamente el perfil de lesiones a nivel del cuerpo, emergente y relacionados con el hecho

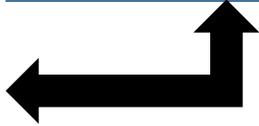
Colectar muestras y evidencias biológicas y no biológicas relacionadas con el hecho



CENTRO DE SALUD

Orientar e informar sobre la concepción de emergencia frente a un eventual embarazo subsecuente, profilaxis de ITS y VIH, hepatitis B.

Ficha de referencia para atención por especialidad



FICHA DE REFERENCIA

Consultorio de Medicina Forense - IDIF Caranavi Fecha.....Hora.....

FICHA DE IDENTIFICACIÓN DE LA VICTIMA

Nombre y apellido.....

Domicilio Edad.....sexo M() F()

| DATOS CLÍNICOS | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|--|---|--|---------------|--|---|--|---------|---------|--------|---------------|-----------------|-------------|--------------|------|
| Prurito vaginal | | | | Si () No () | | Secreción vaginal | | | | | | | | | |
| Dolor vaginal | | | | Si () No () | | Presencia Secreción vaginal Si () No () | | | | | | | | | |
| Sangrado vaginal | | | | Si () No () | | olor | | Inoloro | | fetido | | pescado | | | |
| G | | P | | C | | A | | FUM | Menarca | color | Blanco () | Amarillo () | Gris () | Verde () | otro |

| MOTIVO DE LA REFERENCIA | |
|--|--|
| Interconsulta por: | |
| Método anticonceptivo de emergencia | |
| Enfermedad de transmisión sexual | |
| Laboratorio de pesquisa para ITS, VIH, hepatitis B y otros | |

NOMBRE Y CARGO QUIEN ENVIA LA REFERENCIA

.....Firma y Sello.....

| ESTABLECIMIENTO DE SALUD RECEPTOR | |
|---|--|
| Nombre del Establecimiento de salud | |
| Nombre y cargo de la persona contactada (o) | |
| fecha y hora de cita para la atención | |

XIV. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Andrew R. Morrison, María Loreto Biehl, editores. El costo del silencio. Violencia doméstica en las Américas. (1999). 1ra ed. Washington, DC. Banco interamericano de Desarrollo;. Available from: <https://publications.iadb.org/es/publicacion/16287/el-costo-del-silencio-violencia-domestica-en-las-americas#:~:text=El%20costo%20del%20silencio%20es,desde%20economistas%20hasta%20comunicadores%20sociales>.
2. En Bolivia existen alrededor de 2,6 millones de jóvenes - INE. (n.d.). Retrieved March 24, 2022, from <https://www.ine.gob.bo/index.php/en-bolivia-existen-alrededor-de-26-millones-de-jovenes/>
3. Calero Yera E, Rodriguez Roura S, Trambull Jorlen A. Abordaje de la sexualidad en la adolescencia. Humanidades Médicas. 2017 Oct 19;17(3):577–92. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202017000300010#:~:text=Las%20acciones%20educativas%20sobre%20sexualidad%20en%20la%20adolescencia%20permiten%20a,salud%2C%20la%20calidad%20de%20vida.
4. La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo [Sexual health and its linkages to reproductive health: an operational approach] [Internet]. Ginebre: Organización Mundial de la Salud. 2018. Available from: https://www.who.int/es/health-topics/sexualhealth#tab=tab_2
5. Aspectos de Medicina legal en la práctica diaria. Guía para profesionales de servicios públicos de salud. Bolivia; 2004. Available from: <https://www.studocu.com/bo/document/universidad-central-bolivia/derecho/aspectos-de-medicina-legal-en-la-practica-diaria/15795102>
6. Instituto Nacional de Estadística [INE]. CENSO 2012; [Internet]. Ginebre: Organización Mundial de la Salud. 2018. Available from: <https://censo.ine.gob.bo/bases-de-datos-censos/>

7. Santiago Pérez Camarero Instituto Max Webwer. La violencia de género en los jóvenes: Una visión general de la violencia de género aplicada a los jóvenes en España. España: Edición: Instituto de la juventud [2019]. Available from: http://www.injuve.es/sites/default/files/adjuntos/2019/07/estudio_violencia_w eb_injuve.pdf
8. Pantoja S.V. et al. Protocolo de atención de la violencia sexual en los servicios de urgencias. Mexico. Revista Mexicana de Medicina forense y ciencias de la salud [2017] Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/forense/mmf-2017/mmf171h.pdf>
9. Bernal A. S. Frecuencia de Himen Elástico, evaluado en el Instituto de Investigaciones Forenses de la ciudad de La Paz, Bolivia, primer semestre de la gestión 2019. Tesis de grado Universidad Mayor de San Andrés [2021]. Available from: <https://repositorio.umsa.bo/xmlui/handle/123456789/24262>
10. Morrillas L.C. El delito de estupro - incesto. España. Edición: Tratado de criminología [1958]. Available from: https://perso.unifr.ch/derechopenal/assets/files/articulos/a_20210308_04.pdf
11. Rossito A.B. A cultura do estupro: análise sobre o processo de normalização/naturalização da violência sexual contra a mulher. Ciência sociais e Aplicadas [2000]. Available from: <https://cepein.femanet.com.br/BDigital/arqPics/1611401462P686.pdf>
12. Mujer y Salud en Uruguay [MYSU]. Violación sexual: La intervención desde el Sistema de Salud. Ed. Cuadernos Aporte al debate en salud, ciudadanía y derechos. MYSU. [2011]. Available from: https://clacaidigital.info/bitstream/handle/123456789/867/Protocolo_Violencia_sexual.pdf?sequence=5&isAllowed=y
13. Mejía-Rodríguez U, Bolaños-Cardozo JY, Mejía-Rodríguez A. Delitos contra la libertad sexual. Acta Med Per. [2015]. Available from: <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v32n3/a07v32n3.pdf>
14. L. Testut, A. L. Tratado de Anatomía humana. Francia: Editorial Salvay. [1976]

