

**UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRES  
FACULTAD DE MEDICINA, ENFERMERIA, NUTRICION Y TECNOLOGIA MÉDICA  
UNIDAD DE POSTGRADO  
MAESTRIA EN MEDICINA FORENSE**



**DETERMINACION DE LA ASOCIACION ENTRE  
VIOLENCIA SEXUAL Y VIOLENCIA FISICA EN  
NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES, UNIDAD DE  
VICTIMAS ESPECIALES, SANTA CRUZ, BOLIVIA,  
GESTION 2008**

**AUTOR: Dra. ANA KATHERINE RAMIREZ GAMON**

**TUTOR: Dr. FERNANDO MAURICIO VALLE ROJAS, *M.Sc.***

**TESIS DE GRADO PARA OPTAR AL TITULO DE MAGISTER EN MEDICINA  
FORENSE**

**LA PAZ – BOLIVIA  
2010**

## *Dedicatoria*

*A mi Padre que gracias a su empuje y amor incondicional me dirigió por camino de la medicina para poder ser como él y brindar ayuda a las personas en momentos difíciles.*

*Papito amado nos haces mucha falta, desde donde estas sigue guiándonos y cuidándonos como siempre lo hiciste, tratare siempre de seguir tus pasos para que continúes estando orgulloso de mi te amo profundamente.*

*A mi esposo Damián Soliz por su infinito apoyo en todos los momentos difíciles que nos toco pasar, y por ser la persona que me acompaña en este paso por la vida brindándome amor y paz que necesito y de quien me siento muy orgullosa.*

*A mi madre Ana maría y Hermanito Norberto Julio quienes consolidan mi familia siempre unida que a pesar de la gran ausencia continuamos amándonos y apoyándonos en nuestros proyectos de vida rogándole a Dios que nos de fuerzas y proteja siempre.*

*A Usabella mi hijita quien da alegría a mi vida*

*Agradecimientos sinceros a mi tutor Dr. Fernando valle por su perseverancia y ayuda*

*A Dr. Saúl Pantoja por su confianza en mí y amistad demostrada.*

## RESUMEN

Se entiende por violencia sexual a 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 otro 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. A través del presente trabajo y mediante un modelo de investigación observacional de tipo corte transversal y retrospectivo, se determinó que no existe asociación estadística entre violencia sexual y violencia física (**OR= 1,82 (0,67 – 5,04) p=0,20**), lo que conlleva a inferir que para que un agresor abuse sexualmente de una víctima de 18 años o menos, no necesita emplear fuerza o violencia física.

La mayoría de las menores que ingresaron al estudio fueron víctimas de Agresión sexual (58,1%), Asimismo, del total de menores de 18 años o menos que fueron víctimas de agresión sexual (n=75), 72, es decir, un 96%, de víctimas se encontraban en el grupo etario comprendido entre los 11 y 18 años, cifra que a su vez corresponde al 55,8% de toda la población en estudio, Este resultado identifica por si solo al grupo de mayor vulnerabilidad con respecto a la posibilidad de sufrir violencia sexual. Por otro lado, se pudo observar claramente que, el hecho más frecuentemente denunciado es el de **Agresión sexual (96%)**, seguido de otro tipo de delitos (4%).

Con respecto a las demás variables estudiadas, es importante poner atención en las mismas y profundizar en su estudio, a efectos de poder establecer su participación como factores asociados o factores de riesgo para la implementación de un caso de violencia sexual. Al respecto, cabe destacar que el 20,2% fueron víctimas de violencia física, el 91,5% de la población en estudio fueron mujeres, un 59,7% presentaban desgarros de himen. Otro dato descriptivo es el relacionado con el estado civil cuya contundencia nos muestra un 99,2% de solteras y solteros, lo cual resulta lógico tomando en cuenta que todas las personas que ingresaron al estudio son menores. El delito más denunciado fue el de agresión sexual con un 95,2%. Finalmente, 10,2% de las menores presentaron embarazo, con un tiempo de gestación comprendido entre los 2 y 7 meses.

La identificación de la ausencia de asociación estadística entre violencia sexual y violencia física y, asimismo, el posicionamiento descriptivo de factores asociados a violencia sexual, permitirá implementar medidas de prevención más efectivas y en plazos más cortos de tiempo y asimismo, se brinda información confiable con respecto a la situación real de esta compleja problemática.

## INDICE DE CONTENIDOS

	Pág.
<b>RESUMEN</b>	
<b>I. INTRODUCCIÓN</b> .....	1
<b>II. MARCO TEÓRICO</b> .....	3
<b>A. DEFINICIONES</b> .....	4
<b>B. CARACTERÍSTICAS</b> .....	6
<b>C. CLASIFICACIÓN</b> .....	6
<b>D. FASES</b> .....	8
<b>E. TIPOS</b> .....	9
<b>F. INDICADORES DE ABUSO SEXUAL</b> .....	12
<b>G. TIPOS CARACTERIZADOS DE ABUSO SEXUAL</b> .....	32
<b>H. COMO SE SIENTE UNA NIÑA DESPUÉS DE HABER     VIVIDO UN ABUSO SEXUAL</b> .....	34
<b>I. ACCIONES JURÍDICO LEGALES</b> .....	35
1. ESTUPRO .....	35
2. ABUSO DESHONESTO .....	38
3. VIOLACIÓN .....	39
<b>J. VIOLENCIA SEXUAL</b> .....	47
1. LA VIOLENCIA SEXUAL COMO PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA .....	48
2. MAGNITUD Y GRAVEDAD DE LA VIOLENCIA .....	50
3. CONSECUENCIAS DE LA VIOLENCIA SEXUAL .....	51
<b>K. FACTORES ASOCIADOS A VIOLENCIA SEXUAL</b> .....	53
<b>L. VIOLENCIA SEXUAL Y GÉNERO</b> .....	57
<b>M. MARCO LEGAL PARA LA PREVENCIÓN Y     ATENCIÓN DE LA VIOLENCIA SEXUAL</b> .....	58
<b>N. PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA SEXUAL</b> .....	64
<b>III. JUSTIFICACIÓN</b> .....	66
<b>IV. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN</b> .....	68
<b>A. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN</b> .....	68

B. OBJETIVO GENERAL .....	68
C. OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	68
D. DISEÑO O TIPO DE ESTUDIO .....	69
E. TAMAÑO DE LA MUESTRA .....	69
F. POBLACIÓN Y LUGAR .....	70
V. METODOLOGÍA .....	71
A. CRITERIOS DE INCLUSIÓN .....	71
B. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN .....	71
C. TIPO DE MUESTREO .....	71
D. MEDICION .....	72
E. COLECCIÓN DE DATOS .....	73
F. ANALISIS .....	74
G. ALEATORIZACION .....	76
H. SEGUIMIENTO .....	76
VI. RESULTADOS .....	77
VII. DISCUSION .....	83
VIII. CONCLUSIONES .....	92
IX. RECOMENDACIONES .....	95
X. BIBLIOGRAFIA .....	99
ANEXOS	

## INDICE DE TABLAS

Pág.

TABLA Nº 1. ANALISIS UNIVARIADO DE LA VARIABLE VIOLENCIA SEXUAL EN FUNCION A LA VARIABLE VIOLENCIA FISICA, UNIDAD DE VICTIMAS ESPECIALES, SANTA CRUZ DE LA SIERRA, BOLIVIA, 2008 .....	77
TABLA Nº 2. DISTRIBUCION PORCENTUAL DE MENORES DE 18 AÑOS O MENOS, SEGÚN AGRESION SEXUAL, UNIDAD DE VICTIMAS ESPECIALES, SANTA CRUZ DE LA SIERRA, BOLIVIA, 2008 .....	78
TABLA Nº 3. DISTRIBUCION PORCENTUAL DE MENORES DE 18 AÑOS O MENOS, SEGÚN GRUPOS ETARIOS, UNIDAD DE VICTIMAS ESPECIALES, SANTA CRUZ DE LA SIERRA, BOLIVIA, 2008 .....	78
TABLA Nº 4. DISTRIBUCION PORCENTUAL DE MENORES DE 18 AÑOS O MENOS, SEGÚN SEXO, UNIDAD DE VICTIMAS ESPECIALES, SANTA CRUZ DE LA SIERRA, BOLIVIA, 2008 .....	80
TABLA Nº 5. DISTRIBUCION PORCENTUAL DE MENORES DE 18 AÑOS O MENOS, SEGÚN VIOLENCIA FISICA, UNIDAD DE VICTIMAS ESPECIALES, SANTA CRUZ DE LA SIERRA, BOLIVIA, 2008 .....	80
TABLA Nº 6. DISTRIBUCION PORCENTUAL DE MENORES DE 18 AÑOS O MENOS, SEGÚN PRESENCIA DE DESGARROS HIMENEALES, UNIDAD DE VICTIMAS ESPECIALES, SANTA CRUZ DE LA SIERRA, BOLIVIA, 2008 .....	80
TABLA Nº 7. DISTRIBUCION PORCENTUAL DE MENORES DE 18 AÑOS O MENOS, SEGÚN ANTIGÜEDAD DE DESGARROS HIMENEALES, UNIDAD DE VICTIMAS ESPECIALES, SANTA CRUZ DE LA SIERRA, BOLIVIA, 2008 .....	80

**TABLA N° 8. DISTRIBUCION PORCENTUAL DE MENORES DE 18 AÑOS O MENOS, SEGÚN ESTADO CIVIL, UNIDAD DE VICTIMAS ESPECIALES, SANTA CRUZ DE LA SIERRA, BOLIVIA, 2008 .....81**

**TABLA N° 9. DISTRIBUCION PORCENTUAL DE MENORES DE 18 AÑOS O MENOS, SEGÚN HECHO ASOCIADO PRINCIPAL, UNIDAD DE VICTIMAS ESPECIALES, SANTA CRUZ DE LA SIERRA, BOLIVIA, 2008 .....81**

**TABLA N° 10. DISTRIBUCION PORCENTUAL DE MENORES DE 18 AÑOS O MENOS, SEGÚN HECHO ASOCIADO SECUNDARIO, UNIDAD DE VICTIMAS ESPECIALES, SANTA CRUZ DE LA SIERRA, BOLIVIA, 2008 ..... 81**

**TABLA N° 11. DISTRIBUCION PORCENTUAL DE MENORES DE 18 AÑOS O MENOS, SEGÚN EMBARAZO, UNIDAD DE VICTIMAS ESPECIALES, SANTA CRUZ DE LA SIERRA, BOLIVIA, 2008 .....82**

**TABLA N° 12. DISTRIBUCION PORCENTUAL DE MENORES DE 18 AÑOS O MENOS, SEGÚN TIEMPO DE EMBARAZO EN MESES, UNIDAD DE VICTIMAS ESPECIALES, SANTA CRUZ DE LA SIERRA, BOLIVIA, 2008 .....82**

**TABLA N° 13. DISTRIBUCION PORCENTUAL DE MENORES DE 18 AÑOS O MENOS, SEGÚN CONSUMO ASOCIADO DE ALCOHOL, UNIDAD DE VICTIMAS ESPECIALES, SANTA CRUZ DE LA SIERRA, BOLIVIA, 2008 .....82**

## **INDICE DE FIGURAS Y GRAFICOS**

	<b>Pág.</b>
<b>Figura N° 1. Dibujo de una mujer adulta abusada sexualmente .....</b>	<b>19</b>
<b>Figura N° 2. Hoja electrónica de entrada personalizada de datos a partir De la cual se construyó la base de datos. Programa Epi Info, 3.5.1., CDC, Atlanta, GA .....</b>	<b>74</b>
<b>Gráfico N° 1. Distribución porcentual de menores de 18 años o menos, según delito asociado principal, Unidad de Víctimas Especiales, Santa Cruz de la Sierra, Bolivia, 2008 .....</b>	<b>79</b>

## **I. INTRODUCCIÓN**

Según la Convención sobre los derechos del niño de 1991, se define como niño, niña o adolescente, a todo ser humano menor de 18 años de edad, salvo que, en virtud de la ley que le sea aplicable, haya alcanzado antes la mayoría de edad.

La violencia sexual se define en el Informe mundial sobre la violencia y la salud como *"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 otro 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"*.<sup>18,37</sup>

Cualquier clase de placer sexual con un niño o adolescente por parte de un adulto o de terceros, desde una posición de poder o autoridad es asimismo considerado como **"abuso sexual"**. Un dato muy alarmante con respecto a los problemas de violencia sexual, es aquel referido a que cuando los niños son llevados a servicios de salud por causa de problemas físicos o de conducta, cuando se llega a investigar el problema con mayor profundidad, resultan ser consecuencia de violencia sexual. Muchos niños no revelan espontáneamente el abuso de las personas que los cuidan o de terceros, por lo que es necesaria mayor agudeza en la detección. Los proveedores de salud y los administradores de justicia, deben asegurar a los niños y adolescentes, acciones de protección y el cuidado necesario para su bienestar, teniendo en cuenta sus derechos y deberes de padres tutores y otras personas, responsables de él o ella ante la ley, evitar toda forma de perjuicio, abuso físico y mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, incluida la violencia sexual y por supuesto, la violación, como una de sus variedades más comunes y más perjudiciales para el desarrollo psicosocial de la víctima. Debemos asimismo considerar que no solo es un hecho de violencia física, si no moral y de humillación, que ataca la dignidad de la persona, es un crimen de poder y no de placer. El abuso

sexual a cualquier edad deja importantes secuelas psicológicas y en ocasiones lesiones físicas a la víctima.

La violencia sexual hacia los niños puede ocurrir en la familia a manos de un padre un padrastro, hermano u otro pariente o fuera de la casa, a través de amigos, persona a cargo de su cuidado, un vecino, un maestro o simplemente, un desconocido.

A través del presente trabajo y mediante un modelo de investigación Observacional de tipo corte transversal y retrospectivo, se identificó y describió la relación existente entre Violencia Sexual y Violencia Física en personas menores de 18 años o menos que se presentaron ante el consultorio Médico Forense de la Unidad de Víctimas Especiales (UVE) de la ciudad de Santa Cruz de la Sierra, durante la gestión 2008. Asimismo, se identificó el delito más frecuentemente denunciado en relación a este tipo de casos atendidos y se hizo una descripción general de todas las variables en estudio.

## **II. MARCO TEÓRICO**

El abuso sexual a menores es la actividad encaminada a proporcionar placer sexual, estimulación o gratificación sexual a un adulto, que utiliza para ello a un niño, niña, o adolescente, aprovechando su situación de superioridad respecto a el o ella. Es a su vez, toda aquella conducta o comportamiento que atenta contra la libertad sexual y la dignidad humana. En el abuso sexual el agresor es conocido y aprovecha su condición de parentesco, amistad o relación laboral con la víctima.

El abuso sexual se manifiesta con conductas agresivas, temporales, o permanentes que buscan lesionar, humillar, degradar, expresar dominio o presión sobre una persona o personas que se encuentran o se colocan en condiciones de inferioridad.

Esta tiende a asumir formas físicas y psíquicas, por ejemplo cuando alguien utiliza el chantaje en la escuela o en la casa para conseguir favores sexuales, o cuando hiere físicamente durante el acto sexual, arremete sus genitales, usa objetos o armas a nivel intravaginal, oral y/o anal. De igual manera, cuando el agresor le obliga a tener sexo con otras personas o le obliga a que vea a otras personas a tener relaciones sexuales. O, cuando le hostiga sexualmente en la calle, en la casa, en la escuela, en el colegio o en la universidad o en otro caso, cuando le obliga al sexo en condiciones en que la víctima no se encuentra completamente consciente, sin consentimiento o cuando tiene miedo.

Por otro lado, tenemos la figura conocida como “Asalto sexual”, que se caracteriza por el uso de la violencia y el control de la situación mediante la utilización de la fuerza. El agresor o agresores utilizan armas e intimidación. El asalto sexual se comete frecuentemente en lugares aislados o aprovechando la ausencia de vigilancia. En la mayoría de los casos, el agresor es desconocido. Se caracteriza porque puede ser premeditado o casual, donde, el asalto premeditado se caracteriza porque fue previamente planeado; en cambio, el casual se presenta cuando en la

comisión de un delito las circunstancias de control se prestan para llevar a cabo la realización de un delito sexual.

En un menor puede ser definido como la participación del menor en actividades sexuales para las cuales no está preparado y por lo tanto no puede dar consentimiento. El abuso sexual no necesariamente implica relación sexual. En algunos casos la fuerza física no es utilizada, sino que el perpetrador utiliza técnicas de seducción sexual. Las actividades sexuales pueden incluir contacto genital o anal, o sin contacto como el exhibicionismo o la utilización del niño en la producción de pornografía.

El abuso sexual puede generar daño ano-genital o ser acompañado por otras señales de abuso físico como equimosis, hematomas o de negligencia como antihigiene. Las víctimas de un abuso sexual normalmente experimentan efectos a largo plazo en su bienestar psicológico y social y son vulnerables a ser nuevamente víctimas en un futuro. Generalmente, son manipulados para que mantengan el incidente en secreto.

## **A. DEFINICIONES**

Conocer una definición que llene todos los requisitos conjugados en estos síndromes es sumamente difícil, por que hay acontecimientos que permanecen ocultos durante mucho tiempo, otros se hacen evidentes cuando surge un conflicto en el seno de la familia. Por otra parte, una de las dificultades en el reconocimiento es distinguir entre que es un contacto físico erótico y cual un comportamiento sexual abusivo. No menos importante es incluir en una definición los niños y adolescentes que son llevados a la práctica de la sexualidad por personas inescrupulosas, cuyo objetivo es el lucro personal, convirtiéndose en un fenómeno creciente que no solo afecta a la familia sino a toda la sociedad.

Kempe y Kempe, definen el abuso en el niño de la siguiente manera: Es la implicación de niños y adolescentes dependientes e inmaduros en las actividades sexuales que ellos no logran comprender plenamente, por consiguiente, son incapaces de dar su consentimiento, violando los tabúes del papel social de la familia, Kempe lo llama Síndrome de explotación sexual.

Furniss y colaboradores, señalan que el incesto es definido legalmente como la interrelación sexual entre miembros de familias biológicas. Ellos prefieren utilizar el término para describir cualquier forma de abuso sexual de duración larga en un papel paternal y un niño dentro del contexto familiar.

Weitzel y Powel, se refieren al incesto como el crimen de relaciones sexuales entre personas relacionadas por sangre, donde tal cohabitación esta prohibida por la ley.

Galdós en 1999, señala que abuso sexual es toda acción sexual que una persona adulta, hombre o mujer, impone, sea con engaños, chantajes o fuerza a un niño que no tiene la madurez para saber de lo que se trata, agrega asimismo que el abuso sexual incestuoso es cualquier interacción sexual entre un niño o niña y un adulto con el que se tiene una relación familiar”.

Guerrero (1998), afirma al respecto que se llama así a las conductas sexuales impuestas a los niños y niñas, por una persona adulta o mayor que busca sentir placer a costa de ellos/as.

Perrone y Nannini (1997), denominan al abuso sexual como una relación de “hechizo”, misma que incluye situaciones en las que un individuo ejerce una influencia exagerada y abusiva sobre otro, sin que éste sea conciente de ello.

Tomando en cuenta estas descripciones, puede considerarse el abuso o la explotación sexuales como un complejo medico-legal, el cual comprenda toda agresión a un menor que conduzca a cualquier forma de acto sexual cometido por un

adulto, quien no toma en cuenta la edad del paciente y la repercusión social de tales hechos.

De cualquier manera, en todos los tipos de abuso sexual, existe una relación anormal entre un niño o adolescente y un adulto que emplea numerosos métodos para alcanzar sus propósitos; desde la estimulación a la sexualidad hasta los contactos inapropiados con diferentes matices y grados de intensidad que invariablemente dañan el estado físico, psíquico, fisiológico y bio-social de la víctima.<sup>13</sup>

## **B. CARACTERÍSTICAS**

El abuso sexual de menores siempre constituye una forma de violencia física o mental, por la cual el adulto se aprovecha tanto de la confianza del niño como de su superioridad, teniendo como consecuencia que el niño o niña no comprenda la gravedad del hecho debido a su inmadurez psicosexual, por lo cual no está en disposición de dar consentimiento o negarse libremente. El abuso sexual no se limita necesariamente a la relación entre hombre y niña, sino que puede extenderse hacia los niños, aunque el primero es el más frecuente.

En la mayor parte de los casos, el victimador proviene del entorno social del menor y no es un extraño. Por otro lado, el abuso sexual generalmente no se produce de manera aislada sino que se prolonga durante años. Los niños perciben de manera instintiva dónde empieza la explotación de su cuerpo. Asimismo, el abuso sexual se produce cuando el adulto se sirve de su autoridad para aprovecharse de la relación de dependencia del niño.

## **C. CLASIFICACIÓN**

Se puede clasificar al abuso sexual de diferentes formas, la más didáctica y aceptada es la que la divide como abuso sexual directo e indirecto, que va referida a las acciones del agresor sobre la víctima.

El abuso sexual directo, se refiere a cuando el abusador tiene una relación anormal con un niño o adolescente empleando numerosos métodos desde la estimulación a la sexualidad, logrando el coito vaginal, anal o bucal.

