



UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE CUENCA

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE MEDICINA

DELITOS SEXUALES, UNA MIRADA A LATINOAMÉRICA.

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

**TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE MÉDICO**

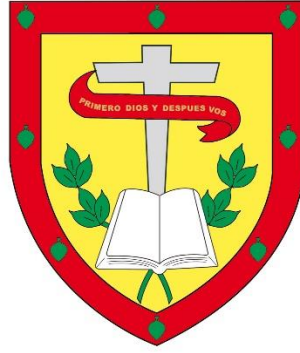
AUTOR: FREDDY WILLIAM CORONEL CHUMBI

DIRECTOR: DRA. MARÍA AUXILIADORA SANTACRUZ VÉLEZ

CUENCA - ECUADOR

2022

DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE MEDICINA

**DELITOS SEXUALES, UNA MIRADA A LATINOAMÉRICA. REVISIÓN
BIBLIOGRÁFICA**

**TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE MÉDICO**

AUTOR: FREDDY WILLIAM CORONEL CHUMBI

DIRECTOR: DRA. MARÍA AUXILIADORA SANTACRUZ VÉLEZ

CUENCA - ECUADOR

2022

DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO

Declaratoria de Autoría y Responsabilidad

Freddy William Coronel Chumbi portador(a) de la cédula de ciudadanía N° 0106423486. Declaro ser el autor de la obra: “DELITOS SEXUALES, UNA MIRADA A LATINOAMÉRICA. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA”, sobre la cual me hago responsable sobre las opiniones, versiones e ideas expresadas. Declaro que la misma ha sido elaborada respetando los derechos de propiedad intelectual de terceros y eximo a la Universidad Católica de Cuenca sobre cualquier reclamación que pudiera existir al respecto. Declaro finalmente que mi obra ha sido realizada cumpliendo con todos los requisitos legales, éticos y bioéticos de investigación, que la misma no incumple con la normativa nacional e internacional en el área específica de investigación, sobre la que también me responsabilizo y eximo a la Universidad Católica de Cuenca de toda reclamación al respecto.

Cuenca, 28 de junio del 2022



.....
Freddy William Coronel Chumbi

C.I. 0106423486

CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR / TUTOR

Certifico que el presente trabajo denominado "DELITOS SEXUALES, UNA MIRADA A LATINOAMÉRICA. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA" realizado por FREDDY WILLIAM CORONEL CHUMBI con documento de identidad No. 0106423486, previo a la obtención del título profesional de Médico, ha sido asesorado, supervisado y desarrollado bajo mi tutoría en todo su proceso, cumpliendo con la reglamentación pertinente que exige la Universidad Católica de Cuenca y los requisitos que determina la investigación científica.

Cuenca, 28 de junio de 2022



Firmado electrónicamente por:

**MARIA
AUXILIADORA
SANTACRUZ VELEZ**

.....
DRA. MARÍA AUXILIADORA SANTACRUZ VÉLEZ
DIRECTOR / TUTOR

DEDICATORIA

A Dios, por permitirme culminar mi carrera y ser mi fuerza en días difíciles.

A mis padres Félix, María y mis hermanos, que han sido mi apoyo incondicional para terminar mi carrera y ser una persona de bien.

Especialmente a mi madre, por cuidar de mí día tras día, por enseñarme que nunca debo rendirme ante cualquier adversidad, porque de ella aprendí a valorar las pequeñas cosas, brindar ayuda sin esperar nada a cambio. La presente es por ella, porque deseo que se sienta orgullosa de mí y seguirá siendo mi más grande motivación para seguir.

A mis tutores Dra. Andrea Ochoa y Dra. María Santacruz por su ayuda y paciencia, que han sabido guiarme, orientarme y sin ellas no hubiera sido posible culminar mi trabajo.

AGRADECIMIENTO

A los docentes de la UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA – FACULTAD DE MEDICINA por haber impartido sus experiencias y conocimientos en él la aérea de salud.

A Dios, que permitió convertirme en un profesional y a mis padres que han sido un pilar fundamental para poder terminar mi carrera.

A toda mi familia por todo el esfuerzo que hacen cada día para poder hacer mi sueño posible.

A mis compañeros y futuros colegas por su apoyo, colaboración y consejos que de alguna manera aportaron en el proceso de mi formación.

RESUMEN

Los delitos sexuales son considerados un problema de salud pública que va en aumento y es el personal de salud que va a ayudar a la víctima a sobrellevar el momento, procedimiento a realizar y la aplicación de profilaxis en cuanto a infecciones de transmisión sexual (ITS) según cada protocolo.

Objetivo: determinar los delitos sexuales con una mirada a Latinoamérica.

Materiales y métodos: es un estudio tipo exploratorio de revisión sistemática, consta de 24 revistas para el análisis, con evidencia científica extraída de la base de datos Science Direct, PubMed, Elsevier, Journals, Medline, con criterios de inclusión de pacientes de ambos géneros, todas las edades, artículos de texto completo, artículos en los idiomas español e inglés en relación al tema propuesto desde enero 2010 a diciembre 2020.

Resultados: los resultados obtenidos determinaron una variabilidad que va desde 25% a 50% de casos registrados, atribuible al sexo femenino en niñas y adolescentes. Para ello, los indicadores de salud permiten sospechar casos de delito sexual y evitar consecuencias graves, pero su aplicación no confirma o niega el delito. Por lo que, los protocolos de actuación inmediata son de cumplimiento obligatorio dependiendo cada Estado.

Conclusiones: los casos de delitos sexuales son elevados en niños, sin embargo, cabe recordar que su prevalencia no está muy bien establecida a razón de casos no reportados, y es el personal de salud un pilar fundamental en cuanto al abordaje, tratamiento oportuno y prevención de revictimización de estos pacientes.

PALABRAS CLAVE: DELITO SEXUAL, PROTOCOLO, CONSECUENCIAS, REVICTIMIZACIÓN.

ABSTRACT

Sexually-based offenses are considered a public health problem that is on the rise and it is the health personnel who will help the victim cope with the moment, the procedure to be performed, and the application of prophylaxis for sexually transmitted infections (STI) according to each protocol.

Objective: To determine sexually-based offenses with a Latin American outlook.

Materials and methods: it is an exploratory-type study of systematic review, consisting of 24 journals for analysis, with scientific evidence extracted from the Science Direct database, PubMed, Elsevier, Journals, Medline, with inclusion criteria of patients of both genders, all ages, full-text articles in Spanish and English languages related to the proposed topic from January 2010 to December 2020. **Results:** The results obtained determined a variability ranging from 25% to 50% of registered cases, attributable to the female gender in girls and adolescents. To this end, health indicators make it possible to suspect cases of sexually-based crime and avoid serious consequences, but their application does not confirm or deny the crime. Thus, immediate action protocols are mandatory depending on each State. **Conclusions:** cases of sexually-based offenses are high in children, however, it should be remembered that their prevalence is not very well established due to unreported cases, and health personnel is a fundamental pillar in terms of the approach, timely treatment, and prevention of revictimization of these patients.

KEYWORDS: SEXUALLY-BASED OFFENSES, PROTOCOL, CONSEQUENCES, REVICTIMIZATION.

CONTENIDO

RESUMEN.....	5
ABSTRACT.....	6
CAPÍTULO I.....	1
1.INTRODUCCIÓN.....	1
2.PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	2
3.JUSTIFICACIÓN	3
4.PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	4
5.OBJETIVOS	4
Objetivo general.....	4
Objetivos específicos	4
CAPÍTULO II.....	5
6.METODOLOGÍA.....	5
Diseño	5
Estrategias de búsqueda	5
Criterios de selección	5
Criterios de inclusión.....	5
Criterios de exclusión.....	5
Organización y análisis de información.....	5
CAPÍTULO III.....	6
7.FUNDAMENTO TEÓRICO	6
7.1 Generalizadas	6
7.2 Epidemiología y estadística	8
7.3 Factores de riesgo.....	11
7.4 Perfil del agresor	12
7.5 Indicadores de salud.....	14
7.6 Marco jurídico	18
7.7 Código orgánico penal del ecuador, diciembre 2019	21
7.8 Consecuencias	24
7.9 Protocolo	26
7.10 Atención y/o manejo.....	28
7.11 Prevención.....	42
8.RESULTADOS	43
9.DISCUSIÓN.....	55
10. CONCLUSIONES	57

VIII

11. FINANCIAMIENTO	58
CAPÍTULO IV	59
12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:.....	59
13. ANEXOS	65

CAPÍTULO I

1. INTRODUCCIÓN

El delito sexual es considerado un problema de salud pública que va en aumento a nivel mundial y abarca algunos tipos tales como abuso sexual, acoso sexual, violación entre otros; es así que, indistintamente de cuál sea el tipo de delito sexual, además de prohibir el derecho a la libre decisión en la vida sexual, conlleva a trastornos psicológicos, conflictos personales y cambios en la vida de la víctima ^{1,2}.

En la actualidad estudios internacionales como nacionales determinan elevados porcentajes de casos registrados de delitos sexuales atribuibles para ambos géneros pero relevante en el sexo femenino de los cuales se estima que el 35% de las mujeres a nivel mundial y una de cada cuatro mujeres han experimentado algún tipo de delito sexual en su vida ^{3,4}.

En los últimos años se han logrado avances en el reconocimiento de factores de riesgo que pueden influir o aumentar la probabilidad de que ocurran delitos sexuales tales como historia de abuso sexual, violencia entre pareja, trastornos mentales, abuso de sustancias y otros, que sirven de apoyo al momento de elaborar programas de prevención y con ello a una atención oportuna, seguimiento o derivación a otra casa hospitalaria si fuera el caso ^{5,6}.

Es por ello, que la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda al personal de salud estar preparado en la detección oportuna de estos casos, pues la importancia de cumplir oportunamente en la aplicación de protocolos enfocados al diagnóstico, tratamiento y prevención de complicaciones físicas, psicológicas o sociales en la población víctima de agresión sexual, es el pilar fundamental ^{4,7}.

A raíz de esto, se considera necesario realizar una revisión bibliográfica a cerca de la aplicación de protocolos para pacientes víctimas de delitos sexuales, con la finalidad de concientizar y fomentar un manejo oportuno por parte del personal de salud.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los delitos sexuales son un problema de salud pública a nivel mundial ⁸. Antiguamente, los delitos sexuales se consideraban un problema que solo afectaba al sexo femenino, hoy en día y a nivel mundial, se ha evidenciado que esta condición no discrimina edad, género ni condición social; es así que, Madrid – España reportó 1.081 casos registrados, Estados Unidos establece que el 12% de los estudiantes universitarios presentan algún tipo de delito sexual, México con 77% de los casos reportados corresponden a menores de edad, Uruguay con 116 casos, Brasil con 4.38 por cada 100.000 habitantes, El Salvador 2.380 casos, Nicaragua con 29.3% de la población, Paraguay 3.2% del total del mujeres han sido víctimas, Bolivia con 54% de su población, Colombia 38% del total de las mujeres, Perú con una variabilidad que va desde 6% a 22% de casos, Ecuador con 10.709 casos, de los cuales, el 24.64% corresponden a niñas y niños de entre 10 a 14 años, predisponente en el sexo femenino pues, una de cada cuatro mujeres sufre algún tipo de delito sexual. Es por ello, que el personal sanitario es un pilar importante y fundamental en proveer una atención de calidad ante la mínima sospecha de delito sexual, ayudándola a sobrellevar el proceso, brindado una atención integral y protocolizada desde el primer contacto con la víctima ^{8,9}.

Es de gran importancia mencionar experiencias de delito sexual en menores de edad, quienes al ser un grupo vulnerable están propensos a padecer problemas tanto psicológicos como físicos de mayor envergadura viéndose amenazada su integridad física y emocional a corto o largo plazo en la vida adulta, los cuales deben ser evaluados de inmediato con la finalidad de disminuir posibles problemas crónicos en el adulto ⁷.

Así como jóvenes universitarios en los que prevalece el consumo de alcohol, como principal desencadenante de delitos sexuales con ello, el retraso de buscar atención médica inmediata por lagunas mentales a causa del alcohol. En la cual el médico deberá estar capacitado y actuar de inmediato resguardando la salud de la víctima y posibles evidencias forenses ¹⁰.

Cabe mencionar que si bien los ancianos no son un grupo muy estudiado, son una población vulnerable; casos que no suelen ser detectados debido a características

propias de la víctima como deterioro cognitivo o relación con el agresor, sean cuidadores o familiares ¹¹.

