

**CARACTERIZACIÓN DEMOGRÁFICA Y CLÍNICA DE LAS NIÑAS Y MUJERES
ATENDIDAS POR DELITOS SEXUALES EN LA UNIDAD BÁSICA DE
BUCARAMANGA DEL INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y
CIENCIAS FORENSES DURANTE EL 2014**

ADRIANA PAOLA TELLEZ RINCON

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD DE SALUD
ESCUELA DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
BUCARAMANGA**

2017

**CARACTERIZACIÓN DEMOGRÁFICA Y CLÍNICA DE LAS NIÑAS Y MUJERES
ATENDIDAS POR DELITOS SEXUALES EN LA UNIDAD BÁSICA DE
BUCARAMANGA DEL INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y
CIENCIAS FORENSES DURANTE EL 2014**

ADRIANA PAOLA TELLEZ RINCON

**TRABAJO DE GRADO PARA OPTAR AL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

DIRECTOR:

**DR. JESUS MARIA JACOME
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA UIS
ESPECIALISTA EN DOCENCIA UNIVERSITARIA UIS
PROFESIONAL MEDICO DEL INMLCF**

CODIRECTORA:

**DRA. ILIANA MARÍA CASTRO NAVAS
ESPECIALISTA EN MEDICINA FORENSE
COORDINADORA REGIONAL DE CLÍNICA FORENSE DEL INMLCF
REGIONAL BUCARAMANGA**

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD DE SALUD
ESCUELA DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
BUCARAMANGA**

2017

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	12
1. JUSTIFICACIÓN	15
2. MARCO TEÓRICO	17
2.1 DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS	17
2.2 CONCEPTOS Y DEFINICIONES LEGALES	19
2.2.1 Concepto de violencia sexual	19
2.2.2 Conceptos de los delitos sexuales	20
2.2.3 Definiciones delitos sexuales según el código de procedimiento penal colombiano	21
2.3 ABORDAJE FORENSE EN LA INVESTIGACIÓN DEL DELITO SEXUAL POR EL INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES	23
2.4 FRECUENCIA DEL DELITO DEL SEXUAL CONTRA LAS MUJERES	24
2.4.1 Perspectiva mundial	24
2.4.2 Perspectiva en Colombia	27
2.4.3 Perspectiva en Santander	28
3. OBJETIVOS	30
3.1 OBJETIVO GENERAL	30
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	30
4. METODOLOGÍA	31
4.1 TIPO DE ESTUDIO	31
4.2 POBLACIÓN	31
4.3 FUENTE DE LA INFORMACIÓN	31

4.4	VARIABLES ESTUDIADAS	32
4.5	RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	37
4.6	ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	37
4.7	CONSIDERACIONES ÉTICAS	38
5.	RESULTADOS	40
5.1	CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	40
5.2	CARACTERÍSTICAS DEL EVENTO	44
5.2.1	Descripción en espacio y tiempo del evento	44
5.2.2	Descripción del agresor	48
5.2.3	Descripción del hecho	50
5.3	HALLAZGOS CLÍNICOS, PARACLÍNICOS Y ABORDAJE TERAPÉUTICO	52
5.3.1	Características clínicas	52
5.3.2	Abordaje terapéutico y hallazgos paraclínicos	56
6.	DISCUSIÓN	59
7.	CONCLUSIÓN	64
	BIBLIOGRAFÍA	66
	ANEXOS	70

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Informes periciales por presunto delito sexual en Santander.	29
Tabla 2. Variables estudiadas	32
Tabla 3. Distribución del lugar de procedencia de las niñas y mujeres atendidas por delitos sexuales en la Unidad Básica del INMLCF de Bucaramanga durante el 2014.	41
Tabla 4. Distribución por municipios de los casos atendidos por delitos sexuales en la Unidad Básica del INMLCF de Bucaramanga durante el 2014.	44
Tabla 5. Distribución por meses del año de los casos atendidos por delitos sexuales en la Unidad Básica del INMLCF de Bucaramanga durante el 2014.	46
Tabla 6. Escenario del hecho de los casos atendidos por delitos sexuales en la Unidad Básica del INMLCF de Bucaramanga durante el 2014.	48
Tabla 7. Características del evento en los casos de niñas y mujeres atendidas por delitos sexuales en la Unidad Básica del INMLCF de Bucaramanga durante el 2014.	50
Tabla 8. Lesiones encontradas en las niñas y mujeres atendidas por delitos sexuales en la Unidad Básica del INMLCF de Bucaramanga durante el 2014.	54
Tabla 9. Lesiones en el área genital encontradas en las niñas y mujeres atendidas por delitos sexuales en la Unidad Básica del INMLCF de Bucaramanga durante el 2014	55

Tabla 10. Abordaje terapéutico y hallazgos paraclínicos en las niñas y mujeres atendidas por delitos sexuales en la Unidad Básica del INMLCF de Bucaramanga durante el 2014.	57
Tabla 11. Comparación de los hallazgos físico por grupos de edad en las niñas y mujeres atendidas por delitos sexuales en la Unidad Básica del INMLCF de Bucaramanga durante el 2014.	58

LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1. Exámenes médico legales por presunto delito sexual, casos y tasas por 100.000 habitantes 2005-2014.	27
Figura 2. Distribución por edades en quinquenios de las mujeres atendidas por delitos sexuales en la Unidad Básica del INMLCF de Bucaramanga durante el 2014.	40
Figura 3. Distribución según el grado de escolaridad de las niñas y mujeres atendidas por delitos sexuales en la Unidad Básica del INMLCF de Bucaramanga durante el 2014.	42
Figura 4. Distribución por estado civil de las mujeres mayores de 15 años atendidas por delitos sexuales en la Unidad Básica del INMLCF de Bucaramanga durante el 2014.	42
Figura 5. Distribución de la ocupación de las niñas y mujeres atendidas por delitos sexuales en la Unidad Básica del INMLCF de Bucaramanga durante el 2014.	43
Figura 6. Tipo de afiliación al SGSSS de las niñas y mujeres atendidas por delitos sexuales en la Unidad Básica del INMLCF de Bucaramanga durante el 2014.	43
Figura 7. Días transcurridos desde el hecho hasta la denuncia en los casos atendidos por delitos sexuales en la Unidad Básica del INMLCF de Bucaramanga durante el 2014.	45
Figura 8. Distribución por día de la semana de los casos atendidos por delitos sexuales en la Unidad Básica del INMLCF de Bucaramanga durante el 2014.	46

Figura 9. Hora en la que ocurrieron los casos atendidos por delitos sexuales en la Unidad Básica del INMLCF de Bucaramanga durante el 2014.	47
Figura 10. Presunto agresor identificado en los casos de delitos sexuales de las niñas y mujeres atendidas en la Unidad Básica del INMLCF de Bucaramanga durante el 2014.	49
Figura 11. Presunto familiar agresor en los casos de niñas y mujeres atendidas por delitos sexuales en la Unidad Básica del INMLCF de Bucaramanga durante el 2014.	49
Figura 12. Mecanismo específico empleado por agresor en los casos de niñas y mujeres atendidas por delitos sexuales en la Unidad Básica del INMLCF de Bucaramanga durante el 2014.	50
Figura 13. Actividades relacionadas con el hecho en los casos de niñas y mujeres atendidas por delitos sexuales en la Unidad Básica del INMLCF de Bucaramanga durante el 2014.	51
Figura 14. Historia de penetración de los casos de niñas y mujeres atendidas por delitos sexuales en la Unidad Básica del INMLCF de Bucaramanga durante el 2014.	52
Figura 15. Síntomas asociados a los casos de niñas y mujeres atendidas por delitos sexuales en la Unidad Básica del INMLCF de Bucaramanga durante el 2014.	53

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo A. Protocolo de informe pericial integral en la investigación del delito sexual	71

RESUMEN

TÍTULO: CARACTERIZACIÓN DEMOGRÁFICA Y CLÍNICA DE LAS NIÑAS Y MUJERES ATENDIDAS POR DELITOS SEXUALES EN LA UNIDAD BÁSICA DE BUCARAMANGA DEL INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES DURANTE EL 2014*

AUTOR: ADRIANA PAOLA TÉLLEZ RINCÓN**

PALABRAS CLAVES: Características, Crimen sexual, violación, víctima.

INTRODUCCIÓN: La violencia sexual contra las mujeres es un problema de salud pública.

OBJETIVO: Caracterizar las variables demográficas y clínicas de las mujeres y niñas atendidas por presuntos delitos sexuales en la unidad básica de Bucaramanga del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF), durante el 2014.

MÉTODOS: Se consolidaron variables demográficas, del evento, clínicas, paraclínicos y el abordaje terapéutico registradas durante el dictamen pericial de los casos por presuntos delitos sexuales en 553 niñas y mujeres.

RESULTADOS: 43 casos/100.000 habitantes fue la tasa para el área Metropolitana de Bucaramanga. 10 a 14 años fue el grupo de edad más afectado, 80% de las >14 años estaban solteras. 8,3% consultaron el mismo día de los hechos. 85,7% reportó agresión sexual en varias ocasiones. 65,5% ocurrieron en la vivienda de la víctima o victimario. 94,9% de los agresores fueron hombres y 87% eran familiares (padrastrós/padres/tíos). En 31,5% hubo penetración y en 79% otras actividades sexuales (más frecuente tocamiento del área genital). 14% presentaron síntomas (disuria y dolor genital) y en 14,5% se encontraron laceraciones y equimosis en extremidades, 6% presentaron alguna lesión genital (más frecuente horquilla vulvar y vagina); 22% tenían himen íntegro elástico y hubo desgarró reciente en 1,2%. 2,3% presentó embarazo presuntamente secundario. Respecto al abordaje, 21% consultó previamente a una Institución de Salud y después del peritaje fueron remitidas para valoración por Psiquiatría o Psicología forense el 28,7% y 15%, respectivamente. La solicitud y el registro de paraclínicos para la identificación de enfermedades de transmisión sexual fue baja (<15%).

CONCLUSIÓN: Las características sociodemográficas fueron similares a las reportadas en Colombia. Es el primer trabajo que describe los hallazgos físicos que se presentan en delitos sexuales en mujeres colombianas. Son pocos los hallazgos físicos porque el tocamiento es la principal actividad sexual utilizada como agresión.

* Trabajo de grado

** Universidad Industrial De Santander, Facultad de Salud, Escuela de Medicina, Departamento de Ginecología y Obstetricia. Director: DR. JESUS MARIA JACOME. Ginecología y obstetricia UIS. Especialista en Docencia Universitaria UIS. Profesional Médico del INMLCF

ABSTRACT

TITLE: TITLE: DEMOGRAPHIC AND CLINICAL CHARACTERIZATION OF GIRLS AND WOMEN TREATED FOR SEXUAL OFFENSES IN THE BASIC UNIT OF BUCARAMANGA OF THE NATIONAL INSTITUTE OF LEGAL MEDICINE AND FORENSIC SCIENCES DURING 2014*

AUTHOR: ADRIANA PAOLA TÉLLEZ RINCÓN**

KEYWORDS: Characteristics, sexual crime, rape, victim.

INTRODUCTION: Sexual violence against women is a public health problem.

OBJECTIVE: To characterize the demographic and clinical variables of women and girls treated for alleged sexual crimes in the basic unit of Bucaramanga of the National Institute of Legal Medicine and Forensic Sciences (INMLCF), during 2014.

METHODS: Demographic, event, clinical and paraclinical variables and the therapeutic approach recorded during the expert opinion of the cases for alleged sexual crimes were consolidated in 553 girls and women.

RESULTS: 10 to 14 years old was the most affected age group, 80% of the >14 years were single. 8.3% consulted on the same day of the events. 85.7% reported sexual assault on several occasions. 65.5% occurred in the dwelling of the victim or victimizer. 94.9% of the aggressors were men and 87% were family members (stepparents / parents / uncles). In 31.5% there was penetration and in 79% other sexual activities (more frequent, touching of the genital area). 14% presented symptoms (dysuria and genital pain), and in 14.5%, lacerations and ecchymosis were found in extremities, 6% had some genital lesions (more frequent vulvar fourchette and vagina); 22% had elastic integral hymen and there was a recent tear in 1.2%. 2.3% presented presumed secondary pregnancy. Regarding the approach, 21% previously consulted with a Health Institution and after the evaluation were referred for evaluation by Psychiatry or Forensic Psychology 28.7% and 15%, respectively. The application and registration of paraclinics for the identification of sexually transmitted diseases was low (<15%).

CONCLUSION: The sociodemographic characteristics were similar to those reported in Colombia. This is the first that describes the physical findings that occur in sexual crimes in colombian women. There are few physical findings because touching is the main sexual activity used as an aggression.

* Degree Paper

** Universidad Industrial De Santander, Facultad de Salud, Escuela de Medicina, Departamento de Ginecología y Obstetricia. Director: DR. JESUS MARIA JACOME. Ginecología y obstetricia UIS. Especialista en Docencia Universitaria UIS. Profesional Médico del INMLCF

INTRODUCCIÓN

La violencia sexual en el mundo aqueja a millones de personas, afectando la vida de hombres, mujeres y niños que se ven afectados por ella. De forma individual deja secuelas físicas y mentales difícil de reparar que requieren intervenciones multidisciplinarias, y que en algunos casos no logran restituir el funcionamiento normal del individuo dentro de la sociedad; a nivel colectivo separa familias y altera la organización de la comunidad, afectando la calidad de vida de un país.

La violencia sexual en contra de la mujer es una problemática que en las últimas décadas ha ganado gran importancia dado su incremento acelerado y difícil control. (1,3) Comprender de forma integral la magnitud actual de los delitos sexuales en nuestra región, así como identificar las características sociodemográficas, del evento y los hallazgos al examen físico, permitirá obtener información valiosa para plantear alternativas que contribuyan a la reducción de la carga de esta problemática, así como servir de referencia clínica para los peritos en las diligencias judiciales relacionadas con delitos sexuales en niñas y mujeres colombianas.

1. JUSTIFICACIÓN

La violencia sexual contra la mujer se ha convertido en un problema de salud pública que debe ser enfrentado a través de esfuerzos colectivos de diferentes sectores como la educación, la salud, el servicio social y la justicia (1). El delito sexual es un problema de larga trayectoria en nuestro país se ha reportado que aproximadamente el 70% de las mujeres, experimentan algún tipo de violencia física o sexual de parte de los hombres en algún momento de su vida (2).

En Colombia los estudios clínicos y epidemiológicos sobre violencia sexual en mujeres y niñas son escasos. La información disponible proviene en gran medida de las estadísticas publicadas anualmente por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses y de las encuestas nacionales de salud sexual y reproductiva o de salud mental (4). Sin embargo, la descripción ofrece más datos demográficos y no contienen elementos de naturaleza clínica, que caractericen las lesiones encontradas, el manejo, el seguimiento instaurado y la discapacidad resultante.

El sistema de información del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses registra y condensa cada año información estadística relevante sobre los dictámenes de presunto delito sexual; para el año 2013 se presentaron un total de 20.739 exámenes médico legales por presunto delito sexual en Colombia con una tasa de ocurrencia de 44,01 por cada 100.000 habitantes (5). Este estudio busca describir las características demográficas y clínicas de las mujeres y niñas que denuncian por delitos sexuales al Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses residentes del área metropolitana de Bucaramanga.

Con esta investigación se espera brindar una información más profunda, veraz y actual de los delitos sexuales denunciados por mujeres y niñas en nuestro medio

que puedan ser aplicados en otras áreas del país que tengan condiciones sociodemográficas y económicas similares a las nuestras. Adicionalmente la descripción clínica servirá para orientar al profesional médico y especialista en la atención inicial de urgencias. Finalmente se espera que los resultados de este estudio retroalimente al Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses en el proceso de evaluación de delitos sexuales.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

Los derechos sexuales y derechos reproductivos son de conceptualización reciente y son los mismos derechos humanos interpretados desde la sexualidad y desde la reproducción (6). Se dice que los derechos sexuales y derechos reproductivos son los más importantes y humanos de todos los derechos y representan el punto fundamental para el ejercicio de la ciudadanía de hombre, mujeres y niños, entendida más allá de la simple posibilidad de tomar decisiones en el ámbito público elegir y ser elegido; ya que implica la posibilidad de mujeres y hombres de tomar decisiones autónomas sobre su propio cuerpo y vida en los campos de la sexualidad y la reproducción.

El desarrollo de los conceptos y las políticas en materia de derechos humanos fomentaron las bases de los derechos sexuales y reproductivos ubicándolos como condición esencial para el disfrute de los derechos de la mujer (6).

Estos derechos lograron reconocimiento internacional en las conferencias mundiales realizadas en la década de los noventa por la organización de las Naciones Unidas, la de los Derechos Humanos (Viena 1993) (7), la de población y desarrollo (Cairo 1994) (8), y la de la Mujer (Beijing 1995) (9).