El abuso sexual indirecto, se refiere a los contactos inapropiados con diferentes matices y grados de intensidad e invariablemente dañan el estado físico, psíquico fisiológico y biosocial de la víctima.

En cualquiera de las dos formas el agresor puede o no utilizar la fuerza física, o simplemente la intimidación, puede o no tener la aprobación de los padres.

Otra clasificación igualmente empleada define al abuso sexual como:

**Extrafamiliar:** Cuando el abusador es un desconocido del niño. El abusador se excita y goza sometiendo a su víctima por la fuerza, el dolor y el terror.

**Intrafamiliar:** Donde se considera que el abuso sexual no es un simple acto, si no un proceso provocado por familiares cercanos al menor (padrinos, tíos, hermanos, padres, madres, etc.).

En estos casos, el abuso generalmente ocurre en familias de escasos recursos económicos y con problemas de comunicación (familias descompuestas).

Según el código penal y con fines jurídicos, los delitos relacionados con el abuso sexual son nombrados genéricamente como **Delitos contra la Libertad Sexual**, el Código Penal Boliviano agrupa en el título XI, Capítulo I; tres delitos de carácter sexual, considerados en razón de importancia por la sanción punitiva que reciben. Se ordenan de la siguiente manera: **Violación, Estupro y Abuso Deshonesto**.

El nomenjuris de estos delitos resulta el mas adecuado porque la comisión de estos atenta contra la facultad que tiene cada persona de disponer a su albedrío de su

cuerpo, para elegir tanto la persona como el placer. Por otra parte, en el capítulo III del mismo título, quedan definidos como **Delitos contra la Moral Sexual**, los siguientes:

1. La Corrupción de menores (Art. 318)
2. La Corrupción de mayores (Art. 320)
3. El Proxenetismo (Art. 321)
4. La Rufianearía (art322)<sup>2</sup>

La parte final del título corresponde al capítulo IV en donde, como **Ultrajes al pudor** se consideran:

1. Los Actos obscenos (Art. 323)
2. La Pornografía (Art. 324)<sup>2</sup>

De todos estos delitos enunciados, los de mayor importancia medicolegal y que requieren de la intervención pericial del médico forense son los comprendidos en el capítulo I.

**La violencia física**, elemento objetivo que caracteriza este delito, es un hecho de fácil comprobación médico legal y deberá constar explícitamente en el informe a evacuarse. No debe confundirse la verdadera violencia, dice Soler “que generalmente dejará en el cuerpo de la víctima otras señales que las del mismo acto sexual, con la discreta energía con que el varón vence el pudor (resistencia) de la doncella, que en realidad desea y consiente”.<sup>9</sup>

#### **D. FASES**

Según afirma Galdós (1999), es posible detectar tres fases principales en el desarrollo del abuso sexual infantil, a saber:

**1. Fase de Inicio o “enganche”:** Cuando el abusador logra establecer con su víctima un nivel de acercamiento y se asegura que éste no contará a nadie el contacto establecido. En esta fase, el niño, dependiendo de la edad que tenga, se encuentra confundido y por lo general no entiende lo que ocurre.

**2. Fase de Continuidad:** Una vez asegurado el silencio de la víctima, el abusador buscará un sin número de ocasiones para estar juntos, aumentando el abuso sexual, pudiendo llegar hasta la penetración. En esta fase, dependiendo de la edad del niño, es posible que trate de evitar la presencia del abusador, lo cual puede tomarse como un indicador del abuso.

**3. Evidencia o Confirmación:** Se produce de manera abrupta, y es cuando el abusador es sorprendido, posiblemente porque la víctima contó lo ocurrido. Es la fase de mayor tensión en la familia de la víctima, generalmente reaccionan de manera violenta contra el abusador, pero también es muy frecuente que interroguen de manera incisiva al niño o niña, situación que lo confunde más, acentuándose los sentimientos de culpa.

## **E. TIPOS**

Es necesario señalar algunas submodalidades del abuso infantil con la finalidad de discriminarlas del abuso sexual en general. Según Saller (1987; citado por Besten, 1997) es posible discriminar manifestaciones claras e inequívocas:

- Relaciones sexuales genitales - orales (cunilingüismo, felación).
- Penetración en el ano del niño con el dedo(s), pene u objetos extraños.
- Penetración en la vagina de la niña con dedo(s), pene u objetos extraños.

Abusos considerados “de menor gravedad” por algunos adultos, pero que asimismo, constituyen una “utilización” del cuerpo infantil para satisfacción de los adultos son los siguientes:

- Tocamiento o manipulación de los genitales del niño.
- Obligar al niño a tocar los genitales del adulto o manipularlos, a menudo bajo la apariencia de “juego”.
- Masturbación en presencia del niño.
- Obligar al niño a masturbarse en presencia del adulto.
- Frotamiento del pene contra el cuerpo del niño.
- Mostrar ilustraciones pornográficas al niño.
- Hacer fotografías pornográficas o películas del o con el niño.

Por último, los siguientes comportamientos se consideran abusos sexuales incipientes:

- El adulto se muestra desnudo delante del niño.
- El adulto le muestra sus genitales al niño.
- El adulto quiere “dar el visto bueno” al cuerpo del niño.
- El adulto observa al niño al desvestirse, bañarse, lavarse, en el aseo; en algunos casos puede ofrecerle su ayuda para ello.

- El adulto besa al niño de forma muy íntima (“beso con lengua”).

Se describe en las siguientes variedades importantes:

**Sedución:** Persuadir o iniciar con promesas o engaños a un niño y tener relaciones sexuales.

**Incesto:** Relaciones practicadas entre padres, hijos, hermanos, hermanas, nietos, tíos, sobrinos y/o hijos adoptivos. Es una de las variedades más frecuentes y menos denunciada.

**Prostitución infantil:** Es cuando el adulto utiliza niños o niñas en sus prácticas sexuales a cambio de un pago.

**Exhibicionismo:** Cuando el adulto muestra sus genitales a un menor.

**Vouyerismo:** Ocurre cuando un adulto para gratificarse sexualmente mira un menor desnudo.

**Manoseo:** Cuando una persona mayor toca, acaricia, roza y/o refriega los genitales en cualquier parte del cuerpo del niño, normalmente acompañados de besos prolongados en la boca.

**Fellatio:** Cuando un adulto estimula los genitales del niño con la boca y obliga a los mismos a estimularse sus órganos genitales.

**Sodomía:** Se refiere al coito entre personas del mismo sexo, especialmente el coito anal realizado entre hombres, cuando se usa la fuerza o intimidación sobre la víctima o cuando la víctima se halla privada de la razón.

## **F. INDICADORES DE ABUSO SEXUAL**

Las reacciones varían según la edad, madurez emocional, naturaleza del incidente, duración de la presión, historia del menor. Entonces, según sea el caso, el menor puede demostrar:

- Actitudes extremas (hiperactividad o recogimiento)
- Manifestar baja auto-estima
- Expresar sentimientos de pena y culpabilidad
- Dibujar cuerpos humanos distorsionados
- Manifestar comportamientos agresivos
- Tener enuresis (presencia de orina involuntaria en el día o en la noche asociado con un sentimiento de miedo) y encopresis (presencia de materia fecal involuntaria en el día o en la noche asociado con un sentimiento de miedo).
- Aparecer asustado o fóbico especialmente hacia los adultos.
- Mostrar comportamientos pseudo maduros.
- Desmejorar su desempeño académico.
- Manifestar comportamientos de provocación sexual.
- Abusar sexualmente a un hermano, amigo u otro menor.

- Práctica de masturbación compulsiva.
- Volverse promiscuo sexualmente.
- Embarazarse o huir.
- Intentar suicidarse.

## **1. INDICADORES FÍSICOS**

Entre los indicadores físicos, se cuentan los siguientes:

- Dolor rectal o genital
- Hemorragia rectal o genital
- Hematomas o abrasiones de los genitales exteriores
- Distorsión o atenuación del himen
- Alteración del tono ano-rectal
- Enfermedades de transmisión sexual particularmente en menores pre-púberes.
- Embarazo
- Dificultad para caminar o sentarse.
- Dolor, hinchazón o picazón en la zona genital.

- Contusiones, laceraciones o sangramientos de los genitales externos, la vagina o área anal.
- Mordiscos en la parte de los genitales
- Desgarros en ano o vagina
- Moretones en zonas sexuales
- Rasgos amoratados en las partes internas del muslo

## **2. INDICADORES DE COMPORTAMIENTO**

- Reacciones similares a las precipitadas por cualquier otro estrés severo
- Comportamiento regresivo en niños pequeños, por ejemplo: Mojan la cama, se chupan el dedo, etc.
- Miedos repentinos o fobias, por ejemplo: Miedo a la oscuridad, a los hombres, etc.
- Cambio en el rendimiento escolar.
- Cambios notorios en la personalidad, por ejemplo: Depresión, ira, hostilidad, agresión.
- Conductas autodestructivas.
- Trastorno del sueño.
- Trastorno del lenguaje.

- Trastorno de concentración
- Trastorno de la alimentación como: Falta de apetito (Anorexia), comen en forma excesiva (Adiposis), comen hasta llenarse y luego provocar vómito para comer de nuevo (Bulimia).
- Enuresis nocturna (se orina en la cama de noche).
- Problemas con la menstruación.
- Miedos difusos.
- Problemas en las relaciones con adultos.
- Baja autoestima.
- Sentimientos de vergüenza y de culpa.
- Sentimiento de desamparo.
- Dudas en las percepciones propias.
- Comportamiento demasiado adaptado.
- Problemas para establecer y mantener contacto.
- Depresiones.
- Comportamiento agresivo.
- Rechazo al propio género.

- Actos obsesivos.
- Actos auto agresivos como cortes en diferentes partes del cuerpo.
- Vicios de alcohol y drogas.
- Intentos de suicidio.
- Exceso de confianza.
- Reserva.
- Desconfianza.
- Conductas inmaduras en relación con su edad.
- Negación de rendimiento.
- Motivación extrema de rendimiento.
- Conducta extremadamente sumisa.
- Ambición extrema de poder.
- Escaparse de la casa.
- Conducta llamativa frente a determinados tipos de hombres y mujeres.
- Conducta sexual agresiva (Especial en víctimas masculinas).

Todos estos efectos son posibles y pueden aparecer combinados y en tiempos diferentes, pero no siempre son iguales. Cada niño o niña reacciona según su manera y sus experiencias que se reflejan en su vida cotidiana. El abuso sexual siempre tiene consecuencia en el futuro. Muchas mujeres nunca han aprendido a poner límites, a conocer sus necesidades sexuales. Muchas siguen siendo víctimas de violencia sexuales y/o no pueden desarrollar una vida sexual satisfactoria.

### **3. SIGNOS DE VIOLACIÓN EN EL VARÓN**

Los signos comunes a todo tipo de violencia y los propios del ano y perine. Si el examen es precoz se podrán observar hematomas; equimosis peri anales; el orificio anal se encuentra doloroso al tacto, congestivo y hemorrágico según la profundidad y extensión del o los desgarros. En los días subsiguientes, estos signos objetivos van desapareciendo lentamente.

#### **a. EFECTOS EN GENERAL DEL ABUSO EN EL NIÑO**

Los menores víctimas de abuso pueden convertirse muchas veces en potenciales agresores; suelen manifestar además, conductas hipersexualizadas como la masturbación compulsiva, conductas seductoras, o un exceso de curiosidad por los temas sexuales.

Si las víctimas son niñas suelen manifestar depresión y ansiedad. En el caso de los niños puede ocurrir, que se manifiesten más agresivos o que se conviertan en abusadores de otros niños. Estadísticamente, la mayoría del abuso se produce de varón a mujer y la mayor parte de las mujeres no son abusadoras sexuales.

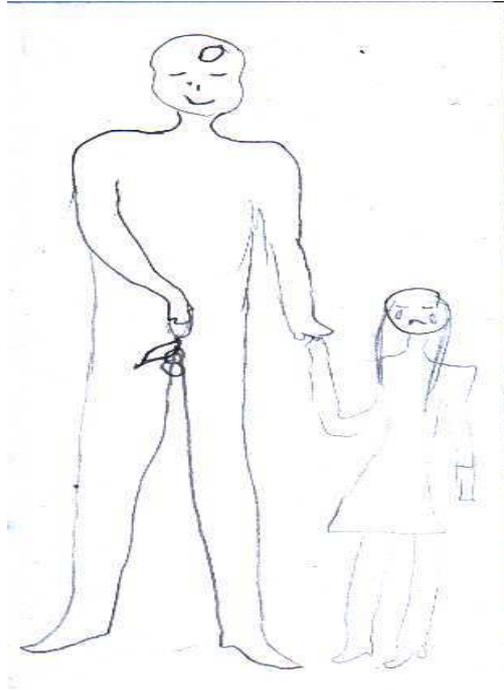
Es importante señalar que no todos los niños manifiestan el mismo grado de afectación, para algunos, el abuso, puede significar un trauma y, para otros, las consecuencias pueden ser diferentes.

Luego del incidente aparece lo que en la clínica se denomina el trastorno de estrés postraumático, que se manifiesta en las personas después de un acontecimiento catastrófico e inhabitual, en algunos es mas silencioso en otros y generan cambios de conducta significativos. Los síntomas más frecuentes del trauma son, vueltas al pasado y sueños con representación del suceso ocurrido, insomnio y depresión, síntomas que suelen persistir durante mucho tiempo, años, y a veces, durante toda la vida.

Respecto al tratamiento del trauma, Félix López, catedrático de Sexología de la Universidad de Salamanca en sus investigaciones ha llegado a la conclusión de que no todas las víctimas necesitan terapia, pero todas necesitan ayuda. Así, la víctima puede llegar necesitar una terapia, pero, el agresor la necesita siempre.

Las manifestaciones negativas de los menores suelen ser: Confusión, tristeza, irritabilidad, ansiedad, miedo, impotencia, culpa y auto reproché, vergüenza, estigmatización, dificultad tanto en las relaciones de apego como déficit en las habilidades sociales, aislamiento social, desconfianza hacia todos, o a veces, hacia personas del sexo del agresor, baja autoestima, impulsividad, trastornos del sueño o de la alimentación, miedo, problemas escolares, fugas del domicilio, depresión, labilidad, conductas autodestructivas y/o suicidas, etc.

Ahora veamos algunos indicadores gráficos (al menos los mas frecuentes)



**Figura N° 1. Dibujo de una mujer adulta abusada sexualmente.**

En el DFH: es el grafico que mas indicadores nos da, ya que como sabemos se relaciona con el sentimiento de si, la auto percepción y al mismo tiempo no solo del sujeto en relación a si mismo, sino también a como se percibe con respecto al otro. Por ello cuando el sujeto niño o adulto se siente amenazado o poco seguro con respecto al otro, el DFH es el sensor más apropiado para comprender y reconocer.

Así, podemos ver en el DFH. Como signos de abuso sexual como hipótesis a explorar:

Ojos enfatizados y grandes o bien pequeños u omitidos, los primeros como una necesidad de ver y tenerlo todo bajo control, los segundos porque ver, genera sufrimiento. En ambos vemos el resultante de un proceso defensivo, más paranoide y más de negación maniaca el segundo.

Manos demasiado grandes.

Manos sombreadas.

Piernas juntas.

Sombreado de la cara, cuerpo, extremidades.

Trazos que atraviesan el dibujo.

Transparencias: graficar genitales.

Manos en la zona genital.

Dibujo o detalle inusual en esa zona genital.

En la graficación de la boca como un palillo o agregado externo a los labios.

Desde lo contra transferencial de la impresión de la figura, puede aparecer como con signos de impotencia, angustia, desvalimiento.

Pueden aparecer en las niñas figuras humanas, graficadas con mucha seducción, rasgos faciales cosmetizados, esto en mujeres adultas sería un rasgo de histeria, en niñas como de cierta precocidad sexual.

En el dibujo de la casa pueden exacerbarse más la altura que la anchura, chimeneas raras o mal trazadas o con retoques.

Sin puertas, ni ventanas, resistencia a dibujar la casa.

Exceso de cerca.

Árboles de forma fálica.

Se reportan más de 80 000 casos al año de abuso sexual a niños y niñas, pero el número de casos que no se reporta es aún mayor, ya que los niños tienen miedo de decirle a alguien lo que les pasó y el proceso legal de verificar los informes es difícil.

El problema debe de ser identificado, debe de ponerse fin al abuso y el niño debe recibir ayuda profesional. El daño emocional y psicológico a largo plazo puede ser devastador para el niño. El abuso sexual a los niños puede ocurrir en la familia, a manos de un padre, un padrastro, hermano u otro pariente; o fuera de la casa, por ejemplo, por un amigo, la persona que lo cuida, un vecino, un maestro, o un desconocido. Cuando el abuso sexual ha ocurrido, el niño puede desarrollar una variedad de sentimientos, pensamientos e ideas angustiantes.

No hay niño preparado psicológicamente para hacerle frente al estímulo sexual repetitivo. Aún los niños de dos o tres años que no pueden saber que la actividad sexual es "incorrecta", desarrollarán problemas como resultado de su inhabilidad para hacerle frente al sobreestimulación.

El niño de cinco años o más que conoce y aprecia al que lo abusa, se siente atrapado entre el afecto y la lealtad que siente hacia esa persona y la sensación de que las actividades sexuales son terriblemente malas. Si el niño trata de romper con las relaciones sexuales, el que lo abusa puede amenazarlo mediante la violencia o negándole su afecto.

Cuando los abusos sexuales ocurren en la familia, el niño puede tenerle miedo a la ira, los celos o la vergüenza de otros miembros de la familia, o quizás puede temer que la familia se desintegre si se descubre el secreto.

El niño que es víctima de abuso sexual prolongado, usualmente desarrolla una pérdida de autoestima, tiene la sensación de que no vale nada y adquiere una perspectiva anormal de la sexualidad. El niño puede volverse muy retraído, perder la confianza en todos los adultos y puede llegar a considerar el suicidio.

Algunos niños que han sido abusados sexualmente tienen dificultad para establecer relaciones con otras personas a menos que estas relaciones tengan una base sexual. Algunos niños que han sido abusados sexualmente se convierten en adultos que abusan de otros niños, se dan a la prostitución, o pueden tener otros problemas serios cuando llegan a adultos.

Existen ideas equivocadas sobre el abuso sexual; generalmente se cree que el agresor es una persona desconocida. Pero la realidad es que la mayoría de los casos son ejecutados por padres, padrastros y amigos de la casa. En el menor de los casos son personas desconocidas o madres los que abusan de niñas y niños.

Es decir, los abusadores son: Padres, padrastros, hermanos mayores, tíos, abuelos, cuñados, compadres o amigos de la familia. Existe el mito, que los agresores padecen trastornos mentales, o son enfermos sexuales, pero la realidad es que las personas que abusan a las niñas y los niños no son enfermos mentales ni enfermos sexuales, si no por lo contrario, son sanos tanto física como mentalmente. otras veces, se piensa que el abuso sexual se da solamente en niveles socio económicos bajos. Pero la realidad plena es que no importa la clase social, ni la raza, ni la religión. Es decir que puede ocurrir en familias ricas, pobres, negras, blancas, católicas, evangélicas, etc.

Generalmente se cree también que los abusos ocurren normalmente en las noches, en lugares oscuros, pero la realidad es que el abuso sexual y el incesto ocurren: En el ámbito familiar, en la escuela, en los consultorios médicos o en lugares públicos.

Una referencia alarmante es que el número de abusos no reportados en la realidad suele ser mayor, en un artículo publicado en el periódico el Universal, de 9 de febrero de 2008 en la ciudad de Caracas, Venezuela, se afirma que estos problemas han aumentado drásticamente en los últimos 20 años y que en la actualidad, 3 de cada 10 niños son víctimas de abuso sexual. Refieren que a mediados de los años 70, la

incidencia no superaba el 10%, ubicándose en 20% a fines de los 80 y finalmente en 30% en los años recientes.

Pero no solo la situación ha cambiado en términos de número de afectados, sino también en su edad, hace 20 años la mayoría de los niños abusados tenían entre 12 a 14 años, y ahora, el promedio de edad oscila entre los 0 y 3 años. Otras estadísticas mencionan con respecto a la edad, que una tercera parte son menores de 6 años, el otro tercio tienen entre 6 a 12 años, y el tercio restante se encuentra entre los 16 a 18 años de edad. Brown (1986), menciona que uno de cada cuatro niños y una de cada tres niñas tienen algún tipo de experiencia sexual con adultos.

En España, una de cada cinco mujeres afirma haber sufrido abuso sexual en la infancia. Master y Johnson (1987), calculan que un 4% de la población vive situaciones de incesto entre hermanos y un 0.5% entre padre e hija.

#### **4. FACTORES QUE AUMENTAN LA VULNERABILIDAD AL ABUSO SEXUAL**

Se ha demostrado que ciertas características de los niños, de la familia, de la comunidad y de la sociedad en su conjunto; aumentan el riesgo de abuso, así por ejemplo:

##### **a. LA EDAD**

La vulnerabilidad de los menores al abuso depende en gran parte de su edad. Los casos mortales se presentan en niños o niñas de 5 años. Por otra parte, las tasas de abuso sexual no mortal tienden a subir después del inicio de la pubertad hasta la adolescencia.