En un estudio realizado al personal médico de atención primaria en España, en el año 2017, se evaluó la sospecha, prevención y manejo de pacientes víctimas de delitos sexuales, se evidenció que el 35% de los médicos no indagan en la posibilidad de agresión sexual, exponiendo su baja experiencia y formación en delitos sexuales. Cuando el personal está capacitado y sus actos están protocolizados hace que el equipo trabaje mejor y pueda ofrecer una atención de calidad ^{4,11}.

A su vez, dicho protocolo toma a consideración la fiabilidad y validez de diversos procedimientos desde el primer momento que el paciente llega a consulta, para lo cual el médico deberá reconocer indicadores clínicos que sugieran delito sexual, al igual que el protocolo vigente de su casa hospitalaria ².

3. JUSTIFICACIÓN

La presente investigación se enfocará en el estudio de protocolos destinados a presuntas víctimas de delitos sexuales, debido a los porcentajes ligeramente elevados en razón de los casos registrados a nivel hospitalario y fiscalía que sugieren un problema de salud pública a nivel mundial.

Así, el presente trabajo permitirá mostrar que el manejo de pacientes debe ser multidisciplinar pues si bien en un primer momento la atención primaria resulta de gran importancia, a su vez intervienen otras modalidades educativas como la promoción del buen trato, relaciones igualitarias, servicio de atención a jóvenes e intervenciones de educación sexual.

De igual manera, profundizar los conocimientos teóricos de los diferentes tipos de delitos sexuales existentes, según lo estipulado por el Código Orgánico Integral Penal del Ecuador (COIP), además de ofrecer una mira integral sobre las posibles complicaciones a corto y largo plazo en la vida adulta.

Se propone entonces, enfocar a la revisión de protocolos destinados a pacientes víctimas de delito sexual, con la finalidad de hacer una breve determinación del cumplimiento del mismo, pues estos protocolos proponen medidas drásticas e

inmediatas a realizar, con el objetivo de disminuir posibles complicaciones a futuro y revictimización del paciente.

Los beneficiarios directos de la investigación serán los pacientes y profesionales de la salud, puesto que los resultados obtenidos permitirán determinar la magnitud del problema y la importancia de aplicar oportunamente el protocolo establecido.

4. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la prevalencia, indicadores de sospecha, complicaciones y manejo oportuno de pacientes víctimas de delito sexual en Latinoamérica?

5. OBJETIVOS

Objetivo general

- Determinar los delitos sexuales con una mirada a Latinoamérica

Objetivos específicos

- Determinar la prevalencia de delitos sexuales en Latinoamérica.
- Determinar principales complicaciones secundarias a delitos sexuales
- Identificar indicadores de sospecha en pacientes víctimas de delito sexual.
- Identificar el abordaje destinado a pacientes víctimas de delito sexual a razón del protocolo establecido.

CAPÍTULO II

6. METODOLOGÍA

Diseño

Se realizó una revisión bibliográfica en base a metodología exploratoria de revisión sistemática.

Estrategias de búsqueda

La evidencia científica del tema de salud permitió indagar el entorno emergente de investigación a partir de fuentes de información actuales. Para ello, la búsqueda fue realizada a través de la base de datos Science Direct, PubMed, Elsevier, Journals, Medline.

Los términos utilizados en la búsqueda fueron: delito sexual, abuso sexual, acoso sexual, agresión sexual, violación, protocolo para pacientes víctimas de delito sexual.

Criterios de selección

Fueron seleccionados 54 artículos en relación al tema propuesto de la población en estudio de ambos géneros y de todas las edades atendidas en diferentes casas hospitalarias.

- **Criterios de inclusión:** revisión de investigaciones publicadas en revistas, artículos con texto completo, artículos en los idiomas de español e inglés en relación al tema propuesto desde enero 2010 a diciembre 2020.
- **Criterios de exclusión:** capítulos de libros, revistas narrativas, artículos inaccesibles al texto completo, artículos duplicados y no relacionados con la temática.

Organización y análisis de información

Primero se realizó una lectura crítica de la información recopilada sobre delitos sexuales con una mirada a Latinoamérica. Se seleccionaron 44 estudios de la base de datos ya mencionada anteriormente, acorde al tema, según su bibliografía, lugar y fecha de publicación. Posteriormente se utilizó programas como Microsoft Word y Zotero para ordenar y analizar la información. Finalmente, se procedió a resumir y organizar la información recopilada, haciendo hincapié en aspectos fundamentales sobre el tema a tratar.

CAPÍTULO III

7. FUNDAMENTO TEÓRICO

7.1 Generalizadas

Atención Integral en Violencia de Género, Ecuador 2014 ¹², el delito es considerado una acción antijurídica y culpable castigada por la Ley con una pena privativa de libertad de mayor a treinta días, en el cual el consentimiento dado por un menor de 18 años de edad es irrelevante.

Código Orgánico Integral Penal del Ecuador 2019 ¹³, establece diferentes tipos de delito sexual cometidos por el presunto agresor y abarca los siguientes:

- **Acoso sexual.-** aquella persona que solicite alguna práctica sexual a otra persona, valiéndose de cualquier situación de autoridad sobre la víctima, como jefes, docentes, padres, etc ¹³.

Engloba comportamientos verbales, no verbales o físicos sin consentimiento, con la finalidad de atentar contra su dignidad, creando ambientes hostiles, ofensivos o incómodos e incluso humillación por parte de la víctima. En tal caso también llamado Chantaje sexual o a veces *Quid pro quo*, en la que el agresor adopta un puesto de superioridad y ofrece alguna recompensa a su víctima para que coopere, caso contrario habría represalias de oponerse a ello ^{14,15}.

- **Agresión sexual (AS) / Violación.** - es aquella que hace uso de la fuerza física u otra clase con la finalidad de conseguir o intentar penetración sexual. Es decir, engloba atentados contra la libertad e intimidad sexual de otra persona, sea realizada con violencia o intimidación de la víctima. Esta incluye a la violación con la penetración del órgano sexual del agresor sea total o parcial por vía vaginal, oral o anal, introducción de objetos o dedos por vía vaginal o anal ^{5,14}.
- **Estupro.-** será considerado como tal a la persona mayor de dieciocho años que mediante engaños tenga relaciones sexuales con otra persona menor de edad ¹³.

- **Abuso sexual.**- aquella persona que ejerza sobre otra persona sin su consentimiento a realizar actos de naturaleza sexual sobre otra persona o sobre sí misma, sin que exista penetración ¹³.

Engloba atentados contra la libertad e indemnidad sexual de otra persona sin su consentimiento, sin la intervención de la violencia o intimidación. En su mayoría las víctimas son a menores de edad, personas vulnerables (discapacidad o trastornos mentales) y a adultos mediante el uso de sustancias naturales o químicas destinadas a tal efecto ^{14,15}.

Por su parte, la Asociación Americana de Psiquiatría define al abuso sexual infantil (ASI) como cualquier tipo de actividad sexual en la que intervenga un menor con la finalidad de satisfacer sexualmente al agresor; misma que incluye caricias en genitales, penetración, incesto (relación sexual entre familiares), exhibición indecente, violación, sodomización, exploración del niño sin la necesidad del contacto por parte del agresor valiéndose de engaños u otros métodos ¹⁶.

- **Violencia sexual.** - será considerado como tal a la violencia que imponga una persona a otra y la obligue a hacer actos de naturaleza sexual u otras prácticas análogas a la misma ¹³.

Según lo define la Organización Mundial de la Salud (OMS) ¹⁴, es *“todo acto sexual, tentativa de consumar acto sexual, comentarios, intuiciones sexuales no deseadas o acciones para comercializar la sexualidad de una persona, mediante la coacción de otras, independiente de la relación que posea la víctima y el agresor”*; que puede ser entendido como toda experiencia sexual con o sin contacto entre una persona y otra, o práctica sexual incluyendo a un menor u adulto resultante de coerción.

A partir de esto, se ha considerado a la violencia sexual como todo maltrato que establezca coacción en el ámbito sexual de otra persona, y obligue a tener relaciones u otras prácticas sexuales con terceros o el agresor mismo; ya sea mediante fuerza física, amenazas o cualquier otro medio ². Es así que la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización de las Naciones Unidas ¹⁶, definen a la violencia y/o abuso sexual como aquella que comprende una amplia gama actos (incluidos el coito, sea este forzado o intentado), contacto sexual forzado, acto sexual obligado (sea adulto o menor), comentarios sexuales no deseados, abuso sexual de menores,

mutilación genital, acoso sexual, iniciación sexual sin su consentimiento, prostitución obligada y trata con fines sexuales.

Sea cual sea su forma, además de prohibir el derecho a la libre decisión de su vida sexual, conlleva alteraciones personales, íntimas y corporales ¹.

7.2 Epidemiología y estadística

Si comparamos países y regiones a nivel mundial algunas cifras de victimización sexual serán elevadas en países africanos, asiáticos y americanos y bajas en países europeos, pues datos epidemiológicos sugieren que en países como los Estados Unidos existe una frecuencia /prevalencia de delitos sexuales que oscila en un 17.6%, comparado con países europeos que bordean el 11% ¹⁷.

En un estudio realizado en Madrid – España, en el 2016, determinan una incidencia de 1.081 casos de expedientes abiertos en fiscalía por delitos sexuales registrados durante el año 2014. De los cuales, en su gran mayoría correspondía a niños menores de edad; es así que, se ha registrado un aproximado de 20% de violaciones y un 30 a 50% de abusos sexuales a niños, que eran cometidos por menores de edad de entre 14 y 17 años ¹⁸.

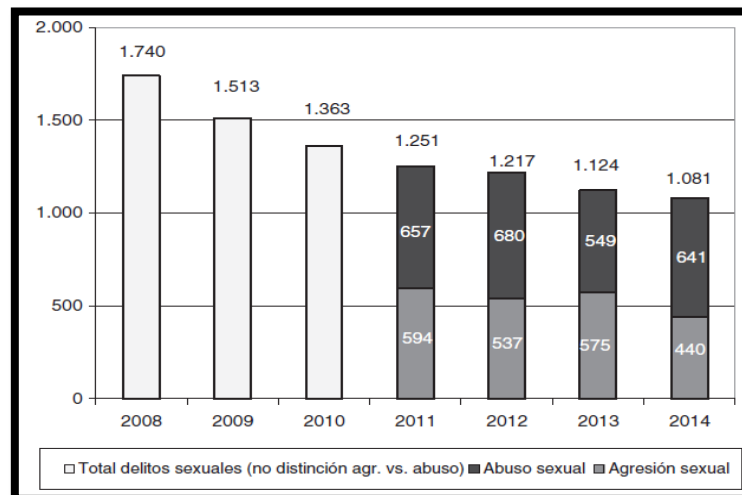


Figura 1: Cifras de delitos sexuales en menores de edad.

Fuente: Roncero D, Benedicto C y González L. Anuario de Psicología Jurídica 2016: Agresores sexuales juveniles. Tipología y perfil psicosocial en función de la edad de sus víctimas, [Internet] 2016 [Citado mayo 2020]; 10pg. (2).

España 2017 una muestra de 2.000 personas encuestadas de una población en general, el 19% de ellos presentaron antecedentes de delito sexual (15% en género masculino y el 23% en género femenino) ¹⁶.

En Estados Unidos, en 2017, estadísticas nacionales determinaron altas tasas de delito sexual en edades de entre 12 a 34 años (adolescentes y adultos jóvenes) ¹⁹. La Asociación de Universidades Americanas ¹⁹, establece que el 12% de los estudiantes universitarios encuestados, presentaron alguna experiencia de delito sexual, sin consentimiento, mediante el uso de la fuerza física, amenazas e incluso valiéndose de diversas discapacidades de la víctima.

En Uruguay entre el año 2017 y 2018, Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC) ⁵, registraron 116 situaciones de delito sexual, de los cuales 94 corresponden al género femenino y 22 al género masculino.

En Brasil 2020.- 5.565 municipios brasileños del 2010 al 2014 reportan un incremento constante del número de demandas cada año, para entonces el número de demandas fue de 4,38 de delitos sexuales por cada 100.000 habitantes Mientras que, en el Salvador, 2015, de un total de 2.380 casos de menores de 12 años el 84.9% presentaron relatos de abuso sexual, de los cuales el 78.4% fue atribuible al género femenino y el 21.6% al masculino. Misma realidad que cambia al momento de identificar el género del agresor, pues estos representan el 93,5% al género masculino y un 2.2% al sexo femenino ^{8,20}.