En Colombia estos derechos se han ido afianzando y se han consignado en gran cantidad de normativas dispersas en códigos, leyes, decretos y resoluciones, como la Ley 12 de 1991, la Ley 248 de 1995, la Ley 984 de 2005, la Ley 1146 de 2007, la Ley 742 de 2002, el decreto 4444 de 2006 resolución 004905 de 2006 Sentencia c-355 de 2006, entre otros (6,10,11). El reconocimiento de estos derechos y la creación de mecanismos para protegerlos han sido la principal

herramienta para garantizar que no sean vulnerados en nuestro país.

Los derechos sexuales se consideran como aquellos que permiten regular, y tener control autónomo y responsable sobre todas las áreas relativas a la sexualidad, sin ningún tipo de represión, violencia, discriminación, enfermedad o dolencia (6). Para la mujer los derechos sexuales tienen un significado especial, pues encierran el derecho a ser tratadas como personas integrales y no como seres exclusivamente reproductivos y a ejercer la sexualidad de manera placentera sin que ésta conlleve necesariamente un embarazo (6). Entre estos se encuentra el derecho a vivir la sexualidad sin violencia, coacción, abuso, explotación o acoso y el derecho a escoger las y los compañeros sexuales, así como el derecho al pleno respeto por la integridad física del cuerpo y sus expresiones sexuales, y el derecho a tener relaciones sexuales consensuadas.

Adicional a la normatividad vigente se ha desarrollado en Colombia, la Política Nacional de Salud Sexual adoptada en febrero de 2003, durante cuatro años, por el Ministerio de Protección Social cuyo objetivo fundamental era mejorar la salud sexual y reproductiva y promover el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de toda la población con especial énfasis en la reducción de los factores de vulnerabilidad y los comportamientos de riesgo (12).

Posteriormente, se hizo el Plan Nacional de Salud Pública 2007- 2010 (Decreto 3039 de 2007), donde los derechos sexuales son abordados en el Anexo Técnico “Objetivos de las Prioridades Nacionales en Salud para el Período 2007-2010, que a través de sus objetivos propone Mejorar la Salud Sexual y Reproductiva” de la población colombiana (13).

Por último, en el año 2012 se puso en marcha el Plan decenal de Salud Pública 2012- 2021 que, en el apartado derechos y sexualidad, plantea como objetivo fundamental garantizar las condiciones sociales, económicas, políticas y culturales

que inciden en el ejercicio pleno y autónomo de los derechos sexuales y reproductivos de las personas, grupos y comunidades en el marco de los enfoques de género y diferencial, asegurando reducir las condiciones de vulnerabilidad y la atención integral de las personas (14).

2.2 CONCEPTOS Y DEFINICIONES LEGALES

2.2.1 Concepto de violencia sexual. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define 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” (15).

La coacción puede abarcar:

- Uso de grados variables de fuerza.
- Intimidación psicológica.
- Extorsión.
- Amenazas: de daño físico o de no obtener un trabajo o una calificación, etc.

También puede haber violencia sexual si la persona no está en condiciones de dar su consentimiento, por ejemplo, cuando está ebria, bajo los efectos de un estupefaciente, dormida o mentalmente incapacitada. La definición de la OMS es muy amplia, pero también existen definiciones más circunscritas. Por ejemplo, para fines de investigación algunas definiciones de violencia sexual se limitan a los actos que incluyen la fuerza o la amenaza de violencia física.

El Estudio multipaís de la OMS definió la violencia sexual como actos en los cuales una mujer (16):

- Fue forzada físicamente a tener relaciones sexuales en contra de su voluntad;
- Tuvo relaciones sexuales contra su voluntad por temor a lo que pudiera hacer su pareja;
- Fue obligada a realizar un acto sexual que consideraba degradante o humillante.

2.2.2 Conceptos de los delitos sexuales.

- **Abuso sexual infantil:** Según la OMS se entiende como: ... una acción en la cual *“se involucra a un menor en una actividad sexual que él o ella no comprende completamente, para la que no tiene capacidad de libre consentimiento o su desarrollo evolutivo (biológico, psicológico y social) no está preparado, o también, que viola las normas o preceptos sociales. Los menores pueden ser abusados sexualmente tanto por adultos como por otros menores que tienen –en virtud de su edad o estado de desarrollo– una posición de responsabilidad, confianza o poder sobre la víctima, con el fin de gratificar o satisfacer a la otra persona”* (o a un tercero) (17).

Otra de las definiciones más aceptadas internacionalmente es la del National Center of Child Abuse and Neglect (1978), según la cual el abuso sexual infantil (ASI) se entiende como *“los contactos e interacciones entre un niño y un adulto, cuando el adulto (agresor) usa al niño para estimularse sexualmente él mismo, al niño o a otra persona. El abuso sexual también puede ser cometido por una persona menor de 18 años, cuando ésta es significativamente mayor que el niño (la víctima) o cuando (el agresor) está en una posición de poder o control sobre otro menor”* (17,18).

- **Actividad Sexual:** *“La actividad sexual es una expresión conductual de la sexualidad personal donde el componente erótico de la sexualidad es el más*

evidente. La actividad sexual se caracteriza por los comportamientos que buscan el erotismo y es sinónimo de comportamiento sexual". En la anterior definición se hace referencia al erotismo entendido como "la capacidad humana de experimentar las respuestas subjetivas que evocan los fenómenos físicos percibidos como deseo sexual, excitación sexual y orgasmo, y, que por lo general, se identifican con placer sexual" (19).

- **Asalto sexual:** se entiende como una modalidad específica de agresión caracterizada por actos de violencia física y/o psicológica ejercidos por un actor conocido o desconocido (perpetrador), sobre una víctima de cualquier edad o sexo, por el cual persigue un propósito sexual definido. Puede o no estar acompañado de otro delito como robo o secuestro, pero no de homicidio, pues este evento se denominaría "homicidio asociado a delito sexual". En nuestro medio se asimila al término "violación sexual" (2).

2.2.3 Definiciones delitos sexuales según el código de procedimiento penal colombiano.

- **Acceso carnal:** se entiende por acceso carnal "la penetración del miembro viril por vía vaginal, anal u oral, así como la penetración vaginal o anal de cualquier otra parte del cuerpo humano u otro objeto" (20).
- **Acto sexual diverso del acceso carnal:** se considera como aquel comportamiento de índole sexual, "apropiado para estimular la lascivia (lujuria, lubricidad, libido) del autor y de la víctima o, al menos, de uno de ellos", y que sea diferente del acceso carnal (20).
- **Acceso carnal o acto sexual en persona puesta en incapacidad de resistir:** [Artículo 207. Modificado por el artículo 3 de la ley 1236 de 2008] El que realice acceso carnal con persona a la cual haya puesto en incapacidad de resistir o en estado de inconsciencia, o en condiciones de inferioridad síquica que le impidan comprender la relación sexual o dar su consentimiento (20).

- **Acceso carnal abusivo con menor de catorce años:** [Artículo 208. Modificado mediante el artículo 4 de la ley 1236 de 2008] El que acceda carnalmente a persona menor de catorce (14) años (20).
- **Actos sexuales con menor de catorce años:** [Artículo 209. Modificado mediante el artículo 5 de la ley 1236 de 2008] El que realizare actos sexuales diversos del acceso carnal con persona menor de catorce (14) años o en su presencia, o la induzca a prácticas sexuales (20).
- **Acceso carnal o acto sexual abusivos con incapaz de resistir:** [Artículo 210. Modificado mediante el artículo 6 de la ley 1236 de 2008] El que acceda carnalmente a persona en estado de inconsciencia, o que padezca trastorno mental o que esté en incapacidad de resistir (20).
- **Acoso sexual.** [Artículo 210-A. Adicionado por el artículo 29 de la ley 1257 de 2008] El que en beneficio suyo o de un tercero y valiéndose de su superioridad manifiesta o relaciones de autoridad o de poder, edad, sexo, posición laboral, social, familiar o económica, acose, persiga, hostigue o asedie física o verbalmente, con fines sexuales no consentidos, a otra persona (20).

Los delitos anteriores se agravan, si (Art.211):

- Son cometidos con el concurso de otra u otras personas.
- El agresor tuviere carácter, posición o cargo de autoridad sobre la víctima o una posición que la impulse a depositar en él confianza.
- Se produjere contaminación de ITS.
- Se realizare con menor de 12 años.
- Se realizare sobre cónyuge o sobre con quien se cohabita o haya

cohabitado o procreado un hijo.

- Se produjere embarazo

2.3 ABORDAJE FORENSE EN LA INVESTIGACIÓN DEL DELITO SEXUAL POR EL INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES

El Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF) es un organismo que hace parte de la rama judicial del Poder Público en Colombia, está adscrito a la Fiscalía General de la Nación, es una organización pública de referencia técnico-científica que dirige y controla el sistema de Medicina Legal y Ciencias Forenses en Colombia. Está dividido en 8 Unidades Regionales (Bogotá, Noroccidente, Nororiente, norte, occidente, oriente, suroccidente y sur), que a su vez se subdividen en direcciones seccionales y unidades básicas de atención esto con el objetivo de cubrir todo el territorio nacional (2). La Unidad Básica de atención de Bucaramanga es el centro de referencia del todo el departamento.

Desde su nacimiento, en 1914, el INMLCF se ha encargado de realizar las evaluaciones periciales en los casos de violencia sexual que son base para las acciones judiciales en contra de este delito en nuestro país y ha proporcionado información epidemiológica valiosa en el área de la investigación de los delitos sexuales que ha permitido comprender, en parte, la magnitud de esta problemática, permitiendo desarrollar programas por parte del gobierno para la prevención, rehabilitación y reintegración de las víctimas del mismo (2).

El INMLCF desarrolla un proceso de abordaje forense en la investigación de los delitos sexuales, dentro del contexto normativo nacional. Este proceso constituye un eslabón en la cadena de atención que debe brindarse a las personas involucradas en la investigación de delitos sexuales, que se debe articular y coordinar con todos los demás procedimientos de otras instancias desde el

conocimiento o la sospecha de la comisión de un delito, hasta la atención de la víctima y el juzgamiento (2).

La atención forense tiene como objetivo fundamental aportar, desde la prueba pericial, elementos materiales probatorios y evidencias físicas debidamente contextualizadas y analizadas, que, en conjunto con las demás pruebas, faciliten al juzgador tipificar el delito; igualmente, brindar el apoyo y la orientación que una víctima y su familia requieran (2).

El INMLCF ha logrado a través de los años asegurar la calidad y calidez en la atención, así como, la coordinación efectiva con otros sectores como los de salud, protección y justicia, y garantizar la correcta preservación, registro y documentación de los elementos de prueba. Para la evaluación del delito sexual el instituto aplica el reglamento técnico para el abordaje forense integral en la investigación del delito sexual, el cual establece los procedimientos que deben cumplir los distintos organismos y personas que realicen funciones relacionadas con la emisión de pruebas periciales en la investigación de delitos sexuales en el territorio nacional (2).

Adicionalmente el INMLCF realiza la consolidación e interpretación de los datos obtenidos en los dictámenes periciales por delitos sexuales, información base de las estadísticas nacionales, fuente de información para el desarrollo de planes acción en la materia.

2.4 FRECUENCIA DEL DELITO DEL SEXUAL CONTRA LAS MUJERES

2.4.1 Perspectiva mundial. Los datos de mejor calidad a nivel internacional según la OMS – OPS sobre la prevalencia de la violencia sexual provienen de encuestas basadas en población. Otras fuentes de datos son los informes

policiales y estudios de entornos clínicos de organizaciones no gubernamentales; sin embargo, en estos se notifica sólo una proporción pequeña de casos.

En general, los datos de prevalencia son subestimados. Por ejemplo, un estudio latinoamericano calculó que sólo alrededor de 5% de las víctimas adultas de violencia sexual notificaron el incidente a la policía (21).

Son muchas las causas lógicas que explican por qué las mujeres no notifican la violencia sexual, por ejemplo: sistemas de apoyo inadecuados, vergüenza; temor o riesgo de represalias; temor o riesgo de ser culpadas; temor o riesgo de que no les crean; y temor o riesgo de ser tratadas mal o ser socialmente marginadas.

La violencia sexual infligida por la pareja es la agresión sexual perpetrada por la pareja, pero en algunos casos también se incluyen el abuso sexual en la niñez y el abuso sexual por una persona que no es la pareja (novio, exnovio, ex esposo).

La prevalencia de violencia sexual de pareja en el curso de la vida informada por mujeres de 15 a 49 años de edad en el Estudio multipaís de la OMS varió entre 6% en Japón y 59% en Etiopía, con tasas de 10% a 50% en la mayoría de los entornos (16). Adicionalmente, un análisis comparativo de las encuestas realizadas en América Latina y el Caribe encontró que las tasas de violencia sexual infligida por la pareja fluctuaron entre 5% y 15% (22).

Se han desarrollado pocos estudios representativos sobre la violencia sexual perpetrada por personas que no son la pareja, y la mayoría de los datos disponibles provienen de encuestas sobre delincuencia, registros policiales y judiciales, centros de crisis para víctimas de violación y estudios retrospectivos de abuso sexual de niños (23). En el Estudio multipaís de la OMS, entre 0,3% y 12% de las mujeres dijeron haber sido forzadas, después de los 15 años de edad, a

tener relaciones sexuales o a realizar un acto sexual por alguien que no era su pareja (16). La mayoría de los estudios indican que es probable que las mujeres conozcan a sus agresores (por ejemplo, en 8 de cada 10 casos de violación en los Estados Unidos) (24).

En cuanto al abuso sexual en la niñez en una revisión de las investigaciones efectuada por la OMS en el 2004, se calculó que la prevalencia mundial de victimización sexual en la niñez era de alrededor de 27% entre niñas y de aproximadamente 14% entre niños varones (17). Más específicamente, esa revisión encontró que la prevalencia media de abuso sexual en la niñez informada por mujeres era de alrededor de 7% a 8% en estudios realizados en América del Sur, América Central y el Caribe, así como en Indonesia, Sri Lanka y Tailandia. La prevalencia estimada llegaba a 28% en partes de Europa oriental, la Comunidad de Estados Independientes, la región de Asia y el Pacífico y África del Norte. En general, fue más común el abuso sexual de niñas que de niños varones (25).

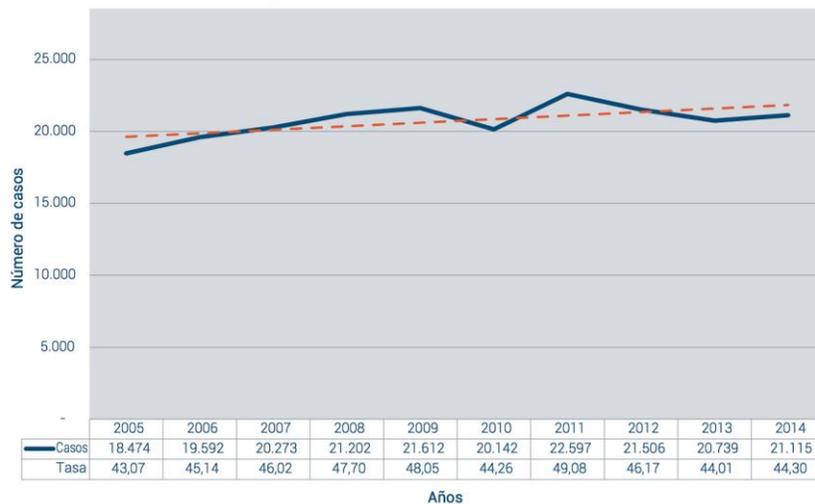
En el Estudio multipaís de la OMS, la prevalencia informada de abuso sexual de menores de 15 años de edad perpetrado por alguien que no era la pareja variaba entre 1% en zonas rurales de Bangladesh y más de 21% en zonas urbanas de Namibia (16).

En el 2009, en una muestra nacional representativa de 1.242 niñas y mujeres de 13 a 24 años de edad en Swazilandia se encontró que 33,2% de las entrevistadas informaron haber sufrido algún incidente de violencia sexual antes de los 18 años de edad (26). En ese estudio, los agresores más comunes en el primer incidente eran hombres o muchachos vecinos, novios o esposos. Con mayor frecuencia, el primer incidente había tenido lugar en el hogar y se trataba de violencia sexual de pareja o violencia sexual en citas amorosas. Un estudio reciente comparó los primeros datos nacionales basados en la población sobre abuso sexual de menores de 15 años de edad en tres países centroamericanos (27). La

prevalencia fluctuó entre 4,7% en Guatemala, 6,4% en El Salvador y 7,8% en Honduras, y la mayoría de los casos notificados habían ocurrido por primera vez antes de la edad de 11 años. Los agresores eran generalmente conocidos de las víctimas.