## **b. EL SEXO**

En la mayoría de los países las niñas corren mayor peligro que los varones de ser víctimas de abuso sexual, infanticidio, descuido en la educación, nutrición y prostitución forzada. Los reportes de varios estudios indican que el abuso sexual entre las niñas, son de 1,5 a 3 veces más altas que en los varones.

Los niños con capacidades especiales están expuestos a mayor riesgo para diferentes tipos de maltrato infantil por la dificultad de crear vínculos afectivos en su entorno inmediato.

## **5. FACTORES RELACIONADOS CON LAS PERSONAS A CARGO**

Las características de las personas a cargo del cuidado del niño y de la familia pueden comprometer la crianza y conducir al maltrato de los mismos. En este sentido, se identifican las siguientes variables como elementos de riesgo: Los que cometen abuso sexual de menores, tanto en el caso de las víctimas femeninas como masculina, son predominantemente hombres.

### **a. LA ESTRUCTURA Y LOS RECURSOS DE LA FAMILIA**

Según el Informe Mundial sobre Violencia y Salud de la OMS del año 2004, es más probable que los padres que infligen maltrato físico sean jóvenes, solteros, pobres, desempleados y que tengan menos educación que los padres que no maltratan a sus hijos.

### **b. EL TAMAÑO DE LA FAMILIA Y LA COMPOSICIÓN DE LA UNIDAD FAMILIAR**

El Tamaño de la familia también puede aumentar el riesgo de maltrato así como el hacinamiento doméstico. Los ambientes familiares donde se cambia con frecuencia

la composición del hogar son una característica particular en casos de descuido crónico.

### **c. CARACTERÍSTICAS DE LA PERSONALIDAD Y DEL COMPORTAMIENTO**

Se estima que los padres con mas probabilidades de maltrato a sus hijos físicamente suelen tener una historia personal de baja autoestima, poco control de sus impulsos y problemas de salud mental, además de mostrar comportamientos antisociales. Muchas de estas características afectan negativamente, como el poco apoyo a sus hijos, son poco cariñosos, no juegan con ellos, desatienden sus demandas, son más dominantes y hostiles.

### **d. ANTECEDENTES DE MALTRATO**

No obstante la complejidad de estos aspectos, se han realizado algunas investigaciones en el ámbito internacional que muestran un mayor comportamiento de maltrato a sus hijos por parte de padres que a su vez fueron victimas del problema en la niñez, de ahí la importancia acerca de la prevención del abuso.

## **6. FACTORES EN LA COMUNIDAD**

Los factores de la comunidad donde se relacionan socialmente pueden constituirse en factores de riesgo o protectores. Entre ellos se identifica a los siguientes:

### **a. POBREZA**

Se evidencia una correlación muy estrecha entre pobreza y los diferentes tipos de maltrato. Las tasas son más elevadas en comunidades con altos niveles de desempleo y concentración de pobreza, donde además, las infraestructuras física y social se encuentran deterioradas.

## **b. CAPITAL SOCIAL**

Los niños, niñas y adolescentes que viven en zonas con menos capital social (cohesión solidaridad) o inversión social en la comunidad parecen correr mayor riesgo de maltrato y tener problemas de conducta. Se ha comprobado que las redes sociales y las vinculaciones entre los vecinos son un potente lazo protector para los menores.

## **7. FACTORES SOCIALES**

Muchos factores socioculturales estructurales pueden afectar la capacidad de los padres de cuidar y proteger a sus hijos. Se consideran importantes de señalar los siguientes: La existencia y la aplicación de normas jurídicas que protegen del abuso sexual y /o penalizan su ocurrencia. Las normas culturales que toleran a la violencia como medio de disciplina y que legitiman las iniquidades de genero y generacional. Las políticas públicas relacionadas con la niñez y adolescencia. Y como una entidad muy especial se cuentan a las creencias erróneas sobre el abuso sexual en menores, a saber:

- a.** Algunos dicen que no son frecuentes o no existen.
- b.** Los agresores son enfermos sexuales, pero, la realidad es que el abuso sexual se comete por sujetos aparentemente normales.
- c.** Si hubiera un abuso sexual en el entorno, nos daríamos cuenta. Aunque desgraciadamente la tendencia es hacia el ocultamiento del hecho.
- d.** El abuso sexual a menores ocurre siempre en ambientes donde hay pobreza.
- e.** Cuando el niño habla de abuso sexual, no dicen la verdad. Pero, la verdad es que sucede lo opuesto.

f. Si la madre se entera del abuso, lo comunica. Lamentablemente mas de la mitad de las madres reaccionan ocultando los hechos y/o participando de una u otra forma en ello.

Se consideran como los factores más importantes a los siguientes:

- **Factores socio-ambientales y culturales:** Hacinamiento. Viviendas precarias. Aislamiento geográfico y cultural. Analfabetismo.
- **Factores ligados a la estructura del grupo familiar:** Familias desorganizadas, muy numerosas, escasa delimitación de roles paténtales, alcoholismo, drogadicción, perversión en miembros de las familias (prostitución, homosexualidad).
- Niños en condiciones de abandono físico, maltrato emocional, reclusión en institutos, discapacidades y niños en situación de calle.

En cuanto a los factores ambientales en que es alta la frecuencia del abuso sexual (según estadísticas del Centro contra el Abuso y el Maltrato Infantil de los Estados Unidos), se relacionan con:

- Viviendas precarias y hacinamiento, promiscuidad, analfabetismo, entre otros.
- Familias desorganizadas o muy numerosas, o bien, de escasos miembros, pero en condiciones de aislamiento geográfico, cultural o social. Si bien es más frecuente en clases bajas, no es exclusivo de ellas. Puede presentarse en cualquier clase social. Además, ciertas formas de abuso sexual infantil, vinculado con pornografía, estimulantes eróticas por exhibicionismo de los padres, o uso de drogas estimulantes y/o asociados a perversiones pueden presentarse en clase media o alta.

Entre los factores desencadenantes más frecuentes se hallan, el alcoholismo, el consumo de drogas, la ausencia temporaria (por enfermedad, puerperio o viajes) o definitivas (abandono, muerte) del progenitor del sexo opuesto al abusador.

Es muy probable que este sea el aspecto más difícil dentro del grupo de problemas surgidos en el síndrome de abuso sexual infantil, en el cual deben conjugarse numerosos factores generadores de tales actitudes y las consecuencias que derivan de estas. En muchas ocasiones, descubrir un caso demora años, o nunca llega a hacerse público; otras veces, la información de los padres o tutores es inadecuada o no se ajusta a la realidad de lo sucedido; de aquí que enfrentarse como médico a un paciente de este tipo, a menudo resulta incomodo, mucho mas cuando se trata de niños pequeños en quienes, por naturaleza, se califica este tipo de actos como inconcebibles.

Por lo general, se acude a la investigación cuando se culmina un proceso largo, que ha tenido muchos años de evolución, cuando se han implementado efectos negativos en la familia y el niño, o cuando aparecen cambios bruscos en la conducta familiar, como la aparición de un embarazo de una adolescente la alteración de conducta en los niños, actos delictivos, enfermedades sexuales transmisibles o insuficiencia escolar.

No obstante, en este tipo de abusos puede encontrarse variedad de manifestaciones clínicas, anatómicas, fisiológicas y psíquicas, que guardan relación con grupos determinados de maltrato sexual.

Se ha estimado que el 60% de los menores abusados sexualmente presentan problemas psicológicos. Dichos síntomas serían tanto más acusados cuanto más graves han sido, más frecuentes, cuánto más tiempo han durado (intensidad, frecuencia y duración), más fuerza se ha ejercido y si el abuso ha sido realizado por un miembro muy cercano al menor con el que tenía una estrecha relación afectiva

(padre o padrastro). Igualmente, también depende de las estrategias cognitivas del menor abusado, las sensaciones de vergüenza generadas o las atribuciones y estrategias de afrontamiento que ha realizado para evitarlo. A mayor edad, existen mayores niveles de gravedad en su conducta.

Muchas veces en el niño no hay señales físicas de abuso sexual. Algunas señales sólo pueden ser reconocidas mediante un examen físico por un médico especialista.

Hymel, afirma que en la pubertad temprana aumentan la elasticidad del himen, su redundancia y el flujo vaginal fisiológico, lo que en conjunto hacen que las lesiones himeneales se hagan menos visibles después de la pubertad por los efectos estrogénicos. Los manoseos vaginales y anales por lo general no causan daño porque estos tejidos se dilatan con mucha facilidad. Por esta razón, un examen físico normal no confirma ni descarta abuso sexual; si un pediatra es llamado a testificar, debe explicar la frecuente ausencia de trastornos físicos.

Como ejemplo, podemos citar un estudio que fue realizado en un centro médico, de donde se obtuvo la siguiente información:

*El examen genito rectal confirmó lesiones causadas por penetración reciente y antigua. Las lesiones específicas de abuso sexual se centraron en el himen y labios menores (44,2%) y ano (4,7%).* A diferencia de otros estudios de abuso sexual en niños, solo en un caso se evidenció semen y vello pubiano en los genitales de la víctima (signo forense patognomónico), probablemente, porque la mayoría de los casos fueron denunciados después de las 24 horas del incidente o debido al cambio de ropas interiores y aseo genital previo al examen físico. Se señala que el tiempo anterior a las 12 horas aumenta la probabilidad de encontrar espermatozoides en las secreciones cervicales de las víctimas.

La frecuencia relativa de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) en niños víctimas de agresión sexual es paralela a la frecuencia en adultos. Así, muchos menores

adquieren infecciones gonocócicas y sífilis. En un estudio de referencia, llamó la atención el hallazgo de tres casos de tricomoniasis que, bibliográficamente, es una excepción a la regla, aunque es muy frecuente en la mujer adulta y, por el contrario, es rara en niños porque además en pre púberes las vías genitales bajas no sometidas al estrógeno, haciéndolas muy resistentes a la infestación por el protozoario.

El embarazo a causa de una violación es una tragedia para muchas adolescentes que deben sufrir las repercusiones tanto a nivel individual, familiar como social. A nivel personal, renuncian a expectativas o proyectos futuros como: la virginidad, estudios superiores, matrimonio, etc. Si no se practica el aborto (autorizado en casos de violación por el Código Penal de Bolivia), este conflicto se prolonga a lo largo de nueve meses de gestación, culminando con un bebé no deseado, producto de una relación involuntaria, ilícita o agresiva y con perspectivas hacia el futuro, potencialmente desfavorables. Los niños producto de una violación se encuentran en riesgo especial de sufrir abandono, negligencia o abuso físico.

Se considera importante definir normas hospitalarias respecto a la profilaxis contra el embarazo en niñas que han sufrido agresión sexual. Muchos investigadores recomiendan administrar dos comprimidos de etinilestradiol y norgestrel dentro de las 72 horas del ataque y la misma dosis doce horas después.

A nivel familiar, tías y madres fueron las personas que mayormente asumieron la responsabilidad de la denuncia, seguida por la policía, padres y abuelos. Las reacciones de la familia ante la noticia fueron variadas, a saber: Manifestación de angustia por el futuro de sus hijos, actitud de culpabilidad a sí mismos, culpabilización a terceros e incluso al destino.

El 30% de las víctimas agredidas sexualmente, en lugar de recibir protección por sus familiares, recibieron reproches y abuso físico al responsabilizarlos por lo ocurrido. En los casos de incesto (19,8%), se observó la parcialización de la madre por el

agresor (esposo). El motivo por el cual se impone la lealtad hacia el cónyuge, en detrimento de la hija es todavía controversial entre los investigadores. McCullogh y Sherman, en 1991, señalan que en estos casos la madre debe hacer frente a muchos problemas: la temida ruptura con los parientes y conocidos; la incertidumbre acerca del futuro desde el punto de vista económico y social; el miedo a no poder enfrentarse a las exigencias de la vida cotidiana sin el marido; la propia incapacidad para oponerse a una violencia que ella misma ha sufrido; el dolor y el sentimiento de haber sido ignorada y engañada; la convicción de haber fracasado como esposa y madre. Por último, a esto se añade el deseo de evitar a la hija experiencias traumáticas, como pueden ser la policía y los tribunales. Todo ello provoca efectos de impotencia y desamparo que la madre es incapaz de superar.

El manejo pediátrico de estos niños fue problemático e insuficiente en muchos casos, en parte por deficiencias en el trabajo multidisciplinario y falta de experiencia y capacitación de los profesionales en el abordaje de estos casos.<sup>c</sup>

## **8. SUJETO ACTIVO Y PASIVO DE VIOLACIÓN**

Carrara, Gomez Fontan Balestra, Molinario, Ramos Manfredinni, Manzinni y Pozzolini, sostienen que tanto el hombre como la mujer pueden ser sujetos activos del delito. Díaz, Núñez, Orgeira, Ure, Gonzáles García, Zabalía, entre otros, por el contrario, rechazan a la mujer como elemento activo señalando que se debe hacer una interpretación correcta del término “acceso carnal”, en este sentido, el sujeto activo de la violación sigue siendo el hombre según lo aconseja la gramática y el sentido común.

El sujeto pasivo puede ser una persona de uno u otro sexo, es decir, un hombre o una mujer sin excepción alguna. Por lo menos, así lo admite nuestro Código Penal al igual que los de muchos otros países.

## **G. TIPOS CARACTERIZADOS DE ABUSO SEXUAL**

### **1. ABUSO SEXUAL PADRE/HIJA**

Es la forma más habitual y debemos distinguir tres aspectos:

**a. Características paternas:** Suelen ser personalidades psicopáticas, inmaduras, con tendencia a la promiscuidad y la misoginia. También pueden observarse sujetos introvertidos, inmaduros y con gran apego a los niños (pedofilia). La estructura del grupo familiar se presenta como muy aislada (geográfica, cultural o socialmente) del medio, con intereses centrados en propio grupo.

Es más frecuente en padres jóvenes (40 años) - sean éstos biológicos o adoptivos - o también, por el contrario, en padres muy mayores (60 años) unidos a esposas jóvenes. En la entrevista clínica, uno de los elementos más relevantes es la negación y ausencia de culpa.

**b. Características maternas:** Suelen ser personalidades infantiles, inmaduras, con tendencia a la promiscuidad. Generalmente establecen uniones maritales con varones misóginos o autoritarios. Presentan una hábil regulación de la autoestima con cuadros depresivos y posibilidad de episodios suicidas. En muchos casos se asocian a prostitución.

Pueden ser mujeres muy jóvenes - con un gran resentimiento hacia su propia figura materna - o, por el contrario, mujeres mayores de más de 40 años, en unión marital con varón mucho menor.

Abundan los antecedentes familiares de abandono paterno y/o abuso sexual por parte de padre, cuidadores, tío, etc.; como así también de maltrato físico o emocional. Antecedentes de prostitución materna, con marcada hostilidad hacia la pareja.

En la relación de la madre hacia la hija que ha sido objeto de abuso, se observa la delegación en la menor de tareas de responsabilidad hogareña, rol que describiríamos como de “materialización” de la hija. En la clínica, el principal mecanismo es la negación y la hostilidad hacia la hija más que hacia el cónyuge.  
Cuadros depresivos

**c. Características de la Hija:** La edad más frecuentes es entre los 10 a 14 años. Presentan rasgos de inmadurez emocional con ejercicio de rol de maternidad sustituta hacia el padre y los hermanos menores.

Clínicamente, pueden manifestar excesivas inhibiciones o, por el contrario, actitudes de desafío con curiosidad sexual exacerbada. Como antecedentes, todo ello estimulado por la promiscuidad y el momento de su desarrollo evolutivo.

Ante la situación de abuso sexual, aparecen sentimientos de culpa y vergüenza familiar y social, con tendencia al uso de drogas estimulantes y posibilidad de fuga del hogar. Ello trae como consecuencia probable la desintegración del grupo familiar. En el examen clínico - ginecólogo pueden aparecer infecciones de transmisión sexual. Una de las posibilidades más graves del abuso sexual de la menor es el embarazo con sus consecuencias más usuales: madre soltera joven con riesgo de abandono del hijo o filicidio.

## **2. ABUSO SEXUAL DE PADRE/HIJO**

Asociado a antecedentes de homosexualidad o psicopatía paterna.

## **3. ABUSO SEXUAL MADRE/HIJO**

Asociado a psicosis o perversión grave materna, con ausencia paterna total (por muerte o abandono) o fallas profundas de función paterna.

## **H. COMO SE SIENTE UNA NIÑA DESPUÉS DE HABER VIVIDO UN ABUSO SEXUAL**

El agresor muchas veces se acerca a la niña a través de “caricias” que, al principio pueden gustarle, pero poco a poco estas caricias se convierten en desagradables cuando la niña se va dando cuenta que no son caricias conocidas por ella.

En la mayoría de los casos el agresor es una persona de confianza y ella piensa que está equivocada, que sus sentimientos no son reales, porque no entiende qué está pasando. Ella espera que esa conducta rara de los adultos termine rápido, en este tiempo ella muestra señales de defensa y desacuerdo con la situación. Pero muchas veces los adultos no entienden las señales que da la niña.

Si el abuso sexual sigue, el agresor usa formas de chantaje por ejemplo:

“A ti también te gusta eso. Tú no te defendiste.”

“Esto es un secreto entre nosotros, nadie debe saber de eso.”

A las niñas se les enseña que ellas tienen que obedecer a los adultos y se busca la culpa en ellas mismas. Ellas sienten vergüenza, porque creen que están sucias. Con el tiempo pierden la confianza en otras personas y siempre están muy atentas. Pero también pierden confianza en ellas mismas porque ya no creen en su percepción.

El agresor dice: “Es lindo lo que estamos haciendo. “

Y la niña siente: “Esto es asqueroso y me duele. “

Muchas veces las niñas tienen sentimientos muy ambivalentes.

Ellas reciben de parte del agresor regalos, mayor atención, él la lleva a paseos, dice que es su preferida. Ellas se sienten confundidas, por un lado sienten afecto por el agresor sobre todo cuando es papá o un familiar cercano, por otro lado no le gusta lo que está haciendo con ella.

Por lo mencionado, es muy importante la difusión de educación sexual, en diferentes niveles:

**En las niñas:** Poner el acento en la noción de inviolabilidad del cuerpo. Nos implica el aprendizaje de la posibilidad de decir “**No**”.

**En los varones:** enfatizar la noción de respeto sobre el propio cuerpo y la responsabilidad que le cabe ante posibles consecuencias de su actividad sexual sobre el cuerpo femenino: embarazos seguidos de aborto o nacimiento indeseado de un niño con potencialidad de ser abandonado.

Esta difusión de medidas de educación sexual debe darse a través de escuelas, hospitales, iglesias. Agentes comunitarios (por ejemplo, actualmente la utilización de la red sanitaria). También se debe considerar el uso responsable de los medios masivos de comunicación con fines educativos.

## **I. ACCIONES JURÍDICO LEGALES**

### **1. ESTUPRO**

El término Estupro deriva del latín “*stuprum*” que quiere decir viciar, contaminar. El diccionario jurídico señala que estupro es el delito que comete quien tiene acceso carnal con mujer honesta (aunque no sea virgen). El término explicado se uso en el transcurso del tiempo para designar indistintamente al adulterio, la violación, el abuso deshonesto. Hoy en día, en nuestra legislación se encuentran diferenciados los tres delitos de carácter sexual y en obediencia a la ley No.2033 de 25/10/99, entendemos

por estupro como “el acceso carnal con persona de uno u otro sexo, mayor de 14 años y menor de 18 mediante seducción o engaño (Art. 309 C.P.). Este artículo tiene antecedente histórico en el 422 del código de 1834.

#### **a. SANCIONES**

Privación de libertad de cuatro a diez años.

#### **b. AGRAVANTES**

Privación de libertad de diez a veinte años en la violación “ope legis”. Si el fallecimiento de la menor se produce como consecuencia de la violación existe un a pena de presidio de treinta años sin derecho a indulto..

#### **c. ELEMENTOS CONSTITUTIVOS DEL ESTUPRO**

Siguiendo la norma del Código Penal vemos que son cuatro los elementos constitutivos:

- El elemento biológico: el acceso carnal.
- El elemento del género: la mujer y el hombre.
- El medio empleado: la seducción o el engaño.
- El elemento cronológico: la edad de la víctima.

#### **1) ELEMENTO BIOLÓGICO**

El acceso carnal es uno de los elementos esenciales del tipo y su falta cambia la calificación del delito; el acceso carnal debe ser necesariamente al contrario de lo

que sucede en la violación por vía natural, es decir, vaginal en la mujer; la copula por otra vía desvirtúa la tipificación según doctrina, en el hombre es la vía anal. En el informe medico legal el perito forense debe informar al juzgador si hubo o no coito.

## **2) ELEMENTO DEL GÉNERO**

Seguimos sosteniendo que solamente la mujer es sujeto pasivo del delito, la expresión “acceso carnal” impide a la mujer en constituirse en sujeto activo. Por lo dicho, se infiere que el sujeto activo tiene que ser necesariamente un hombre. De la misma manera sujeto pasivo del delito es solamente la mujer en los códigos de otros países como Francia, Hungría, Austria, Nicaragua, Honduras, etc.