En Nicaragua, 2019.- encuesta demográfica señala que al menos el 29.3% de las mujeres nicaragüenses han experimentado violencia sexual y física (al menos una vez en su vida) y los dos tercios de las denuncias registradas fueron víctimas menores de 17 años de edad por un agresor conocido ²¹.

Costa Rica 2014.- se estima que, de tres millones de participantes, al menos el 26% han experimentado abuso sexual, al igual que 1 de cada 12 niños. Prevalece de entre 7% a 36% para el sexo femenino y 3% a 29% para el sexo masculino que han sido víctimas de este tipo de delitos ²².

En México 2018.- la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico y el Fondo de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) ²³, pusieron a México como primer lugar de violencia física, delito sexual y homicidio en menores de 14 años de edad, representando el 77% de víctimas de delito sexual en niñas en edad promedio de 5.7 años, que en su mayoría fueron a agresores conocidos por la víctima (19% hermano, 18% padrastro, 16% tío y 15% padre).

En Bolivia, 2013.- estudios sugieren que de 10.119 mujeres, el 40% de las mujeres han experimentado violencia sexual y física en el último año y 14% únicamente violencia sexual ²⁴.

En Paraguay, 2013.- encuestas nacionales de 6.540 mujeres, señalan que el 3.2% de las mujeres han experimentado violencia sexual ²⁵. UNICEF ²⁶, reporta 1.600 casos cada año, registrados mayoritariamente a niños y niñas, determinando que 1 de cada 20 mujeres fue víctima de violación antes de los 10 años.

En Colombia, 2016, es tal su incidencia que el 38% de las mujeres señalan haber experimentado alguna forma de delito sexual, para lo cual se ha determinado que una de cada cinco mujeres de entre 15 a 19 años de edad ha quedado embarazada. Se obtuvo una muestra de 499 adolescentes, de los cuales el 64% de los embarazos no fue planeado, el 3.9% del total afirmó haber sufrido maltrato físico y el 6.7% haber sido violadas en la niñez. Mientras que en el subgrupo de embarazadas 66.7% indicaron haber sufrido violación ^{24,27}.

En Perú, 2018.- a nivel nacional se estima que su prevalencia es de aproximadamente el 6% y hasta el 22% en algunas regiones, las principales víctimas registradas son adolescentes de 14 a 17 años de edad de los cuales el 74% del total de los casos se desarrolla en el entorno familiar. Sin embargo, una muestra de 54.756 casos registrados el 5.4% corresponde a delitos sexuales intrafamiliares mientras que el 6.1% son delitos sexuales extra-familiares y su principal desencadenante fue el excesivo consumo de alcohol para agresiones físicas y no físicas de delitos sexuales ²⁸.

En Ecuador, en el 2013, el Ministerio de Salud Pública (MSP) ³, manifiesta que 1 de cada 4 mujeres sufre algún tipo de delito sexual, el cual constituye el 25.7%. A su vez, la Fiscalía General del Estado reportó 961 denuncias de violación contra niñas menores de 14 años, en el año 2013; para la cual el sistema de salud y la fiscalía registran un 30% y 50% del total los casos.

El Centro de Estadísticas para América Latina y el Caribe (CEPAL)³, manifiesta que Ecuador ocupa el tercer lugar después de Nicaragua y República Dominicana en reportar la tasa más alta de embarazo en adolescentes (10 a 19 años); de los cuales

el 89.9% de los adolescentes tuvieron relaciones sexuales con personas mayores que ellas.

El MSP ⁹, para el año 2014, registró 10.709 casos de delito sexual, donde el 24.64% de estos fueron niñas y niños de 10 a 14 años.

7.3 Factores de riesgo

Los factores que aumentan la probabilidad de que ocurra un delito sexual y serán indispensables al momento de establecer campañas y/o programas de prevención ^{5,6}.

Estos son:

- **Genéticos.** - padres criminales se asocian con mayor probabilidad en la descendencia a cometer este tipo de agresiones, sin embargo, no hay estudios que corroboren su relación directa con delitos sexuales. Estudios señalan que los hombres con mayor número de hermanos mayores presentan más interés sexual parafílico ²⁹.
- **Trastornos mentales y/o malformaciones congénitas.**- son considerados grupos vulnerables propensos a padecer este tipo de agresiones en mayor medida ²⁹.
- **Historia de abuso sexual.**- aproximadamente el 50% de los embarazos antes de los 20 años sugieren revictimización sexual, es decir haber experimentado algún tipo de delito sexual en la infancia ³⁰.
- **Violencia entre pareja parental.**- las experiencias de varios eventos traumáticos a lo largo del desarrollo sugieren 43% de delitos sexuales y con ello a conductas sexuales de riesgo (más de cuatro parejas sexuales sin protección) tanto hombres como mujeres ³⁰.
- **Abuso de sustancias.** - experiencias de delito sexual sugieren tres veces mayor probabilidad de consumo excesivo de sustancias a edades tempranas (13,7 años de edad) en comparación a la población en general y con ello a participar en conductas delictivas. A demás, estudios sugieren que mujeres en edad media de 18 años abusadas sexualmente en su mayoría fue bajo influencia del alcohol y drogas ^{30,31}.
- **Conductas delictivas.**- tales como robo, uso de armas, agresión física, absentismo escolar y otros que están en íntima relación ³⁰.

- **Trastornos psicosociales.** - el autoestima o bienestar psicológico presentan mínimo efecto en consideración a la natalidad y el abuso de sustancias en el que el paciente pretende afrontar situaciones negativas. Sin embargo, el comportamiento del paciente (ansiedad) muchas veces sugiere salir de una situación gravemente peligrosa o percepción de riesgo inminente de delito sexual. Edad temprana de experiencias sexuales, siendo la media antes de 15 años edad con riesgo elevado de contraer infecciones de transmisión sexual (ITS) e incluso embarazo en la adolescencia ²⁷.
- **Situaciones de negligencia en la niñez por parte de sus padres.**- no brindar tratamiento médico necesario, designar a otras personas para que los cuiden e incluso dejándolas solas ²⁷.
- **Apoyo familiar deficiente.**- es designado a padres divorciados, conflictos entre miembros de la familia, muerte de alguno de los padres, convivencia con padrastro o novio de la madre ³².

7.4 Perfil del agresor

Desde de los años 80 y 90 fueron elaboradas escalas como prevención para analizar a posibles abusadores, que, si bien fueron evolucionando, numerosos investigadores proponen crear nuevas adaptadas a la población actual. A raíz de esto, nacen cinco teorías del agresor hacia su víctima y el mundo mismo, como: “*niños como objetos sexuales (los niños son motivados por la obtención de placer), derecho del adulto sobre el niño, el mundo como un sitio peligroso (los niños son los únicos compañeros sexuales seguros), la falta de control (es incapaz de controlarse) y la naturaleza del daño (las relaciones sexuales en sí misma es considerada como un placer no un daño)*” ³³.

Innumerables estudios evidencian problemas de comunicación y aislamiento social, presentes en la mayoría de agresores sexuales o en mayor grado que otros delincuentes ¹⁷.

Seto et al ¹⁸. en el 2016, determinan que un agresor sexual juvenil es aquel con poco historial antisocial, historial de victimización (sea sexual, física o emocional), expuestos en mayor medida a pornografía – violencia intrafamiliar, mayores intereses al aspecto sexual, alteraciones emocionales de depresión - ansiedad notoria y generalmente ser víctimas de acoso escolar. Mientras que los agresores sexuales a

adultos, han presentado perfiles similares como ser más antisociales, mayor consumo de drogas, historial delictivo de delitos no sexuales y afrontamientos más agresivos.

Partiendo de esto se han contemplado cuatro pilares fundamentales como ¹⁸:

- Autoestima que resulta baja y sentimientos que exceden sus propios logros.
- Estilo al momento de afrontar algunas adversidades ya sea pasivo o agresivo.
- Insensibilidad emocional, pues no demuestra preocupación por sentimientos y bienestar de otras personas.
- Actitudes procriminales o antisociales que estaría en relación al estilo de vida delictiva.

Dichas características de agresores responden al 50% de ellos, mientras que el otro 50 al 60% presentan diagnóstico de pedofilia, el cual es definida por el DSM5 como una intensa excitación recurrente, relacionada con fantasía, deseos o comportamientos sexuales con uno o varios niños prepúberes con una duración estimada de seis meses o menos ³³.

Métodos empleados del agresor

Santisteban et al ³⁴, en España 2017, nos dan a conocer el grooming online, el cual comprende el proceso a seguir de un adulto para ganarse la confianza de los menores de edad, con la finalidad de manipular y tener contacto sexual con ellos; todo ello a raíz del uso de la tecnología, información y comunicación (TIC) con los menores edad. Pues, son los adultos quienes analizan la vulnerabilidad y las necesidades de los menores como atención, afecto o estados depresivos, para sacar provecho de ello e incluso viéndose reflejada en la pornografía infantil con la obtención de material sexual del menor, puesto de un total de 68 víctimas encuestadas, el 65% de ellas hablaron de sus preferencias sexuales con el agresor, 40% enviaron fotos desnudas y 28% hicieron shows sexuales online al masturbarse y desnudarse.

Es así que, mediante este medio se han determinado mayor número de casos de victimización sexual online con edades de entre 13 y 17 años indistintamente del género (homosexuales e incluso con identidad de sexo aún no definida) ³⁴.

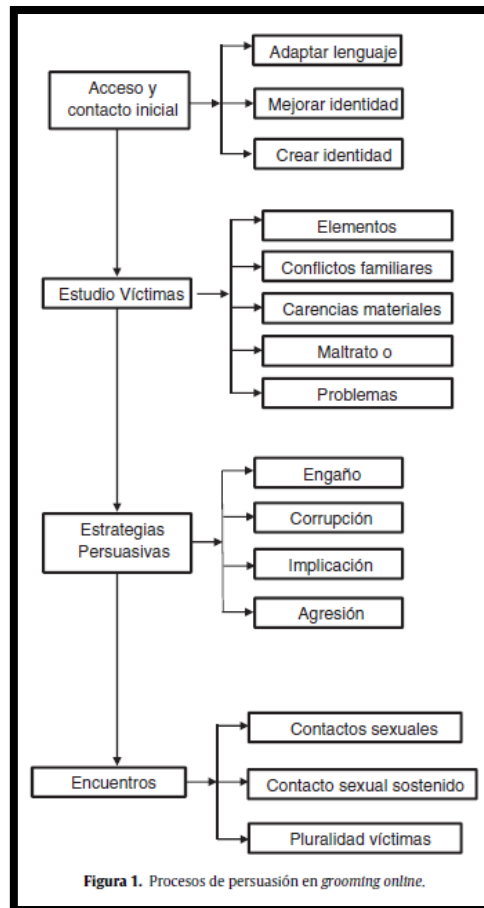


Figura 2: Proceso de persuasión en grooming online.

Fuente: Gámez M y Santisteban P. Departamento de Psicología Biológica y de Salud: Estrategias de persuasión en grooming online de menores: un análisis cualitativo con agresión en prisión. [Internet] Madrid – España 2017. [Citado junio 2020]. 8pg.

(4).

Otros métodos empleados son dependiendo de la vulnerabilidad de cada grupo sean familiares, culturales o sociales; es tal la importancia de establecer estos parámetros con la finalidad de prevenir e identificar el riesgo de ser víctima de abuso sexual en la infancia o abuso de pareja parenteral. Ya que, en niños habitualmente se ha establecido un tipo de parentesco entre la víctima y el agresor, siendo el padre como el agresor principal, seguido del padrastro, tío, primo, hermano, abuelo entre otros. Por otro lado, lejanos al parentesco tenemos en primer lugar a algún conocido, seguido del vecino, desconocido, novio, amigo u otros ⁸.

7.5 Indicadores de salud

El contexto clínico ha sido necesario para elaborar procesos de evaluación pericial, donde la respuesta más habitual del ser humano ante una situación de victimización es el desequilibrio u alteración del estado psicológico, al igual que evidencias

traumatológicas ³⁵. Es por ello, que la OMS ⁴, recomienda al personal de salud estar preparada para detectar oportunamente estos indicadores, prestar atención sanitaria, documentar evidencias encontradas y coordinar con otros profesionales o instituciones para su atención, seguimiento y/o derivación.

Dichos indicadores son aquellos signos y síntomas que nos permitan sospechar que un niño/a, o adolescente se encuentra siendo víctima de algún delito sexual. En la cual intervienen indicadores psíquicos, emocionales, físicos, familiares y el relato espontáneo de la víctima, siendo este último altamente específico pues resulta un proceso complejo, gradual e individual ^{2,5}.