15. O'Rahilly, R. Anatomía de Gardner. Buenos Aires-Argentina: Interamericana, McGraw-Hill. [1989].
16. Hollinshead, W. H. Anatomía humana. México: Harla. [1983].
17. Rouviere Henri, Andre Delmas. Anatomía funcional 11°. Masson S.A. Barcelona: Almacén Villanueva de la Cañada. [2006].
18. Jhon E. Hall, M. E. Fisiología Medica. España: Elsevier. [2021].
19. Ministerio de salud y deportes Bolivia. *Aspectos de medicina legal en la práctica diaria*. IDIF, Bolivia. OPS, OMS; 2004.
20. Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud: décima revisión (CIE-10), volúmenes 1, 2 y 3 en CD-Rom. Rev Esp Salud Pública [Internet]. 2004;78(5). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/s1135-57272004000500009>.
21. Juan Manuel Yalj. El Delito de Estupro; 2000. Available from: http://repositorioubasibsi.uba.ar/gsdll/cgi-bin/library.cgi?e=d-10000-00---off-0pderecho%2Fflecciones--00-2----0-10-0---0---0direct-10----4-----0-1l--10-es-Zz-1---20-preferences---00-3-1-00-00--4----0-0-01-00-0utfZz-8-00&a=d&cl=CL4.33&d=HWA_2079
22. Amanda Rossito Bernardino. A cultura do estupro: análise sobre o processo de normalização/naturalização da violência sexual contra a mulher; 2000. Available from: <https://cepein.femanet.com.br/BDigital/arqPics/1611401462P686.pdf>
23. Junia de Vilhena, Maria Helena Zamora. Além do ato. Os transbordamentos do estupro; 2004. Available from: https://www.researchgate.net/publication/268923959_Alem_do_Ato_Os_transbordamentos_do_estupro
24. CÓDIGO PENAL. BOLIVIA DL 10426. Ley 1768, 23 de agosto. Available from: https://www.oas.org/dil/esp/Codigo_Penal_Bolivia.pdf

25. Ley (Nº. 2033) de Protección a las víctimas de delitos contra la libertad sexual 29 de octubre de 1999. *Ley de Protección a las Víctimas de Delitos Contra la Libertad Sexual*, 29 de octubre de 1999.
26. Bosch-Fiol E, Ferrer-Perez VA. El Modelo Piramidal: alternativa feminista para analizar la violencia contra las mujeres. *Estud Fem* [Internet]. 2019;27(2). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/1806-9584-2019v27n254189>.
27. Estudio poner fin a la violencia contra la mujer. Naciones Unidas; 2006.
28. Ramírez LM. Maltrato infantil. *Arch Med (Manizales)* [Internet]. 2010 [citado el 21 de abril de 2022];10(1):7–8. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>.
29. Paulo Sergio P. La violencia contra niños, niñas y adolescentes. *Informe de América Latina en el marco del Estudio Mundial de las Naciones Unidas 2006*: 1-99.
30. Ley 1674/95 Art. 24 Contra la violencia familiar.
31. Moreno SD. “Padres y madres corresponsables. Una utopía real. María José González y Teresa Jurado Guerrero (eds.) Madrid: La Catarata, 2015Padres y madres corresponsables. Una utopía real. María José González y Teresa Jurado Guerrero (eds.) Madrid: La Catarata, 2015Padres y madres corresponsables. Una utopía real. María José González y Teresa Jurado Guerrero (eds.) Madrid: La Catarata, 2015Padres y madres corresponsables. Una utopía real. María José González y Teresa Jurado Guerrero (eds.) Madrid: La Catarata, 2015Padres y madres corresponsables. Una utopía real. María José González y Teresa Jurado Guerrero (eds.) Madrid: La Catarata, 2015Padres y madres corresponsables. Una utopía real. María José González y Teresa Jurado Guerrero (eds.) Madrid: La Catarata, 2015” [Internet]. Vol. 26, *Revista Española de Sociología*. 2017. p. 165–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.22325/fes/res.2017.44>
32. Organización de las Naciones Unidas F de P, el Desarrollo Alternativo FP. Taller comunicación, sexualidad y adolescencia. 1998. 39 p.
33. Centro de Documentación en Población y Desarrollo (Consejo Nacional de Población (Bolivia). *Familia Y Sexualidad en Bolivia : Bibliografía Anotada*. 1991. 201 p. Available from: <https://worldcat.org/identities/lccn-nr90028965/>

34. Hernandez Sampieri, R., Fernandez Collado, C., Baptista Lucio, P. (2006). Metodología de la Investigación. 6 ed. Mexico, México: McGraw-Hill 2006. 850 p.
35. Gobierno Federal México. PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN DE LOS DELITOS DE VIOLENCIA SEXUAL HACIA LAS MUJERES, DESDE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO. (2010). Available from: <http://cedoc.inmujeres.gob.mx/ftpg/Tlaxcala/tlaxmeta7.pdf>
36. Ley 348/2013, 9 de marzo, Ley Integral Para Garantizar A Las Mujeres Una Vida Libre De Violencia.
37. Quispe S. "Investigación en la agresión sexual. Trazos en la agresión sexual". 1ra edición La Paz, 2016. p. 18 – 32.