## **3) EL MEDIO EMPLEADO**

La seducción o el engaño, ambos elementos subjetivos referidos a que el sujeto activo para la comisión del delito emplea la viveza o maña, para persuadir a su víctima suavemente al mal.

## **4) EL ELEMENTO CRONOLÓGICO**

Otro elemento constitutivo del delito estaba determinada para la estuprada, la ley protegía a la mujer “desde la pubertad hasta los diecisiete años” En los procesos penales era suficiente la presentación del certificado de nacimiento extendido por la oficialía de registro civil para acreditar la máxima edad de la víctima; antes de la vigencia de la ley 2033 de 20 de octubre de 1999, la verificación de la edad de la pubertad era un hecho biológico que debía determinarlo el medico legista.

En la mujer la fase púber propiamente dicha, comienza en el altiplano retardado mas o menos a los 16 años; en los valles, 12 a 15 años y en los llanos a partir de los 11 años aproximadamente.

Dicha fase comienza con la menarquia y la maduración morfológica y psíquica continúa en proceso. Desde el punto de vista endocrinológico, sobresalen dentro de las actividades hormonales, el fortalecimiento y sucesiva orientación al instinto sexual.

Entre los delitos de carácter sexual, el estupro es el que con mas frecuencia se comete en nuestro medio, los índices y estadísticas no dan una información exacta, ya sea porque no existe una primera entrevista con la estuprada que pueda detectar el delito o “el problema judicial se soluciona antes de llegar a estrados “

En archivos se encontraron 5 400 casos aproximadamente en un lapso de 30 años, lo que da un porcentaje de 13.75 %; se destaca asimismo que a partir de 1970, el índice porcentual ha subido.

## **2. ABUSO DESHONESTO**

En este delito la intervención del medico legista es casi nula, pero se lo incluye para mostrar las diferencias con otros delitos de carácter sexual, sin embargo, los factores que predisponen a este tipo de delito son muy comunes a los otros delitos de este tipo.

El delito de abuso deshonesto se caracteriza por la realización de actos libidinosos no constitutivos de acceso carnal. Si la victima fuese menor de 14 años la pena será de 5 a 20 años .En los demás casos, la privación de libertad es de 1 a 4 años según el Art. 312, aunque más correcta sería la expresión de “actos libidinosos sin acceso carnal”. El abuso deshonesto se puede realizar en personas de uno u otro sexo.

La privación de libertad de uno a tres años puede agravarse en un tercio en los siguientes casos.

- Si resulta un grave daño en la salud (psicofísica) de la victima.

- Si el autor es descendiente ascendiente, hermano, medio hermano adoptante o encargado de la educación o custodia.
- Si dentro la ejecución del hecho hubieran concurrido dos o más personas.
- Si se produjere la muerte de la víctima, la pena será de 4 a 10 años.

### **3. VIOLACIÓN**

La violación es un acto de violencia que atenta contra el individuo afectando su “yo” físico y mental, es una vivencia muy traumática para la víctima. En casi todos los países, las leyes consideran que se comete un acto de violación cuando se obliga a una persona a mantener relaciones sexuales sin su consentimiento, recurriendo a fuerza, amenazas u otras artimañas.

La violación atenta contra la integridad física, emocional y contra la estabilidad familiar y social de la persona agredida. Interfiere y modifica el curso de su vida con repercusiones a otros niveles.

#### **a. VIOLACIÓN Art.308**

Quien empleando violencia física e intimidación, tuviera acceso carnal con persona de uno u otro sexo; penetración anal o vaginal o introdujera objetos con fines libidinosos, incurrirá en privación de libertad de 5 a 15 años

El que bajo las mismas circunstancias del párrafo anterior, aunque no mediara violencia física o intimidación, aprovechando de la enfermedad mental grave, perturbación de la conciencia grave, insuficiencia de la inteligencia de la víctima o que estuviese incapacitada por cualquier causa para resistir, incurrirá en privación de libertad de 15 a 20 años.

## **b. VIOLACIÓN DE NIÑO NIÑA ADOLESCENTE Art.308 bis**

Quien tuviera acceso carnal con persona de uno u otro sexo menor de catorce años, penetración anal o vaginal o introdujera objetos con fines libidinosos, será sancionado con privación de libertad de 15 a 20 años, sin derecho a indulto, así no haya usado fuerza e intimidación y se alegue consentimiento.

Quedan exentas de esta sanción las relaciones consensuadas entre adolescentes mayores de 12 años siempre que no exista diferencia de edad mayor de tres años entre ambos, y no se haya producido violencia ni intimidación.

## **c. SIGNOS DE VIOLACIÓN**

Corresponde al médico forense orientar a la justicia en la constatación de este delito de carácter sexual; para este cometido, el perito buscará una serie de signos presentes tanto en la víctima como el presunto autor. Además, se deberá tomar en cuenta de que el diagnóstico de violación es diferente en la mujer y en el hombre.

### **1) SIGNOS DE VIOLACIÓN EN LA MUJER**

Existen los comunes en la mujer virgen y en la mujer desflorada y, los específicos de la virgen.

#### **a) SIGNOS COMUNES DE VIOLACIÓN**

En el examen médico se puede apreciar equimosis y hematoma en cara, cuello, regiones mamarias; excoriaciones en glúteos, parte antero interna de muslos y a nivel del periné. Lesiones demostrativas de violencia física.

## **b) VALORACIÓN**

Aun cuando la primera preocupación es el aporte de asistencia médica y de apoyo psicológico para la víctima de violación, siempre está presente el aspecto legal, que exige ciertos detalles de valoración médica y de anotación médica que de otro modo, no serían necesarios. Estando radicadas en el himen las lesiones más importantes, es necesario que previamente se haga un ligero estudio de esta membrana y de los genitales femeninos externos.

**Anatomía de los genitales femeninos:** El aparato genital femenino compone de: genitales externos y genitales internos. Entre los primeros se encuentran: La vulva, que está constituida por el monte de Venus, la hendidura vulvar, labios mayores y menores y el clítoris. En los genitales internos se encuentran: la vagina, el útero, trompas y ovario.

Separando la vulva de la vagina se encuentra un tabique incompleto, músculo membranoso formado por un repliegue de la mucosa vaginal denominada himen. Entre las dos hojas de repliegue de la mucosa se interponen una trampa compacta formada por numerosos vasos sanguíneos, filetes nerviosos y algunas fibras musculares lisas. Las dos hojas del repliegue están cubiertas en su cara libre por epitelio pavimentoso estratificado.

Según el espesor de la trama compacta y el repliegue mucoso, los hímenes pueden ser muy delgados, poco resistentes, fácilmente desgarrables en las primeras relaciones sexuales o gruesas y carnosas, duras y resistentes que a veces no ceden a la presión del miembro viril.

Señala Testu que, al verificarse las primeras aproximaciones sexuales, cuando el himen es blando y elástico, el orificio himeneal puede dilatarse lo suficiente (himen complaciente) para que penetre el pene con facilidad y sin dolor. Se comprende que en este caso no habrá hemorragia y que el himen persistirá aunque de dimensiones

muy reducidas, hasta el parto. Sin embargo en nuestro medio, no es muy frecuente este tipo de formación himeneal. Lo que normalmente sucede es lo expresado por el maestro francés en el sentido de que muchas veces el himen se desgarrar en el primer coito, que por esta causa es más o menos doloroso y se acompaña de una pérdida sanguínea más o menos copiosa, y de algunas veces de una verdadera hemorragia. Con todo en contra de la opinión emitida por muchos autores, el himen no queda completamente destruido y como en los casos en que no han sufrido ninguna rasgadura, persiste al menos en parte hasta el primer parto (carúnculas himeneales).

Ya en el momento del parto el himen es nuevamente lesionado de dentro hacia fuera por la presión de la cabeza del feto o las partes del feto en presentación, formándose una serie de colgajos himeneales que se gangrenan y caen. Las partes del himen que se substraen a esta destrucción gangrenosa se retraen y constituyen alrededor del orificio vulvo-himeneal, algunas formaciones son irregulares mamelonadas, otras más alargadas semiflotantes o menos pediculadas. A estos restos cicatrízales del himen se les da el nombre de carúnculas mirtiformes.

**Variedades morfológicas del himen:** Por uno de sus bordes, el himen se inserta alrededor del orificio vulvo vaginal; por el otro (borde libre) deja en el centro de la hendidura vulvar un orificio de forma y dimensiones variables que le dan su característica y que, de acuerdo a casi todos sus autores de la materia se agrupan en tres formas fundamentales:

- **Himen semilunar:** llamado también falciforme, como su nombre indica, tiene la forma de una media luna con la concavidad dirigida hacia adelante. Los dos extremos o cuernos de esta semiluna se proyectan hacia delante a la línea media donde se pierden quedando separado el uno del otro por un tubérculo vaginal.

- **Himen anular o circular:** Tiene la forma de un anillo diafragma con un orificio central en la mayoría de las veces, o en un punto por fuera de la línea media. Este orificio es de dimensiones variables, mide en algunos casos de 2 a 3 milímetros, llegando en otras oportunidades a medir el mismo diámetro del orificio vulvo-vaginal; en este caso, el himen adopta simplemente la forma de un rodete circundante al orificio.
  
- **Himen bilabiado o himen labial:** Es la variedad más frecuente entre nosotros, está constituido por dos labios separados entre sí por una hendidura central antero posterior (hendidura labial) variable en longitud.
  
- **Otras Formas:** De las tres formas anteriores se derivan otras como los hímenes dentados, denticulado en quilla, himen de perforación central y cribiforme, entre otras.

Para el examen del himen debe colocarse a la mujer en posición ginecológica a continuación con la mano izquierda enguantada, se coloca los dedos pulgar e índice sobre los labios mayores a manera de separadores haciendo presión sobre los labios menores, posteriormente, se solicita a la examinada que haga esfuerzo (puje), en este momento la membrana integra o desgarrada hará prociencia y podremos examinarla mejor, vale la pena aclarar que el examen debe efectuarse con una excelente iluminación (frontoluz o reflector) y en presencia de otro profesional médico o un ayudante a objeto de tomar precaución ante posibles posteriores reclamos de los familiares, donde el médico puede ser acusado de haber desgarrado la membrana con maniobras.

El himen recientemente desgarrado se presenta como una herida sangrante, con bordes contundidos e inflamados, con escasa o abundante hemorragia según la vascularización de este, cuando la desfloración es reciente, el himen se presenta desgarrado en forma específica según su variedad. Se ha constatado lo afirmado por autores extranjeros en el sentido de que el himen circular o anular se desgarrar,

siguiendo la dirección de las agujas del reloj, en las horas dos, cinco, siete y diez, en cambio, el semilunar se desgarró en las horas cuatro y ocho y, el bilabiado se desgarró en las seis y doce.

La cicatrización de la membrana se produce al cabo de tres o cuatro días, según Hoffman, de ocho a quince días.

Según las observaciones de Toulmouches, citado por la jurisprudencia nacional, el tiempo de cicatrización es de quince a veinte días y finalmente, Tardie indica que es casi imposible determinar la fecha cuando todo está cicatrizado. En observaciones de la autora, la cicatrización casi nunca pasó de los diez días.

Los colgajos resultantes del desgarro se retraen y cicatrizan dejando una escotadura blanquecina y brillante que algunas veces puede ser confundida con una escotadura congénita. La diferencia entre ambas está claramente demostrada:

- **ESCOTADURA CONGÉNITA:** Presenta profundidad escasa, no llegando hasta la superficie de inserción de la membrana en la pared vaginal. Bordes regulares, disposición simétrica, los bordes se hallan recubiertos por pavimento estratificado al igual que el resto de la membrana. No existen signos de cicatrización. No existen signos de infección localizados en la membrana. Si existe, es vulvo vaginal.
  
- **DESGARRO TRAUMÁTICO:** Profundidad completa llegando hasta la superficie de inserción de la membrana en la pared vaginal. Bordes irregulares, disposición asimétrica, los bordes se hallan recubiertos por tejido fibroso cicatrizal blanquecino. Existen signos de cicatrización a nivel de los bordes, así como en el lugar de implantación de la membrana en la pared vaginal (pequeños mamelones). Existen asimismo signos de infección o por lo menos de organización cicatrizal a nivel de las soluciones de continuidad.

### **c) HISTORIA CLÍNICA**

Debe ser efectuada respetando estrictamente la privacidad, con un manejo que implique delicadeza y sensibilidad, brindando el soporte emocional adecuado para que la víctima se sienta más tranquila, suministrando toda la información que amerite ella y su familia respecto a la delicada situación que viven, facilitando la asesoría legal mediante la orientación de los profesionales correspondientes e insistiendo en la necesidad del control y seguimiento de las consultas sucesivas para tratar adecuadamente las repercusiones físicas y psicológicas.

La historia clínica completa, debe contar con la modalidad del abuso sexual, si es sexualmente activa, fecha de último coito voluntario, si es adolescente; según enseña Gisbert, en los niños menores de 6 años, el coito es anatómicamente imposible, de manera tal que si se produce una penetración, se producen lesiones graves, con desgarros vaginales que se extienden hasta el periné o el ano, implicando compromiso vital, en las niñas escolares, el desgarramiento del himen es una evidencia importante, las lesiones en los niños generalmente son anales y en niños pequeños puede producir desgarramientos extensos, estallido rectal y una hemorragia que puede provocar la muerte. Se puede encontrar relajación refleja de esfínter, dilatación anal, ano hiperpigmentado, borramiento de pliegues y otras lesiones, pueden provocar trastornos anatómicos y funcionales del esfínter anal con contingencia fecal.

Es importante tomar en cuenta que el relato de la víctima depende de la edad. Como ya se mencionó, el niño o niña, en un alto porcentaje va a abusado por una persona conocida de la familia o cercana, él o ella, no logra discernir lo bueno de lo malo y como el hecho, en muchas ocasiones, no va acompañado de violencia, no lo reconoce como un acto violento.

La reiteración de la interrogación está contraindicada al igual que en los exámenes genitales, por el potencial efecto estigmatizante. Debemos evitar la inducción de

respuestas desde la propia pregunta, darse tiempo de revisarlo minuciosamente en busca de lesiones.

Se debe realizar una minuciosa y muy cuidadora colección de muestras para las pericias forenses, debe anotarse si la víctima orinó, defecó o se bañó después del abuso, ya que esto puede hacer variar los resultados en casos de violación. La víctima debe desvestirse sobre una sabana para la colección de cualquier residuo, y tanto las muestras colectadas, como la ropa, deben colocarse en bolsas separadas y debidamente rotuladas.

**Obtención de muestras para análisis pericial laboratorial:** Distintas muestras deben ser tomadas de Boca, faringe, piel, cabellos, uñas, genitales y ano. Efectuar cistoscopia y colposcopia si es necesario, incluso bajo sedación general si el caso lo amerita.

**Exámenes periciales laboratoriales recomendados:**

- Pruebas laboratoriales para la pesquisa y determinación de espermatozoides y para la determinación de Antígenos Prostático Específico (PSA).
- V.D.R.L. o RPR, en el momento y seis semanas después del asalto.
- Estudio de VIH.
- Test de embarazo para certificaciones posteriores.
- Test de drogas. Con especial énfasis en aquellas que provocan indefensión.
- Estudio de secreciones para sífilis, chlamydia, candida, gonorrea y herpes.

**Tratamiento Médico:** Dirigido a la atención de lesiones, prevención de lesiones, presencia de embarazo y tratamiento de problemas emocionales.

Se indica la aplicación de Toxoide Tetánico y de antibióticos profilácticos si existe trauma genital. En aquellas pacientes que no toman anticonceptivos, profilaxis de embarazo hasta las 72 horas del asalto sexual como máximo.

**Tratamiento Psicológico:** Asesoramiento legal. El médico tiene la obligatoriedad de hacer la denuncia en caso de que se diagnostique como abuso sexual, ofreciéndole orientación tanto a la víctima, como a la familia.<sup>9</sup>

## **J. VIOLENCIA SEXUAL.**

El término violencia sexual hace referencia al acto de coacción hacia una persona con el objeto de que lleve a cabo una determinada conducta sexual; por extensión, se consideran también como ejemplos de violencia sexual "los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro 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"<sup>18</sup>

Los casos más frecuentes de violencia sexual son los ejercidos sobre niños (la pedofilia y el abuso sexual intrafamiliar) y la violación de mujeres.

El delincuente sexual lo puede ser en exclusiva (sobre todo en el caso de los pedófilos), pero también puede ir acompañado de otros perfiles delictivos, tal es el caso de robos, agresiones, etc., en muchas ocasiones como parte de un comportamiento asociado al abuso de alcohol y drogas, y a un nivel socioeconómico bajo.

El agresor sexual no es necesariamente un desconocido para la víctima; en ocasiones es, precisamente, su cercanía cotidiana a la misma la que le ha facilitado

un determinado grado de confianza que ha derivado en la imposición de una determinada relación.

En países con estadísticas fiables al respecto, las agresiones sexuales constituyen un porcentaje relativamente bajo de la violencia denunciada. No obstante, el carácter intrínseco de la violencia sexual sugiere la posibilidad de una violencia encubierta debido a actitudes de vergüenza o de temor a represalias por parte de la víctima.<sup>29</sup>

## **1. LA VIOLENCIA SEXUAL COMO PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA.**

La violencia es un fenómeno que por su magnitud, gravedad y trascendencia es reconocida a nivel mundial como un problema de salud pública, de derechos humanos y de justicia social que daña la salud y la vida de las personas, las familias y la sociedad. Desde 1993 los Ministros de salud de de la región de las Américas y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) reconocen que la violencia es un problema de salud pública grave y urgente que afecta a la salud y al desarrollo social y económico de las poblaciones.<sup>28</sup> En 1996, la Asamblea Mundial de la Salud, declaró que la violencia es un grave problema de salud que causa el 4% de todas las muertes de personas en el mundo

Se entiende por **violencia** al uso de amenazas o uso intencional de la fuerza, la coerción o el poder (físico, psicológico o sexual), contra otra persona, grupo o comunidad o contra si mismo, con alta probabilidad de producir daño en la salud y en la libertad de movimiento de la víctima.<sup>30</sup> La violencia puede ser: Física, psicológica o sexual. La violencia sexual es una forma de violencia y se define como conductas que obligan a las personas de cualquier sexo u edad a realizar actos sexuales sin su consentimiento o deseo explícito, generalmente se acompaña de violencia física y/o psicológica. Es todo acto sexual forzado, la tentativa de hacerlo, los comentarios e insinuaciones sexuales no deseadas, o las acciones para comercializar o utilizar de otro modo la sexualidad de otra persona independientemente de la relación de ésta con la víctima, en cualquier ámbito incluido el hogar y el lugar de trabajo”.<sup>31</sup>

La mayor parte de las agresiones sexuales tienen como víctimas a mujeres y niñas/os y adolescentes, y son perpetrados por hombres y adolescentes. Sin embargo, la violación de hombres y niños por otros hombres, es un problema constatado, y se registran igualmente coacciones a hombres jóvenes por parte de mujeres mayores para mantener relaciones sexuales.

La violencia sexual repercute hondamente en la salud física y mental de las víctimas con consecuencias que se manifiestan tanto de inmediato como muchos años después de la agresión, tanto en problemas reproductivos como sexuales. En la salud mental, las repercusiones son tan graves como en la física. La mortalidad asociada a la violencia sexual puede deberse al suicidio, a la infección por VIH o al homicidio.<sup>18</sup>

Las formas más conocidas de violencia sexual son:

La violencia sexual comprende una gran variedad de actos, entre los que se reconocen:

- Relaciones bajo coacción en el matrimonio
- Relaciones bajo coacción en citas de novios o enamorados.
- Violaciones por parte de extraños.
- Violaciones durante conflictos sociales y armados.
- Acoso sexual (insinuaciones no deseadas de carácter sexual con inclusión de mantener relaciones sexuales a cambio de favores).
- Abusos sexuales en menores.
- Abuso sexual en personas física o mentalmente discapacitadas.
- Prostitución forzada.
- Aborto forzado.
- Denegación del derecho a hacer uso de la anticoncepción o de adoptar otras medidas de protección contra enfermedades de transmisión sexual.

- Matrimonios precoces o cohabitación forzadas.
- Actos violentos contra la integridad sexual (por ejemplo: inspecciones obligatorias para comprobar la virginidad).
- Violaciones en recintos penitenciarios y otros lugares de concentración.<sup>28</sup>

## **2. MAGNITUD Y GRAVEDAD DE LA VIOLENCIA.**

Según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud en el año 2000:<sup>28</sup>

- 1 millón y medio de personas murieron como consecuencia de la violencia
- Hubo 1 muerte por cada 3.500 personas.
- 1 de cada 4 mujeres fue víctima de violencia sexual.
- 1 de cada 3 adolescentes tuvo iniciación sexual violenta.
- 79% de las víctimas de violencia sexual fueron mujeres.
- 81% fueron agredidas por familiares o conocidos.
- 1/3 víctimas fueron menores de 16 años.