Indicadores	
Abuso Sexual	
Manifestaciones indirectas	<ul style="list-style-type: none"> – Dificultad para: caminar, sentarse, defecación, disuria, prurito o dolor génitoanal. – Ropa interior: rasgada, manchada-ensangrentada. – Cuerpos extraños en: vejiga, uretra, vagina, ano. – Mal control de esfínteres (enuresis, encopresis). – Repetidas infecciones urinarias. – Embarazo al inicio de la adolescencia. – Infecciones por transmisión sexual. – Presencia de semen en ropa, genitales o boca.
Manifestaciones directas	<ul style="list-style-type: none"> – Lesiones en región anal, uretral, perineal, genital, hematomas y traumatismo. – Inflamación e incluso hemorragias en región anal, genital y uretral. – Desgarro reciente del himen, fusión irregular de labios en traumatismos sexuales anteriores. – Dilatación anormal en ano, uretra y vagina. – Infecciones por transmisión sexual. – Embarazo prematuro para la edad de la víctima. – Lesiones a manera de chancro en boca-papilomatosis o hematomas en paladar. – Signo de dilatación anal refleja: en posición genupectoral se observa el recto por la apertura anal, pues el esfínter anal voluntario externo no puede mantenerse contraído por más de 5-9 segundos. <p style="text-align: center;">Cabe mencionar que el coito sin violencia por vía anal puede o no, dejar lesiones.</p>
Violencia Sexual	
	<ul style="list-style-type: none"> – Exageradamente agresivos o dóciles. – Conducta provocativa o pseudo-madura. – Comportamiento regresivo. – Depresión – Intentos suicidas. – Bajo rendimiento académico, asistencia de clases y alteración con la relación con sus pares. – Trastornos del sueño. – Abusa de sustancias psicoactivas. – Presencia de enfermedades psicosomáticas. – Abuso sexual de niños/as de menos edad.

Figura 3: Síntomas asociados a abuso sexual infantil (ASI).

Fuente: Torre M, Cevallos E, Velasteguí J, Cabrera P. Normas y protocolos de atención Integral de la violencia de género, intrafamiliar y sexual por ciclos de vida. [Internet] Quito- Ecuador 2010. [Citado junio 2020]. 106pg. (74).

Indicadores Psicológicos según la edad	
Edad	Manifestaciones
Primera infancia	<ul style="list-style-type: none"> – Sueño: despertares frecuentes, dificultad para conciliar el sueño. – Alimentación: vómito frecuente, pica, selectividad. – Comportamiento: masturbación, deambulación, regurgitación repetida. – Juego: repetitivo, escaso. – Social: miedo a personas o situaciones, selectivo.
Edad escolar	<ul style="list-style-type: none"> – Afectiva y fisiológica: bipolaridad, falta de control de esfínteres, vómito frecuente. – Atención y conductas: inquietud, hiperactividad, agresividad, impulsos incontrolados, baja atención. – Postraumáticos: evitación (inconscientemente evita relacionarse con estímulos que asocien el trauma vivido), reexperimentación (recordar lo sucedido como si lo estuviera viviendo en ese momento), hipo-hiperactivación (evita o reacciona ante el menor estímulo).
Adolescencia	<ul style="list-style-type: none"> – Manifestaciones descritas anteriormente. – Conductas suicidas – Lesiones autoinfligidas – Trastornos de alimentación – Pseudomadurez

Figura 4: Indicadores de daño psíquico según la edad.

Fuente: Lozano F, García M, Sande S, Perdomo V. Protocolo para el abordaje de situaciones de violencia sexual hacia niñas, niños y adolescentes en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud. [Internet] Uruguay 2018. [Citado julio 2020]. 96pg.

(32).

Síntomas Asociados al Abuso Sexual Infantil en Preescolares

Trastorno del sueño

- Cambios en el hábito alimenticio
- Pérdida del control de esfínteres
- Hiperactividad
- Vergüenza y sentimiento de culpa
- Ansioso – depresivo
- Actitudes sexuales
- Conocimiento precoz de la sexualidad
- Curiosidad a lo sexual
- Alejamiento social
- Rencor y desconfianza hacia el adulto
- Agresividad
- Bajo desempeño académico

Figura 5: Síntomas asociados a abuso sexual infantil (ASI).

Fuente: Scott T, Manzanero A, Muñoz J. Admisibilidad en contextos forenses de indicadores clínicos para la detección del abuso sexual infantil. [Internet] Madrid – España 2014. [Citado julio 2020]. 7pg. (4).

Indicadores Orientados a Situaciones de Explotación Sexual en Niños, Niñas y Adolescentes

- Acude esporádicamente al servicio de salud, ya sea por intoxicaciones, infecciones de transmisión sexual, embarazo, lesiones e incluso por aborto.
- Arreglo inusual para la condición personal (uso de objetos costosos, maquillaje).
- Amistades con adulto que se hacen pasar como familiares o protectores.
- Se resisten a dar información y si lo hacen es falsa.
- Las traen o los llevan en autos distintos.
- Mencionan estar relacionados con actividades (castings, desfiles, bares) que pueden estar relacionados con explotación sexual.
- Manejo de objetos o dinero que no puede dar razón de su procedencia.
- Cambios continuos de números celulares.

Figura 6: Indicadores Orientados A Situaciones De Explotación Sexual.

Fuente: Lozano F, García M, Sande S, Perdomo V. Protocolo para el abordaje de situaciones de violencia sexual hacia niñas, niños y adolescentes en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud. [Internet] Uruguay 2018. [Citado julio 2020]. 96pg. (38).

7.6 Marco jurídico

Estudios sugieren que el número de casos registrados no va de la mano con el número de demandas, pues se estima que uno de cada cinco delitos llegaría a demanda e incluso uno de cada quince delitos cometidos, pues dependerá mucho de la víctima, es por ello, la importancia de tener desde un principio orientación por parte del personal de salud, el cual brindará apoyo e información necesaria a la víctima, que en su mayoría son una población vulnerable; población que pueden estar cursando con alteraciones del sistema nervioso central (SNC) o posterior a la agresión¹⁷.

El tiempo resulta crucial al momento de su confirmación o negación del acto; pues a raíz de esto, intervienen problemas a futuro que deben ser atendidos antes de las 72 horas posteriores a la agresión, con seguimiento y controles a razón del protocolo establecido por el Ministerio de Salud o casa Hospitalaria¹⁴.

En España, se acogen a la Ley Orgánica 1/2015, en la cual el consentimiento sexual es a partir de los 16 años, por debajo de esa edad y sin consentimiento en mayores de 16 años será considerado como delito sexual, y será juzgado como tal. Ante esta ley se establecen dos parámetros, en el tiempo que sucedió la agresión, ya sea

reciente o no reciente; cuando ha sido menos de 120 horas (atención en el centro hospitalario) y pasado las 120 horas (se procederá al examen de lesiones cuando se considere oportuno) respectivamente. Una respuesta apropiada en los plazos adecuados destinados hacia la víctima favorecerá a garantizar los derechos sexuales y reproductivos de la misma ^{1,14}.

Cabe recalcar que estos intervalos de tiempo no son aplicados de forma estricta, pues el paciente debe ser atendido como si la agresión fuese reciente y dependerá mucho del tiempo en la toma de muestras, examen toxicológico, y/o demanda. Siendo más estricto dentro las primeras 72 horas, tiempo en el cual será indispensable el tratamiento antirretroviral, antibiótico, anticoncepción oral de emergencia y toma de muestras biológicas en el menor tiempo posible para evitar falsos positivos; y será el Director/a o Gerente quien garantice la disponibilidad de estos medicamentos ^{12,14}.

Numerosos estudios destacan la insuficiente información, falta de experiencia en el manejo, temor a implicaciones legales, resistencia por parte de la víctima y/o evidencia científica débil, que son argumentadas como justificantes para no intervenir. Pero estos pacientes pueden y recibirán atención inmediata, incluso si no deciden someterse valoración forense ^{19,36,37}.

Distorsiones mencionadas anteriormente de los agresores pasan a ser evaluadas y tratadas pero no exclusivamente son justificantes del delito, es decir, serán considerados como elementos o relatos de riesgo personal que de alguna manera guardan estrecha relación con el delito sexual ¹⁷.

Es tal la importancia determinar la edad de la víctima, en relación a las estadísticas determinadas por la fiscalía de menores, pues ni los médicos, policía o padres podrán obligar u ordenar que un adolescente acceda a valoración forense en contra su voluntad; la edad a consentir legalmente depende de cada estado ¹⁹.

El Estatuto de Niño y Adolescente (vigente en Brasil desde 1990), pretende que aquellos casos de sospecha o confirmación sean comunicados obligatoriamente al Consejo Tutelar, el cual es el encargado de velar y cumplir los derechos del niño o adolescente ⁸.

En Ecuador, en 2015, los tiempos establecidos por la ley, para poner en conocimiento a las autoridades competentes es de 48 horas en adultos y 24 horas en caso de niños, niñas y adolescentes; para ello, el médico responsable del paciente llenará el formulario de en relación al sistema judicial presente en el protocolo de peritajes forenses y lo entregará al director/a del centro de salud, guardando consigo una copia personal; y será el director/a quien garantice la entrega al sistema judicial ¹².

En Colombia, 2018, la Ley Orgánica 1/1996, pone a manifiesto la obligatoriedad de comunicar cualquier caso, evidencia o sospecha de delito sexual por parte de docentes y/o profesionales de centros educativos, pues son ellos quienes tienen mayor contacto con niños, niñas y adolescentes. No informar dicho suceso puede concurrir a responsabilidades penales ³⁸.

Brasil, en 2017, la medicina forense guarda íntima relación con la policía judicial, ya que tiene la finalidad de depurar las sanciones penales en base a la investigación del delito, que será realizada por el comisario de policía y guiada por el Poder Judicial; se considera que el relato verbal por parte de la víctima cumple un requisito fundamental para la investigación que en la realidad no es muy bien comprendida y considerada como importante. Mismo que se pone a manifiesto en el artículo 158, cuando una infracción deje vestigios, será de suma importancia el estudio del cuerpo del delito, ya sea de forma directa o indirecta, dejando de lado la confesión del acusado ⁸.

En México, 2016, Ombudsman ³⁹, organización establecida por el artículo 102-B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (CPEUM), tiene la finalidad de respaldar los derechos humanos y a su vez pone a manifiesto diversas irregularidades por parte del personal médico en algunos hospitales; pues determina complicaciones en pacientes al no ser atendidos en el menor tiempo posible, manejo y de igual manera falencias en el traslado de los mismos ^{36,39}.

En Buenos Aires – el Decreto Reglamentario de la Ley 26.485, da a conocer la revictimización como una responsabilidad del profesional, al someter a la víctima mucho tiempo de espera, consultas innecesarias, pedir que vuelva a relatar lo sucedido, preguntar algo fuera del contexto, solicitar pruebas para poder ser atendido, exámenes físicos repetitivos e innecesarios, para lo cual el Ministerio de Salud de la

Nación es responsable de “diseñar protocolos específicos para la detección y atención precoz en modalidad de violencia contra la mujer”, en el que la víctima podrá aceptar o rechazar los procedimientos médicos – biológicos en relación a su persona e incluso a rechazar las charlas de enseñanza e investigación quedando constancia en la Historia Clínica de que el profesional de salud brindó esta información ¹.

Cabe mencionar que, si el paciente no desea presentar cargos, las agencias de aplicación legal resguardarán los resultados por dos años o más, en caso de que la víctima reconsidere acciones legales hacia el presunto agresor ¹⁹.

A raíz de esto, la OMS recomienda interactuar con el paciente, preguntar por agresiones y hacer énfasis en la sospecha de irregularidades que presente el paciente. Con el único fin de crear una buena relación entre el paciente y profesional; la cual posteriormente será tratada de manera ética y profesional. Es decir, el médico deberá ser capaz de reconocer signos o señales de una posible agresión sexual, como traumas psicológicos, sangrado vaginal o anal, ropa interior rota, lesiones en diferentes partes del cuerpo (principalmente senos y glúteos) e incluso ITS ¹⁵.