2.4.2 Perspectiva en Colombia. En Colombia la información sobre delitos sexuales se obtiene a través de los sistemas de información del INMCF, que en los últimos 10 años ha reportado un promedio anual de 20.000 casos siendo el 2011 el año en que más casos fueron registrados (22.597 casos; tasa de 49,08 por cada 100.000 habitantes), con un registro nacional en el 2014 de 21.115 exámenes médico legales por presunto delito sexual y una tasa de 44,3 por cada 100.000 habitantes (Gráfico 1) (28).

Figura 1. Exámenes médico legales por presunto delito sexual, casos y tasas por 100.000 habitantes 2005-2014.



Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses/ Grupo Centro de Referencia Nacional sobre Violencia/ Sistema de Información para el análisis de la Violencia y la Accidentalidad en Colombia / Sistema de Información de Clínica y Odontología Forense / Sistema de información Nacional de Estadísticas Indirectas. Tasas calculadas con base en la proyección de poblaciones DANE 2005-2020.

Las menores de 18 han sido las más afectadas, en especial el quinquenio de 10 a 14 años. En relación con la escolaridad de la víctima, la preescolar y la básica

primaria son más frecuente y según el estado conyugal, las solteras son las más afectadas. Lo anterior se relaciona con el grupo etario de mayor compromiso que son las menores de 18 años (5,28).

Al respecto de las características del hecho las estadísticas señalan que el agresor más frecuente fue algún familiar de la víctima; y la mayoría de los agresores se encuentran en el entorno social de la víctima siendo estos los familiares, conocidos y amigos (5,28).

Con respecto al comportamiento mensual de la violencia sexual en Colombia, en los meses de marzo, junio, julio, agosto y septiembre se registraron las cifras más altas durante el año 2013, las cuales también estuvieron por encima del promedio entre los años 2004 y 2012. De acuerdo al día de ocurrencia del hecho la frecuencia de casos fue mayor de lunes a viernes. En relación al comportamiento de la violencia sexual durante el transcurso del día, ésta se dio principalmente en horas de la tarde (5,28).

2.4.3 Perspectiva en Santander. En el 2013 en Santander la tasa de informes periciales por presunto delito sexual fue de 60,76 por 100.000 habitantes, la cual fue superior a la nacional (44,01 por 100.000 habitantes) pero inferior a la reportada en otros departamentos como Meta, Casanare, Quindío, Risaralda, y Amazonas (tasas de 86,93; 82,26; 75,14; 67,7 y 67,08, respectivamente) (5).

Tabla 1. Informes periciales por presunto delito sexual en Santander.

Año	Mujer	Hombre	Total
2010	925	149	1074
2011	1094	206	1300
2012	1071	211	1282
2013	1015	195	1210

Fuente: INML/GCRRV Regional Nororiente/SIAVAC-SICLICO-SINEI Fecha corte marzo 16 2013.

En el último cuatrienio, por año se han reportado alrededor de 1000 presuntos delitos sexuales en Santander. De estos, el 86,1%, 84,2%, 83,5% y 83,8% han sido delitos contra las mujeres, en cada uno de los años analizados, respectivamente (Tabla 1). En cuanto al presunto agresor se observa el mismo comportamiento internacional y nacional, donde la mayoría de los delitos sexuales son cometidos por personas conocidas por la víctima (5).

Con la recopilación de los datos consignados en los informes periciales de las mujeres que denunciaron a la unidad básica de Bucaramanga del INMLCF durante el 2014 y a las que se les realizó valoración bajo la prueba pericial integral de delito sexual, se desarrolló el presente estudio que busca principalmente obtener datos clínicos que no han sido analizados previamente. Esta información servirá para orientar aún más el diagnóstico y las intervenciones en el manejo del delito sexual de mujeres y niñas.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Caracterizar las variables demográficas y clínicas de las mujeres y niñas que son atendidas por presuntos delitos sexuales en la unidad básica de Bucaramanga del INMLCF durante el 2014.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir las características demográficas de los presuntos delitos sexuales cometidos en niñas y mujeres atendidas en la Unidad Básica de Bucaramanga.
- Describir las características del evento de los presuntos delitos sexuales cometidos en niñas y mujeres atendidas en la Unidad Básica de Bucaramanga.
- Describir los hallazgos clínicos, paraclínicos y el abordaje terapéutico de las mujeres y las niñas que sufrieron un presunto delito sexual.

4. METODOLOGÍA

4.1 TIPO DE ESTUDIO

Estudio descriptivo, observacional, transversal y retrolectivo.

4.2 POBLACIÓN

- **Poblacion blanco:** Mujeres y niñas colombianas que son evaluadas por presunto delito sexual en las unidades basicas de atencion dei IMLCF.
- **Población de estudio:** Mujeres y niñas que fueron evaluadas por presunto delito sexual en la Unidad Básica de Atención de Bucaramanga del IMLCF durante el año 2014.
- **Tamaño de muestra:** Se evaluaron todos los informes periciales, de los expedientes médico legales de la Sección de Clínica Médico Forense del INMLCF de Bucaramanga de todos los casos cuya solicitud de dictamen médico legal se refería a algún delito sexual, durante el año 2014.

4.3 FUENTE DE LA INFORMACIÓN

La información se extrajo de los expedientes médico legales realizados por los médicos legistas del INMLCF de la unidad básica de Bucaramanga consignada en el protocolo de informe pericial integral en la investigación de delitos sexuales del INMLCF durante el 2014 (Anexo 1).

4.4 VARIABLES ESTUDIADAS

Tabla 2. Variables estudiadas

VARIABLE	TIPO VARIABLE	DE	ESCALA	DEFINICIÓN
CARACTERÍSTICAS DEMOGRAFICAS				
Edad	Cuantitativa		Numérica	Años cumplidos a la fecha del evento
Procedencia	Cualitativa		nominal 1. Bucaramanga 2. Giron 3. Lebrija 4. Piedecuesta 5. Florida 6. otro	Ciudad de donde proviene la víctima
Nivel de educación	Cualitativa		Nominal 1. Preescolar 2. Básica Primaria 3. Básica Secundaria 4. Técnica 5. Superior 6. Post grado No aplica	Nivel de educación cursado de forma completa al momento del evento
Estado civil	Cualitativa		Nominal 1.soltera 2.casada 3.union libre 4.divorciada 5.separada 6.viuda	Condición civil de la víctima al momento del evento
Ocupación	Cualitativa		Nominal 1. Estudiante 2. Desempleada 3. Empleada 4. Ama de casa 5. Menor no estudiante	Actividad en la que ocupa la mayoría del tiempo
Afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)	Cualitativa		Nominal 1. Contributivo 2. Subsidiado 3. Sin afiliación	Tipo de afiliación al SGSSS
CARACTERÍSTICAS DEL EVENTO				
Frecuencia del evento	Cualitativa		Nominal 1. Unico 2. Multiple 3. No hay dato	Frecuencia de agresiones sufridas por la víctima
Municipio de ocurrencia del evento	Cualitativa		nominal 1. Bucaramanga 2. Giron 3. Lebrija 4. Piedecuesta 5. Florida	Ciudad donde ocurrió el evento
Mes de ocurrencia del evento	Cualitativa		Nominal 1. Enero 2. Febrero 3. Marzo 4. Abril 5. Mayo 6. Junio 7. Julio 8. Agosto	Mes del año en que ocurrió el evento

		9. Septiembre 10. Octubre 11. Noviembre 12. Diciembre	
Día de ocurrencia del evento	Cualitativa	Nominal 1. Lunes 2. Martes 3. Miércoles 4. Jueves 5. Viernes 6. Sábado 7. Domingo	Día de la semana en que ocurrió el evento
Hora de ocurrencia del evento	Cuantitativa	Interválica 1. 00:00-02:59 2. 03:00-05:59 3. 06:00-08:59 4. 09:00-11:59 5. 12:00-14:59 6. 15:00-17:59 7. 18:00-20:59 8. 21:00-23:59	Hora del día en la que ocurrió el evento
Escenario de ocurrencia del evento	Cualitativa	Nominal 1. Vivienda de la víctima 2. Vivienda del victimario 3. Otra vivienda	Lugar donde ocurrió el evento
Sexo de agresor	Cualitativa	Nominal 1. Masculino 2. Femenino 3. Mixto 4. Desconocido	Sexo del agresor
Tipo de agresor	Cualitativa	Nominal 1. Familiar 2. Amigo 3. Pareja 4. Conocido 5. No identificado 6. Otro	Relación previa con el agresor
Relación con la víctima	Cualitativa	Nominal 1. Padre 2. Pareja 3. Hermano 4. Padrastro 5. Tío 6. Primo 7. Abuelo 8. Cuñado 9. Otros	Relación familiar entre la víctima y el agresor
Mecanismo específico de agresión	Cualitativa	Nominal 1. Fuerza física 2. Exhibición 3. Arma de fuego 4. Arma blanca 5. Otras	Mecanismo utilizado durante la agresión
Relación uso de alcohol	Cualitativa	1. Si 2. No 3. No sabe	Se utilizó durante la agresión sustancias embriagantes
Relación con uso de sustancias Psicoactivas	Cualitativa	1. Si 2. No	Se utilizó durante la agresión sustancias Psicoactivas
Uso de condón	Cualitativa	1. Si 2. No	El agresor utilizó condón durante el evento
Actividad sexual en la agresión	Cualitativa	1. Besos 2. Succiones 3. Tocamientos 4. Mordedura 5. Desnudez forzada	Mecanismo o actividad sexual utilizada

Penetración con pene	Cualitativa	1. Si 2. No	Durante la agresión se lleva a cabo penetración con pene en cualquier cavidad
Lugar de penetración	Cualitativa	1. Cavidad oral 2. Vagina 3. Ano 4. Otro	Lugar de penetración
Penetración con objeto diferente a pene	Cualitativa	1. Si 2. No 3. No sabe	Durante la agresión se lleva a cabo penetración con objeto diferente a pene
Lugar de penetración con objeto diferente a pene	Cualitativa	1. Cavidad oral 2. Vagina 3. Ano	Durante la agresión se lleva a cabo penetración con objeto diferente a pene
Historia Eyacuación	Cualitativa	1. Si 2. No 3. No sabe	Durante la agresión se presentó eyacuación
Actividad Inmediata posterior a los hechos	Cualitativa	1. Ingesta de alimentos o bebidas 2. Vómito 3. Defecación 4. Lavado de dientes 5. Uso de enjuague bucal 6. Inserto o retiro (tampón diafragma) 7. Ducha vaginal 8. Baño, Ducha o lavado corporal 9. Se cambió de ropa 10. Ninguno 11. Otro	Actividades realizadas por la víctima inmediatamente posterior a la agresión
CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E INTERVENCIONES			
Sangrado	Cualitativa	1. Si 2. No	Presencia de sangrado durante el examen
Dolor	Cualitativa	1. Si 2. No	Presencia de sangrado durante el examen
Flujo	Cualitativa	1. Si 2. No	Presencia de sangrado durante el examen
Disuria	Cualitativa	1. Si 2. No	Presencia de sangrado durante el examen
Atención en servicios de salud	Cualitativa	1. Si 2. No	Paciente es atendido en puesto de salud o en red de atención Médica
Historia clínica	Cualitativa	1. Si 2. No	Aporta historia Clínica de la atención en puesto de salud
Gravidez	Cualitativa	1. Si 2. No 3. No sabe	La paciente el día de la agresión se encontraba en estado de gravidez
Recolección de prendas	Cualitativa	Nominal 1. Si 2. No 3. No aplica	Se dejan las prendas de la paciente para estudios
CARACTERÍSTICAS DE LAS LESIONES			

Lesiones en región cabeza y cuello	Cualitativa	Nominal 1. Si 2. No	La paciente presenta alguna lesión en región de cabeza y cuello posterior a la agresión
Tipo de lesión en región cabeza y cuello	Cualitativa	Nominal 1. Mordedura 2. Equimosis 3. Laceración 4. Otras	La paciente presenta algún tipo de lesión específica posterior a la agresión
Lesiones en región tórax	Cualitativa	Nominal 1. Si 2. No	La paciente presenta lesión en región tórax posterior a la agresión
Tipo de lesión en región tórax	Cualitativa	Nominal 1. Mordedura 2. Equimosis 3. Laceración 4. Otras	La paciente presenta algún tipo de lesión específica posterior a la agresión
Lesiones en mamas	Cualitativa	Nominal 1. Si 1. No	La paciente presenta lesión en las mamas posterior a la agresión
Tipo de lesión en mamas	Cualitativa	Nominal 1. Mordedura 2. Equimosis 3. Laceración 4. Otras	La paciente presenta algún tipo de lesión específica posterior a la agresión
Lesiones en región abdominal	Cualitativa	Nominal 1. Si 2. No	La paciente presenta lesión en el abdomen posterior a la agresión
Tipo de lesión en región abdominal	Cualitativa	Nominal 5. Mordedura 6. Equimosis 7. Laceración Otras	La paciente presenta algún tipo de lesión específica posterior a la agresión
Lesiones en región miembros superiores	Cualitativa	Nominal 1. Si 2. No	La paciente presenta lesión en miembros superiores posterior a la agresión
Tipo de lesión en región miembros superiores	Cualitativa	Nominal 1. Mordedura 2. Equimosis 3. Laceración 4. Otras	La paciente presenta algún tipo de lesión específica posterior a la agresión
Lesiones en región miembros inferiores	Cualitativa	Nominal 1. Si 2. No	La paciente presenta lesión en miembros inferiores posterior a la agresión
Tipo de lesión en región miembros inferiores	Cualitativa	Nominal 1. Mordedura 2. Equimosis 3. Laceración 4. Otras	La paciente presenta algún tipo de lesión específica posterior a la agresión
Lesiones en labios mayores	Cualitativa	Nominal 1. Si 2. No	La paciente presenta lesión en región labios mayores posterior a la agresión
Tipo de lesión en labios mayores	Cualitativa	Nominal 1. Mordedura 2. Equimosis 3. Laceración 4. Otras	La paciente presenta algún tipo de lesión específica posterior a la agresión
Lesiones en labios menores	Cualitativa	Nominal 1. Si 2. No	La paciente presenta lesión en región labios menores posterior a la agresión
Tipo de lesión en labios menores	Cualitativa	Nominal 1. Mordedura 2. Equimosis 3. Laceración 4. Otras	La paciente presenta algún tipo de lesión específica posterior a la agresión
Lesiones en la horquilla vulvar	Cualitativa	Nominal 1. Si	La paciente presenta lesión en región horquilla vulvar

		2. No	posterior a la agresión
Tipo de lesión en la horquilla vulvar	Cualitativa	Nominal 1. Mordedura 2. Equimosis 3. Laceración 4. Otras	La paciente presenta algún tipo de lesión específica posterior a la agresión
Lesiones en clítoris	Cualitativa	Nominal 1. Si 2. No	La paciente presenta lesión en región clítoris posterior a la agresión
Tipo de lesión en clítoris	Cualitativa	Nominal 1. Mordedura 2. Equimosis 3. Laceración 4. Otras	La paciente presenta algún tipo de lesión específica posterior a la agresión
Lesiones en región meato urinario	Cualitativa	Nominal 1. Si 2. No	La paciente presenta lesión en región meato urinario posterior a la agresión
Tipo de lesión en región meato urinario	Cualitativa	Nominal 1. Mordedura 2. Equimosis 3. Laceración 4. Otras	La paciente presenta algún tipo de lesión específica posterior a la agresión
Lesiones en vagina	Cualitativa	Nominal 1. Si 2. No	La paciente presenta lesión en región vagina posterior a la agresión
Tipo de lesión en vagina	Cualitativa	Nominal 1. Mordedura 2. Equimosis 3. Laceración 4. Otras	La paciente presenta algún tipo de lesión específica posterior a la agresión
Lesiones en región periné	Cualitativa	Nominal 1. Si 2. No	La paciente presenta lesión en región periné posterior a la agresión
Tipo de lesión en región periné	Cualitativa	Nominal 1. Mordedura 2. Equimosis 3. Laceración 4. Otras	La paciente presenta algún tipo de lesión específica posterior a la agresión
Lesiones en región inguinal	Cualitativa	Nominal 1. Si 2. No	La paciente presenta lesión en región inguinal posterior a la agresión
Tipo de lesión en región inguinal	Cualitativa	Nominal 1. Mordedura 2. Equimosis 3. Laceración 4. Otras	La paciente presenta algún tipo de lesión específica posterior a la agresión
Forma del himen	cualitativa	Nominal 1. Anular 2. Festoneado 3. Semilunar 4. Carúnculas mirtiformes 5. Otros	Forma del himen al momento de la valoración
Estado del Himen	Cualitativa	1. Integro no elástico 2. Integro elástico 3. Desgarro antiguo 4. Desgarro reciente	Descripción de la presencia o no de desgarros en el himen

Lesiones en región anal	Cualitativa	Nominal 1. Si 2. No	La paciente presenta lesión en región anal perianal posterior a la agresión
Tipo de lesiones en región perianal	cualitativa	1. Edema 2. Borramiento 3. Pliegues 4. Fisuras 5. Desgarros	Presencia de lesiones anales en la valoración
Tono anal	cualitativa	1. Normal 2. hipotónico	Tono del esfínter anal al momento del examen
Remisión	Cualitativa	3. Si 4. no	
Lugar de remisión	Cualitativa	1. Consulta médica 2. Consulta psicológica 3. Trabajo social 4. Evaluación psiquiatría 5. Protección 6. Otros	Área de soporte en la que la paciente requiere ser remitida

4.5 RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

De cada informe pericial se extrajeron las variables sociodemográficas y clínicas de interés. Ésta se recopiló en un formato diseñado en Excel para tal fin, en las instalaciones de la unidad básica Bucaramanga del INMLCF por el investigador principal.