La violencia es una de las principales causas de muerte y de traumatismos no mortales en el mundo, así como un problema fundamental de salud pública en todos los países. Diariamente fallecen en el mundo más de 4000 personas de forma violenta. Casi la mitad de estas muertes son por suicidios, prácticamente una tercera por homicidios y la quinta parte por conflictos armados. Un número aún mayor de personas sobrevive a los actos de violencia, y a menudo quedan discapacitadas y emocionalmente traumatizadas. Por cada joven que pierde la vida víctima de homicidio, al menos entre 20 y 40 jóvenes más reciben tratamiento hospitalario como resultado de traumatismos ocasionados por actos violentos. Según estudios realizados, aproximadamente una de cada cinco mujeres y entre el 5% y el 10% de los hombres afirma haber sido víctima de abusos sexuales en su infancia. En 48 encuestas de base poblacional realizadas en todo el mundo, entre el 10% y el 69% de las mujeres notificaron haber sido objeto de agresiones físicas por parte de una pareja masculina en algún momento de sus vidas.<sup>28</sup>

Según datos procedentes de ocho lugares en cinco países que han participado en el estudio multipaís sobre la salud de las mujeres y la violencia doméstica contra las mujeres recientemente realizado por la OMS, entre el 13% y el 61% de las mujeres afirman haber sufrido agresiones físicas y entre el 6% y el 47% haber sido víctimas de agresiones sexuales por parte de una pareja masculina en algún momento de sus vidas.<sup>18</sup>

En Bolivia, según datos provistos por la Policía Nacional, de 1999 a 2003, se atendieron 7400 casos de violencia sexual, más del 50 % de los casos se suscitaron en los departamentos de La Paz y Santa Cruz. Para el año 2003, se estimó una tasa de homicidios de 9.4 por 100.000 Habitantes y se encontró una prevalencia de violencia física del 55%.<sup>30</sup> Asimismo, las Brigadas de Atención a la Familia de la Policía Nacional atendieron 31,650 casos de violencia intrafamiliar, de estos 126 fueron agresiones sexuales. Según la misma fuente, ese mismo año se atendieron 1397 casos de violación, estupro y abuso deshonesto a nivel nacional.<sup>28</sup>

Acudiendo a otra fuente, se pudo verificar que según el Estudio de prevalencia de violencia doméstica del año 2003, realizado por el Ministerio de Salud y la OPS/OMS, la prevalencia total de violencia sexual fue de 11% en mujeres casadas o unidas y por sus propias parejas.

El año 2003 se presentaron 133 denuncias de abuso sexual en niños y niñas (Defensorías de la niñez y la adolescencia).<sup>28</sup>

### **3. CONSECUENCIAS DE LA VIOLENCIA SEXUAL.**

Entre las consecuencias de la violencia sexual están los efectos negativos en la salud física y mental de las personas y los altos costos de la asistencia sanitaria.

**a. Efectos en la salud física y mental:** La violencia provoca lesiones y discapacidades, física y mentales, temporales y permanentes en las víctimas y en los testigos de la misma. La violencia es una de las principales causas de muertes en población entre 15 y 44 años, es la principal causa de muerte y discapacidad en adolescentes y jóvenes. Entre los daños físicos y mentales producidos por la violencia están los siguientes:

- **Lesiones físicas diversas:** Heridas, fracturas, contusiones, hematomas y otras.
- **En la salud sexual y reproductiva:** Infecciones de transmisión sexual, disfunciones sexuales, infertilidad, dolor crónico pélvico, enfermedades inflamatorias pélvicas, Infecciones del tracto urinario, hemorragias o infecciones vaginales, amenaza de aborto, aborto, embarazos no deseados.
- **En la salud mental:** Suicidios o intentos, trastornos mentales diversos, depresión, ansiedad, abuso de sustancias, trastorno de estrés postraumático, baja autoestima.
- **Muerte por la agresión sexual:** Homicidio, suicidio, mortalidad materna, VIH/SIDA
- **Discapacidad física y/o mental**

**b. Efectos en los costos expresados en miles de millones de dólares por:**

- La asistencia sanitaria,
- Los días laborales perdidos,
- Los años de vida saludable perdidos,
- Las medidas para hacer cumplir las leyes,
- Las inversiones malogradas.

## **K. FACTORES ASOCIADOS A VIOLENCIA SEXUAL.**

La violencia como proceso salud-enfermedad resulta de una serie de factores causales biológicos, psicológicos, ambientales y sociales que interactúan entre sí. Según el modelo ecológico de explicación de la OPS/OMS tenemos que la violencia resulta principalmente de la interacción entre factores individuales y sociales.

### **1. FACTORES INDIVIDUALES.**

En este nivel tenemos características biológicas, de estilos de vida y de historia personal de las personas que aumentan la probabilidad de ser víctimas o agresores de violencia.

**a. Biológicos:** El sexo (mujer), edad (niñez, adolescencia, ser anciana (o)). También el tener discapacidad física o mental.

**b. Historia personal:** Antecedente de maltrato de la víctima y el agresor, prostitución o promiscuidad sexual de madres, padres o personas cercanas a la víctima.

**c. Los estilos de vida:** Son comportamientos de los individuos o hábitos de los individuos, transmitidos culturalmente. Los de riesgo para violencia sexual son: **Inicio sexual temprano, abuso de sustancias, prostitución, múltiples compañeros sexuales, problemas de conducta y otros.**

### **2. FACTORES SOCIALES.**

El ambiente social es muy importante: Incluye las relaciones cercanas, comunitarias y sociales.

**a. Nivel de relaciones cercanas:** Se refiere a las características de la familia, pareja, amigos, compañeros. Por ejemplo que fomenten o toleren la violencia. A nivel

de la familia y la pareja: Prioridad de derechos de padres sobre hijos, de hombres sobre mujeres, de mayores de edad sobre menores.

**b. Nivel de contextos comunitario:** Comprende la escuela (educación deficiente), el vecindario, el trabajo, la ocupación (desempleo), el ingreso (pobreza), la vivienda (hacinamiento), la densidad poblacional, tráfico de drogas, nivel de delincuencia, prostitución.

**c. Nivel social:** Se refiere a la estructura de la sociedad, construcciones sociales basadas en la desigualdad entre hombres y mujeres (identificables a través del enfoque de género), características culturales y religiosas, debilitamiento de órganos estatales Judiciales y Policiales:

- Prioridad de derechos de padres sobre hijos, de hombres sobre mujeres, de mayores de edad sobre menores.
- Violencia policial
- El suicidio como opción personal
- Valoración social de la violencia
- Tolerancia social a la violencia (matrimonio con el agresor, transacción económica de la “honra”).
- Limitación del ejercicio de los derechos humanos.
- Limitación de oportunidades de desarrollo personal y social.

Dentro del nivel social podemos incluir a la organización del Sistema de salud, que es la “respuesta social organizada” para enfrentar y resolver los problemas de salud de la población. Comprende la participación de toda la sociedad y sus instituciones estatales y organizaciones comunitarias. En relación sólo a los servicios de salud, legales y policiales está su accesibilidad geográfica, económica y cultural, su equidad, calidad, eficiencia y otros.<sup>28</sup>

### **3. PERFILES DE AGRESORES Y VICTIMAS**

A partir de la identificación de los factores de riesgo para violencia podemos definir características de las personas vulnerables como agresores o como víctimas. La importancia de esto radica en que al identificar a la población en riesgo podemos actuar previniendo la violencia en este grupo poblacional. Algunas características de los agresores y de las víctimas pueden ser las siguientes: Del agresor: Hombre, con aprendizaje social machista, con trastornos mentales y patologías que producen descontrol de impulsos, abuso de sustancias como alcohol y drogas, antecedente de maltrato y/o de abuso sexual. De las víctimas: Mujeres, niñas, bajo nivel de ejercicio de derechos, personas con marcado rol de subordinación, niños, adolescentes, ancianos (as), discapacitados(as), baja autoestima, antecedente de maltrato y/o abuso sexual.

En abuso sexual en niños o niñas, la mayoría de los agresores son hombres, allegados a la víctima y de cualquier nivel socioeconómico.<sup>28</sup>

### **4. INTERVENCIONES DESDE LA SALUD PÚBLICA SOBRE EL PROBLEMA DE VIOLENCIA SEXUAL.**

Desde la perspectiva de la salud pública podemos intervenir eficaz y efectivamente sobre el problema de la violencia sexual a través de los siguientes aspectos:

- Enfatizando la prevención del problema sobre su tratamiento.
- Utilizando un enfoque multidisciplinario y multisectorial
- Utilizando el método epidemiológico:
- Definiendo y recolectando información sobre el problema de salud.
- Identificando los factores de riesgo del problema de salud.
- Desarrollando intervenciones de prevención primaria, secundaria y terciaria para resolver el problema de salud.
- Analizando y evaluando la efectividad de las acciones preventivas para el problema de salud.

La prevención en salud es un instrumento de trabajo en salud, que puede ser aplicada antes de que ocurra el problema, durante su ocurrencia y después, en este orden y bajo esta perspectiva, la prevención puede ser primaria, secundaria y terciaria.

**Prevención primaria:** Es la que se realiza antes de que ocurra el problema de salud, evitando su ocurrencia a través de acciones sobre los factores de riesgo y la población vulnerable (niños, niñas, adolescentes y mujeres).

**Prevención secundaria:** Se efectúa durante la ocurrencia del problema de salud, consiste en el diagnóstico precoz y tratamiento temprano.

**Prevención terciaria:** Se realiza después de ocurrido el problema de salud y consiste en la rehabilitación física mental y social de secuelas del problema de salud.

De estas, la intervención más importante, por su impacto en la salud, es la prevención que se produce antes que la enfermedad o problema aparezca y está dirigida a proteger a la población vulnerable de los factores de riesgo. La prevención primaria de la violencia sexual comprende aquellas acciones dirigidas a reducir los factores de riesgo biológico, ambiental, sociales y de estilos de vida, para esto debemos fortalecer las condiciones personales de las personas (educación, mejora de autoestima), evitar el desarrollo de las prácticas agresivas que ocasionan lesiones y/o muertes y proteger a las personas vulnerables.

Por ser la violencia sexual un problema multifactorial requiere un enfoque multisectorial e interdisciplinario que integre conocimientos y experiencias diversas de promoción de estilos de vida y ambientes sociales saludables.

Si nos referimos a influir en los factores de riesgo de la violencia sexual, el papel del personal de salud en la prevención primaria es limitado, ya que fundamentalmente se

trata de promover actuaciones educativas orientadas al respeto, la igualdad, la tolerancia y la no-violencia en el seno de la familia y la sociedad y la promoción de una cultura igualitaria entre grupos de edades, géneros y clases. La escuela y la sociedad deben generar un clima de no-tolerancia hacia los agresores, mejorar el status de la mujer, niños y adolescentes en la sociedad y exigir cambios en las normas sociales. Como sociedad podemos contribuir a prevenir la violencia sexual a través de la información, comunicación y educación dirigida a la población, sobre las relaciones interpersonales, la comunicación y la convivencia.

Las estrategias de prevención primaria más importantes para reducir y eliminar la violencia sexual son:

- El reconocimiento y la protección de los derechos de todas las personas por la sociedad
- La promoción de relaciones interpersonales y sociales equitativas y pacíficas, y
- La promoción de la salud sexual,

Para poder intervenir a través de la prevención primaria sobre la violencia sexual debemos partir de la identificación de los factores de riesgo asociados a este problema de salud.<sup>28</sup>

## **L. VIOLENCIA SEXUAL Y GÉNERO.**

La violencia es un fenómeno histórico relacionado con el enfoque de género (construcciones sociales, que definen y articulan los ámbitos de lo masculino y lo femenino) que generan relaciones de poder, discriminación y subordinación de un sexo sobre otro.<sup>28</sup>

En nuestra sociedad, se educa a las mujeres a ser dependientes y sumisas y se estimula a los hombres a ser agresivos y violentos, creándose pautas de conducta

aceptadas socialmente que contribuyen a generar y perpetuar situaciones de violencia y la solución violenta de los conflictos. La organización social está basada en la desigualdad de grupos poblacionales por sexo, edades, etnia, nivel socioeconómico, y otros y, es ejercida por los que tienen más poder de intimidar y controlar.

La violencia que experimentan hombres y mujeres difiere cualitativa y cuantitativamente en sus causas, naturaleza y consecuencias. Los hombres son agredidos por extraños o conocidos casuales y las mujeres, las mujeres son atacadas en el hogar y por sus parejas. La violencia contra hombres generalmente es aguda y con fines de aniquilación, se registra y documenta rutinariamente en las entidades públicas y se castiga legalmente. La violencia contra las mujeres tiende a ser crónica y prolongada, tiene como objetivo el control, se asocia con frecuencia con abuso sexual, se reporta y registra con menor frecuencia, y generalmente es tolerada por las leyes y la sociedad.

La violencia sexual afecta más a las mujeres de todos los grupos de edad y es ejercida generalmente por hombres. La violencia física afecta más a hombres en espacios públicos y la violencia sexual e intrafamiliar afecta más a mujeres en espacios privados.<sup>28</sup>

## **M. MARCO LEGAL PARA LA PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE LA VIOLENCIA SEXUAL.**

Para la prevención y atención de la violencia sexual tenemos en Bolivia Normas generales y específicas del sector salud.

### **1. NORMAS GENERALES.**

Las principales normas generales vigentes en nuestro país en relación al tema de la violencia en general y de la violencia sexual son las siguientes:

- La Constitución Política del Estado
- El Código penal
- La Ley 1674 Contra la Violencia en la familia o doméstica, y su Decreto Reglamentario.
- El Código del Niño, Niña y Adolescente y;
- La Ley 2033 de protección a las víctimas de delitos contra la libertad sexual del 29 de octubre de 1999.

#### **a. LA CONSTITUCION POLITICA DEL ESTADO.**

Ley N° 1615 del 6 de febrero de 1995, es la ley suprema del ordenamiento jurídico nacional. Los tribunales, jueces y autoridades la aplicarán con preferencia a las leyes, y éstas con preferencia a cualesquiera otras resoluciones. (Art. 228º). Los principios, garantías y derechos reconocidos por la Constitución no pueden ser alterados por las leyes que regulen su ejercicio ni necesitan de reglamentación previa para su cumplimiento. (Art.229º).

#### **b. EL CODIGO PENAL.**

Código penal, según ley n° 1768 de modificaciones al código penal. Donde la violencia sexual es tipificada como delito contra la libertad sexual (violación, abuso deshonesto, estupro) y como delito contra la moral sexual (corrupción de menores).

#### **c. LA LEY CONTRA LA VIOLENCIA EN LA FAMILIA O DOMÉSTICA.**

Ley 1674/95, promulgada el 15 de diciembre de 1995, establece la política del Estado contra la violencia en la Familia o doméstica, los hechos que constituyen violencia en la familia, las sanciones que corresponden al autor y las medidas de prevención y protección inmediata a la víctima. Los bienes jurídicamente protegidos por la presente ley son la integridad física, psicológica, moral y sexual de cada uno

de los integrantes del núcleo familiar. La erradicación de la violencia en la familia se constituye en una estrategia nacional, por lo tanto, el Estado a través de sus instituciones especializadas y en coordinación con las asociaciones civiles e instituciones privadas relacionadas con la materia:

**1) Reglamento de la Ley Contra la Violencia en la familia o domestica:** Decreto supremo N° 25087 de julio de 1998, reglamenta la ley 1674 contra la violencia en la familia o doméstica, bajo los principios de equidad, oralidad, celeridad y gratuidad.

#### **d. EL CODIGO NIÑO, NIÑA Y ADOLESCENTE.**

Decretado el 14 de octubre de 1999, establece y regula el régimen de prevención, protección y atención integral que el Estado y la sociedad deben garantizar a todo niño, niña o adolescente con el fin de asegurarles un desarrollo físico, mental, moral, espiritual, emocional y social en condiciones de libertad, respeto, dignidad, equidad y justicia.

#### **e. LEY DE PROTECCIÓN A LAS VÍCTIMAS DE DELITOS CONTRA LA LIBERTAD SEXUAL.**

La Ley 2033, del 29 de octubre de 1999, tiene por objeto proteger la vida, la integridad física y psicológica, la seguridad y la libertad sexual de todo ser humano.

En estas Leyes, Códigos y Reglamentos tenemos los siguientes aspectos relativos a los derechos y deberes de las personas y el Estado en relación a la salud y la violencia:

- Los derechos y deberes constitucionales relativos a la salud de las personas.
- La difusión de los derechos y la protección de la población contra la violencia.

- El buen trato y atención integral de las víctimas de violencia en los servicios de salud.
- La Coordinación y articulación interinstitucional para la prevención y la atención de víctimas de violencia sexual.
- La denuncia de casos de violencia sexual.
- La extensión del Certificado médico.
- La Prevención de la violencia.
- La Capacitación a profesionales.
- La designación de un Organismo rector de programas de prevención y atención de violencia.
- La coordinación para la prevención y atención de la violencia.
- El registro, información y notificación de casos de violencia.
- La Prevención, protección y atención integral al niño, niña y adolescentes

## **2. MARCO NORMATIVO EN EL SECTOR SALUD.**

### **a. LA POLITICA DE SALUD.**

La Política de salud de Bolivia establecida por el Ministerio de Salud y Deportes (MSD) se sintetiza en la siguiente declaración:

*“En Bolivia, la salud del tercer milenio debe estar basada en la aplicación de la atención primaria de salud y sus componentes la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, en un marco de igualdad, equidad y justicia económica y social”. Precisamente, la misión del MSD es “lograr que la población tenga atención integral eliminando toda forma de exclusión”.*

Su visión es: “Un pueblo que ejerce sus derechos participando activamente en la defensa de su salud con un Estado solidario, es parte de la garantía para un desarrollo sostenible”.

## **b. LOS NIVELES DE COMPLEJIDAD DE ATENCION EN SERVICIOS DE SALUD.**

Los establecimientos del sistema público de salud están organizados en tres niveles, de acuerdo al nivel de resolución de los problemas de salud.

**Primer Nivel:** Su nivel de resolución es de medicina general. Corresponde a las modalidades de atención cuya oferta de servicios se enmarca en la promoción y prevención de la salud, la consulta ambulatoria e internación de tránsito. Este nivel de atención está conformado por: La medicina tradicional, brigada móvil de salud, puesto de salud, consultorio médico, centro de salud con o sin camas, policlínicas y policonsultorios; constituyéndose en la puerta de entrada al sistema de atención en salud.

**Segundo Nivel:** Corresponde a las modalidades que requieren atención ambulatoria de mayor complejidad y la internación hospitalaria en las especialidades básicas de medicina interna, cirugía, pediatría y gineco-obstetricia; anestesiología, sus servicios complementarios de diagnóstico y tratamiento, y opcionalmente traumatología. La unidad operativa de este nivel es el Hospital Básico de Apoyo.

**Tercer Nivel:** Corresponde a la consulta ambulatoria de otras especialidades médicas; internación hospitalaria de especialidades y subespecialidades; servicios complementarios de diagnóstico y tratamiento de alta tecnología y complejidad. Las unidades operativas de este nivel son los hospitales generales e institutos y hospitales de especialidades.

## **c. EL PROGRAMA NACIONAL DE GÉNERO Y VIOLENCIA.**

En agosto de 2002, el Ministerio de salud y Previsión Social crea la Unidad Nacional de Género y Violencia (Resolución Ministerial N° 0422 de agosto de 2002). Por la Ley de Organización del Poder Ejecutivo (Ley N° 2442, del 19 de marzo de 2003) y su Decreto Reglamentario N° 26973, se crea el Ministerio de salud y Deportes y la UGV

se constituye en el Programa Nacional de Género y Violencia, dependiente de la Dirección General de Servicios de Salud. La Misión del Programa Nacional de Género y Violencias es generar políticas, normas y estrategias que contribuyan a disminuir las incidencias de todos los tipos de violencia e inequidades de género, difusión, aplicación y su adecuado control con eficiencia, responsabilidad y convicción. Todo esto orientado a mejorar la salud de la población en general y grupos vulnerables de la comunidad.

La visión del Programa Nacional de Género y Violencias es: “Somos la institución que fiscaliza, regula y facilita la aplicación de estrategias que contribuyan a la equidad de género y la disminución de la violencia en todas sus formas, basados en el trabajo de equipo, calidad científica, técnica y mentalidad proactiva en función de resultados con equidad en beneficio de la familia y al comunidad”.

#### **d. EL PLAN DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE LAS VIOLENCIAS Y EL COMPONENTE DE VIOLENCIA SEXUAL, 2004 - 2007.**

Elaborado por el Programa Nacional de Género y Violencias, su propósito es contribuir al desarrollo de la política nacional de salud, generando y aplicando mecanismos para la prevención y control de violencias intencionales, que permitan – con enfoque multisectorial y con la participación social – atacar aquellas condiciones que afectan a la salud y bienestar de la población boliviana.

Entre los objetivos del plan está: Fortalecer la respuesta del sector salud, especialmente a través de la Atención Primaria de Salud y en los procesos de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación basada en la comunidad. Y entre las acciones prioritarias de este objetivo tenemos: La implementación de Normas y protocolos para el desarrollo de servicios de emergencia en el primer y segundo nivel de complejidad y la detección precoz de signos de incidentes violentos y la referencia oportuna.<sup>28</sup>

## **N. PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA SEXUAL.**

Las respuestas para prevenir o responder a la violencia sexual están bastante limitadas y la mayoría no se han evaluado. Además, ya que la mayoría de las intervenciones se han desarrollado y se han puesto en práctica en países industrializados, se desconoce su relevancia en otros ámbitos. Es necesario utilizar las estrategias preventivas prometedoras también en ámbitos que tienen escasos recursos y evaluarlas para determinar su eficacia.