Es así que para corroborar y facilitar la valoración de jueces y tribunales se debe tomar a consideración lo siguiente:

- Experiencia y calificación por parte de médico forense en lo profesional y/o académico para la valoración pericial psico-patológica de la víctima ³⁵.
- Identificación concreta de maniobras y/o técnicas realizadas. Además, que el médico será capaz de crear hipótesis alternativas, tanto si existiese o no alteraciones psicológicas ³⁵.
- Valoración de factores de impacto u otros estresores psicosociales que pudieron alterar el estado psicológico del paciente ³⁵.
- Referencia de pruebas en los informes periciales, es decir la utilización de índices de fiabilidad y validez, al igual que investigaciones que corroboren su uso ³⁵.

7.7 Código orgánico penal del ecuador, diciembre 2019

- **Acoso sexual**

Artículo 166.- la persona que tenga algún vínculo familiar o no (docente, jefe, ministro, atención y cuidado de un paciente, etc.), que presente un acto de naturaleza

sexual valiéndose de su autoridad obligue o subordine a la víctima con amenazas, será sancionado con la privación de libertad de uno a tres años ¹³.

Si la víctima es menor de dieciocho años o presenta alguna discapacidad que le impida resistirse, el agresor recibirá una pena privativa de libertad de entre tres a cinco años ¹³.

Si una persona atenta la integridad sexual de otra persona y que previamente no esté en el primer inciso del presente artículo, se le impondrá una pena privativa de libertad de seis meses a dos años ¹³.

- **Estupro**

Artículo 167.- toda persona mayor de edad (mayor de dieciocho años) que mediante engaños tenga relaciones sexuales con otra menor de edad (mayor de catorce y menor de dieciocho años), será privado de libertad de uno a tres años ¹³.

- **Abuso sexual**

Artículo 170.- la persona que obligue a otra persona a ejercer un acto de naturaleza sexual, ya sea sobre ella o sobre si misma sin que haya acceso carnal, será castigada con una pena privativa de libertad de tres a cinco años ¹³.

Si la víctima por cualquier causa no pueda resistirlo, ya sea si es menor de catorce años de edad, presenta discapacidad o incluso que después del delito presenta daños físicos – psicológicos permanentes, enfermedad (grave o mortal), el agresor será sancionado con pena privativa de libertad de entre cinco y siete años ¹³.

Cuando la víctima sea menor de seis años, el agresor recibirá una pena privativa de libertad de siete a diez años ¹³.

- **Violación**

Artículo 171.- será considerado como violación al acceso carnal total – parcial del miembro viril (por vía oral, vaginal o anal) o órganos distintos al miembro viril ya sean dedos u objetos que serán introducidos vía vaginal y anal a una persona de cualquier sexo. A raíz de la cometida el agresor será sancionado con privación de libertad de diecinueve a veintidós años, cuando la víctima sea menor de catorce años, haga uso de violencia y si la víctima tenía discapacidades que le haya impedido resistirse ¹³.

A razón del primer inciso la pena máxima será cuando la víctima presente daño físico o psicológico permanente, contraiga enfermedad grave o mortal, menor de diez años o cuando esta se haya encontrado bajo tutela del agresor por cualquier motivo ¹³.

De igual manera será la pena máxima cuando la o el agresor se valga de su posición de autoridad ya sea tutor, representante legal, dentro del entorno familiar, ministro, docente, etc ¹³.

Por otra parte, en el caso de muerte de la víctima la sanción será de privación de libertad de veintidós a veintiséis años ¹³.

- **Exhibición pública con fines de naturaleza sexual**

Artículo 172.- la persona que utilice a otra contra su voluntad para exhibir su cuerpo total o parcialmente, sea esta niña, niño, mayor de sesenta y cinco años o con alguna discapacidad, el agresor será sancionado con pena privativa de libertad de cinco a siete años ¹³.

- **Menores de dieciocho años por medios electrónicos**

Artículo 173.- la persona que a través de medios electrónicos establezca encuentros o cercamientos con finalidad sexual a menores de dieciocho años, será privada de libertad de uno a tres años ¹³.

Si el encuentro es mediante intimidación de la víctima, el agresor será privado de libertad de tres a cinco años ¹³.

Si la persona suplanta la identidad de una tercera persona o adopta una identidad falsa por medios electrónicos con la finalidad de establecer comunicación de contenido sexual con un/a menor de dieciocho años o discapacitado/a, el agresor será sancionado con una pena privativa de libertad de tres a cinco años ¹³.

- **Oferta de servicios sexuales**

Artículo 174.- la persona que use cualquier medio electrónico para ofertar servicios sexuales de menores de dieciocho años, será penado con privación de libertad de siete a diez años ¹³.

7.8 Consecuencias

Toda experiencia de delito sexual se encuentra en íntima relación con el desarrollo de problemas psicológicos, al intervenir gravemente con la vulnerabilidad de derechos y libertad sexual que afecta a niños/as, adolescentes, adultos e incluso adultos mayores, amenazando su integridad emocional y física⁷.

Para ello intervienen variables a considerar, como el tiempo desde el inicio de la agresión (a mayor tiempo mayor daño), relación afectiva de la víctima con el agresor, tipo de conducta sea mediante el uso o no de violencia, fragilidad psíquica de la víctima (sumisos con baja autoestima), reacción del entorno (temor a no ser creído) y sostén familiar y/o social pues mientras mayor apoyo familiar o social, mayores serán las posibilidades de restaurar el daño⁵.

Al considerar a la infancia como una etapa crítica de la vida para el desarrollo del individuo el maltrato físico, psicológico/emocional, abuso sexual, entre otros, constituyen situaciones que afectan el desarrollo cerebral el cual repercute al desarrollo neurológico y su funcionamiento neuropsicológico; pues van a originar pérdida neuronal acelerada (disminución de materia gris), alteraciones en el proceso de mielinización (menos sustancia blanca, hipo-funcionalidad neuronal y conectividad). Que posteriormente van a causar alteración neurobiológica en hipocampo, amígdala, cuerpo caloso, corteza pre-frontal, hipotálamo, liberación de neurotransmisores (catecolaminas) y eje de activación hipotalámico - hipofisario – adrenal (HHA)⁴⁰.

No obstante, en la infancia puede pasar inadvertido y en un futuro puede verse reflejado con hipervigilancia, miedo, agresividad, percepción de amenazas del medio que lo rodea, depresión, ansiedad, bajo rendimiento académico, alteración intelectual, abuso de sustancias entre otras, representando un 20 a 30% de los casos en la vida adulta, efectos que resultan más imprecisos por innumerables variables que implican ya sean familiares, vulnerabilidad de personas, otro tipo de maltratos e incluso el uso de la fuerza⁴⁰⁻⁴².

Consecuencias Generales
<ul style="list-style-type: none"> • Depresión • Trastornos sexuales • Trastornos de personalidad • Dificultad para dormir • Afecciones somáticas • Consumo de tabaco • Comportamiento agresivo • Robo • Aversión • Inestabilidad con sus relaciones intimas • Insatisfacción • Ausentismo escolar • Problemas conductuales

Figura 7: Consecuencias generales

Fuente: Realizado por el autor^{16,41}.

Distribución	Ansiedad n=128	Depresión n=99	Bipolar n=22	Esquizofrenia n=21
Victimizado sexualmente	28%	22%	6%	6%
Abuso sexual	21%	19%	5%	6%
Agresión sexual	8%	55%	5%	5%

Figura 8: Distribución según el desorden mental y tipos de victimización sexual, y asociaciones estadísticamente significativas de 270 participantes.

Fuente: Maldonado A, Romero M y Sánchez F; Departamento de Medicina Legal: Abusos y agresiones sexuales en prisión, percepción de internos sobre la existencia de desórdenes mentales como factor de vulnerabilidad; [Internet] Murcia -España 2014[Citado junio 2020]; 6pg. (5).

Cabe mencionar que a pesar del tratamiento recibido el 50% de las víctimas conservan síntomas de estrés e insatisfacción sexual en la vida adulta, que resulta disminuida en un 40% cuando el agresor fue un conocido, 48.9% conocido o amigo, mientras que cuando el agresor fue un extraño presentan mayor capacidad de llegar a un orgasmo (59.4%) así como menos dolor y sentir menos rechazo en las relaciones sexuales ^{16,41}.

A pesar de estas consecuencias generales, ha sido necesario mencionar las más comunes en la edad adulta como confusión, desorientación, pesadillas, amnesia de recuerdos de su infancia, flashbacks, dificultades al momento de expresar sus emociones, depresión, consumo de sustancias e incluso el embarazo en la adolescencia en caso de mujeres abusadas sexualmente ^{7,30}.

Por otro lado, son las infecciones por transmisión sexual (ITS) frecuentemente diagnosticadas sea por *Chlamydia Trachomatis* (CT), *Neisseria gonorrhoeae* (NG), *Trichomonas vaginalis* (TV), virus de inmunodeficiencia humana VIH, virus de la Hepatitis B (VHB) y la Sífilis, presentes en diferentes protocolos de atención a víctimas de delito sexual ¹⁴.

7.9 Protocolo

El Ministerio de Sanidad debe garantizar que el personal sanitario esté capacitado y actualizado, con el fin de brindar una correcta atención de las víctimas, garantizando tres requerimientos importantes como: el adecuado cuidado de la salud física - mental de víctima, valoración pericial de posibles lesiones y la correcta obtención de muestras y/o evidencias médico-legales para un correcto análisis judicial. Ofrecerá tratamientos preventivos ante riesgos asociados a delitos sexuales, asociación con otras disciplinas para su correcto abordaje integral, e incluso pudiendo llegar a comunidades y sectores aislados ^{1,6}.

El Principado de Asturias ³⁶, menciona que un buen protocolo repercute en el profesional y la víctima; pues la primera atención sanitaria juega un papel crucial ante la sospecha precoz y su abordaje, ya que lo primordial es que los agredidos cooperen, teniendo presente tanto valores como principios de equidad, compromiso y colaboración, ayudando al profesional con la información que se le solicite. También se debe tener presente que el profesional mantendrá un enfoque en las raíces estructurales del caso, ayudando a resolver y reconocer situaciones difíciles que vivió la víctima.

Un estudio de 2.802 niños determinó un intervalo de 96 horas entre el hecho y la pericia de aquellos niños que pudieron informar el hecho, solo un 25% de ellos fueron examinados dentro de las 24 horas y el otro 75% no; disminuyendo la probabilidad de constatar lesiones y vestigios forenses que nos permitan a llegar al agresor ⁸.

Es por ello que la organización por parte del personal de salud, juega un pilar muy importante; para lo cual el Protocolo de atención integral de víctimas de violaciones sexuales (Buenos Aires 2015), recomienda lo siguiente ¹:

- Consolidar o designar equipos de diferentes disciplinas referentes al caso. Cabe mencionar que en ningún caso se pedirá como requisito hacer la denuncia por parte de la víctima para que esta reciba atención o aplicación del protocolo, ya que es decisión de la víctima hacer la denuncia. Asegurar la atención las 24 horas, siendo la Tocoginecología la más adecuada para esto.
- Disponer de medicamentos anticonceptivos de emergencia (hormonal) y para profilaxis de VIH, ITS y vacunas.
- Tener la medicación necesaria para garantizar la interrupción legal del embarazo (ILE), que será según lo permitido en el Código Orgánico Integral Penal del estado.
- Disponer de condiciones para que la víctima se sienta cómoda de relatar lo sucedido al personal capacitado.
- Independiente de cada caso se informará las diferentes derivaciones que se realizará a la víctima.
- Capacitar a todo el personal de salud, técnico y/o administrativo sobre el manejo que debe recibir este tipo de pacientes.
- Concientizar a la comunidad sobre la importancia y/o necesidad de una consulta inmediata.
- Facilitar personal del mismo género, si la víctima lo solicita.
- Todo centro de salud si lo requiere, tiene la capacidad de unificar una denominación de palabra clave para las víctimas de violencia sexual, con la finalidad de derivar de una manera más ágil, eficiente y resguardar la privacidad del paciente afectado dentro del centro de atención (por ejemplo, EVAS: Equipo de Atención a Víctimas de Violencia Sexual).

MSP del Ecuador ¹², el equipo de atención integral deberá estar conformado por:

- Médico/a.- será el responsable de coordinar con el equipo de trabajo, anamnesis, atención clínica e informar a las autoridades competentes.
- Psicólogo/a.- responsable de coordinar con grupos de apoyo y contención emocional de la víctima de ser necesario.
- Enfermera/o.- se encarga del triaje inicial, tamizaje de rutina y asistir al médico cuando se lo requiera.