4.6 ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

La descripción de las variables sociodemográficas de la población se realizó calculando las frecuencias absolutas y relativas de las variables categóricas. De la misma manera se realizó el análisis para las características del evento, los hallazgos paraclínicos y las intervenciones médicas realizadas. La edad se describió por quinquenios y la hora del día en las que ocurrió el evento se analizó en intervalos de 3 horas. Además, se calculó el número de días transcurridos entre la ocurrencia del evento y la realización del peritaje restando las fechas

reportadas, se presentó la frecuencia absoluta de eventos reportados diariamente hasta la primera semana, a partir de ese momento se agruparon en intervalos de tiempo. El análisis se hizo con el programa estadístico Stata SE 12.

4.7 CONSIDERACIONES ÉTICAS

El presente estudio se clasifica según la Resolución 0008430 de 1993 del Ministerio de Salud, artículo 11 como una Investigación sin riesgo, ya que la información se obtiene de una fuente secundaria (protocolo de informe pericial integral en la investigación de delitos sexuales). Además, fue avalado por el Comité de Ética en Investigación Científica (CEINCI) de la Universidad Industrial de Santander.

Se consideró que la fuente primaria de información es muy delicada ya que está bajo la reserva del INMLCF, dado que se tratan de valoraciones periciales realizadas a actos violentos que hacen parte de procesos judiciales. Por lo anterior el proyecto siguió los principios éticos instaurados en la declaración internacional de Helsinki modificadas en el 2008 y se tomaron las precauciones específicas que resguardan la intimidad y confidencialidad de los datos de identificación, de cada una de las valoraciones incluidas en el estudio, promoviendo de esta forma el respeto por la integridad personal.

Adicionalmente y para garantizar aún más el principio de confidencialidad se tuvieron en cuenta las disposiciones de la Ley estatutaria 1581 de 2012, reglamentada parcialmente por el Decreto 1377 de 2013 y la resolución de la UIS No. 1227 de 2013 en lo que respecta a la protección de datos personales.

La investigadora principal (Adriana Paola Téllez Rincón) firmó un acta de confidencialidad al momento de iniciar la extracción de los datos, y fue la única

persona que tuvo acceso y extrajo la información de las bases de datos del INMLCF, para lo cual se contó con el aval INMLCF.

A cada protocolo le asignó un código interno, que identificó cada caso de forma individual en la base de datos de Excel, garantizando de esta forma que en la base de datos del estudio no se consignará información sobre la identificación de los sujetos. Los análisis se realizaron de forma colectiva, lo que garantizó que por ningún motivo fuera posible la identificación de los participantes. En general la información obtenida de estos análisis podrá ser utilizada en la creación de estrategias de prevención en la materia, promoviendo de esta forma los principios de beneficencia y justicia.

Los informes y publicaciones previos fueron avalados por el INMLCF. Adicionalmente, se presentaron dos informes de avance al CEINCI.

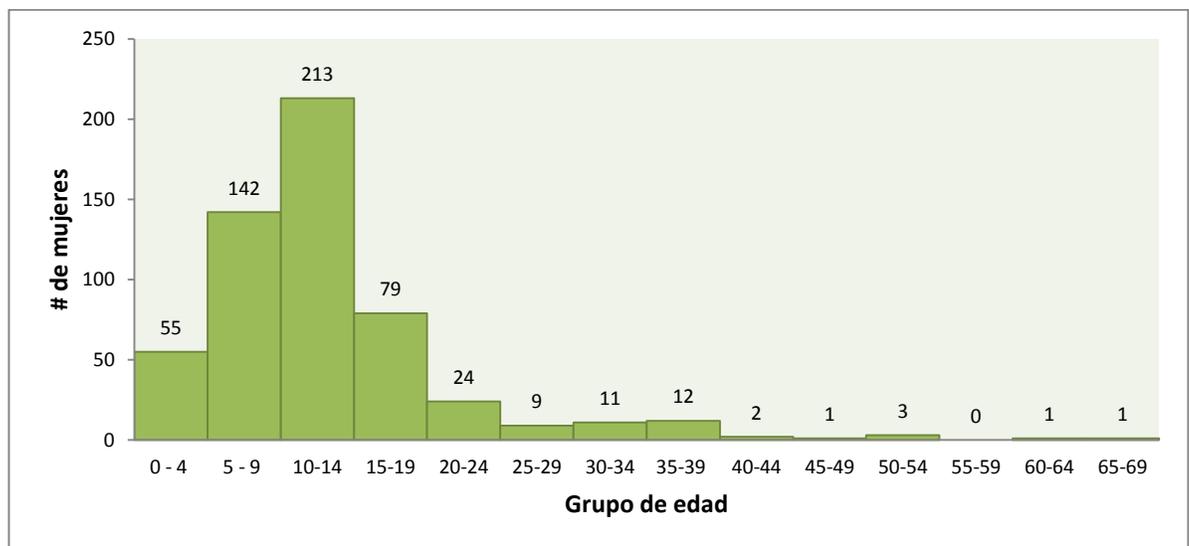
Por otra parte, el investigador no obtendrá beneficio económico de los resultados derivados de su participación ya que ésta hace parte del desarrollo del programa académico en el área de investigación de la especialización en la cual se encuentra como estudiantes de post-grado en Ginecología y Obstetricia de la Universidad Industrial de Santander.

5. RESULTADOS

5.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

Durante el 2014 se presentaron 553 casos de presunto delito sexual en niñas y mujeres atendidas en la Unidad Básica de INMLCF de Bucaramanga. La edad de los casos estuvo entre 0 y 66 años; la distribución de la misma por quinquenios se ilustra en el Figura 2.

Figura 2. Distribución por edades en quinquenios de las mujeres atendidas por delitos sexuales en la Unidad Básica del INMLCF de Bucaramanga durante el 2014.



El grupo de edad más afectado fue el de los 10 a los 14 años, seguido por el grupo de 5 a 9 años (Gráfico 2). Identificando una tendencia de mayor consulta por delitos sexuales en la población de mujeres más jóvenes, siendo el 79% de los casos niñas y mujeres entre los 5 y los 19 años.

El 98% (540 casos) de las niñas y mujeres procedían del departamento de Santander y un 2% (13 casos) de fuera de este (Antioquia, Arauca, Bolívar, Boyacá, Cundinamarca, Magdalena, Norte de Santander y Tolima). Dentro de Santander, la mayoría de los casos procedían del área Metropolitana de Bucaramanga (Tabla 3).

Tabla 3. Distribución del lugar de procedencia de las niñas y mujeres atendidas por delitos sexuales en la Unidad Básica del INMLCF de Bucaramanga durante el 2014.

Municipio	No. de casos	%
Bucaramanga	217	40,2
Floridablanca	120	22,2
Piedecuesta	82	15,2
Girón	79	14,6
Lebrija	17	3,1
Rionegro	8	1,5
El Playón	4	0,7
Los Santos	2	0,4
Tona	2	0,4
El Carmen de Chucuri	1	0,2
Sabana de Torres	1	0,2
Barrancabermeja	1	0,2
California	1	0,2
Barichara	1	0,2
Zapatoca	1	0,2
Florián	1	0,2
Matanza	1	0,2
Betulia	1	0,2
Total	540	100

En cuanto a la escolaridad y el estado civil, la mayoría de las niñas y mujeres tenían formación básica (Figura 3) y la mayoría de mujeres mayores de 15 años estaban solteras (Figura 4).

Figura 3. Distribución según el grado de escolaridad de las niñas y mujeres atendidas por delitos sexuales en la Unidad Básica del INMLCF de Bucaramanga durante el 2014.

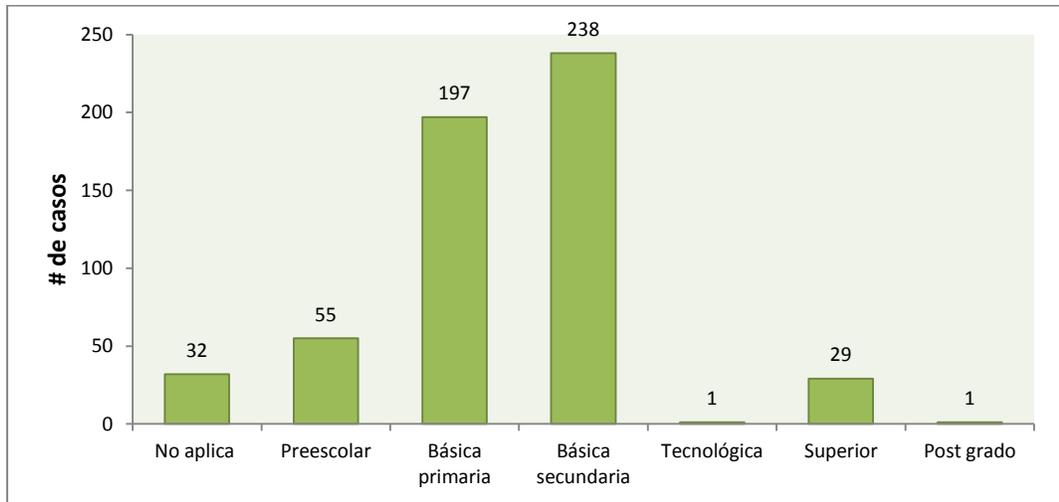
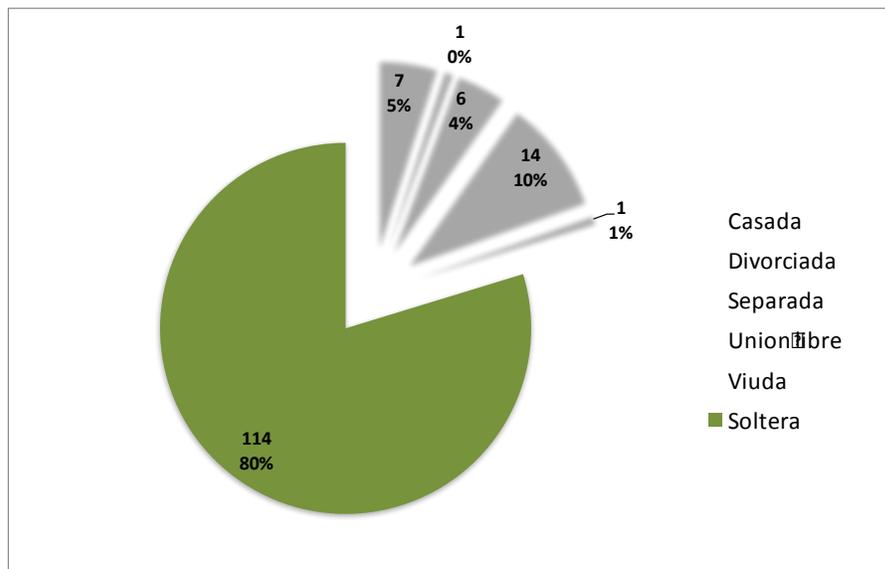


Figura 4. Distribución por estado civil de las mujeres mayores de 15 años atendidas por delitos sexuales en la Unidad Básica del INMLCF de Bucaramanga durante el 2014.



El 71,8% de los casos eran niñas y mujeres estudiantes (Figura 5) y la mayoría se encontraban afiliadas al SGSSS, el 48% al régimen contributivo y el 38% al subsidiado (Figura 6).

Figura 5. Distribución de la ocupación de las niñas y mujeres atendidas por delitos sexuales en la Unidad Básica del INMLCF de Bucaramanga durante el 2014.

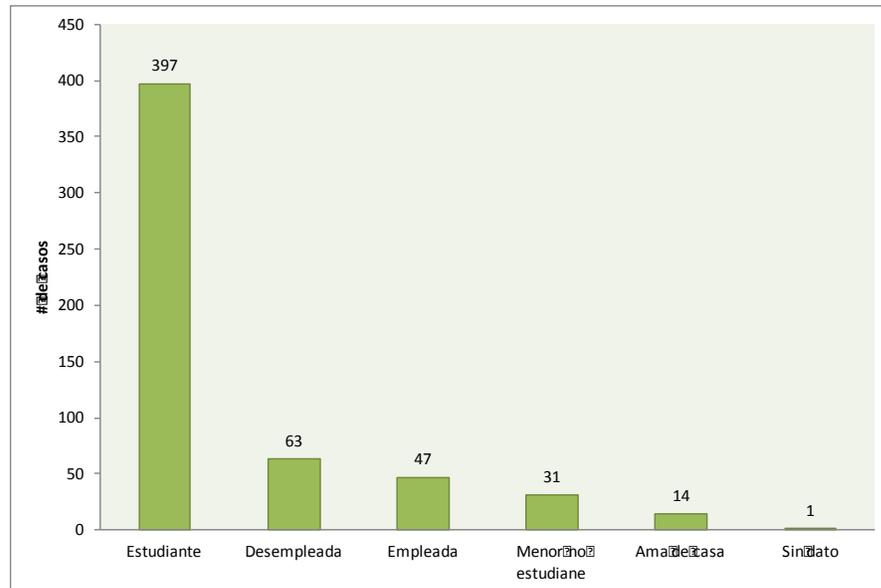
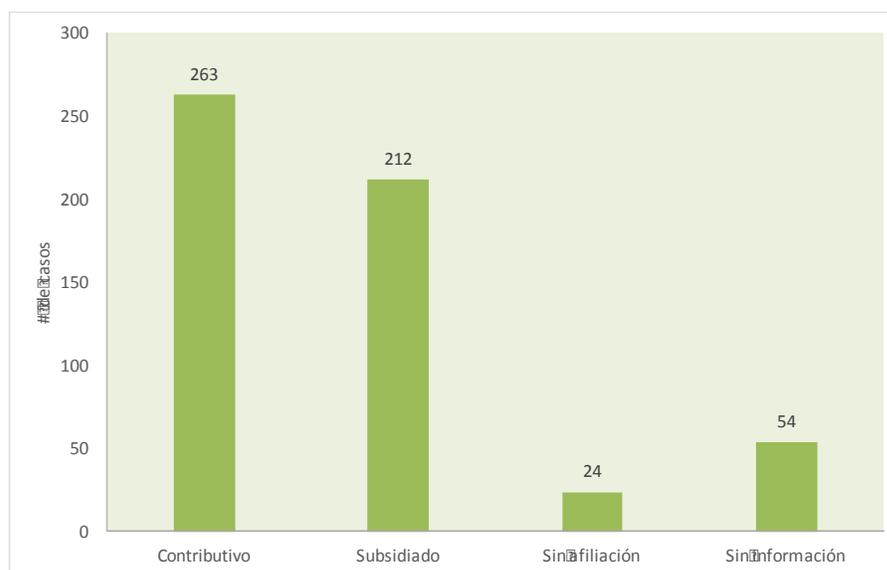


Figura 6. Tipo de afiliación al SGSSS de las niñas y mujeres atendidas por delitos sexuales en la Unidad Básica del INMLCF de Bucaramanga durante el 2014.



5.2 CARACTERÍSTICAS DEL EVENTO

5.2.1 Descripción en espacio y tiempo del evento. Se pudo determinar que en el 531 (96%) de los casos los hechos sucedieron en el departamento de Santander; la distribución por municipios se comportó similar a la distribución por lugar de procedencia (Tabla 4).

Tabla 4. Distribución por municipios de los casos atendidos por delitos sexuales en la Unidad Básica del INMLCF de Bucaramanga durante el 2014.