Debe existir prevención primaria en los múltiples niveles en los que se sitúan los factores de riesgo, desde el nivel individual, hasta el de la relación, la comunidad y la sociedad. Según el Informe mundial sobre la violencia y la salud, entre las estrategias prometedoras a nivel individual o de la relación se encuentran los programas de formación sobre promoción de la salud sexual y reproductiva que incluyen cuestiones de género y prevención de la violencia contra la mujer, además de los programas en los que se trabaja con las familias a lo largo de las etapas de desarrollo de los menores para promover una infancia y adolescencia rica, enriquecedora e igualitaria. También parece mostrar resultados prometedores trabajar con hombres a nivel comunitario para que cambien el concepto de masculinidad y en el ámbito escolar para transformar las relaciones de género y convertirlas en interacciones igualitarias y sin violencia. Las reformas legales y de políticas que aseguran la igualdad de género y la protección de las víctimas de la violencia sexual también son medidas importantes para promover normas de género igualitarias.

Prevención secundaria y terciaria. La mayoría de los planes de acción sobre la violencia sexual llevados a cabo hasta ahora se han concentrado en la prevención secundaria y terciaria destinada a reducir el daño físico y psicosocial que sufren las víctimas de violencia sexual. Parece que se realiza muy poco trabajo orientado hacia la salud pública y basado en utilizar estrategias de prevención secundaria y terciaria con los perpetradores.

En cuanto a la prevención terciaria, los profesionales de la salud se encuentran en una posición única para reconocer, documentar y responder a los casos individuales de agresión sexual. Las personas que han sufrido agresiones a menudo solicitan asistencia médica, incluso cuando se niegan a revelar el suceso violento. Los trabajadores de la salud pueden proporcionar a las víctimas de agresión sexual unos servicios de salud amplios y que tengan en cuenta las cuestiones de género para que se puedan enfrentar a las consecuencias que la agresión supone para su salud física y mental, incluyendo la prueba de embarazo, las pruebas de detección de enfermedades de transmisión sexual y su prevención, el tratamiento de lesiones y el apoyo psicológico. El sector de la salud también puede funcionar como un importante centro de coordinación de otros servicios que la víctima pueda necesitar, como la asistencia social y jurídica. Los trabajadores de la salud especializados pueden recoger y documentar las pruebas necesarias para establecer las circunstancias de la violación, la identidad del perpetrador y las consecuencias del suceso. Estas pruebas pueden ser cruciales para el enjuiciamiento de los casos de agresión sexual. El sector de la salud también debe contribuir a la vigilancia de la violencia sexual documentando el quién, qué, cuándo y cómo de todos los casos que se presenten, en un formato que mantenga en el anonimato a la víctima y al agresor. Esta información se puede transmitir posteriormente a otros sectores que son responsables de la prevención primaria y puede utilizarse para dar luz a las intervenciones situacionales destinadas a áreas de alto riesgo, así como a la intervención psicosocial dirigida a los grupos de población de alto riesgo.

Sin embargo existe una gran desproporción entre las necesidades de servicios de las víctimas de violencia sexual y el nivel de servicios de salud que la mayoría de los países actualmente ofrecen en tales casos. Es necesario proporcionar directrices para fortalecer la capacidad que el sector de la salud tiene para responder a las personas que han sufrido violencia sexual.<sup>37</sup>

### **III. JUSTIFICACIÓN**

La violencia sexual en menores constituye un problema para todos los niveles culturales y sociales en nuestro país y es una de las agresiones más ocultas o acalladas por razones de pudor, pero no así éticos, en el sentido de que todo menor que sea o esté siendo víctima de agresión sexual no tendrá un buen desarrollo físico ni mental, presentando problemas en su desenvolvimiento como persona y en su integración adecuada a la sociedad. En este sentido, todo profesional en el área de salud tiene la responsabilidad de identificar, atender y brindar acciones de protección a todo niño, niña o adolescente que presente signo-sintomatología de abuso o agresión sexual.

Identificando y tomando en cuenta la asociación que existe entre violencia sexual y violencia física en niños y adolescentes y algunas circunstancias características relacionadas, los profesionales de cualquier área encargados de la recepción a las víctimas que denuncian, podrían, en casos posteriores, detectar con mayor rapidez a una víctima de violencia sexual.

Es importante además, identificar y evaluar el grado de importancia de estos factores relacionados con violencia sexual, ya que estos provocarán que se desencadene una serie de hechos que corresponden a los diferentes tipos de abusos que sufren los niños y adolescentes que son el grupo etario más vulnerable a este problema.

Actualmente, no existen al respecto en nuestro país, cifras estadísticas confiables, ya que las primeras personas que atienden o tienen el primer contacto con las víctimas, sin desmerecer su sacrificada labor, son policías o mujeres pertenecientes a las Brigadas o Defensorías que no cuentan con el conocimiento o un manual de recepción con componentes técnicos adecuados sobre atención primaria a víctimas de abuso sexual; hecho que evita el reconocimiento inmediato de casos. Aspecto que podría cambiar si se identificaran y si se tuvieran en cuenta estos factores y características.

Por otro lado, el conocimiento exacto de la asociación entre violencia sexual y violencia física en niños, niñas y adolescentes, permitirá establecer medidas de “Prevención”, que apunten, esencialmente, a coadyuvar que casos de estos tipos de abuso se susciten en el futuro. Más aún tomando en cuenta que en la mayoría de los casos, los daños producidos en las víctimas pueden ser irreversibles.

En este sentido, como ya se mencionó, todos los profesionales o funcionarios que sean responsables de atender esta problemática deben tener pleno conocimiento y conciencia de ellos, para constituirse en un eslabón importante en la cadena de prevención de la violencia sexual en la población de niños y adolescentes. Asimismo, a partir de la identificación de estos factores, se podrían implementar campañas de educación masiva, para que la población en general tenga un conocimiento más cabal y coherente y, así, pueda identificar cuando existe un riesgo inminente de que hechos delictivos de este tipo se originen.

Finalmente, mencionar que diversos estudios evidencian que cualquier menor puede ser agredido sexualmente, sin embargo, existen indicadores de riesgo que ayudan a sospechar que un caso de agresión sexual pueda estar asociado a una agresión física. Es importante, por tanto, la pesquisa y el diagnóstico temprano para brindar tratamiento oportuno y limitar así las secuelas a corto, mediano y largo plazo.

## **IV. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN**

### **A. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Existirá asociación entre violencia sexual y violencia física en niños, niñas y adolescentes que acudieron a la Unidad de Víctimas Especiales (UVE) de la ciudad de Santa Cruz de la Sierra, Bolivia, durante la gestión 2008?

### **B. OBJETIVO GENERAL**

1. Determinar si existe asociación entre violencia sexual y violencia física en niños, niñas y adolescentes que acudieron a la Unidad de Víctimas Especiales (UVE) de la ciudad de Santa Cruz de la Sierra, Bolivia, durante la gestión 2008.

### **C. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Establecer el porcentaje de menores de 18 años de edad que sufrieron Agresión sexual.
2. Identificar el grupo etario más frecuente en el que se suscitan casos de Violencia sexual.
3. Identificar el tipo de hecho más frecuentemente denunciado dentro de la población en estudio.
4. Realizar un estudio descriptivo de las demás variables analizadas en la muestra de investigación.

#### **D. DISEÑO O TIPO DE ESTUDIO**

El presente es un estudio observacional, descriptivo, de tipo corte transversal y retrospectivo.

Dentro del mismo, se llevó a cabo la observación de los hechos sin alterarlos (observacional) empleando un modelo de corte transversal para identificar si existe asociación entre violencia sexual y violencia física, en casos de menores de 18 años o menos atendidos por Medicina Forense de la Unidad de Víctimas Especiales de la ciudad de Santa Cruz y retrospectivo, porque todos los menores que ingresaron al estudio fueron atendidos durante la gestión 2008.

#### **E. TAMAÑO DE LA MUESTRA**

Se trabajó con el total de **129 menores** de 18 años o menos, que se presentaron en el Servicio de Medicina Forense de la Unidad de Víctimas Especiales de la ciudad de Santa Cruz de la Sierra durante la gestión 2008, con un rango de 2 a 18 años.

Paralelamente, empleando el subprograma "Statcalc" del programa de análisis estadístico epidemiológico "Epi Info" ver. 3.5.1, CDC, Atlanta, GA, se realizó durante el diseño de la investigación un cálculo de tamaño de muestra donde se pudo determinar que la misma es representativa para la población de menores de 18 años de la ciudad de Santa Cruz de la Sierra.

Los cálculos realizados se detallan a continuación:

Tamaño Poblacional:	1,504,223 <sup>1</sup>
Prevalencia esperada:	10.00%
Peor resultado:	15.30%

Nivel de Confianza	Tamaño de Muestra
80 %	53
90 %	87
<b>95 %</b>	<b>123</b>
99 %	213
99.9 %	347
99.99 %	485

## **F. POBLACIÓN Y LUGAR**

La población en estudio estuvo conformada por **129 menores de 18 años o menos**, que se presentaron en el Servicio de Medicina Forense de la Unidad de Víctimas Especiales de la ciudad de Santa Cruz de la Sierra durante la gestión 2008, a raíz de una denuncia previa por presuntamente haber sido víctimas de agresión sexual y a efectos de ser sometidos y sometidas a revisión médica por parte de la perito encargada del servicio Médico Forense.

Santa Cruz de la Sierra es la ciudad capital del departamento boliviano de Santa Cruz. Está situada al este del país, a orillas del río Piraí. Su población es de 1.711.926 habitantes, que unidos a los de su área metropolitana (municipios de Cotoca, Porongo, Warnes, La Guardia, Montero y El Torno)<sup>16</sup>, ascienden a 1.974.998. Es la ciudad más grande y poblada de Bolivia, y su crecimiento demográfico está entre los más rápidos de América del Sur.<sup>17</sup>

---

<sup>1</sup> (Fuente: INE Bolivia, Población de menores de 18 años o menos de Santa Cruz, proyección a 2008)

## **V. METODOLOGÍA**

### **A. CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

- Menores de 18 años o menos, que cuenten con su información estadística y epidemiológica completa.
- Menores de 18 años o menos, cuyos padres o tutores brinden el correspondiente consentimiento para ingresar al estudio.

### **B. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

- Menores de 18 años o menos, cuya información estadística y epidemiológica se encuentre incompleta.
- Menores de 18 años o menos, cuyos padres o tutores no brinden el correspondiente consentimiento para ingresar al estudio.

### **C. TIPO DE MUESTREO**

El muestreo que se empleo en el presente estudio fue no probabilístico de caso consecutivo.

### **D. MEDICION.**

Para la medición, en primer lugar, se clasificaron las variables bajo el siguiente esquema:

## 1. CLASIFICACION DE VARIABLES.

- La **VARIABLE DEPENDIENTE** es: **Violencia sexual** (Si, No) (Variable cualitativa ordinal).

- Las **VARIABLE INDEPENDIENTE** es: **Violencia física** (Si, No) (Variable cualitativa ordinal).

- Otras **VARIABLES**:

- 🌐 **Edad de la víctima** (0 – 5, 6 – 10, 11 – 18) (Variable cualitativa ordinal).
- 🌐 **Sexo** (Masculino, Femenino) (Variable cualitativa nominal).
- 🌐 **Presencia de desgarros himeneales** (Si, No) (Variable cualitativa nominal).
- 🌐 **Antigüedad de los desgarros himeneales** (Recientes, Antiguos) (Variable cualitativa ordinal).
- 🌐 **Estado civil** (Soltera, Casada, Unión Libre, Divorciada, Viuda) (Variable cualitativa nominal).
- 🌐 **Hecho asociado principal** (Agresión sexual, Violación, Estupro, Abuso deshonesto, Rapto, Otro) (Variable cualitativa nominal).
- 🌐 **Hecho asociado secundario** (Agresión sexual, Violación, Estupro, Abuso deshonesto, Rapto, Otro) (Variable cualitativa nominal).
- 🌐 **Presencia de embarazo** (Si, No) (Variable cualitativa nominal).
- 🌐 **Tiempo de embarazo en meses** (0 – 3, Más de 3) (Variable cualitativa ordinal).

- ☉ **Ingesta asociada de bebidas alcohólicas** (Si, No, No reporta) (Variable cualitativa nominal).

## **E. COLECCIÓN DE DATOS.**

Con la ayuda del programa de análisis estadístico epidemiológico “Epi Info” ver. 3.5.1, CDC, Atlanta, GA, se diseñó un instrumento de colección de datos, que a la vez, se empleó para la clasificación de todas las variables y la obtención de los resultados, así como para su posterior presentación. El método para la colección de los datos fue el de revisión, asimismo, la técnica aplicada fue la de registro, bajo la supervisión directa de la investigadora. La fuente primaria de datos fueron los certificados médico forenses de todas y todos los menores de 18 años que se presentaron en el Servicio de Medicina Forense de la Unidad de Víctimas Especiales de la ciudad de Santa Cruz de la Sierra durante la gestión 2008 a efectos de ser sometidos y sometidas a revisión médica por parte de la profesional encargada del servicio Médico Forense.

El instrumento de colección de datos, constituido por una hoja electrónica de entrada personalizada de datos, con la cual se construyó y sistematizó la base de datos (Ver anexo 1), se presenta a continuación:

The image shows a screenshot of the Epi Info 3.5.1. data entry form. The window title is 'Enter'. The form is titled 'BASE DE DATOS - ESTUDIO DE VIOLENCIA SEXUAL Vs VIOLENCIA FISICA' and 'IDENTIFICACION DE FACTORES SOCIO-DEMOGRAFICOS ASOCIADOS CON VIOLENCIA SEXUAL Y FISICA SANTA CRUZ - GESTION 2008'. The form contains 12 numbered fields, each with a dropdown menu or text input box. The fields are: 1. Edad (Age), 2. Sexo (Sex), 3. Estado civil (Marital status), 4. Violencia Sexual (Sexual violence), 5. Violencia Fisica (Physical violence), 6. Presenta desgarros? (Has lacerations?), 7. Tipo de desgarros (Type of lacerations), 8. Delito asociado (Associated crime), 8a. Delito 1 (Crime 1), 8b. Delito 2 (Crime 2), 9. Embarazo (Pregnancy), 10. Tiempo de embarazo en meses (Pregnancy duration in months), 11. Ingesta de bebidas alcohólicas (Alcohol consumption), and 12. Fecha de Revisión (Date of review). The form also includes a 'Nuevo' button and a 'Registro' section with a '152' and 'Reg. Nuevo' label. The Windows taskbar at the bottom shows the date 'February 9, 2005' and the time '03:09 p.m.'.

Figura N° 2. Hoja electrónica de entrada personalizada de datos a partir de la cual se construyó la base de datos. Programa Epi Info, 3.5.1., CDC, Atlanta, GA.

## F. ANALISIS.

1. Para dar salida al **Objetivo general** se realizaron los siguientes procedimientos:

En primera instancia, para estimar el grado relativo de importancia de la violencia física con respecto a la violencia sexual, se realizó un análisis empleando tablas de 2 x 2, donde la variable **violencia sexual (Si vs. No)** fue analizada como la presencia de “Enfermedad” (Disease) donde, las y los menores de 18 años en los que se confirmó haber sido víctimas de violencia sexual fueron considerados como “positivos” (violencia sexual = Si) y las y los menores que no fueron víctimas de violencia sexual como “negativos” (violencia sexual = No) y la variable independiente violencia física, con la categorización similar a la variable dependiente, fue analizada como el “Expuesto” (Exposure). Dicho análisis se realizó con la Ayuda del programa

Epi Info 3.5.1 (CDC, Atlanta, GA) empleando el sub programa “Statcalc” para la obtención del OR, RR y la probabilidad (p).

Se realizó un análisis univariado donde se calculó Odds Ratio (OR) con Intervalo de Confianza del 95% (IC 95%) comparando menores con resultado positivo para violencia sexual versus a aquellos con resultado negativo para violencia sexual. En el análisis univariado, se consideraron:  $OR \geq 1$  y  $p \leq 0,05$  como definición de niveles de significancia.

**2.** Para dar salida al **Primer Objetivo específico** se realizaron los siguientes procedimientos:

Toda la información obtenida de los certificados médico forenses fue sistematizada con el instrumento de colección de datos, para generar una base de datos con el programa Epi Info 3.5.1 (CDC, Atlanta, GA), la misma fue útil para realizar un análisis descriptivo referente al porcentaje de menores de 18 años o menos que sufrieron Agresión sexual.

**3.** Para dar salida al **Segundo Objetivo específico** se realizaron los siguientes procedimientos:

Toda la información obtenida de los certificados médico forenses fue sistematizada con el instrumento de colección de datos, para generar una base de datos con el programa Epi Info 3.5.1 (CDC, Atlanta, GA), la misma fue empleada para realizar un análisis descriptivo del grupo etario más frecuente en el que se suscitan casos de violencia sexual

**4.** Para dar salida al **Tercer Objetivo específico** se realizaron los siguientes procedimientos:

Del análisis descriptivo, se extrajeron los valores obtenidos para las variables Tipo de delito principal para determinar cuál es el delito que más frecuentemente se asocia a violencia sexual.

5. Para dar salida al **Cuarto Objetivo específico** se realizaron los siguientes procedimientos:

Toda la información obtenida de los certificados médico forenses fue sistematizada con el instrumento de colección de datos, para generar una base de datos con el programa Epi Info 3.5.1 (CDC, Atlanta, GA), la misma fue utilizada para realizar un análisis descriptivo de las demás variables analizadas en el presente estudio.

#### **G. ALEATORIZACION.**

La aleatorización de la presente investigación estuvo garantizada por el tipo de muestreo que se empleó, el cual fue de caso consecutivo, tomando en cuenta dentro del periodo de tiempo que duró la introducción de menores de 18 años o menos al estudio, principalmente su edad y contar con su información completa y consentimiento informado, como únicos criterios de inclusión para ser tomados en cuenta en la base de datos y los posteriores análisis.

#### **H. SEGUIMIENTO.**

En función al diseño y tipo de estudio, no fue necesario realizar seguimiento a ninguno de los menores que ingresaron al estudio.

## **VI. RESULTADOS.**

Ingresaron al estudio 129 menores de 18 años o menos, que se presentaron en el Servicio de Medicina Forense de la Unidad de Víctimas Especiales de la ciudad de Santa Cruz de la Sierra durante la gestión 2008, a consecuencia de una denuncia previa por presuntamente haber sido víctimas de agresión sexual y a efectos de ser sometidos y sometidas a revisión médica por parte de la Médico Forense del mencionado Servicio.

### **Resultado N° 1:**

Se realizó un análisis univariado de la variable violencia sexual, comparándola con el grupo de menores que fueron víctimas de violencia física versus aquellos menores que no fueron víctimas de violencia física y los resultados fueron los siguientes:

**TABLA N° 1. ANALISIS UNIVARIADO DE LA VARIABLE VIOLENCIA SEXUAL EN FUNCION A LA VARIABLE VIOLENCIA FISICA, UNIDAD DE VICTIMAS ESPECIALES, SANTA CRUZ DE LA SIERRA, BOLIVIA, 2008.**

	Violencia sexual				OR (IC 95%)	P
	(+)		(-)			
Violencia física	n	(%)	N	(%)		
Si	18	14,0	8	6,2	1,82 (0,67 – 5,04)	0,20
No	57	44,2	46	35,6	0,55 (0,20 – 1,50)	0,20
<b>Total</b>	<b>75</b>	<b>58,2</b>	<b>54</b>	<b>41,8</b>		

A través del análisis estadístico realizado se pudo constatar que la Violencia física no se encuentra asociada a la Violencia sexual (**OR= 1,82 (0,67 – 5,04) p=0,20**).

### **Resultado N° 2:**

A continuación, se observa la distribución porcentual de todos los menores atendidos, según resultado de la revisión Médica en referencia a la variable agresión sexual:

**TABLA Nº 2. DISTRIBUCION PORCENTUAL DE MENORES DE 18 AÑOS O MENOS, SEGÚN AGRESION SEXUAL, UNIDAD DE VICTIMAS ESPECIALES, SANTA CRUZ DE LA SIERRA, BOLIVIA, 2008.**

Violencia Sexual	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado		IC 95 %
No	54	41,9%	41,9%		33,2 – 50,9
Si	75	58,1%	100,0%		49,1 – 66,8
Total	129	100,0%	100,0%		

Del total de la población estudiada, 75 (58,1%) menores de 18 años o menos resultaron ser víctimas de agresión sexual.