- Trabajador/a social. - responsable de valorar la situación social, visitas a domicilio si lo requiere y coordinación con instituciones públicas de apoyo social.
- De no contar con todos los perfiles necesarios, los profesionales disponibles cumplirán con las funciones según lo disponga la/el médico a cargo o jefa del establecimiento de salud.

7.10 Atención y/o manejo

Al considerarse una emergencia legal, jurídica, psicológica, médica, familiar y social, debe ser abordada integral e interdisciplinariamente a razón de las necesidades que presenta cada víctima; para lo cual el médico debe conocer los lineamientos legales de su localidad, llenar formularios adecuadamente, mantener la cadena de custodia de las pruebas e informar a las autoridades pertinentes. Es por ello que la OMS recomienda a todos los profesionales de salud realizar una correcta anamnesis, con la finalidad de recolectar suficiente información y estar alerta ante posibles signos, síntomas o señales de delitos sexuales, tomando a consideración a víctimas como madres, hijos, hijas, con el objetivo de disminuir el círculo de agresiones ^{2,19,36}.

En aquellos establecimientos que no dispongan con un equipo de atención el o la médico que realice la primera atención es la responsable del paciente; que en un principio para su correcto diagnóstico es necesario lo siguiente ^{2,12}.

- De ser necesario el paciente deberá ser referido inmediatamente a una unidad de mayor de complejidad, en la cual recibirá tratamiento integral.
- Indicar a la víctima que no debe hacerse lavados ni cambios de ropa, sin antes ser evaluado y tomado muestras por parte del médico a cargo.
- En caso de fellatio evitar tomar líquidos o alimentos antes de evaluación por el perito médico designado ².

Acogida ^{1,2}

- Si la víctima ha llegado solo/a ofrézcale llamar a un alguien de confianza. En la espera de preferencia elegir un espacio lejos de mujeres en trabajo de parto o junto a travestis en caso de víctimas varones.
- Informe sobre el proceso a seguir como médico legal, valoración psicológica y prevención de posibles secuelas de la violación.
- Brindar apoyo psicológico: observar la actitud del acompañante y de la víctima que en la mayoría de veces se presenta temeroso, callado, irritado o desvía la mirada de su acompañante.
- Elaboración de la historia clínica detallada, transcribir los hechos, datos relacionados con la agresión como fecha, lugar, hora, quien o quienes le agredieron, tipo de agresión que sufrió; actos realizados después de la agresión; antes de la exploración (duchas, ingesta de alimentos o medicamentos), antecedentes de violaciones, enfermedades, intervenciones, medicamentos de uso crónico y hábitos (consumo de alcohol o drogas), historia ginecológica o urológica, registrar datos de la víctima y datos de referencia de ser necesario.

La cual debe ser realizada cuidadosamente, comenzando por una historia clínica general antes de hacer preguntas directas de la agresión; para lo cual, se recomienda hacerlo siempre acompañado de alguien del personal de salud, de preferencia del mismo género de la víctima que servirá como testigo y reducirá el sentimiento de culpa de la víctima. Para ello es importante mencionar algunas estrategias al momento de la entrevista ^{43,44}.

Estrategias utilizadas para iniciar entrevista en niños, niñas y adolescentes víctimas de delito sexual

1. Investigar datos familiares, académicos y personales.
 2. Preguntas destinadas a tener una buena relación con el paciente (hobbies).
 3. Mencionar la importancia de decir la verdad.
 4. Investigar el conocimiento que tiene el entrevistado en relación a su cuerpo.
 5. Mencionar los derechos que tiene según el Código Penal establecido.
 6. Investigar el conocimiento que posee la víctima, sobre el motivo de la entrevista.
 7. Indagar directamente el motivo, con preguntas como: ¿Cuéntame que te paso? ¿Cuéntame todo lo que paso ese día?
-

8. Investigar posibles agresiones (besos, caricias, toques, etc) que no le gusten o le incomodan.

9. Valorar su orientación (día, mes, año, etc).

Figura 9: Estrategias utilizadas para iniciar entrevista en niños, niñas y adolescentes víctimas de delito sexual.

Fuente: Piñeres Botero CG. Análisis de las prácticas de entrevistas forenses durante la etapa de investigación por denuncias de delitos sexuales en contra de niños, niñas y adolescentes. [Internet] Colombia 2017. [Citado agosto 2020]; 18pg. (8).

- En sospecha o comprobación de agresión se debe registrar datos del presunto agresor (nombres y apellidos, edad aproximada, género, estado civil, relación del agresor con la víctima, dirección y teléfono) ².
- Pregunte sobre posibles hallazgos de drogas o alcohol en la víctima y agresor; antecedentes del comportamiento del agresor ².
- Evite repetir entrevistas y exámenes molestos para el paciente ².
- En sospecha de embarazo luego de palpación solicite ecosonografía u ultrasonido ².

Médico legista o profesional de salud capacitado y acreditado en el Ministerio Fiscal

La evaluación clínica debe ser realizada por el ginecólogo/a en caso de ser mujer o el médico de Urgencias en caso de ser hombre, junto al médico/a forense. De no ser posible lo realizará el médico más calificado disponible, médico de emergencia e incluso una enfermera capacitada ante este tipo de agresiones ^{14,19}.

Para cual deberá ²:

- Conservar la cadena de custodia de todas las pruebas (usar fundas de papel).
- Inspección y descripción detallada céfalo caudal de genitales externos.
- Prestar atención a lesiones en abdomen bajo, cara interna de muslos y glúteos.
- Inspección y descripción detallada en el examen génico-urológico (varón), con sospecha de infecciones de transmisión sexual en el caso de lesiones ulcerativas.
- En ambos géneros verificar lesiones (escoriaciones, hematomas, desgarros), tonicidad del esfínter anal (en el cual su luz puede estar disminuida con la salida de gases y materia fecal), tomar muestra de la región ano-rectal con torunda estéril humedecida con suero fisiológico dentro de las primeras 48 horas ocurrida la violación ⁵.

En la exploración anal la posición mahometana u genupectoral permiten una mejor visualización, pero comúnmente rechazada por la víctima, en tal caso se optará por el decúbito lateral⁵.

- En sospecha de lesión del recto realizar tacto rectal, con la finalidad de verificar rotura del mismo o la presencia de algún cuerpo extraño que requiera atención quirúrgica².
- Solicitar exámenes de VDRL, VIH (con consentimiento informado respectivo), biimetría hemática, bioquímica sanguínea, buscar la presencia de semen y espermatozoides en contenido vaginal – vulvar – perivulvar - rectal y cavidad bucal (delante y detrás de incisivos superiores), examen bacteriológico - parasitario de flujo vaginal o uretral y/o anal; examen de ADN en espermatozoides o pelos, sangre, etc.; hepatitis B-C inicialmente y a las seis semanas, beta-hCG, ultrasonido y colposcopia².
- En ropa manchada buscar semen, espermatozoides, sangre y estudio de ADN².
- Los siguientes exámenes no determinan el delito, pero pueden constituir una prueba al momento de las denuncias, estas son test en búsqueda de VIH, alcoholemia, búsqueda de drogas en orina y sangre (con consentimiento informado)².
- Todas las muestras deben ser enviadas a laboratorios aceptados o acreditados por el Sistema de Administración de Justicia².
- La valoración y tratamiento de salud mental deberá referirse al protocolo de violencia física y psicológica; si en el caso el centro no cuenta con el personal capacitado, referir a otro nivel².

Examen físico

Examen Físico	
Femenino	Masculino
<ul style="list-style-type: none"> – Describir las características de vello pubiano, labios menores-mayores. – Describir en presencia de lesiones traumáticas en periné: clítoris, horquilla vulvar. – Describir himen o sus restos; características como bordes, forma, lesiones recientes y la ubicación según las manecillas del reloj. 	<ul style="list-style-type: none"> – Descripción anatómica y posibles lesiones de pene, prepucio, escroto y testículos. – En caso de lesiones sospechar de infecciones de transmisión sexual, sífilis, condilomas acuminados, herpes genital. – En presencia de flujo uretral sospechar de gonorrea; tomar directamente examen y cultivo en Thayer Martin. – Previo al consentimiento escrito de la víctima o del representante, se podrá tomar fotografías, videos o realizar penescopía mediante el colposcopio-lupa y linterna.

Figura 10: Examen masculino y femenino de pacientes víctimas de delitos sexual.

Fuente: Torre M, Ceballos E, Velastequi J, Cabrera P. Normas y protocolos de atención Integral de la Violencia de género, intrafamiliar y sexual por ciclos de vida. Ministerios de Salud Pública (MSP). (87):106

Exámenes de laboratorio

Exámenes de Laboratorio
<ul style="list-style-type: none"> – Búsqueda de espermatozoides en: <ul style="list-style-type: none"> • Vagina → hasta 6 días. • Boca → de 12 a 14 horas. • Región anal → hasta 3 días. • Prendas de vestir → hasta que sea lavada ². <p>Su ausencia no descarta violación.</p> <ul style="list-style-type: none"> – En secreción vaginal. - búsqueda de fosfatasa ácida prostática, pues más de 50 unidades por cada litro confirmaría la agresión sexual, en un lapso no mayor a tres días del delito ². – Tamizaje de VIH (descarta infección previa) ¹². – Test de glicoproteína prostática p30.- coito en últimas 48 horas. – Realizar un citobacteriológico ². – Realizar cultivo y antibiograma de las secreciones de boca y génito-anales; pues es considerada como prueba estándar en búsqueda de Chlamydia trachomatis y Neisseria gonorrhoeae ². – Hisopados para aislar Tricomonas, los cuales pueden ser tomados sitios vaginales, uretra y anal ². – Exudado faríngeo ². – KOH: examen con hidróxido de potasio, para detectar hongos. – Detectar sífilis mediante VDRL ². – Test de Elisa: como test rápido y/o aglutinación de partículas para VIH (con consentimiento informado) ^{1,2}.

-
- Buscar marcadores de Hepatitis B y C ².
 - Gonococo mediante cultivo endocervical ².
 - BHCG.- test de embarazo y repetir de una a seis semanas ².
 - Toda lesión genital debe ser sospecha de herpes y confirmada mediante cultivo para saber el tipo (uno y dos) ².
 - Prueba de tóxicos en caso de sospechar de drogas: si es posible la primera orina después de la agresión o antes de concluir la historia y examen físico (2,19).
Siendo más comunes: alcohol, cocaína, anfetaminas, cannabis, sedante Benzodiacepina/Flunitrazepam hipnótico, Ketamina y el Hidroxibutirato.
 - Test de embarazo ya sea en orina o sangre (1,2).
-

Figura 11: Exámenes de laboratorio en pacientes víctimas de delito sexual.

Fuente: Realizado por el autor 1,2,12,19.

Toma de muestras

La recogida de muestras forenses y toxicológicas deberán ser oportunas y en coordinación, pues en algunos casos dichas muestras son descartadas a razón del tiempo transcurrido. Para lo cual es indispensable la recogida y el traslado correcto de la muestra ¹⁹.

A partir de pruebas de amplificación de ADN, el examen forense podrá identificar ADN del presunto agresor dentro de 72 horas posteriores a la agresión y en algunos casos en más tiempo ¹⁹.

- Exudado vaginal. - con la ayuda un espéculo vaginal, sin lubricantes, la muestra será tomada donde se encuentre más flujo o del fondo del saco vaginal. En caso de pacientes con antecedentes de histerectomía se tomará del fórnix posterior ¹⁴.
- Exudado endocervical. - en presencia de moco limpiar con una torunda o gasa seca e inmediatamente tomar la muestra del canal cervical ¹⁴.
- Exudado anal. - introducir una torunda 3cm más movimientos de rotación por 10 segundos ¹⁴.
- Exudado uretral. - introducir una torunda 2cm más movimientos de rotación. Estas torundas deben ser finas con varilla de alambre de alginato cálcico o dracon y medio de transporte Stuart-Amies ¹⁴.
- Exudado faríngeo. - se toma muestra de la faringe posterior ¹⁴.
- Úlceras. - para tomar la muestra se debe frotar la lesión, en presencia de vesículas romperlas y tomar de la base de la vesícula, y en presencia de

costras se debe romper con la ayuda de una aguja estéril, humedecer la torunda con suero fisiológico y frotar la base ²³.

La obtención de muestras para detectar ITS se encuentra en discusión, pues cuando un examen con espéculo puede ser molesto o traumático para la víctima (especialmente adolescentes), el uso de técnicas de amplificación de ácido nucleico (TAAN) cuida la salud reproductiva de las pacientes; a si también en muestras de orina en caso de hombres, pero también haciendo uso de otras técnicas en caso de penetración ¹⁹.