Municipio	No. de casos	%
Bucaramanga	241	45,4
Floridablanca	107	20,2
Piedecuesta	74	13,9
Girón	62	11,7
Lebrija	18	3,4
Rionegro	9	1,7
El Playón	3	0,6
El Carmen de Chucuri	2	0,4
Florián	2	0,4
Los Santos	2	0,4
San Gil	2	0,4
Tona	2	0,4
Barichara	1	0,2
Barrancabermeja	1	0,2
Betulia	1	0,2
Matanza	1	0,2
Sabana de Torres	1	0,2
San Vicente de Chucuri	1	0,2
Zapatoca	1	0,2
Total	531	100

La fecha exacta del hecho se supo en 378 casos (68%) (mediana 4 días RIQ 1 - 18, valor mínimo 0, valor máximo de 5681 que corresponde a 15 años). Solamente el 8,3% (n=46) de los casos consultaron el mismo día del evento ; un acumulado del 44,7% (n=247) consultaron durante la primera semana (Figura 7). Su distribución por meses se comportó según la Tabla 5, observándose la mayor frecuencia durante el mes de septiembre. Al respecto del día de la semana, el 50,8% de los eventos ocurrieron durante los jueves, viernes y sábados (Figura 8)

La hora del hecho se desconoció en la mayoría de los casos. Sin embargo, las horas de la tarde y noche fueron las más frecuentes en los casos en los cuales se pudo determinar esta variable (Figura 8). En 87 de los casos (15,7%) se reportó agresión sexual en más de una ocasión, ésta se había iniciado entre 1 y hasta 16 años antes de la denuncia del evento, la mayoría de estos casos (n=38) se había iniciado en el año anterior y 18 casos en dos años anteriores.

Figura 7. Días transcurridos desde el hecho hasta la denuncia en los casos atendidos por delitos sexuales en la Unidad Básica del INMLCF de Bucaramanga durante el 2014.

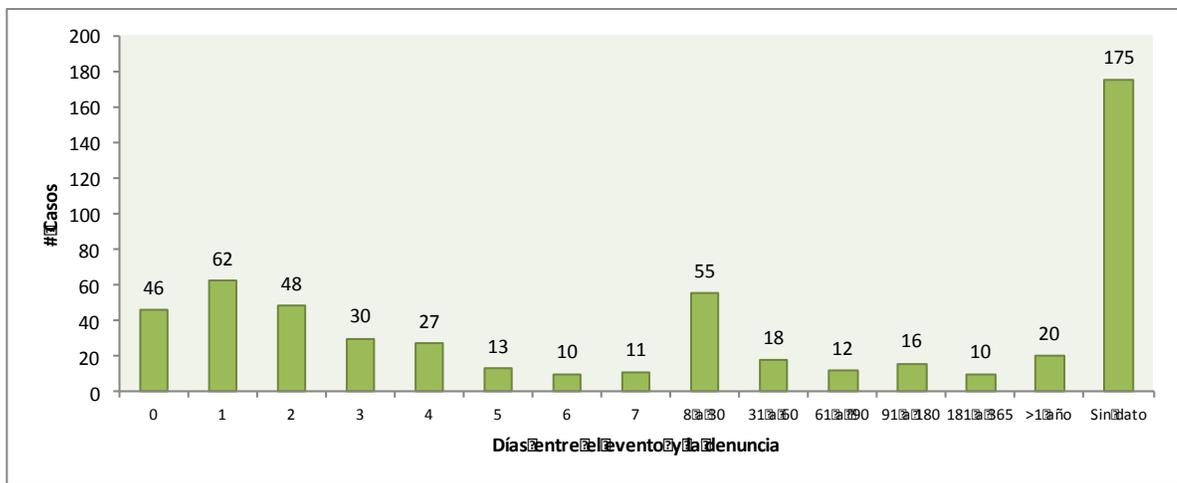


Tabla 5. Distribución por meses del año de los casos atendidos por delitos sexuales en la Unidad Básica del INMLCF de Bucaramanga durante el 2014.

Mes	No. de eventos	%
Enero	27	7
Febrero	20	5
Marzo	32	8
Abril	29	8
Mayo	34	9
Junio	30	8
Julio	34	9
Agosto	34	9
Septiembre	50	13
Octubre	35	9
Noviembre	35	9
Diciembre	18	5
Total	378	100

Figura 8. Distribución por día de la semana de los casos atendidos por delitos sexuales en la Unidad Básica del INMLCF de Bucaramanga durante el 2014.

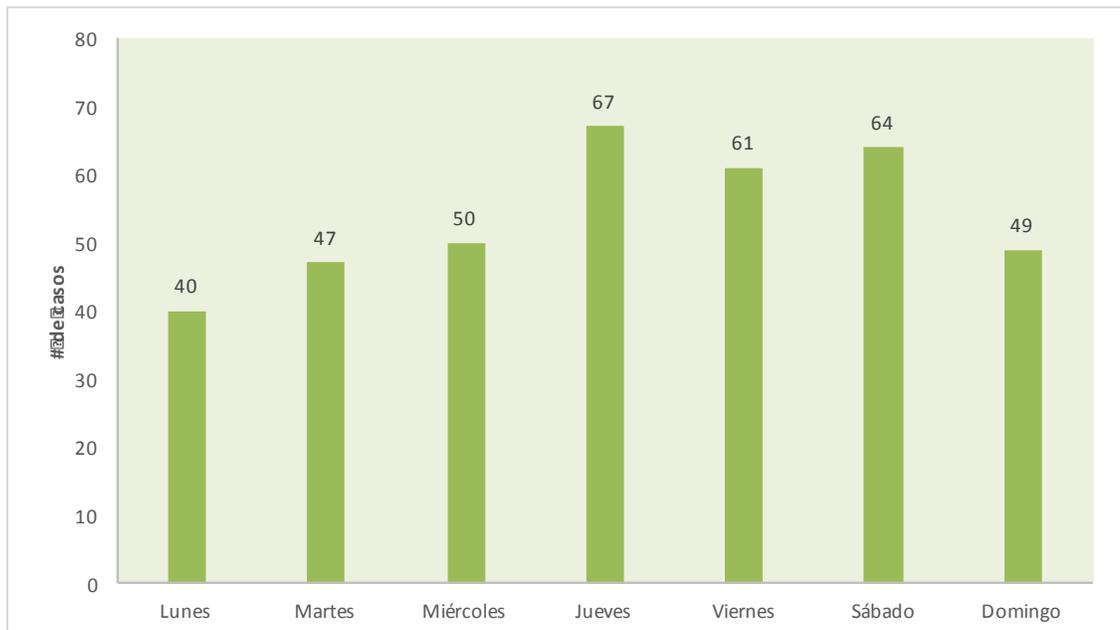
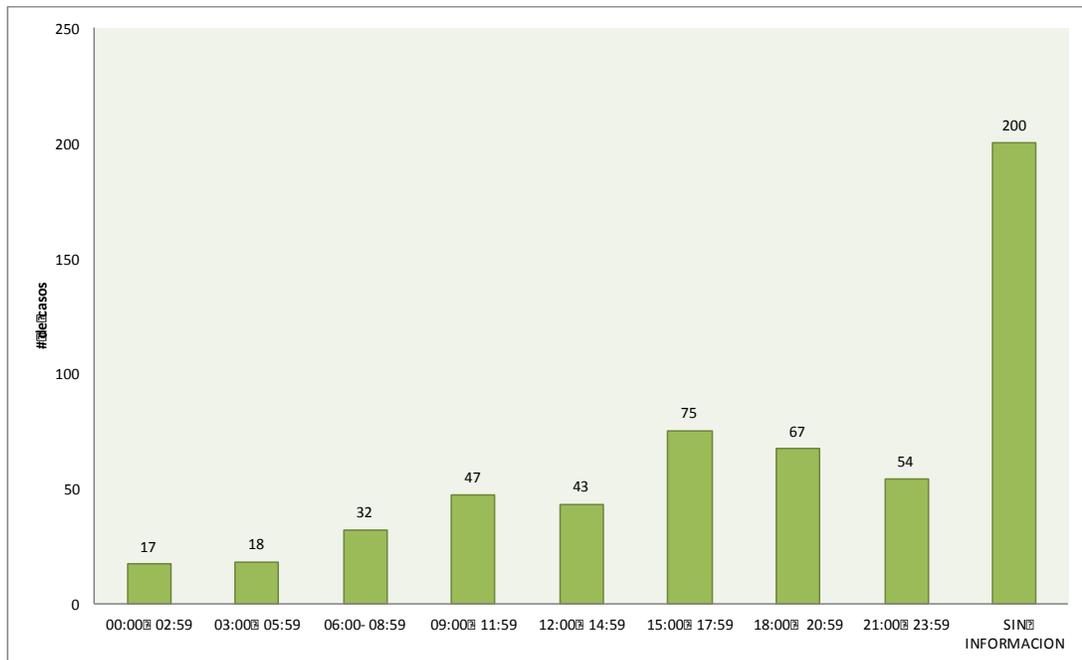


Figura 9. Hora en la que ocurrieron los casos atendidos por delitos sexuales en la Unidad Básica del INMLCF de Bucaramanga durante el 2014.



El escenario de ocurrencia del evento fue diverso, siendo las viviendas de la víctima y del victimario los principales lugares (Tabla 6).

Tabla 6. Escenario del hecho de los casos atendidos por delitos sexuales en la Unidad Básica del INMLCF de Bucaramanga durante el 2014.

Lugar	No. De eventos	%
Vivienda de la víctima	236	42,7
Vivienda del victimario	126	22,8
Otra vivienda	42	7,6
Sin información	23	4,2
Calle	20	3,6
Hospedaje	20	3,6
Bosque	18	3,3
Anden - puente peatonal	18	3,3
Centro educativo	11	2,0
Vehículo de transporte	8	1,4
Establecimiento comercial	8	1,4
Carretera	7	1,3
Finca/granja/hacienda	4	0,7
Área recreativa	3	0,5
Centro de atención medica	2	0,4
Centro de reclusión	2	0,4
Terreno baldío	2	0,4
Lugares de actividades culturales	1	0,2
Lugares de cuidado de personas	1	0,2
Zona de construcción	1	0,2

5.2.2 Descripción del agresor. La mayoría de los agresores fueron de sexo masculino (94,9%; n=525), el 4,3% (n=24) de sexo femenino y en el 0,7% (n=4) no se registró esta información. En el 87% de los casos se identificó el presunto agresor, siendo los familiares el más frecuente (Figura 10). Dentro de los familiares la mayoría de presuntos agresores eran los padrastros de las víctimas, seguidos por padres y por tíos (Figura 11). En el 67% de los casos (374) la víctima convivía con el agresor, solamente en el 1% (4 casos) se desconoció la convivencia.

Figura 10. Presunto agresor identificado en los casos de delitos sexuales de las niñas y mujeres atendidas en la Unidad Básica del INMLCF de Bucaramanga durante el 2014.

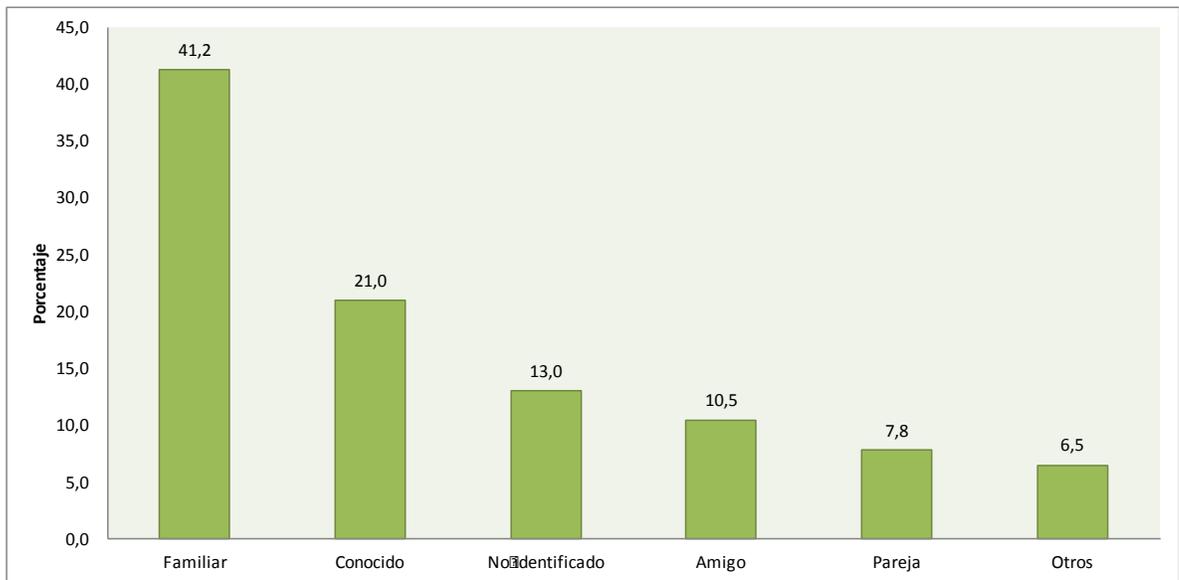
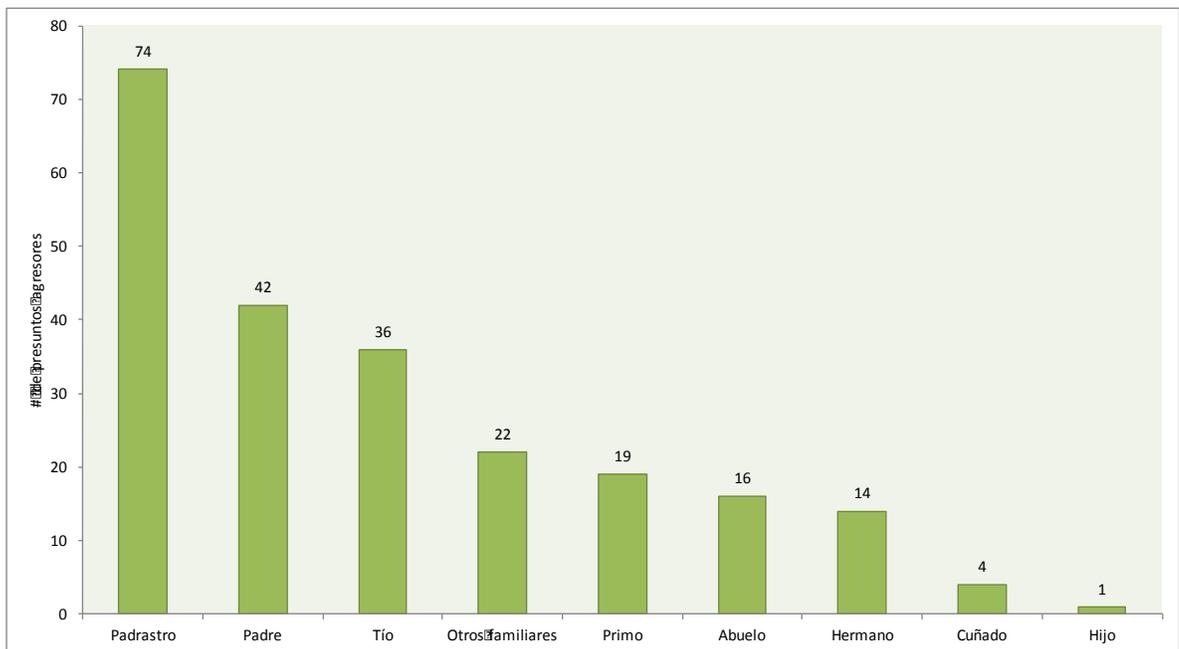
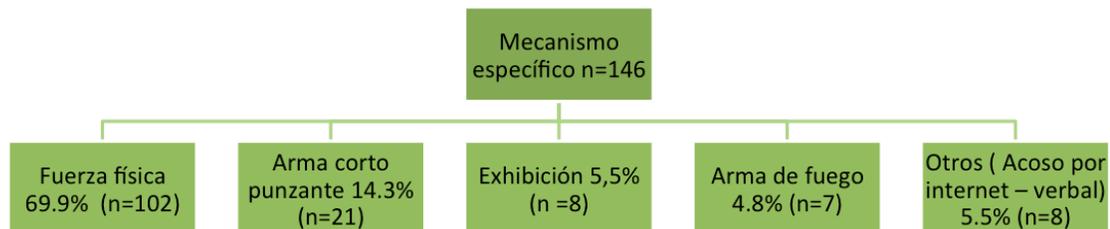


Figura 11. Presunto familiar agresor en los casos de niñas y mujeres atendidas por delitos sexuales en la Unidad Básica del INMLCF de Bucaramanga durante el 2014.



5.2.3 Descripción del hecho. En la mayoría de los casos (n=407; 73,6%) no hubo referencia sobre el mecanismo empleado por el agresor para cometer el delito sexual, en los casos en que se documentó algún tipo de mecanismo, la fuerza física fue el más frecuente (Gráfico 12).