### Resultado Nº 3:

Como tercer resultado, se tiene la distribución porcentual de todos los menores de 18 años o menos atendidos en la UVE de Santa Cruz de la Sierra, en referencia a la variable grupo etario:

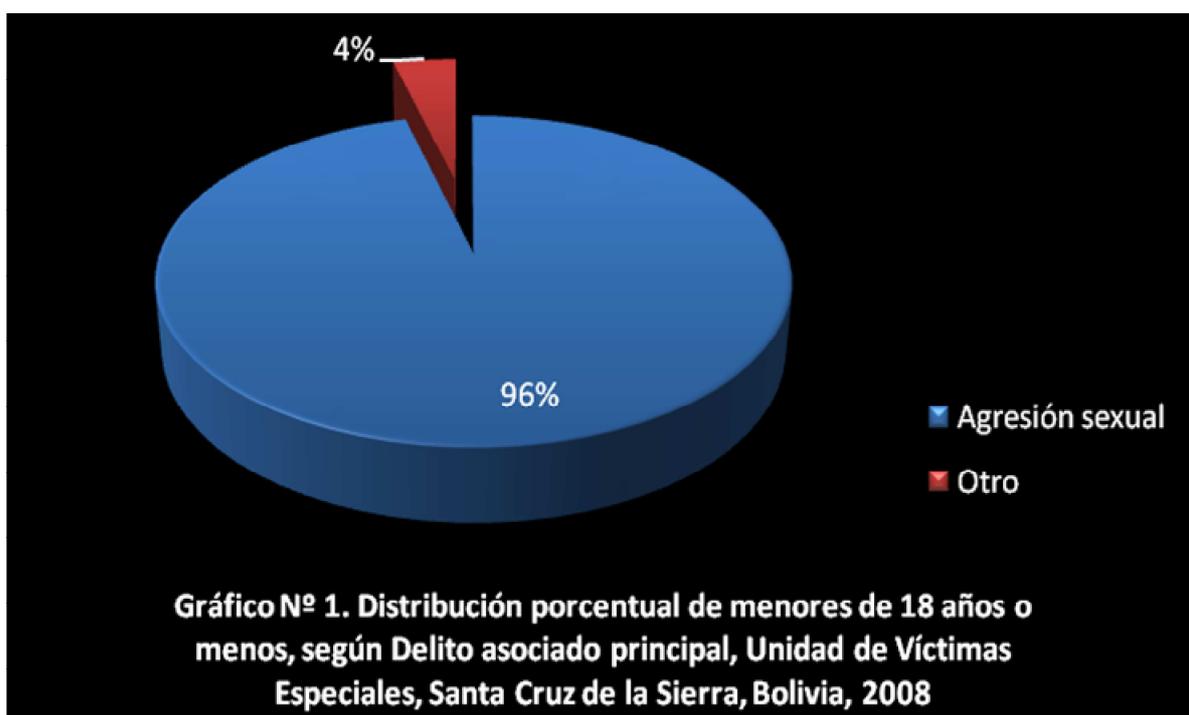
**TABLA Nº 3. DISTRIBUCION PORCENTUAL DE MENORES DE 18 AÑOS O MENOS, SEGÚN GRUPOS ETARIOS, UNIDAD DE VICTIMAS ESPECIALES, SANTA CRUZ DE LA SIERRA, BOLIVIA, 2008.**

Edad de la víctima (años)	Violencia sexual			
	(+)		(-)	
	n	(%)	n	(%)
0-5	1	0,8	5	3,9
6-10	2	1,6	14	10,8
11-18	72	55,8	35	27,1
<b>Total</b>	<b>75</b>	<b>58,2</b>	<b>54</b>	<b>41,8</b>

<b>Observaciones</b>	<b>Total</b>	<b>Media</b>	<b>Varianza</b>	<b>Desviación típica</b>
129	1662,0000	12,8837	11,9786	3,4610
<b>Mínimo</b>	<b>25%</b>	<b>Mediana</b>	<b>75%</b>	<b>Máximo</b>
2,0000	12,0000	14,0000	15,0000	18,0000
				14,0000

Como se puede observar en la Tabla N° 3, del total de menores de 18 años o menos que fueron víctimas de agresión sexual, 72 (96%) se encontraban en el grupo etario correspondiente a 11 a 18 años, cifra que a su vez corresponde al 55,8% de toda la población en estudio.

#### **Resultado N° 4:**



Tomando en cuenta los resultados obtenidos y, la descripción de los mismos, se puede observar claramente que el hecho principal más frecuentemente denunciado es el de **Agresión sexual (96%)**, seguido de otro tipo de hechos (4%).

#### **Resultado N° 5:**

Finalmente, se realizó un estudio descriptivo de todas las demás variables tomadas en cuenta en el estudio y los resultados fueron:

**TABLA Nº 4. DISTRIBUCION PORCENTUAL DE MENORES DE 18 AÑOS O MENOS, SEGÚN SEXO, UNIDAD DE VICTIMAS ESPECIALES, SANTA CRUZ DE LA SIERRA, BOLIVIA, 2008.**

Sexo:	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado		IC 95 %
Femenino	118	91,5%	91,5%		85,3 – 95,7
Masculino	11	8,5%	100,0%		4,3 – 14,7
Total	129	100,0%	100,0%		

**TABLA Nº 5. DISTRIBUCION PORCENTUAL DE MENORES DE 18 AÑOS O MENOS, SEGÚN VIOLENCIA FISICA, UNIDAD DE VICTIMAS ESPECIALES, SANTA CRUZ DE LA SIERRA, BOLIVIA, 2008.**

Violencia Física:	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado		IC 95 %
No	103	79,8%	79,8%		71,9 – 86,4
Si	26	20,2%	100,0%		13,6 – 28,1
Total	129	100,0%	100,0%		

**TABLA Nº 6. DISTRIBUCION PORCENTUAL DE MENORES DE 18 AÑOS O MENOS, SEGÚN PRESENCIA DE DESGARROS HIMENEALES, UNIDAD DE VICTIMAS ESPECIALES, SANTA CRUZ DE LA SIERRA, BOLIVIA, 2008.**

Presenta desgarrros?:	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado		IC 95 %
No	52	40,3%	40,3%		31,8 – 49,3
Si	77	59,7%	100,0%		50,7 – 68,2
Total	129	100,0%	100,0%		

**TABLA Nº 7. DISTRIBUCION PORCENTUAL DE MENORES DE 18 AÑOS O MENOS, SEGÚN ANTIGÜEDAD DE DESGARROS HIMENEALES, UNIDAD DE VICTIMAS ESPECIALES, SANTA CRUZ DE LA SIERRA, BOLIVIA, 2008.**

Tipo de desgarrros:	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado		IC 95 %
Antiguos	53	68,8%	68,8%		57,3 – 78,9
Recientes	24	31,2%	100,0%		21,1 – 42,7
Total	77	100,0%	100,0%		

**TABLA Nº 8. DISTRIBUCION PORCENTUAL DE MENORES DE 18 AÑOS O MENOS, SEGÚN ESTADO CIVIL, UNIDAD DE VICTIMAS ESPECIALES, SANTA CRUZ DE LA SIERRA, BOLIVIA, 2008.**

Estado civil:	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado		IC 95 %
Soltera	128	99,2%	99,2%		95,8 – 100,0
Union libre	1	0,8%	100,0%		0,0 – 4,2
<b>Total</b>	<b>129</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>		

**TABLA Nº 9. DISTRIBUCION PORCENTUAL DE MENORES DE 18 AÑOS O MENOS, SEGÚN HECHO ASOCIADO PRINCIPAL, UNIDAD DE VICTIMAS ESPECIALES, SANTA CRUZ DE LA SIERRA, BOLIVIA, 2008.**

Delito principal:	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado		IC 95 %
Agresión sexual	121	96,0%	95,2%		89,9 – 98,2
Otro	5	4,0%	99,2%		1,3 – 9,0
<b>Total</b>	<b>126</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>		

**TABLA Nº 10. DISTRIBUCION PORCENTUAL DE MENORES DE 18 AÑOS O MENOS, SEGÚN HECHO ASOCIADO SECUNDARIO, UNIDAD DE VICTIMAS ESPECIALES, SANTA CRUZ DE LA SIERRA, BOLIVIA, 2008.**

Delito secundario:	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado		IC 95 %
Abuso deshonesto	1	11,1%	11,1%		0,3 – 48,2
Otro	7	77,8%	88,9%		40,0 – 97,2
Rapto	1	11,1%	100,0%		0,3 – 48,2
<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>		

**TABLA N° 11. DISTRIBUCION PORCENTUAL DE MENORES DE 18 AÑOS O MENOS, SEGÚN EMBARAZO, UNIDAD DE VICTIMAS ESPECIALES, SANTA CRUZ DE LA SIERRA, BOLIVIA, 2008.**

Embarazo:	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado		IC 95 %
No	115	89,8%	89,8%		83,3 – 94,5
Si	13	10,2%	100,0%		5,5 – 16,7
Total	128	100,0%	100,0%		

**TABLA N° 12. DISTRIBUCION PORCENTUAL DE MENORES DE 18 AÑOS O MENOS, SEGÚN TIEMPO DE EMBARAZO EN MESES, UNIDAD DE VICTIMAS ESPECIALES, SANTA CRUZ DE LA SIERRA, BOLIVIA, 2008.**

Tiempo de embarazo en meses	Violencia sexual			
	(+)		(-)	
	n	(%)	n	(%)
0 - 3	2	15,4	0	0,0
Más de 3	9	69,2	2	15,4
<b>Total</b>	<b>11</b>	<b>84,6</b>	<b>2</b>	<b>15,4</b>

<b>Observaciones</b>	<b>Total</b>	<b>Media</b>	<b>Varianza</b>	<b>Desviación típica</b>	
13	70,0000	5,3846	2,4231	1,5566	
<b>Mínimo</b>	<b>25%</b>	<b>Mediana</b>	<b>75%</b>	<b>Máximo</b>	<b>Moda</b>
2,0000	5,0000	6,0000	6,0000	7,0000	6,0000

**TABLA N° 13. DISTRIBUCION PORCENTUAL DE MENORES DE 18 AÑOS O MENOS, SEGÚN CONSUMO ASOCIADO DE ALCOHOL, UNIDAD DE VICTIMAS ESPECIALES, SANTA CRUZ DE LA SIERRA, BOLIVIA, 2008.**

Ingesta de bebidas alcohólicas:	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado		IC 95 %
No	50	38,8%	38,8%		30,3 – 47,7
No reporta	71	55,0%	93,8%		46,0 – 63,8
Si	8	6,2%	100,0%		2,7 – 11,9
Total	129	100,0%	100,0%		

## **VII. DISCUSION.**

Se tomaron en cuenta para el presente estudio todos los menores de 18 años o menos, quienes durante la gestión 2008, se presentaron o fueron presentados para revisión mediante Médico forense en la Unidad de Víctimas Especiales de la ciudad de Santa Cruz de la Sierra. Tomando en cuenta el origen de los datos, debemos en primera instancia mencionar que los mismos son altamente confiables, puesto que esta Unidad depende del Ministerio Público del Departamento de Santa Cruz y que, asimismo, la población que acude a dicha Institución es heterogénea y muy representativa de la población Cruceña.

En primera instancia y con referencia a la asociación entre violencia sexual y violencia física, se pudo constatar que en el presente estudio, ambos factores no presentan asociación estadísticamente significativa (**OR= 1,82 (0,67 – 5,04) p=0,20**), no obstante, debemos tomar en cuenta que muchos autores consideran que la violencia sexual, si bien es un tipo de violencia, se encuentra íntimamente asociada a la violencia física. La OMS define en el Informe mundial sobre la violencia y la salud a la violencia sexual como "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 otro 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". La violencia sexual abarca el sexo bajo coacción de cualquier tipo, **incluyendo el uso de fuerza física**, las tentativas de obtener sexo bajo coacción, la agresión mediante órganos sexuales, el acoso sexual incluyendo la humillación sexual, el matrimonio o cohabitación forzados incluyendo el matrimonio de menores, la prostitución forzada y comercialización de mujeres, el aborto forzado, la denegación del derecho a hacer uso de la anticoncepción o a adoptar medidas de protección contra enfermedades, y los actos de violencia que afecten a la integridad sexual de las mujeres tales como la mutilación genital femenina y las inspecciones para comprobar la virginidad.<sup>18</sup> Como se puede notar, la violencia sexual tiene muchos matices y por ende es multifactorial,

sin embargo, un común denominador que podría explicar la falta de asociación en el presente trabajo es que, en la gran mayoría de los casos, existe una relación de poder que va del victimador (usualmente varón) hacia la víctima (que normalmente es mujer), aspecto que conduce al hecho de que para el agresor sea muy fácil someter a la víctima, **sin necesidad de tener que apelar a la agresión o violencia física**, adicionalmente, se emplean, si el caso amerita, argumentos psicológicos como las amenazas y el chantaje, entre otros. La propia Organización Mundial de la Salud postula que puede existir violencia sexual entre **miembros de una misma familia y personas de confianza**, pero también entre conocidos y extraños. La violencia sexual puede tener lugar a lo largo de todo el ciclo vital, desde la infancia hasta la vejez, e incluye a mujeres y hombres, ambos como víctimas y agresores. Aunque afecta a ambos sexos, con **más frecuencia es llevada a cabo por niños y hombres a niñas y mujeres**,<sup>18</sup> Finalmente indicar que según estimaciones de la OMS publicadas en el año 2000, se formuló que **81% de las mujeres víctimas de violencia, fueron agredidas por familiares o conocidos y en relación a la edad, un tercio de las mismas fueron menores de 16 años**,<sup>28</sup> ambos aspectos que coinciden plenamente con lo encontrado en el presente estudio.

En el presente estudio, el 58,1% de menores de 18 años o menos resultaron ser víctimas de Violencia sexual, de las cuales, todas fueron mujeres. Estos datos coinciden con múltiples informes y reportes estadísticos donde se menciona que son normalmente las mujeres las principales víctimas y las más vulnerables a violencia sexual.<sup>18,23,28</sup> En el Informe mundial sobre la violencia y la salud de la OMS, se complementa indicando que explicar la violencia sexual contra la mujer se complica por la multiplicidad de formas que adopta y la diversidad de circunstancias en las que se produce. Se observa una superposición apreciable entre las diversas modalidades de la violencia sexual y la violencia infligida por la pareja. Hay ciertos factores que aumentan el riesgo de que una persona sea coaccionada con fines sexuales o de que un hombre determinado fuerce sexualmente a otra persona. También hay ciertos factores en el ambiente social, entre los que cabe mencionar a los pares y la familia, que influyen en la probabilidad de que se produzca una violación y determinan la

reacción de ese entorno. Las investigaciones indican que los diversos factores tienen un efecto aditivo, de modo que cuantos más sean los que intervengan en una situación determinada, tanto mayor será la probabilidad de que se ejerza violencia sexual. Además, la importancia de un factor determinado puede variar en las distintas etapas de la vida.<sup>18</sup>

Una de las formas más comunes de violencia sexual en todo el mundo es la perpetrada por la pareja, lo que lleva a concluir que uno de los factores de riesgo más importantes para las mujeres (en cuanto a su vulnerabilidad ante la agresión sexual) es estar casada o convivir con una pareja. Otros factores que influyen en el riesgo de violencia sexual comprenden:

- **ser joven;**<sup>18</sup>
- consumir alcohol u otras drogas;
- haber sido violada o abusada sexualmente con anterioridad;
- tener muchos compañeros sexuales;
- ser profesional del sexo;
- mejorar el nivel de instrucción y aumentar la independencia económica, al menos cuando lo que está en juego es la violencia sexual en la pareja;
- la pobreza.<sup>18</sup>

En el presente estudio, se destaca de manera preponderante la característica particular de estar comprendido dentro del grupo etario de 11 a 18 años, donde, de todas las víctimas confirmadas de agresión sexual, 72 se encontraban dentro de dicho grupo etario, cifra que corresponde al 96% de víctimas, asimismo, se puede complementar indicando que dichos valores corresponden al 55,8% de toda la población en estudio. Al respecto, cabe mencionar que este resultado coincide con los datos formulados en el año 2003, dentro del Informe mundial sobre la violencia y la salud que publicó la Organización Mundial de la Salud, donde se menciona que las mujeres jóvenes generalmente corren mayor riesgo de violación que las mujeres mayores.<sup>19,20,21</sup> Al mismo tiempo, se hace alusión a que según los datos de los

sistemas de administración de justicia y los centros de crisis para casos de violación de Chile, Estados Unidos, Malasia, México, Papua Nueva Guinea y Perú, entre la tercera y las dos terceras partes de las víctimas de agresiones sexuales tienen 15 años de edad o menos.<sup>20,21</sup> Por ejemplo, ciertas formas de violencia sexual están muy estrechamente vinculadas con la edad temprana, en especial la violencia que se produce en las escuelas y las universidades y la trata de mujeres con fines de explotación sexual.<sup>18</sup> Asimismo, El Movimiento Manuela Ramos, basado en datos de este año reporta en cuanto a Cifras en Violencia sexual que las jóvenes entre los 14 y 17 años son las principales afectadas por violencia sexual (43.9% de los casos).<sup>23</sup>

Como se pudo observar, el 95% de los casos atendidos en la gestión 2008, tienen como hecho denunciado la **Agresión sexual**, que se encuentra registrado en la División de Medicina Forense de la Unidad de Víctimas Especiales de Santa Cruz de la Sierra, como el delito más frecuente pese a no ser un tipo penal tipificado por las leyes bolivianas, pero que, sin embargo, brinda la alternativa de registro ante casos de posible Violencia sexual o cualquier otro delito de índole sexual. En este sentido y a manera de complemento, es importante mencionar que en el Manual de normas y procedimientos para manejo de la violencia sexual en redes de servicios de salud (Ministerio de Salud y Deportes, Bolivia, 2005), se establece que la violencia sexual no sólo es un problema de salud pública, si no que también es un problema de derechos humanos y un **delito contra la libertad sexual**. Delitos contra la libertad sexual, son aquellas acciones tipificadas por la ley que atacan la libre disposición del individuo sobre su sexualidad. Cuando en los diversos países se va admitiendo una pluralidad de concepciones sociales diversas sobre la moral sexual, adquiere importancia el concepto de libertad sexual (frente al anterior de moral sexual), a la que se impone ciertos límites para su ejercicio.<sup>28</sup> Los principales límites al ejercicio de la libertad sexual tienen su fundamento en el respeto a la libertad sexual de otros, en las situaciones de inmadurez (niñas, niños y adolescentes) o incapacidad mental que impide a ciertas personas tener suficiente autonomía en su decisión y conocimientos para orientar y regir sus comportamientos sexuales (casos en los que se habla de indemnidad o intangibilidad sexual) y otras conductas que sin afectar de

forma directa a la libertad e indemnidades sexuales encuentran una gran reprobación social, como son el fomento o explotación comercial de actividades como la prostitución, para evitar que el tráfico carnal se convierta en fuente de ganancias para personas ajenas (los proxenetes). Bajo la denominación 'contra la libertad sexual' se suelen encontrar tipificados, en consonancia con lo ya indicado, delitos como la violación, **las agresiones sexuales**, el exhibicionismo, la provocación sexual, el estupro y el rapto.<sup>28</sup>

**El bien jurídico protegido es por tanto la libertad sexual, el ejercicio libre de la propia sexualidad, y no la deshonestidad considerada en sí misma.**<sup>28</sup>

Es de vital importancia comprender y entender que delito es toda acción u omisión penada por la ley. Desde una perspectiva más técnica se define el delito como acción u omisión típica, antijurídica, culpable y penada por la ley. La acción es un hecho previsto en la ley penal y dependiente de la voluntad humana. La acción delictiva puede consistir en un acto en sentido estricto, cuando hay una realización de un movimiento corporal; en una omisión pura o propia si se trata de un no hacer algo, o una combinación de ambas posibilidades, llamada comisión por omisión u omisión impropia.

La acción debe depender de la voluntad de una persona, por lo que se excluyen de las tipificaciones delictivas supuestos tales como los movimientos reflejos, los estados de inconsciencia como el sueño, la narcosis, el sonambulismo, la embriaguez letárgica o los estados hipnóticos, o cuando hay una violencia irresistible que impulsa al actor a ejecutar actos donde la voluntad se halla sometida, anulada o dirigida.

La **violencia sexual** abarca todos los tipos penales de delitos contra la libertad sexual: **Violación, abuso sexual, corrupción, estupro, acoso sexual, proxenetismo**. Entendiendo como:<sup>28</sup>

**Violación**, al delito contra la libertad sexual cuya acción consiste en el acceso carnal (penetración vaginal y/o anal) llevado a cabo en circunstancias tipificadas por la ley. Por ejemplo, cuando se usare fuerza o intimidación, cuando la persona violada se hallare privada de sentido, cuando se abusare de su enajenación o bien al tratarse de un menor. La penetración bucal no siempre es tipificada como violación en muchos casos se tipifica como “abuso deshonesto”. Sujeto pasivo del delito de violación puede serlo tanto un hombre como una mujer. Asimismo, la condición de cónyuge tampoco excluye la posible existencia de un delito de violación. El delito de violación concurre con frecuencia unido a otros delitos como el de homicidio o el de lesiones.

**Estupro:** Debe distinguirse la violación del estupro, pensado para cualquier tipo de acceso carnal, con menor de edad mujer o varón mediante engaño o prevaliéndose el autor del hecho de su situación de superioridad, se caracteriza porque la víctima no se reconoce como tal.