Por otro lado, la CDC no recomienda el cribado de todas las ITS salvo en algunos casos cuando un menor de edad ha sufrido penetración, presencia de lesión penetrante en genitales, ano y orofaringe, abusado de un extraño, cuando el agresor tiene alta posibilidad de ITS (uso de drogas, sexo con hombres, múltiples parejas), cuando la víctima vive en un área de alta prevalencia de ITS, presenta signos y síntomas de ITS, diagnóstico de ITS o solicitud de pruebas por parte de familiares ¹⁴.

Profilaxis

Profilaxis

- Si la víctima ya menstrua, anticoncepción de emergencia. - dentro de las 72 horas ocurrido el delito, Levonorgestrel dos tabletas de 0.75 mg VO c/12 horas. Cabe mencionar que por ningún motivo el médico podrá oponerse a entregar anticoncepción oral de emergencia.
- En caso de no poseer la medicación anterior se puede utilizar el método Yuzpe: toma de pastillas anticonceptivas en cantidad y frecuencia mayor a lo normal.

Método Yuzpe	
Anticonceptivo oral, combinado que tenga:	Dosis
0.03mg	4 comprimidos c/12 horas Dos tomas (total 8 comp)
0.02mg	5 comprimidos c/12 horas Dos tomas (total 10 comp)
0.015mg	7 comprimidos c/12 horas Dos tomas (total 14 comp)

Figura 12: Profilaxis en pacientes víctimas de delito sexual.

Fuente: Realizado por el autor^{2,12,14}

- Actualizar o renovar vacuna antitetánica.
- Vacuna de hepatitis B en caso de no ser vacunados.
- Profilaxis ante infecciones por transmisión sexual ²:

ITS	Peso/edad	Medicamento	Dosis
Gonorrea	<45kg	Ceftriaxona	125mg/kg IM, monodosis
		Espectinomocina	40mg/kg IM (máximo 9mg), monodosis
		Cefixime	8mg/kg VO, monodosis
	>45kg	Tratar de acuerdo a protocolo de adulto	
Clamidia	<45kg	Azitromicina	20mg/kg VO, monodosis (no en embarazo) ó
		Eritromicina	50mg/kg/día VO (máximo 2g), dividido en 4 dosis por 7 días
	>45kg, pero <12 años	Azitromicina	500mg VO, 4 veces al día por 7 días (no en embarazo)
		Eritromicina	1g VO, monodosis
	>12 años	Tratar de acuerdo a protocolo de adulto	
Tricomoniasis	<12 años	Metronidazol	5mg/kg VO, 3 veces al día por 7 días
	>12 años		Tratar como adulto Contraindicado en el primer trimestre del embarazo
Sífilis y Chancroide		Benzil penicilina + Azitromicina	50.000 UI/kg IM (máximo 2.4 millones UI), monodosis + Azitromicina 20mg/kg VO, monodosis (no en embarazo)
Alérgicos a la penicilina o embarazo		Eritromicina	50mg/kg/día VO, (máximo 2g), dividido en 4 dosis por 14 días
Hepatitis B	<2 años	Gammaglobulina hiperinmune	0.06ml IV, Gammaglobulina hiperinmune frente a hepatitis B + vacuna HBsAg a los 0.1 y 6 meses
Tétanos		Vacuna	Se recomienda en caso de no haber recibido en los últimos 10 años, si no recuerda o no posee el carnet.

Figura 13: Profilaxis para infecciones de transmisión sexual en niñas, niños y adolescentes menores a 45kg.

Fuente: Vance Malfla C, et al. Atención Integral en Violencia de Género; [Internet] Ecuador 2015. [Citado Agosto 2020];

ITS	Medicamento	Tratamiento
Gonorrea	Ciprofloxacina	500mg VO, monodosis (no en embarazo y < de 18 años), o
	Ceftriaxona	125mg IM, monodosis o
	Espectinomicina	2g IM, monodosis o
	Gentamicina	280mg IM, monodosis
Clamidia	Azitromicina	500mg VO, monodosis o
	Doxiciclina	100mg VO, cada 12 h. por 7 días
Clamidia en embarazadas	Eritromicina	500mg VO, 4 veces al día por 7 días o
	Amoxicilina	500mg VO, 3 veces al día por 7 días
Tricomoniasis	Metronidazol	2g VO, monodosis (no en el primer trimestre de embarazo)
	Clotrimazol	200mg un óvulo vaginal por 5 noches
Candidiasis	Nistatina	100.000 UI, una tableta vaginal por 14 noches
Sífilis y Chancroide	Benzil penicilina + Azitromicina	2.4 millones UI, IM + Azitromicina 500mg VO, monodosis
Sífilis en pacientes alérgicos a la penicilina	Tetraciclina	500mg cada 6 horas, por 7 días
	Doxiciclina	100mg VO, cada 12 horas (no en embarazo)
	TMP/SMX	800mg/160mg, cada 12 horas, por 7 días
Sífilis en embarazadas alérgicas a la penicilina	Eritromicina	500mg VO, 4 veces al día por 14 días
Hepatitis B	Gammaglobulina hiperinmune	Inmunoglobulina hiperinmune frente a la hepatitis B + vacuna HBsAg a los 0.1 y 6 meses
Tétanos	Vacuna	Se recomienda en caso de no haber recibido en los últimos 10 años, si no recuerda o no posee el carnet.

Figura 14: Profilaxis para infecciones de transmisión sexual en adolescentes y adultos mayores a 45kg.

Fuente: Vance Maffía C, et al. Atención Integral en Violencia de Género; [Internet] Ecuador 2015. [Citado Agosto 2020]; 128pg. (48).

La CDC da a conocer algunas recomendaciones para profilaxis post - exposición al VIH en casos de delito sexual, dentro de las 72 horas de la agresión ¹⁹:

- Valorar riesgo de infección por VIH en el agresor.
- Valorar el tipo de delito sexual que podría aumentar el riesgo de transmisión.
- Consultar con especialista en tratamiento de VIH.
- Discutir riesgo – beneficio de profilaxis antirretroviral.
- Realizar recuento basal de células sanguíneas y prueba de VIH.

- Brindar suficiente cantidad de medicamentos para tres a siete días y valorar tolerancia ¹⁹.

Profilaxis para VIH	
Primer esquema	
Tratamiento	Dosis
Tenofovir/Emtricitabina +	1 tableta c/día por 28 días.
Lopinavir/Ritonavir	2 tabletas c/12horas por 28 días.
Segundo esquema	
Zidovudina/Lamivudina +	1 tableta c/12 horas por 28 días.
Lopinavir/Ritonavir	2 tabletas c/12horas por 28 días,
Tercer esquema	
Zidovudina/Lamivudina +	1 tableta c/12 horas por 28 días
Efavirens (no en primer trimestre de embarazo)	1 tableta cada 24 horas por 28 días.

Figura 15: Profilaxis para VIH en adolescentes y adultos mayores a 40kg.

Fuente: Vance Maffla C, et al. Atención Integral en Violencia de Género; [Internet] Ecuador 2015. [Citado Agosto 2020]; 128pg. (47).

Profilaxis (España 2018)				
Realización de test de embarazo, de ser negativo anticoncepción poscoital (no cuando haya ocurrido en más de 120 horas posteriores a la agresión):				
<ul style="list-style-type: none"> – Levonorgestrel 1.5mg dosis única y dentro de las 72 horas previas a la agresión. – Acetato de Ulipristal 30mg pasadas las 72 horas posteriores a la agresión (contraindicado en el asma). 				
Chlamydia trachomatis	Ceftriaxona 500mg VM + Azitromicina 1g VO + Tinidazol 2g VO Dosis única			
Neisseria gonorrhoeae	Alergia a Betalactámicos Azitromicina 2g VO + Tinidazol 2g VO Dosis únicas			
Trichomonas vaginalis	Metronidazol 2g VO en lugar de Tinidazol Dosis única			
VIH	<p>Efectiva antes de las 72 horas tras la agresión (eficacia máxima a las 2 primeras horas), mantener durante 28 días. VIH positivo suspender profilaxis o no iniciarla. Con VIH negativo en pruebas rápidas está recomendado iniciar profilaxis. Serología en 4 - 6 semanas y 3 meses posterior a la agresión. No existen ensayos clínicos en combinación de fármacos de antirretrovirales que sean óptimos para profilaxis.</p> <table border="0"> <tr> <td>Adultos/adolescentes igual o mayor de 13. Embarazadas Función renal normal (aclaramiento de</td> <td>Primera línea</td> <td>Tenofovir 300mg + Emtricitabina 200mg una vez al día + Raltegravir 400mg c/12h.</td> </tr> </table>	Adultos/adolescentes igual o mayor de 13. Embarazadas Función renal normal (aclaramiento de	Primera línea	Tenofovir 300mg + Emtricitabina 200mg una vez al día + Raltegravir 400mg c/12h.
Adultos/adolescentes igual o mayor de 13. Embarazadas Función renal normal (aclaramiento de	Primera línea	Tenofovir 300mg + Emtricitabina 200mg una vez al día + Raltegravir 400mg c/12h.		

	creatinina ml/min)	>60	Segunda línea	Tenofovir 300mg + Emtricitabina 200mg una vez al día + Darunavir 800mg una vez al día + Ritonavir 100mg una vez al día.
	Adultos/adolescentes igual o mayor de 13. Función renal anormal (aclaramiento de creatinina ml/min)	<59	Primera línea	Zidovudina + Lamivudina (dosis ajustada a función renal) + Raltegravir 400 mg c/12 h.
			Segunda línea	Zidovudina + Lamivudina (dosis ajustada a función renal) + Darunavir 800 mg c/24 h. + Ritonavir 100mg c/24 h.
VHB	En pacientes no vacunados previamente. En desconocimiento si el agresor fue vacunado. Sin administración de gammaglobulina. Si el agresor tiene VHB.			
VPH	En mujeres de 9 a 26 años. En hombres de 9 a 21- 26 años si es un hombre que mantiene relaciones sexuales con hombres.			
Otras ITS	No se han pronunciado profilaxis ante el contexto de abusos sexuales.			
Niños				
Agente	Peso menos de 45kg		Peso más de 45kg	
Chlamydia trachomatis	Azitromicina 20mg/kg VO dosis única.		Azitromicina 1g VO dosis única.	
Neisseria gonorrhoeae	Ceftriaxona 25-50mg/kg IV o IM dosis única (máximo 125mg IM).		Ceftriaxona 250mg IM dosis única.	
Trichomonas vaginalis	Metronidazol 15mg/kg/día c/8 h. VO por 7 días.		Metronidazol 2g VO dosis única.	

Figura 16: Profilaxis en pacientes víctimas de delitos sexual en España 2018.

Fuente: Hernández Ragpa L, Valladolid Urdangaray A, Ferrero Benítez O, et al. Infecciones de transmisión sexual en el contexto de una agresión sexual. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*. 2019; 37 (3):187-94.

Argentina 2015	
Tratamiento antirretroviral para niños/as	
Droga	Dosis
AZT (Zidovudina)	120mg/m ² c/8 horas
AZT (Zidovudina)	180mg/m ² c/12 horas
3TC (Lamivudina)	4 mg/kg c/12 horas
Más uno de los siguientes	
EFV (Efavirenz)	En >3 años
Lopinavir/Ritonavir	

Una dosis diaria nocturna, según el peso: 10-15kg=200mg; 15-20kg=250 mg; 20-24kg=300; 25-32.5kg=350mg, 32.5-40kg=400mg.

O

c/12 horas según el peso: 7-15kg=12 mg/kg; 15-40kg=10mg/kg; 40kg o más= dos comprimidos c/12 horas.

Figura 17: Tratamiento antirretroviral para niños/as.

Fuente: Fernández C, Gollan D. Instructivo para equipos de salud: Protocolo para la atención integral de víctimas de violaciones sexuales; [Internet] Abril 2015. [Citado junio 2020]; 48pg.