Figura 12. Mecanismo específico empleado por agresor en los casos de niñas y mujeres atendidas por delitos sexuales en la Unidad Básica del INMLCF de Bucaramanga durante el 2014.



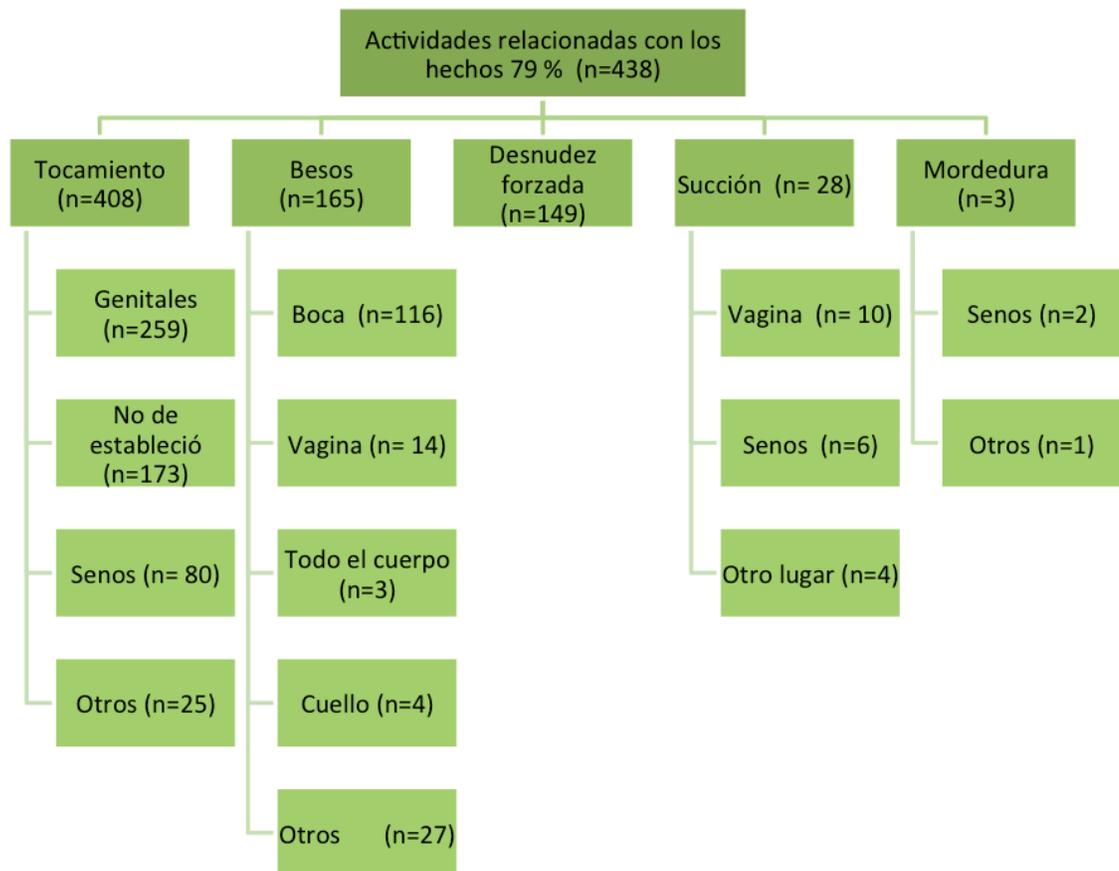
En el 12,3% de los casos se documentó uso de alcohol en la víctima o el victimario, siendo más frecuente en este último. También fue más frecuente el uso de sustancias psicoactivas en el victimario, aunque este consumo sólo se observó en el 4,7% de los casos. Sólo en el 2,9% de los casos se refirió uso de condón por parte del victimario. Posterior al evento el 18,2% de las víctimas refirió haberse cambiado de ropa o haberse bañado antes de buscar atención especializada (Tabla 7).

Tabla 7. Características del evento en los casos de niñas y mujeres atendidas por delitos sexuales en la Unidad Básica del INMLCF de Bucaramanga durante el 2014.

Característica	n (%)
Uso de alcohol (n=68)	
Agresor	27(39,7)
Víctima	17 (25,0)
Agresor y víctima	24 (35,3)
Uso de sustancias psicoactivas (n=26)	
Agresor	13 (50,0)
Víctima	6 (23,1)
Agresor y Víctima	7 (26,9)
Uso de condón	16 (2,9)
Baño general o cambio de ropa	101 (18,2)

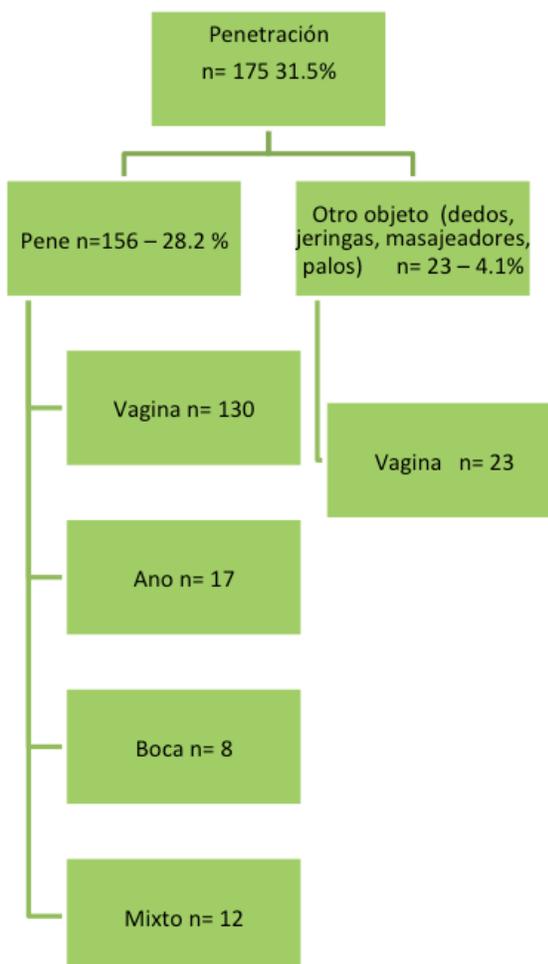
En el 79% de los eventos se refirieron actividades relacionadas diferentes a la penetración. En la mayoría de los casos hubo tocamiento durante el evento, principalmente en el área genital. Además de este, se reportaron besos, desnudez forzada, succión y mordeduras (Figura 13).

Figura 13. Actividades relacionadas con el hecho en los casos de niñas y mujeres atendidas por delitos sexuales en la Unidad Básica del INMLCF de Bucaramanga durante el 2014.



En el 31,5% (n=175) de los casos se realizó penetración a la víctima. La mayoría de estas fueron con el pene en la vagina, aunque se describen diferentes objetos como dedos, jeringas, masajeadores y palos (Figura 14). En el 19,5% del total (n=108) la víctima pudo referir la ocurrencia de eyaculación.

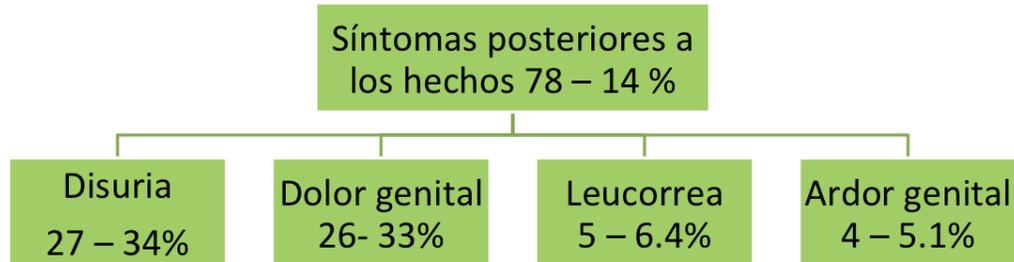
Figura 14. Historia de penetración de los casos de niñas y mujeres atendidas por delitos sexuales en la Unidad Básica del INMLCF de Bucaramanga durante el 2014.



5.3 HALLAZGOS CLÍNICOS, PARACLÍNICOS Y ABORDAJE TERAPÉUTICO

5.3.1 Características clínicas. En el 14% (n=78) de los casos presentaron síntomas en el área genitourinaria posteriores al evento, siendo los más frecuentes disuria y dolor genital (Figura 15). Además, un 6,5% refirió síntomas generales como cefalea, depresión, ansiedad, estreñimiento, vómito, o dolor en extremidades.

Figura 15. Síntomas asociados a los casos de niñas y mujeres atendidas por delitos sexuales en la Unidad Básica del INMLCF de Bucaramanga durante el 2014.



En cuanto al examen físico, la mayoría de las víctimas fueron encontradas en buen estado general (n=482; 87,3%) aunque en 66 casos no había información (11,9%). Por otra parte, se encontró alteración del estado mental en 17 pacientes (3,1%), como angustia, llanto, depresión y desorientación.

De las 553 pacientes a 411 (74,3%) se les realizó examen físico general. En 60 (14,5%) víctimas se encontraron lesiones al examen físico. A nivel de cabeza y cuello equimosis 2,4% (n=10) laceraciones 1,9% (n=9), de todos los casos examinados, en tórax equimosis 0,7% (n=3) laceraciones 0,5% (n=2), en mamas equimosis 1,4% (n=6), en abdomen equimosis 1% (n=4) laceraciones 0,7% (n=3), en espalda equimosis 0,5% (n=2) laceraciones 1,2% (n=5), en miembros superiores equimosis 4,3% (n=18) laceraciones 3,4% (n=14) y en miembros inferiores equimosis 5,1% (n=21) laceraciones 2,4% (n=10). En la tabla 8 se especifican las lesiones en las diferentes áreas.

Tabla 8. Lesiones encontradas en las niñas y mujeres atendidas por delitos sexuales en la Unidad Básica del INMLCF de Bucaramanga durante el 2014.

Área	Equimosis*	Laceración*	Otra*	Total pacientes
Cabeza y cuello	10	8	Hemorragia subconjuntival 1	17
Tórax	3	2		5
Mamas	6	1		6
Abdomen	4	3		7
Espalda	2	5		7
Miembros superiores	18	14		17
Miembros Inferiores	21	10	Quemadura 1	27

* En algunos casos las lesiones se presentaron de forma concomitante.

En cuanto al examen de la región genital, éste se realizó en 410 casos (74,1%). Las razones por las cuales no se hizo este examen son variables, como negación de la paciente (n=108; 19,5%), negación de la madre de la paciente (n=6; 1,1%), sin indicación para este porque ya se había realizado previamente (n=29; 5,2%).

En las pacientes examinadas se evidenció vello púbico ausente en 191 (46,6%), removido 121 (29,5%), intacto en 96 (23,4%) y no hay dato en 2 (0,5%). 23 mujeres presentaron al menos una lesión en el área genital diferente a las himeneales (5,6% del total de las examinada). Las lesiones en el área genital se describen en la tabla 9. A nivel de región inguinal y periné no se encontraron lesiones.

El himen se evaluó en el 73,5% de todos los casos (n=407), para un 99,3% de los casos que tenían indicación y permitieron examen físico (Tabla 9). En cuanto al desgarramiento himeneal reciente (n=5, 1,2% de los casos examinados) las ubicaciones encontradas fueron a nivel de las 5 a las 9 del huso horario.

Se realizó examen anal en 410 casos (74,1% del total de los casos) (Tabla 9). 7 (1,7%) pacientes presentaron lesiones anales, de éstas una paciente presentó lesiones en la horquilla vulvar y el ano. Las laceraciones se presentaron en 1, 2, 6,

11, y 12 del huso horario. No se detectó alteración del tono anal en ninguno de los casos.

Durante el examen físico se identificaron 13 mujeres (2,3%) en estado embarazo secundario al evento. De estas mujeres 3 habían recibido atención médica en una institución de salud inmediatamente posterior al evento.

Tabla 9. Lesiones en el área genital encontradas en las niñas y mujeres atendidas por delitos sexuales en la Unidad Básica del INMLCF de Bucaramanga durante el 2014

Área	n
Labios mayores (n=410)	3
Eritema	2
Edema	1
Labios menores (n=410)	6
Eritema	2
Laceración	1
Secreción blanquecina	2
Hematoma	1
Horquilla vulvar (n=410)	8
Eritema	5
Laceración	1
Secreción amarilla	3
Clítoris (n=410)	4
Eritema	1
Edema	3
Secreción blanca	1
Meato urinario (n=410)	2
Desgarro	1
Edema	1

Vagina (n=410)	9
Eritema	1
Laceración	7
Secreción blanca	2
Ano (n=410)	8
Laceración	6
Equimosis	1
Lesiones papulares	1
Formas del Himen (n=407)	
Anular	254
Festoneado	72
Semilunar	40
Caruncular mirtiformes	17
Otros	16
No evaluado	9
Estado del Himen (n=407)	
Desgarro antiguo	80
Desgarro reciente	5
Integro elástico	91
Integro no elástico	230
No evaluable	1

5.3.2 Abordaje terapéutico y hallazgos paraclínicos. El 22,1% (n=122) de las mujeres habían consultado al médico previamente al dictamen médico-legal. Posterior al dictamen médico legal, al 20,1% (n=111) se les recomendó asistir al médico a su entidad de salud para recibir atención. Del total de pacientes al 28,7% (n=159) mujeres fueron remitidas a psiquiatría forense y al 15% (n=83) a psicología.

Al 14,3% (n=79) de las pacientes se les solicitó serología para VIH, de éstas 10 presentaron resultados negativos y 69 no tenían resultado en el expediente revisado. En cuanto a pruebas para sífilis, se solicitó VDRL al 14,6% (n=81) de las pacientes, de las cuales 11 fueron negativas y 70 no tenían resultado en el expediente. Adicionalmente se solicitó antígeno de superficie para Hepatitis B al 14,1% (n=78) de las mujeres, de las cuales sólo 9 tuvieron un reporte negativo, y 69 no tenían resultado en el expediente.

Se describió en el informe pericial recolección de muestras en el 8,6% de las pacientes (Tabla 9). La mayoría de las muestras recolectadas fueron de secreción vaginal. Se observó un bajo porcentaje de resultados positivos para semen. Se documentó la recolección de prendas de vestir en el 7,4% (n=41) de los casos, y de estas se detectó un caso con presencia de semen (Tabla 10).

Tabla 10. Abordaje terapéutico y hallazgos paraclínicos en las niñas y mujeres atendidas por delitos sexuales en la Unidad Básica del INMLCF de Bucaramanga durante el 2014.

Característica	n (%)
Atención médica	122 (22,1)
Recolección de muestras*	48 (8,6)
Muestra de secreción vaginal	37 (6,7)
Muestra de uñas y cavidad oral	6 (1,1)
Sangre	3 (0,5)
No especificada	5 (0,9)
Orina	1 (0,2)
Protector	1 (0,2)
Resultados de las muestras	
Positivo para semen	4 (0,7)
Negativo para semen	6 (1,1)
Células guía	3 (0,5)
Recolección de prendas de vestir	41 (7,4)
Ropa interior	36 (6,5)
Todas las prendas	5 (0,9)
Resultado de análisis de prendas de vestir	41
Se detectó semen	1 (0,2)
No se detectó semen	3 (0,5)
Sin dato	37 (6,7)

*En algunas pacientes se les solicitaron dos tipos de muestras.

Se realizó además un intento por explorar asociaciones en donde comparamos las lesiones encontradas al examen físico entre tres grupos de edad, menores de 10 años, entre 10 y 19 años y mayores, utilizando la prueba exacta de Fisher, (Tabla 11.)

Tabla 11. Comparación de los hallazgos físico por grupos de edad en las niñas y mujeres atendidas por delitos sexuales en la Unidad Básica del INMLCF de Bucaramanga durante el 2014.