**Abuso sexual:** No media violencia física, el agresor aprovecha o abusa de la confianza de la víctima.

**Acoso sexual:** Comportamiento ofensivo que consiste en solicitar favores de tipo carnal o sexual para el autor o para un tercero, prevaliéndose de un contexto de superioridad laboral, docente o análoga, a modo de contrapartida de un trato favorable en el ámbito de esa relación, o con el anuncio expreso o tácito de una conducta desfavorable si no se accede a los mismos.

**Proxenetismo:** Persona que obtiene beneficios de la prostitución de otra persona.<sup>28</sup>

Tomando en cuenta estos últimos antecedentes expuestos, se podría concluir la presente discusión indicando que lo que se estaría presentando, al menos en primera instancia y en la gran mayoría de los casos atendidos por la División de Medicina Forense de la Unidad de Víctimas Especiales de Santa Cruz de la Sierra,

son casos de Abuso sexual, casos que inmediatamente serán descartados o confirmados a través de la aplicación correcta de los procedimientos legales por parte de los encargados de la investigación penal, pero fundamentalmente, mediante los protocolos y procedimientos clínico periciales a cargo de los peritos forenses (médico forense y otros).

Por otro lado, el consumo de alcohol y otras drogas también es motivo de mayor vulnerabilidad ante la violencia sexual. El consumo de alcohol o drogas hace más difícil que las mujeres puedan protegerse, interpretando adecuadamente los signos de advertencia y reaccionando como corresponde. El consumo de bebidas alcohólicas también puede colocar a las mujeres en situaciones donde las posibilidades de toparse con un agresor potencial son mayores<sup>18</sup>, sin embargo, en el presente estudio se pudo establecer que este factor no se encuentra asociado a violencia sexual, pudiendo explicarse esta situación ante la circunstancia de que la población que fue estudiada se trataba de menores de 18 años o menos, los cuales, en su mayoría, no se encuentran involucrados en actividades donde el consumo de estas sustancias psicoactivas sea habitual.

Otro dato interesante de sobremanera y que llama poderosamente la atención dentro del mismo informe mundial es el referido a otros dos factores asociados muy importantes y que de alguna manera se encuentran implícitos en el presente trabajo y son aquellos relacionados con al nivel de instrucción y la pobreza.<sup>18</sup>

Con referencia al nivel de instrucción, se menciona que las mujeres corren mayor riesgo de violencia sexual y de violencia física por parte de su pareja cuanto mayor sea su nivel de instrucción y, por ende, su capacidad de realización social. En una encuesta nacional realizada en Sudáfrica se comprobó que las mujeres sin instrucción tenían mucho menos probabilidades de ser víctimas de la violencia sexual que las que tenían niveles de instrucción más altos.<sup>24</sup> En Zimbabwe, la probabilidad de que las mujeres que trabajaban denunciaran haber sido obligadas por su cónyuge a tener relaciones sexuales era mucho mayor de que lo hicieran las que no

trabajaban.<sup>25</sup> La explicación probable es que una mayor capacidad social de la mujer genera mayor resistencia de estas a las normas patriarcales<sup>26</sup>, por lo que los hombres suelen recurrir a la violencia para tratar de recuperar el control. La relación entre la mayor capacidad de realización social y la violencia física tiene la forma de una U invertida: al aumentar aquella, el riesgo es mayor hasta un nivel determinado, más allá del cual comienza a convertirse en factor de protección.<sup>22,27</sup> No obstante, todavía no se sabe si esto también es válido para la violencia sexual.

En cuanto a la pobreza, las mujeres y las niñas pobres quizás corran mayor riesgo de violación mientras realizan sus tareas cotidianas que las que están en mejor situación económica. La violación puede producirse, por ejemplo, cuando regresan solas del trabajo al hogar a horas avanzadas de la noche, o cuando trabajan en el campo o recogen leña solas. Los hijos de las mujeres pobres suelen tener menos supervisión materna cuando no están en la escuela, ya que la madre puede estar trabajando y no cuenta con los medios necesarios para contratar a alguien para que los cuide. De hecho, es posible que los propios niños estén trabajando y por lo tanto sean vulnerables a la explotación sexual. La pobreza obliga a muchas mujeres y niñas a buscar ocupaciones que suponen un riesgo relativamente elevado de violencia sexual<sup>32</sup>, en especial la prostitución<sup>33</sup>. También les genera enormes presiones para encontrar o mantener un trabajo, realizar actividades comerciales y, si están estudiando, obtener buenas calificaciones, todo lo cual las hace vulnerables a la coacción sexual de quienes pueden prometerles estas cosas.<sup>36</sup> Las mujeres más pobres también corren mayor riesgo de violencia por parte de su pareja íntima, de la cual la violencia sexual suele ser una manifestación<sup>34,35</sup>.

De manera indiscutible, los desgarros himeneales se encuentran en el presente estudio en una frecuencia importante (59,7%), más aún tratándose de menores de 18 años o menos, en el entendido que anatómicamente y fisiológicamente, estas menores no se encuentran preparadas para mantener relaciones sexuales, conduciendo al hecho de que cualquier acceso carnal dejará una huella o lesión que se puede evidenciar posteriormente mediante una adecuada revisión por parte del profesional médico

forense. En el Manual de normas y procedimientos para Manejo de la Violencia Sexual en redes de servicios de salud (Ministerio de Salud y Deportes, Bolivia, 2005),<sup>28</sup> se encuentra establecido que en la mujer virgen: el himen aparece siempre desgarrado, con escaso sangrado, inflamación y tumefacción en el área. Y, además complementa dicho documento mencionando que los desgarros himeneales cicatrizan entre 5 a 7 días después del hecho y que después de este período es imposible determinar la data del hecho. Se recomienda asimismo que para la descripción de la ubicación de los desgarros se utilice la técnica de las agujas del reloj. En cuanto a la mujer desflorada, habitualmente no se producirán desgarros, por lo que debe realizar examen del contenido vaginal para evidenciar presencia de líquido seminal.<sup>28</sup> Una vez más, se confirma que los criterios vertidos para mujeres vírgenes se aplicarían para el presente estudio tomando en cuenta el grupo etario con el que se trabajó.

## **VIII. CONCLUSIONES.**

A través de los resultados obtenidos dentro del presente estudio y sobre la base del análisis inferencial realizado, se pudo determinar que no existe asociación estadística entre violencia sexual y violencia física (**OR= 1,82 (0,67 – 5,04) p=0,20**), lo que conlleva a inferir que para que un agresor abuse sexualmente de una víctima de 18 años o menos, no necesita emplear fuerza o violencia física. Este resultado abre un capítulo importante de debate con respecto a las medidas de prevención que se deben implementar para evitar que un caso de violencia sexual se suscite, orientando la atención hacia aquellos agresores o agresoras que de una manera u otra ejercen una relación de poder sobre la víctima o constituyen una figura de sometimiento o respeto para la misma, puesto que no se está acudiendo a la violencia física para ejecutar el acto de violencia sexual.

La mayoría de los y las menores que ingresaron al estudio fueron víctimas de Agresión sexual (58,1%), resultado que establece la necesidad de orientar esfuerzos hacia la implementación y normativización de la revisión por Servicios de Medicina Forense, a la brevedad posible, de todas y cada una de las víctimas de las cuales se sospecha sean víctimas de Agresión sexual, a efectos de poder tomar las medidas clínicas y legales inmediatas para el tratamiento adecuado de este tipo de casos.

Del total de menores de 18 años o menos que fueron víctimas de Agresión sexual (n=75), 72, es decir, un 96%, de víctimas se encontraban en el grupo etario comprendido entre los 11 y 18 años, esta cifra, corresponde a su vez al 55,8% de toda la población en estudio, incluyendo a aquellos menores que no sufrieron Agresión sexual. Este resultado es contundente e identifica por sí solo a aquel grupo de mayor vulnerabilidad con respecto a la posibilidad de sufrir Violencia sexual.

Por otro lado, se pudo observar claramente que, al momento de acudir al Servicio de Medicina Forense de la Unidad de Víctimas Especiales dependiente de la Fiscalía Departamental de Santa Cruz, el hecho más frecuentemente denunciado es el de

**Agresión sexual (96%)**, seguido de otro tipo de delitos (4%). Ante estos resultados, es inminente contrastar los mismos con aquellos obtenidos de la variable agresión sexual, donde las víctimas confirmadas mediante revisión por clínica forense de haber sufrido Agresión sexual conformar el 58,1%, existe por tanto, un restante 41,9% que al ser sometido a la revisión médica no presentaron signo sintomatología de haber sido víctimas de algún tipo de hecho de orden sexual, una vez más, se hace énfasis en la necesidad de implementar la revisión médico forense con carácter prioritario, inmediato y mediante lineamientos normativizados y de cumplimiento obligatorio.

Con respecto a las demás variables estudiadas, es importante poner atención en las mismas y profundizar en su estudio, a efectos de poder establecer su participación como factores asociados o factores de riesgo para la implementación de un caso de Violencia Sexual. Al respecto, cabe destacar que el 20,2% fueron víctimas de Violencia física, el 91,5% de la población en estudio fueron mujeres, un 59,7% presentaban desgarros de himen. Otro dato descriptivo es el relacionado con el estado civil cuya contundencia nos muestra un 99,2% de solteras y solteros. El delito más denunciado fue el de agresión sexual con un 95,2%. Finalmente, 10,2% de las menores presentaron embarazo, con un tiempo de gestación comprendido entre los 2 y 7 meses.

Como resultado de esta investigación se obtuvieron y sistematizaron datos confiables sobre el complejo y multifactorial problema de la Violencia sexual en menores, que, en muchos casos, es acallado por razones morales, culturales y no así éticas, ya sea por la inexistencia total de estadísticas serias o por la poca cantidad de trabajos e investigaciones desde un punto de vista forense realizadas en dirección a conocer exactamente la realidad actual desde el punto de vista científico sobre este tema.

Los resultados plasmados en la presente investigación dan una panorámica del problema de la Violencia sexual en menores de 18 años o menos de la ciudad de Santa Cruz de la Sierra, estos resultados y la articulación de la investigación en sí,

pretenden constituirse en una base para la implementación de futuros estudios, que profundicen en cada una de las temáticas abordadas en este trabajo.

## **IX. RECOMENDACIONES.**

La prevención de la violencia sexual o de cualquier otro tipo de violencia es el eslabón fundamental en la cadena de atención a la familia y sus figuras principales: **los niños.**

Para ello, deben se deben crear e impulsar programas integrados, dirigidos a atacar las causas, factores asociados o características más frecuentes, así como a los factores analizados en el presente y en otros trabajos de investigación. Asimismo, deben tomarse en cuenta y programarse de manera responsable, las acciones a corto, mediano y largo plazo, que permitan manejarlas adecuadamente y así mantener niveles adecuados de asistencia primaria, de modo que la calidad de vida de las víctimas alcance un desarrollo óptimo en el núcleo familiar y en la comunidad.

No puede existir un crecimiento económico sostenible si no se resuelven los problemas más acuciantes de millones de personas que viven en la pobreza, la insuficiencia educacional, la falta de empleo y muchas otras causas que aumentan desmesuradamente la posibilidad de que nuestros niños, niñas y adolescentes sean víctimas de Violencia sexual.

Los Gobiernos, empleando voluntad política y autoridad, deben tomar decisiones en la prevención de los abusos y maltratos a la población, al crear mecanismos que brinden opciones mejores a las familias más pobres o marginales e incorporarlas a la solución práctica de las esferas principales del desarrollo económico, social y cultural.

Es también un deber, prestarle atención particular al desarrollo de los niños y especialmente de las niñas, tomando como criterio su participación amplia en los procesos de reproducción humana, en el crecimiento y la formación integral de la familia durante todo el ciclo vital. A pesar de este derecho humano natural, es

innegable el impacto dramático de millones de niñas sometidas a todo tipo de explotación desde edades muy tempranas y en condiciones peores para soportarla.

Es imprescindible reconocer por la sociedad y el estado, los derechos y el papel de la mujer como educadora por excelencia de la familia, por tanto, con derecho de recibir protección ante la violencia física, sexual, psicológica y moral que sobre ella se ejerce. Alcanzar su igualdad en el plano económico y social sería una enorme contribución a la prevención de este tipo de hechos.

Pero la voluntad política y una buena economía, no bastan para luchar contra este mal, **La ética es imprescindible**, ya que como se puede observar en los Estados Unidos de Norteamérica, país que posee los servicios de salud más caros, al mismo tiempo, sus indicadores no reflejan sus beneficios, siendo el país con más altos índices de violencia contra la mujer y los niños.

La voluntad política, combinada con la ética y con un plan de acción y participación colectiva, proyección, cooperación e intercambio de información entre los diferentes profesionales que manejan este problema, serán en consecuencia, determinantes para combatir los principales aspectos que afectan a miles de personas en nuestro país.

Se hace especial énfasis en la importancia de la difusión de educación sexual, bajo los siguientes lineamientos:

**En las niñas:** Poner el acento en la noción de inviolabilidad del cuerpo. Que implica el aprendizaje de la posibilidad de decir "No".

**En los varones:** Enfatizar la noción de respeto sobre el propio cuerpo y la responsabilidad que le cabe ante posibles consecuencias de su actividad sexual.

**Sobre el cuerpo femenino:** Evitar embarazos seguidos de aborto o nacimiento indeseado de un niño con potencialidad de ser abandonado.

Esta difusión de medidas de educación sexual debe darse a través de: Escuelas, Hospitales, Iglesias. Agentes comunitarios (por ejemplo, actualmente la utilización de redes sanitarias).

También el uso responsable de los medios masivos de comunicación con fines educativos.

Las escuelas no deben tan solo limitarse a dar educación básica, si no que también deben orientar a los estudiantes acerca de lo que es “Violencia sexual” en sus diferentes manifestaciones, puesto que la ignorancia a este respecto conlleva al riesgo potencial de ser abusada o abusado.

Se recomienda tomar muy en cuenta el siguiente pensamiento: *“Somos culpables de muchos errores y faltas, pero nuestro mayor delito es abandonar a los niños y niñas. Descuidando la fuente de vida. Muchas cosas pueden esperar, el niño, niña o adolescente no. Ahora es el momento en que sus huesos se forman, su sangre se constituye y sus sentidos se desarrollan, No les podemos contestar: Mañana. Su nombre es hoy.”*

Dentro de las fallas que comúnmente se encuentran, está la atención primaria que se realiza a las víctimas, que en este caso son niños, niñas y adolescentes. Con referencia a este punto, se debe tener muy en cuenta que la historia clínica es clave para detectar a las víctimas de abuso sexual.

Se deben aplicar documentos estandarizados que contienen protocolos validados para la atención adecuada de estas víctimas, estos documentos deberían ser llenados por todo el personal que este encargado (a) de la atención a las víctimas de agresión y de esta manera, no revictimizar al niño, niña o adolescente que se

encuentra sufriendo esta desavenencia en caso de que no haya sido revisada correctamente. Además, se debe mantener un registro serio y muy confiable a nivel salud, que posteriormente será presentado como prueba sustentable e irrefutable en estratos judiciales.

Como recomendación final, se plantea la necesidad de contar con personal capacitado para realizar este abordaje especial a las víctimas, que se traduciría en tener como mínimo un Médico Forense especialista en esta temática por Distrito, o en su caso, por Hospital, Defensorías u otras instituciones similares. Finalmente, se recomienda tomar en cuenta el presente trabajo como una base para la implementación de futuros estudios que permitan profundizar en cuanto a la complicada temática de la violencia sexual.

## **X. BIBLIOGRAFIA.**

1. Valdez Millar, M, **BREVARIO DSM IV–R CRITERIOS DIAGNÓSTICOS**, CNS, Hospital de Psiquiatría Trastornos de conducta perturbadores, 52 56.
2. República de Bolivia, **CÓDIGO PENAL BOLIVIANO**, La Paz, 2006.
3. Kent, H, y col., **CHILD SEXUAL ABUSE PEDIATRIC**, Revista de Clínicas Pediátricas de Norteamérica, 17 – 7, 2002.
4. Ministerio de desarrollo Sostenible y Planificación, **DIAGNOSTICO Y ABORDAJE DE MALTRATO EN BOLIVIA**, La Paz, 2002.
5. Bustamante, G, **DOSSIER MAESTRÍA DE MEDICINA FORENSE**, La Paz - UMSA, 2005.
6. Ministerio Publico, Fiscalía General de la República, Instituto de Investigaciones Forenses, **GUÍA DE RECOMENDACIONES PARA LA COLECCIÓN, ENVIÓ DE MUESTRAS EVIDENCIAS Y EXÁMENES FORENSES, INSTITUTO DE INVESTIGACIONES FORENSES**, Sucre, 2006.
7. Acosta, N, **MALTRATO INFANTIL**, La Habana – Científica, 2001.
8. Di Maio, V, Dana, S, **MANUAL DE PATOLOGÍA FORENSE**, Madrid, 2000.
9. Huerta, M, **MEDICINA LEGAL**, 7 edic, Cochabamba, 2003.
10. OPS/OMS Ministerio de Salud y Deportes, **PREVENCIÓN DE MALTRATO EN MENORES**, La Paz, 2002.
11. Campo Hermoso, O, **MEDICINA LEGAL**, 1 edic, La Paz – Campo Isis, 2005.

12. Grey, JL, **PREDICTION AND PREVENTION OF CHILD ABUSE AND NEGLEET**, Maryland – EU, 2004.
13. Caballero, D, **SALUD Y VIOLENCIA INTRAFAMILIAR, MANUAL Y NORMAS DE PROCEDIMIENTOS PARA LA ATENCIÓN**, La Paz - OPS-OMS. Ministerio de Salud y Previsión Social, 2002.
14. Jonson, K, **TRATADO DE MEDICINA SEXUAL**, Barcelona – Salvat, 1999.
15. Nuñez de Arco, J, Carvajal, H, **VIOLENCIA INTRAFAMILIAR ABORDAJE INTEGRAL A VICTIMAS** (Jorge Nuñez de Arco, Hugo Eduardo Carvajal Cap. XII ) 1.), 2004.
16. **IV foro de planificación estratégica Santa Cruz de la Sierra**, 2009.
17. **The Economist**, 2007.
18. OMS, **Informe mundial sobre la violencia y la salud (Capítulo 6. Violencia sexual)**, p161 – 197, 2003.
19. Acierno R et al. **Risk factors for rape, physical assault, and post-traumatic stress disorder in women: examination of differential multivariate relationships**. Journal of Anxiety Disorders, 13:541–563, 1999.
20. Greenfeld LA. **Sex offenses and offenders: an analysis of data on rape and sexual assault**. Washington, D.C., United States Department of Justice, Office of Justice Programs, Bureau of Justice Statistics (NCJ 163392).
21. Heise L, Pitanguy J, Germain A. **Violence against women: the hidden health burden**. Washington, D.C., Banco Mundial, 1994.

22. Crowell NA, Burgess AW, eds. **Understanding violence against women**. Washington, D.C., National Academy Press, 1996.
23. Movimiento Manuela Ramos, **Cifras en violencia sexual**, Lima, 2010.
24. Jewkes R, Abrahams N. **The epidemiology of rape and sexual coercion in South Africa: an overview**. Social Science and Medicine (en prensa).
25. Watts C et al. **Withholding sex and forced sex: dimensions of violence against Zimbabwean women**. Reproductive Health Matters, 1998, 6:57–65.
26. Jewkes R, Penn-Kekana L, Levin J. **Risk factors for domestic violence: findings from a South African cross-sectional study**. Social Science and Medicine (en prensa).
27. Jewkes R. **Intimate partner violence: causes and prevention**. Lancet, 359:1423-1429, 2002.
28. Ministerio de Salud y Deportes, OPS – OMS, **Manejo de la Violencia Sexual en redes de servicios de salud – Manual de normas y procedimientos**, La Paz: Programa Nacional de Género y Violencia, 2005.
29. Echeburua, E., **Violencia sexual**, *Mente y Cerebro*, 28, págs. 68-73, 2008.
30. Ministerio de salud y deportes, **Plan de prevención y atención de violencias 2004-2007**, La Paz: MSD Bolivia, 2008.
31. Milano, F., **Informe final: Investigación de Casos de violencia sexual denunciados**, UNICEF. Viceministerio de Juventud, niñez y tercera edad, 2008.
32. Omorodion FI, Olusanya O. **The social context of reported rape in Benin City, Nigeria**. African Journal of Reproductive Health, 2:37–43, 1998.

33. Faune MA. **Centroamérica: los costos de la guerra y la paz.** Perspectivas, 8:14–15, 1997.
34. International Clinical Epidemiologists Network. **Domestic violence in India: a summary report of a multi-site household survey.** Washington, D.C., International Center for Research on Women, 2000.
35. Martin SL et al. **Sexual behaviour and reproductive health outcomes: associations with wife abuse in India.** Journal of the American Medical Association, 282:1967–1972, 1999.
36. Omaar R, de Waal A. **Crimes without punishment: sexual harassment and violence against female students in schools and universities in Africa.** African Rights, July 1994 (Discussion Paper No. 4).
37. Organización Mundial de la Salud, **Violencia sexual (Adelanto de la mujer),** Ginebra: División de Noticias y Medios de Información del Departamento de Información Pública, 2005.