Hallazgo	<10 años n=197	10 a <20 años n=292	20 o más n=64	P
Examen físico general n (%)	156 (79,2)	208 (71,2)	47 (73,4)	0,135
Lesiones al examen	11 (7,1)	23 (11,1)	26 (55,3)	<0,001
Equimosis en Cabeza y Cuello	0	4 (1,9)	6 (12,8)	<0,001
Laceraciones en cabeza y Cuello	0	5 (2,4)	3 (6,4)	0,013
Equimosis tórax	0	1 (0,5)	2 (4,3)	0,036
Laceraciones en tórax	0	1 (0,5)	1 (2,1)	0,216
Equimosis en mamas	0	2 (1,0)	4 (8,5)	0,001
Equimosis en abdomen	0	2 (1,0)	2 (4,3)	0,036
Laceraciones en abdomen	0	2 (1,0)	1(2,1)	0,227
Equimosis en espalda	0	1 (0,5)	1 (2,1)	0,216
Laceraciones en espalda	0	3 (1,4)	2 (4,3)	0,055
Equimosis en extremidades superiores	0	6 (2,9)	12 (25,5)	<0,001
Laceraciones en extremidades superiores	0	7 (3,4)	7 (14,9)	<0,001
Equimosis en extremidades inferiores	0	10 (4,8)	11 (23,4)	<0,001
Laceraciones en extremidades inferiores	1 (0,6)	5 (2,4)	4 (8,5)	0,019
Examen físico genital	n=164	n=201	n=45	
Eritema Horquilla vulvar	4 (2,4)	0	1 (2,2)	0,042
Laceración vaginal	2 (1,2)	3 (1,5)	2 (4,4)	0,269
Laceración anal	0	4 (2)	2 (4,4)	0,045
Estado del himen	n=164	n=200	n=43	<0,001
Integro no elástico	161 (98,2)	66 (33)	3 (7)	
Integro elástico	1 (0,6)	81 (40,5)	9 (29,9)	
Desgarro reciente	0	4 (2)	1 (2,3)	
Desgarro antiguo	1 (0,6)	49 (24,5)	30 (69,8)	
No evaluable (hematoma en labios)	1(0,6)	0	0	
Formas del himen				<0,001
Anular	129 (78,7)	113 (56,5)	12 (27,9)	
Festoneado	4 (2,4)	56 (28)	12 (27,9)	
Semilunar	24 (14,6)	15 (7,5)	1 (2,3)	
Carúnculas mirtiformes	0	2 (1)	15 (34,9)	
Coraliforme	2 (1,2)	6 (3)	1 (2,3)	
Bilabiado	1 (0,6)	2 (1)	0	
Ovalado	0	1 (0,5)	1 (2,3)	
Tabicado	1 (0,6)	0	0	
No evaluado	3 (1,8)	5 (2,5)	2 (2,3)	

6. DISCUSIÓN

Este trabajo logró cumplir los objetivos propuestos, puesto que describe las características demográficas, las características del evento, los hallazgos clínicos y paraclínicos, y el abordaje terapéutico de los casos de presunto delito sexual en niñas y mujeres atendidas en la Unidad Básica de INMLCF de Bucaramanga durante el 2014.

Se observó que la mayoría de casos procedían del área Metropolitana de Bucaramanga, con una tasa poblacional de 43 casos por 100.000 habitantes y una tasa de 83 casos por 100.000 mujeres. La tasa por 100.000 habitantes es similar a la observada en el país para este mismo año y para el 2013 (5, 28). En el presente estudio el grupo de edad con mas casos fue el de 10 a 14 años, lo que se relaciona con la mayor frecuencia de escolaridad básica, de estado civil soltera y la ocupación de estudiante. Estas características son similares a las estadísticas nacionales emitidas INMLCF (5, 28) y a lo observado en San Marcos, Perú (29), pero difieren de las de Costa Rica en cuanto a la edad porque el grupo más afectado fue las mujeres mayores de 18 años (30).

Al respecto de las características del evento se observó que a menos del 10% se le realizó el peritaje el mismo día del hecho, esta información no se había descrito previamente. Es importante resaltar que en el 15% de los casos presentaron antecedente de agresiones previas con una latencia hasta 16 años antes del peritaje. Además, en este estudio se evidenció con respecto al tiempo que la mayor frecuencia de casos ocurrió en el mes de septiembre, los días jueves, viernes y sábados, en horas de tarde y noche. Esto también es similar a lo observado a nivel nacional en el mismo año y años previos (5, 28).

Respecto a las características del agresor, este fue en su mayoría del sexo masculino, siendo los familiares cercanos, en especial el padrastro o padre el agresor más frecuente, hecho que se correlaciona con el mayor porcentaje de convivencia con el agresor y el lugar donde ocurren la mayoría de los eventos (vivienda). Esta caracterización del agresor y del lugar es similar a la observada en Colombia y en Chile (31).

Por otra parte, en la mayoría de los casos no se hizo referencia del mecanismo empleado por el agresor para cometer el delito, pero en los casos en los que se documentó fue la fuerza física la más utilizada. Al considerar el uso de alcohol y sustancias psicoactivas durante el evento de delito sexual, se evidenció que en el 12,3% y 4,7% de los casos hubo consumo de éstas respectivamente, siendo una frecuencia superior a la reportada en el informe anual de violencia sexual del centro de ayuda a víctimas de violencia de Puerto Rico (2%) (32).

Cabe resaltar que en menos del 3% de los casos se registró el uso de condón por parte del victimario y que hasta el 18% de las víctimas eliminó la evidencia al cambiarse de ropa o bañarse antes de buscar atención especializada. En la mayoría de los casos se documentaron otras actividades de violencia sexual diferentes a la penetración, siendo la más frecuente el tocamiento. La penetración se presentó en cerca de un tercio de los casos, sin embargo, en la mayoría se refirió eyaculación durante la agresión (108/175; 74,4%).

Respecto a las características clínicas se pudo establecer que los síntomas generales, así como los síntomas en el área genitourinaria son poco frecuentes; lo anterior se correlaciona con la buena condición general encontrada al examen físico en la mayoría de las pacientes.

Llama la atención que, aunque la fuerza física fue el mecanismo más documentado, en menos del 15% de las víctimas se encontraron lesiones al

examen físico, siendo las equimosis y las laceraciones en las extremidades las más frecuentes. La baja frecuencia de lesiones podría deberse a que en muchos casos el peritaje se realiza varios días después del evento (mediana 4 días RIQ 1 -18, valor mínimo 0, valor máximo de 5681 que corresponde a 15 años), o a que en la mayoría de los casos el victimario utiliza tocamiento como el mecanismo agresor, limitando la aparición de lesiones físicas que lo comprometan en el hecho.

El área genital fue evaluada en la mayoría de los casos. No obstante, menos del 6% de las pacientes presentaron algún tipo de lesión, siendo la ubicación más frecuente la horquilla vulvar y la vagina. Específicamente la evaluación de la integridad del himen identificó desgarro reciente en menos del 2% de las pacientes, encontrándose una prevalencia de himen íntegro elástico del 22% (n=91), que es superior a la reportada en Chile (9%), pero inferior a la observada en Lima, Perú (36,9% y 46,3%) y en Costa Rica (38,4%) (29,31,33,34).

Cabe resaltar que se en el 2,3% de los casos se presentó embarazo secundario con el evento de delito sexual, aunque el 23% de estas había recibido atención médica posterior al evento. La frecuencia observada de embarazo asociado a delito sexual fue menor a la reporta en otros países como Etiopía, México, Estados Unidos y Puerto Rico donde ha sido 17%, 15%, 5% y 4%, respectivamente (32,35,36,37).

En cuanto al abordaje de los eventos de delito sexual se observó que en el 21% había consultado previamente a una Institución de Salud. Una vez realizado el peritaje la mayoría de pacientes fueron remitidas para valoración por Psiquiatría o Psicología forense a consideración del perito. Por otra parte, las frecuencias de solicitud y de registro de exámenes paraclínicos complementarios al examen físico para la identificación de enfermedades de transmisión sexual fue baja. Así mismo,

se comportó el registro de la recolección de muestras para exámenes de semen y ADN.

Dentro de las fortalezas del presente estudio se encuentra la inclusión de todos los casos de presunto delito sexual de mujeres y niñas que denunciaron este evento durante el 2014 . Estos casos fueron evaluados por médicos legistas del INMLCF bajo el protocolo estandarizado de “Informe Pericial Integral en la Investigación del Delito Sexual” (Anexo 1). Otra fortaleza fue que la revisión del expediente médico-legal se hizo por un solo evaluador, lo cual disminuye la variabilidad en la recolección de la información. Adicionalmente, se recopilaron de manera detallada los hallazgos del examen físico, lo que permitió realizar una descripción exhaustiva del tipo y cantidad de lesiones encontradas tanto en el área genital, como en otras partes del cuerpo. Esta información no había sido tabulada previamente, y se espera sirva de referencia para el análisis de los casos de presuntos delitos sexuales en niñas y mujeres santandereanas, y de otros municipios con características sociodemográficas similares.

Una de las limitaciones del presente estudio es que no se cuenta con la historia clínica realizada en las Instituciones de Salud. Esto afectó especialmente la recolección de la información del examen físico genital y de los paraclínicos en los casos en los que se había hecho previamente el examen y éste no se repitió en el INMLCF para evitar revictimizar a las pacientes. Adicionalmente, considerando que los dictámenes de psiquiatría y psicología forense no hacen parte del dictamen pericial que la fuente de la información del presente trabajo, carecemos de información que permitieran identificar el impacto del evento sobre la salud mental de las víctimas.

Por otra parte, este estudio está restringido a los casos de peritaje clínico de presuntos delitos sexuales porque no se revisaron casos de violencia sexual letal. También se debe considerar que la información expuesta en este trabajo se limita

a los casos de delitos sexuales que son denunciados, puesto que se conoce que existe un subregistro importante de estos eventos se sabe por ejemplo que en los Estados Unidos, uno de cada cuatro delitos sexuales es denunciado y en Colombia esta proporción puede llegar a ser uno de cada 20,(10) situación que se da por múltiples factores como el miedo, la estigmatización, la falta de educación, entre otros.

7. CONCLUSIÓN

Las variables sociodemográficas y algunas características del agresor implicado en los presuntos delitos sexuales en niñas y mujeres atendidas en la Unidad Básica de INMLCF de Bucaramanga durante el 2014, son similares a las reportadas a nivel nacional por el INMLCF.

Por otra parte, el mecanismo principal de agresión sexual fue la utilización de la fuerza física, la actividad más frecuente fue el tocamiento del área genital y los síntomas en área genital fueron infrecuentes (14%). En el examen físico, las extremidades fueron las áreas más afectadas (14,5%) con equimosis y laceraciones; sólo el 6% de las mujeres presentaron algún tipo de lesión genital, se encontró himen íntegro elástico en el 22% de los casos y el desgarró reciente fue infrecuente (2%).

En cuanto al abordaje de los delitos sexuales, el 21% de las mujeres había consultado previamente a una Institución de Salud y una vez realizado el peritaje fueron remitidas para valoración por Psiquiatría forense el 28,7% y por Psicología forense el 15%. Las frecuencias de solicitud y de registro de paraclínicos complementarios al examen físico para la identificación de enfermedades de transmisión sexual fue baja (<15%). La recolección de muestras fue infrecuente (8,6%), siendo la secreción vaginal la muestra más recolectada.

De acuerdo a la revisión de la literatura realizada este es el primer trabajo en el país que describe el mecanismo específico utilizado durante la agresión, las actividades relacionadas y el tiempo que transcurre entre el delito y el peritaje, así como los hallazgos físicos más frecuentes. Por lo anterior, y considerando que la información descrita en este estudio refleja las consecuencias físicas más comunes tras un delito sexual en nuestro medio, ésta servirá como referencia para

los médicos que atienden estos casos en las Instituciones de Salud, así como para los médicos que realizan los dictámenes periciales.

BIBLIOGRAFÍA

1. Andrews G et al. Child sexual abuse. En: Ezzati M, et al, eds. Comparative quantification of health risks: global and regional burden of disease attributable to selected major risk factors. Geneva, World Health Organization, 2004.
2. Asociación mexicana contra la violencia a la mujer, Evaluación de proyecto para la educación, capacitación y atención a mujeres y menores de edad en materia de violencia sexual enero diciembre de 1990 México d.f.
3. BENAVIDES A, Módulo de la a a la z en derechos sexuales y reproductivos primera edición, noviembre de 2007 defensoría del pueblo, PROFAMILIA organización internacional para las migraciones
4. Bott S et al. Violencia contra la mujer en América Latina y el Caribe: Análisis comparativo de datos poblacionales de 12 países. Washington, DC : OPS, 2013.
5. *Calderón L, Vargas M, Paguaga M* Perfil de las víctimas de delitos sexuales valorados en el ii trimestre de 2009 en la sección de clínica médico forense medicina legal de costa rica, 2009; 26 (2):43-51
6. CALDERÓN María Cristina. Los Derechos y la salud sexual y reproductiva. Oficina Asesora Derechos sexuales y reproductivos PROFAMILIA. Ponencia. presentada en las jornadas de Formación de Funcionarias y Funcionarios de la Defensoría del Pueblo. Bogotá Marzo-Abril de 2006.
7. CÓDIGO PENAL (LEY 599 DE 2009 Libro Segundo, Título II: “Delitos contra personas y bienes protegidos por el Derecho Internacional Humanitario”, artículos 138 al 141· Título IV “Delitos contra la libertad, integridad y formación sexuales”, artículos 205 a 210.
8. Comprender y abordar la violencia contra las mujeres. Violencia sexual. Washington, DC: OPS, 2013 © Organización Mundial de la Salud, 2013. Todos los derechos reservados.

9. Conferencia Mundial de Derechos Humanos, Programa de Acción de Viena aprobados por la Conferencia Mundial de Derechos Humanos el 25 de junio de 1993 <http://www.acnur.org/biblioteca/pdf/1296.pdf?view=1>
10. Contreras J et al. Sexual violence in Latin America and the Caribbean: a desk review. Pretoria, Sexual Violence Research Initiative, 2010.
11. Declaración y Plataforma de Acción de Beijing Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, Reunida en Beijing del 4 al 15 de septiembre de 1995.
12. Exequías Latoche Fernández, Conrad Latoche Rojas, Estudio anatómico del himen y su repercusión en medicina legal Med. leg. Costa Rica vol.16 n.1-2 Heredia Sep. 1999
13. Garcia-Moreno C et al. Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica contra la mujer: primeros resultados sobre prevalencia, eventos relativos a la salud y respuestas de las mujeres a dicha violencia. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2005.
14. Heise L, Ellsberg M, Gottemoeller M. Ending violence against women. Baltimore, MD, Johns Hopkins University School of Public Health, Center for Communications Programs, 1999.
15. Holmes mm et al, Rape-related pregnancy; estimates and descriptive characteristics from a national simple of women American Journal of Obstetris and Gynecology 1996 175:320 - 324
16. INSTITUTO INTERAMERICANO DE DERECHOS HUMANOS. Derechos Humanos de las Mujeres: Guía de capacitación. Tomo 1 y 2. San José: 2000. Módulo 10. p. 3.
17. INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL y CIENCIAS FORENSES, Forensis 2013, datos para la vida Bogota: 2013, pp. 423,473.
18. INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL y CIENCIAS FORENSES, Forensis 2013, datos para la vida Bogota: 2015, pp. 277
19. INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL y CIENCIAS FORENSES, Reglamento técnico para el abordaje forense integral en la investigación del delito sexual. Versión 03, julio de 2009, Bogotá, Colombia.

20. Lins j, vieira w. Características da violência física e sexual contra crianças e adolescentes atendidos no IMLI de Maceió, Alagoas. Cad Saúde Pública 2011; 27(8):1647-53.
21. Mulugeta E, Kassaye. Prevalence and outcomes of sexual violence among high school students. Ethiopian Medical Journal, 1998, 36:167-174
22. Organización de las Naciones Unidas. Asamblea General. Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer. 23 de febrero de 1994. Fecha de acceso: 30 de julio de 2006.
23. Organización Mundial de la Salud. Violencia contra la mujer: violencia de pareja y violencia sexual contra la mujer. Nota descriptiva N°. 239. Actualización de septiembre de 2011. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2011.
24. Pacheco J, Nancy, Lesiones del himen en la determinación médico legal de la integridad sexual An Fac Med Lima 2005; 66(4)
25. Plan decenal de Salud Pública para Colombia 2012- 2021.
26. Plan Nacional de Salud Pública 2007- 2010 (DECRETO 3039 DE 2007)
27. Política Nacional de Salud Sexual adoptada en febrero de 2003.
28. PROFAMILIA, Encuesta nacional de demografía y salud 2010: pp 370,385
29. Reza A et al. Sexual violence and its health consequences for female children in Swaziland: a cluster survey study. Lancet, 2009, 373(9679):1966–72.
30. Rodríguez, S., Ward, M.(2016). Informe de Violencia Sexual en Puerto Rico. (Vol. 2). San Juan, PR: Centro de Ayuda a Víctimas de Violación, Departamento de Salud
31. *Roger Velásquez, Denisse Astuhamán, Max León* Himen complaciente en adolescentes y evaluación médico-legal de integridad sexual. División Médico Legal Lima Norte 2012 An Fac Med Lima 2012; 73(1)
32. Speizer IS et al. Dimensions of child sexual abuse before age 15 in three Central American countries: Honduras, El Salvador, and Guatemala. Child Abuse & Neglect, 2008, 32(4):455–62.
33. Tapia O, San Martín N, Himen Complaciente y Peritaje Médico-Legal *Int. J.*

Morphol., Temuco, Chile. 2011 29(4):1435-1437

34. Tjaden P, Thoennes N. Full report of the prevalence, incidence, and consequences of violence against women: findings from the National Violence Against Women Survey. Washington, DC, National Institute of Justice, 2000.
35. Urrego-Mendoza Z. Las invisibles: Una lectura desde la salud pública sobre la violencia sexual contra niñas y mujeres colombianas en la actualidad. *Rev. Colombiana de ginecología y Obstetricia* 2007; 58(1):38-44.
36. Watts C, Zimmerman C. Violence against women: global scope and magnitude. *Lancet*, 2002, 359(9313):1232–37.
37. Watts C, Zimmerman C. Violence against women: global scope and magnitude. *Lancet*, 2002, 359(9313):1232–37.

ANEXOS

Anexo A. Protocolo de informe pericial integral en la investigación del delito sexual

PROTOCOLO DE INFORME PERICIAL INTEGRAL EN LA INVESTIGACIÓN DEL DELITO SEXUAL

A. INFORMACIÓN GENERAL

Escriba a mano o a máquina cada uno de los datos que solicita el formato.

Institución Forense o de Salud donde se realiza el examen: _____
Ciudad del examen: _____ Fecha del examen: AÑO _____ MES _____ DIA _____ Hora del examen (formato militar) _____
No de radicación: _____ o Historia Clínica No. _____
Nombre del examinado: _____
Sexo: M F Edad referida: _____ Fecha de Nacimiento AÑO _____ MES _____ DIA _____
Documento de identidad: CC TI Otro Número: _____ Indocumentado
Se toma reseña monodactilar del examinado: Dedo índice derecho Dedo pulgar derecho Otro (explicar): _____
Dirección: _____ Teléfono de Contacto: _____

B. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Explique brevemente en qué consiste la entrevista, el examen médico legal y los procedimientos relacionados, así como su importancia dentro de la investigación del delito sexual, y documente el consentimiento informado en el formato respectivo. Registre en el espacio OBSERVACIONES la respectiva constancia.

C. ABORDAJE DEL CASO

El examen médico forense se inicia desde que la víctima se reúne con el médico. El médico decide cómo ha de realizar el examen (qué áreas del cuerpo explorar y cuáles evidencias buscar) de acuerdo con el relato de los hechos y la información aportada por la autoridad sobre las características del evento investigado, si es reciente o antiguo, para no vulnerar el derecho a la intimidad.

OBSERVACIONES: _____
(Registre aquí la constancia sobre el Consentimiento Informado; también cuando sea el caso, el nombre de cualquier persona diferente al personal forense o de salud presente durante el examen; entre otros).

1. INFORMACIÓN ADICIONAL AL COMENZAR EL ABORDAJE FORENSE

Hacer una breve referencia de los documentos aportados con el caso y extraer de los mismos lo pertinente (documentos de la autoridad, historia clínica, resultados de exámenes paraclínicos, entre otros):

2. ENTREVISTA MÉDICO FORENSE

2.1 RECUENTO DEL PACIENTE: Anote lo referido por el examinado o su acompañante: _____

Información suministrada por: Examinado Otro: _____
(Nombre y relación con el examinado)

2.1.1 Evento único: Fecha de los hechos (A/M/D): ____/____/____ No precisa: Hora de los hechos (hora militar) _____ No precisa:
Lugar de los hechos: _____
Lugar y dirección (si se conoce) o descripción y puntos de referencia

2.1.2 Más de un evento: _____
(Describa las circunstancias generales de tiempo y lugar)
Fecha y hora del último episodio: _____ No precisa:
(A/M/D y hora en formato militar)

Lugar: _____
Lugar y dirección (si se conoce) o descripción y puntos de referencia

2.2 PRESUNTO AGRESOR:

2.2.1 Agresor único: Sexo M F Desconocido Conocido Relación con la víctima: _____

2.2.2 Agresores múltiples: Número de agresores ____ Describa: _____
(Sexo; desconocidos o conocidos; relación con la víctima; etc.)

2.2.3 El agresor resultó lesionado en los hechos Sí No No sabe
Si resultó lesionado, describa la manera y el área del cuerpo afectada: _____

2.3. ACTOS REFERIDOS:

2.3.1 Métodos empleados: Amenazas Ataduras Golpes físicos Quemaduras

Utilización de armas: Arma de fuego Cortante Punzante Corto punzante

Otras armas (describa): _____ Seducción, Engaño, Otros (describa): _____

2.3.2 Los hechos estuvieron relacionados con uso de sustancias embriagantes: No sabe No

Sí describa: _____

(Agresor?/víctima?/circunstancias, etc.)

2.3.3 Actividades sexuales y relacionadas:

- Diversas: Besos Succiones Mordeduras Tocamientos Describa: _____

Desnudez forzada o retiro forzado de prendas: No Sí Describa: _____

Otros (describa): _____

(Utilización de material con contenido sexual, exposición de genitales del presunto agresor, etc.)

- Historia de penetración:

- Pene: Sí en cavidad oral vagina ano No No sabe

- Objeto diferente a pene: Sí en cavidad oral vagina ano No No sabe

- Historia de eyaculación: No sabe No Sí describa: _____

(Área corporal o lugar de la eyaculación)

- Uso de condón: Sí No No sabe

- Uso de Lubricantes: Sí No No sabe

2.4 ACTIVIDADES POSTERIORES A LOS HECHOS:

2.4.1 Si el evento es reciente, luego de los hechos relatados, en el período inmediato o mediato, el (la) examinado(a) :

- Ingerió alimentos o bebidas Sí No

- Vomitó Sí No

- Sintió deseos de defecar Sí No

- Defecó Sí No

- Lavado de dientes Sí No

- Usó enjuague bucal Sí No

- Insertó o retiró tampón/diafragma Sí No

- Ducha vaginal Sí No

- Baño, ducha o lavado corporal Sí No

- Se cambió de ropa Sí No

- Otro (describa): _____

2.4.1 Síntomas o molestias, relacionados con los hechos (sangrado, flujo, disuria, dolor, enuresis, encopresis, estreñimiento, etc) :

2.4.2 Recibió atención en un servicio de salud: No Sí Lugar: _____

Aporta copia de historia clínica: No Sí No. de Historia Clínica: _____

Resumen de historia clínica o de la información aportada por el (la) examinado(a): _____

3. ANTECEDENTES

3.1 Antecedentes ginecológicos:

Menarquia: _____ Ciclos: _____ Fecha de la Última menstruación: _____

Gravidez: _____ Partos: _____ Abortos: _____

Vivos: _____ Fecha del último parto: _____

Cirugía Ginecológica: No Sí cuál? _____

Utiliza métodos anticonceptivos: No Sí método: _____

3.2 Antecedentes sexuales: ¿Hubo relaciones sexuales en la semana inmediatamente anterior a los hechos?:

No Sí Vaginal Anal Oral cuándo?: _____

Hubo eyaculación? No Sí en qué sitio anatómico?: _____ Se usó condón? No Sí

3.3 Antecedentes medicolegales (historia previa de eventos similares al actual): _____

3.4 Antecedentes médicos, quirúrgicos y toxicológicos: _____

Alergias: No Sí ¿cuáles?: _____

4. DESCRIPCIÓN DE PRENDAS

4.1 ¿Viste las prendas que usaba cuando ocurrieron los hechos? Sí No

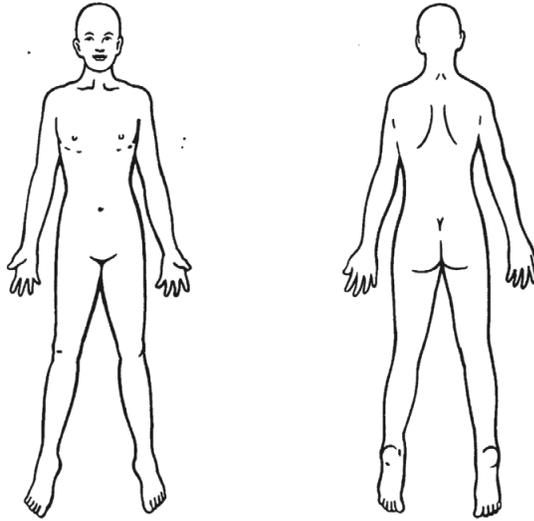
Las trae al examen Sí No ¿Dónde se encuentran?: _____

4.2 Se dejan prendas para estudio: Sí No No aplica

Descripción de las prendas: _____

(Tipo, talla, color, letreros, alteraciones, orificios, desgarros, manchas, etc.)

- **Miembros superiores:** Presenta Lesiones No Sí En caso afirmativo describa: _____
Se recolecta evidencia física No Sí ¿Cuál?: _____
- **Miembros inferiores:** Presenta Lesiones No Sí En caso afirmativo describa: _____
Se recolecta evidencia física No Sí ¿Cuál?: _____



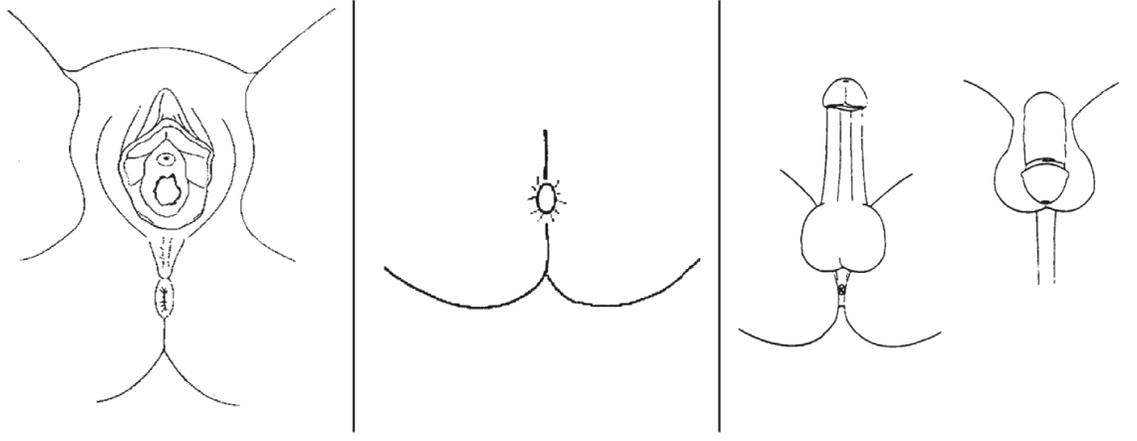
- **Examen Genital:** establecer la presencia (o ausencia) de lesiones; recuperar evidencia traza a este nivel, evaluar caracteres sexuales secundarios en menores de edad; valorar signos clínicos de embarazo y/o infección de transmisión sexual.

- **Genitales externos femeninos:** Desarrollo; Tanner: _____
Posición para el examen: Supina Prona Lateral Otra ¿Cuál?: _____
Región púbica: _____
Labios mayores: _____
Labios menores: _____
Horquilla vulvar: _____
Clítoris: _____
Meato urinario: _____
Vagina: _____
Periné: _____
Región inguinal: _____
- **Himen** (forma, integridad, elasticidad):
Forma del himen:
 Anular Hipoplásico Semilunar Cribiforme Festoneado
 Coroliforme Imperforado Tabicado Carúnculas Mirtiformes
 Estado del himen: Integro No elástico Integro elástico Desgarro reciente Desgarro antiguo
 Descripción desgarros himenales (bordes, ubicación de acuerdo a los meridianos del reloj): _____

¿Se toman muestras? No Sí En caso afirmativo describa: _____
Signos de contaminación venérea: No Sí En caso afirmativo describa: _____

- **Signos de embarazo**
No Sí ¿Cuáles? (marque lo positivo):
 Vulva violácea y congestiva
 Areolas hiperpigmentadas Corpúsculos de Montgomery Red venosa mamaria Crecimiento mamario Galactorrea
 Pigmentación Línea Alba abdominal Altura uterina: _____ centímetros
 Movimientos fetales Parte fetales palpables Sopro placentario Balteo fetal Fetocardia: _____ por min.

- **Genitales externos masculinos:** Desarrollo; Tanner: _____
 Bolsa escrotal (bilateralmente): _____
 Pene y prepucio: _____
 Frenillo: _____
 Surco balanoprepucial: _____
 Glande: _____
 Meato urinario: _____
 Signos de contaminación venérea No Sí En caso afirmativo describa: _____
 ¿Se toman muestras? No Sí En caso afirmativo describa: _____
- **Examen anal y perianal:**
 Posición para el examen: Genupectoral Supina Lateral Otra ¿Cuál?: _____
 Forma: Oval Circular
 Tono: Normal hipotónico
 Descripción y ubicación de lesiones como edema, borramiento de pliegues, fisuras o desgarros (ubicación de acuerdo a los meridianos del reloj), etc. : _____
 Signos de contaminación venérea No Sí En caso afirmativo describa: _____
 ¿Se toman muestras? No Sí En caso afirmativo describa: _____



6. VALORACIÓN DE EMBRIAGUEZ POR ALCOHOL U OTRAS SUSTANCIAS:

- Se realiza examen clínico para determinar embriaguez No Sí
 En caso afirmativo, registre los hallazgos.
- **Olores asociados:** Aliento alcohólico negativo Discreto Evidente Dudoso
 Otros (describa): _____
 - **Sensorio:**
 Estado de conciencia: alerta Hiperalerta Somnoliento Estuporoso Comatoso Obnubilado Confuso
 Orientación: _____
 Atención: Normal Aumentada Disminuida Dispersa
 Memoria: _____
 - **Afecto:** _____
 (Tipo de afecto; modulación; congruencia; adecuado o inadecuado a las circunstancias, etc.)
 - **Lenguaje:**
 Flujo de lenguaje: normal aumentado (taquilalia o logorrea) disminuido (bradilalia)
 Disartria: negativa discreta evidente
 Otras alteraciones: No Sí ¿Cuáles?: _____
 - **Alteraciones del pensamiento, sensopercepción, inteligencia, juicio y raciocinio, introspección:** _____

- **Ojos:** Congestión conjuntival Sí hay No hay
- Pupilas: Isocóricas mióticas midriáticas diámetro normal Anisocóricas
- Reflejo fotomotor: Normal Alterado
- Convergencia ocular: Normal Alterada
- **Reflejos osteotendinosos:** Hiporreflexia Hiperreflexia Normorreflexia
- **Coordinación motora, equilibrio y marcha:**
- Pruebas de movimiento punto a punto (dedo-nariz; dedo-dedo): normales alteradas no se realizan
- Test de movimientos rápidos alternos: normal alterada no se realiza
- Prueba de Romberg: normal alterada no se realiza
- Prueba de marcha en Tandem (punta-talón): normal alterada no se realiza
- Prueba de marcha en las puntas de los pies y en los talones: normal alterada no se realiza
- **Evaluación de Nistagmus:**
- Nistagmus espontáneo: Presente leve evidente horizontal vertical Ausente
- Prueba a mirada extrema: Positivo leve evidente horizontal vertical
- Negativo No se realiza
- Prueba de nistagmus post rotacional: Positivo leve evidente horizontal vertical
- Negativo No se realiza
- **¿Se recolectan muestras para estudio toxicológico?:**
- Muestra de sangre Sí No Muestra de orina Sí No
- Estudios Solicitados: Alcoholemia Psicofármacos Estupefacientes
- Otros: _____

D. DOCUMENTACIÓN DE HALLAZGOS

Fotografías: _____

Diagramas: _____

Radiografías: _____

Ecografías: _____

Otros: _____

E. MUESTRAS Y ELEMENTOS PARA ESTUDIO

Asegúrese de diligenciar adecuadamente los formatos de cadena de custodia de las evidencias y muestras recolectadas.

INTERCONSULTAS

G. ANÁLISIS, INTERPRETACIÓN Y CONCLUSIONES:

H. SUGERENCIAS Y RECOMENDACIONES

1. Remisión y/o interconsulta a Salud: _____

2. Remisión a protección: _____

3. Otras recomendaciones: _____

I. NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO QUE REALIZA EL EXAMEN

NOMBRE: _____ FIRMA: _____

J. INFORME

Diligenciar sólo en los servicios de salud; describa el mecanismo utilizado para informar a la autoridad de la ocurrencia del hecho.

1. Informe telefónico a la policía judicial: Sí No

Nombre de quien recibe la información: _____ No. Identificación: _____

Institución de Policía Judicial: _____ Teléfono: _____

Reportado por: Nombre: _____ Fecha: _____ Hora: _____

2. La víctima ingresó acompañada de la Policía o autoridad que solicita el examen médico forense por sospecha de delito sexual: Sí No

Nombre de quien solicita el examen: _____ No. identificación: _____

Institución: _____ Teléfono contacto: _____ Fecha: _____ Hora: _____

Número Único de Caso (NC o NUC) si se cuenta con él: _____

3. Otro ¿Cuál? Describa: _____