Valoración y tratamiento psicológico

Valoración y Tratamiento Psicológico

- Toda esta valoración debe ser realizada por un psicólogo/a o psiquiatra.
- Si el servicio no cuenta con estos recursos, se deberá referir a un centro de mayor complejidad.
- Evaluar la necesidad de atención psicológica en crisis.
- Determinar el tipo de violencia, frecuencia o intensidad que se dan los maltratos u otros actos.
- Si la víctima presenta autopercepción de la situación, valorar una posible situación peligrosa extrema.
- No minimizar sensaciones de peligro que exprese la víctima.
- Averiguar el comportamiento de el/la agresor/a en relación a la familia, trabajo, relaciones sociales y si el mismo agresor ya había cometido otras agresiones a otro/as.
- Establecer una buena relación con la víctima; sin forzar a que relate lo sucedido.
- Concientizar y sensibilizar a la familia sobre factores que conllevan los maltratos.
- El médico tratante establecerá un plan terapéutico dependiendo el impacto emocional de la víctima.
- Todo los niños/as y adolescentes víctimas de violencia sexual deben ser hospitalizados.
- Tratamiento al presunto agresor, que generalmente presenta resistencia a recibir -ayuda.

Valoración y Tratamiento Social

- En las primeras 48 horas.
 - Aplicar formulario 038 de Trabajo Social de HCU.
 - Realizar interconsulta dependiendo cada caso.
 - Elaborar informe social del caso.
-

Figura 18: Valoración y tratamiento psicológico.

Fuente: Torre M, Ceballos E, Velastequi J, Cabrera P. Normas y protocolos de atención Integral de la Violencia de género, intrafamiliar y sexual por ciclos de vida. Ministerios de Salud Pública (MSP). (1):106.

Nota: al momento de confirmar o descartar un delito sexual, este deberá ser con el informe de psicología y servicio social dentro de las 48 horas. En la intervención legal

el personal de salud que sospeche de algún caso delito sexual a niños o niñas tiene la obligación de denunciar el delito dentro de las 48 horas, con el fin de resguardar las evidencias y evitar impunidad de las mismas ².

Toda lesión en cualquier parte del cuerpo debe constar en la Historia clínica y Libro de Guardia, pues a más de intervenir el médico legista es necesario registrar en el Libro de Guardia que será tomada en cuenta por el juez competente a raíz de la demanda hecha por la víctima ¹.

A raíz de esto se han considerado tres niveles:

Nivel 1	Acoso verbal, hostigamiento, exposición de genitales.
Nivel 2	Contacto físico no intrusivo: caricias, frotación, masturbación.
Nivel 3	Contacto físico intrusivo: violación genital – anal, contacto genital oral.

Figura 19: Grados de delito sexual.

Fuente: Giménez Molla V y Valladolid Baringo N. Detección de abuso sexual en una muestra de donantes de gametos en España; [Internet] España 2017. [Citado junio 2020]; 11pg. (4).

Alta

Al dar de alta se debe evidenciar recuperación física, continuación de terapia psicológica y protección. Esta última será responsabilidad del o la trabajadora social cumpliendo el seguimiento en cuanto a su protección y valoración de riesgos; informando la diferencia de una denuncia en el fuero civil para que impida el acercamiento del agresor, con una denuncia penal por el delito sexual cometido ^{1,2,12}.

El personal de atención primaria en salud deberá hacer seguimiento domiciliario garantizando la confidencialidad de los mismos. La primera o segunda semana del primer contacto, tiene la finalidad de valorar lesiones, adherencia a medicamentos, valorar salud mental, asesoramiento psicológico adicional y derivaciones si fuera necesario. Cumpliendo un total de 24 semanas o de aproximadamente un año, dependiendo el caso ^{2,12,14,19}.

Para ello será necesaria la interconsulta en el servicio de infectología con el objetivo de detectar nuevas infecciones adquiridas en la agresión o después de la misma y con ello revalorar la profilaxis empleada ¹:

Fechas/controles	Análisis a realizar
Laboratorio inicial	<ul style="list-style-type: none"> – Serología: VIH, VHB, VHA, VCH y Sífilis – Biometría hemática – Química sanguínea – Perfil hepático – Prueba de embarazo
De 2 y 4 semanas	<ul style="list-style-type: none"> – Serología: sífilis y control a las 6, 12 y 24 semanas. – Prueba de embarazo – Vacuna anti VHB – Biometría hemática – Química sanguínea (al completar profilaxis de VIH) – Perfil hepático
A las 6, 12 y 24 semanas	<ul style="list-style-type: none"> – Serología: VIH, VHB
A las 12 y 24 semanas	<ul style="list-style-type: none"> – Serología: VIH, VDRL, VHC
Seguimiento Psicológico, Ginecológico, Proctólogo e Infectólogo.	

Figura 20: Calendario de controles y exámenes a realizar.

Fuente: Vance Maffa C, et al. Atención Integral en Violencia de Género; [Internet] Ecuador 2015. [Citado Agosto 2020]; 128pg. (50).

Plazos para el control y análisis	
Plazo	Control a realizar
7 a 10 días	HMG Pruebas de función hepática en caso de profilaxis para VIH.
4 a 6 semanas	Serología: VDRL, VIH, hepatitis C, antiHBc, antiHBs, AgHBs, vacuna antiHBV. HMG más pruebas de función hepática luego de completar profilaxis de VIH. Test de embarazo en caso de retraso menstrual.
3 meses	Serología: VDRL, VIH, antiHBc, AgHBs, antiHBs, hepatitis C.
6 meses	Serología: VDRL, VIH, antiHBc, AgHBs, antiHBs, hepatitis C. Vacuna antiHBV.

Figura 21: Plazos para el control y análisis.

Fuente: Fernández de Kirchner C, Gollan D. Protocolo para la atención integral de víctimas de violaciones sexuales; [Internet] Buenos Aires Argentina 2015. [Citado junio 2020]; 48pg. (30).

7.11 Prevención

- **Primaria.** - campañas guiadas a la educación general en la familia, charlas de educación sexual y social en escuelas para jóvenes; pues al momento de iniciar la pubertad y la adolescencia comienza la sexualidad, en la cual es necesaria enseñarles comportamientos sexuales aceptados socialmente e inaceptables o ilícitos. Para la cual también es necesaria la formación del profesorado ante la temática, pues son ellos quienes están en constante contacto con niños, niñas y adolescentes, pudiendo contribuir a la detección oportuna de posibles casos de delito sexual ^{2,17,38}.
- **Secundaria.** - tratar a familias y poblaciones en riesgo.
- **Terciaria.** - es de carácter más específico orientado a evitar que el maltrato se repita. Frente a casos de abusos o agresiones sexuales será necesaria la presencia de la justicia, seguido de un tratamiento psicológico oportuno al agresor; con el objetivo de que el agresor reconozca, se responsabilice por el delito cometido e identificar situaciones de riesgo ^{2,17}.

Prevención que debe estar basada en los factores ya mencionados, con la finalidad de que adquieran conocimientos sexuales adecuados, en los que incluya la evitación del contacto sexual con menores, conductas sexuales de violencia y/o fuerza ^{6,17}.

8. RESULTADOS

Tabla 1: Prevalencia de delitos sexuales.

Autor, Revista, Año	País	Tipo de estudio	Sujetos y origen	Medida de resultado	Conclusiones
Benedicto C, et al ¹⁸ . ELSEVIER 2016	España	Transversal analítico	Muestra de 1.081 casos de delito sexual	De la totalidad de casos registrados el 14.3% eran víctimas varones adultos y el 47.6% varones menores de edad.	Cuando las víctimas son menores de edad, la prevalencia para ambos sexos es casi la misma, sin embargo, cuando las víctimas son mayores de edad prevalece en el sexo femenino.
Giménez V, et al ¹⁶ . ELSEVIER 2017	España	Transversal analítico	Muestra de 2.000 personas entrevistadas	El 19% del total presentaron antecedentes de delito sexual: 15% atribuible al género masculino y el 23% al género femenino.	Elevados porcentajes en menores de edad sugieren una escasa intervención en cuanto a su prevención.
Mendoza M, et al ²³ UNICEF ELSEVIER 2018	México	Transversal	Muestra de 101 mujeres entrevistadas	Se reportó 69 casos de delito sexual; representando 68% del total de la muestra. De la totalidad de casos, el 77% corresponde a víctimas niñas.	Indistintamente de la edad que presente la víctima, este tipo de delitos se registran en ambos géneros, pero se le atribuye al sexo femenino por innumerables casos registrados.
Luffy S, et al ²¹ . PubMed 2019	Nicaragua	Exploratoria	Muestra de 14.221 mujeres	Determinan que al menos 29.3% a 50% de las mujeres nicaragüenses han experimentado algún tipo de delito sexual y dos tercios de ellas corresponden a menores de edad.	Actualmente este tipo de agresiones no discrimina en género, sin embargo, es clara la diferencia de casos registrados para el sexo
Lozano F, et al ⁵ . IAMC ELSEVIER 2018	Uruguay	Exploratoria	Muestra de 116 casos registrados	De la totalidad de casos atendidos en las salas de urgencia, los 94 correspondían al sexo femenino y 22 de ellos al sexo masculino.	

Autor, Revista, Año	País	Tipo de estudio	Sujetos y origen	Medida de resultado	Conclusiones
					femenino con respecto al sexo masculino.
Navas J, et al ²² . ELSEVIER 2014	Costa Rica	Descriptivo retrospectivo	Muestra de 3'000.000 de participantes	El 26% de ellos han experimentado abuso sexual, al igual que 1 de cada 12 niños. Prevalece de entre 7% - 36% para el sexo femenino y 3% - 29% para el sexo masculino.	La gran cantidad de casos registrados, tanto de hombres como de mujeres que han experimentado algún tipo de abuso, obliga a los profesionales detectar a tiempo posibles casos de abuso.
Dos Santos S, et al ⁸ . ELSEVIER 2015	El Salvador	Exploratoria	Muestra de 2.380 casos registrados	De los cuales 84.9% correspondieron a delitos sexuales, 78.4% fueron atribuibles al sexo femenino y 21.6% al sexo masculino.	Elevados porcentajes deben tomarse a consideración para la coordinación con las diferentes entidades de salud pública y municipios, y con ello, una correcta elaboración de programas de control.
Silva R, et al ²⁰ . Science Direct 2014	Brasil	Exploratoria	Muestra de 5.565 municipios	Determinan 4.38 casos de delitos sexuales por cada 100.000 habitantes.	Existe buenos resultados de las campañas de prevención, sin embargo, se debe seguir trabajando en ello.
Ishida K, et al ²⁵ . PubMed 2011	Paraguay	Exploratoria	Muestra de 6.540 mujeres	De la totalidad de la población, se estima que 3.2% de las mujeres han experimentado violencia sexual.	Bajos porcentajes corroboran una adecuada aplicación de guías destinadas a este tipo de casos.
Meekers P, et al ²⁴ . PubMed 2013	Bolivia	Transversal	Muestra de 10.119 participantes	Se estima que 40% a 52% de la totalidad de mujeres bolivarianas han sido víctimas de algún tipo de delito sexual y exclusivamente el 14% violencia sexual.	Es importante la realización de campañas de prevención, con la finalidad de evitar revictimización del paciente.

Autor, Revista, Año	País	Tipo de estudio	Sujetos y origen	Medida de resultado	Conclusiones
Restrepo M, et al ²⁷ . ELSEVIER 2016	Colombia	Transversal analítico	Muestra de 499 adolescentes.	Con 421 casos y 21.5% de la totalidad de la muestra presentaron embarazos en la adolescencia, en edades de entre 16 y 19 años. De los cuales el 66.7% fueron violadas.	La alta prevalencia de embarazos en la adolescencia guarda estrecha relación a casos de delito sexual, por lo que es necesario la aplicación oportuna de campañas de prevención.
Vásquez H, et al ⁴⁵ . PubMed 2019	Perú	Exploratoria	Muestra de 49.659 casos registradas	Emergencia de la Mujer y Policía Nacional del Perú reporta que, de la totalidad de denuncias registradas al año, el 78% corresponden a víctimas menores de edad.	La gran cantidad de menores de edad registrados, obliga a las diferentes entidades estar preparadas ante diversos casos que pueda sucintarse.
Espinosa V, et al ³ . MSP 2017	Ecuador	Exploratoria	Muestra de 8'087.914 mujeres	El 89.9% de los menores de 15 años tienen relaciones con personas mayores a ellos. MSP: una de cada cuatro mujeres sufre algún tipo de delito sexual.	Es necesario estudios longitudinales para determinar si los programas de prevención son aplicados oportunamente en esta población.
MSP ⁹ . 2014	Ecuador	Exploratoria	Muestra de 10.709 casos registradas	El 24.64% del total de casos registrados eran niñas y niños de entre 10 a 14 años.	

Estudios determinan que el Ministerio de Salud y Fiscalía solo registra entre un 30% y 50% del total de los casos; expertos indican que la probabilidad de que hombres denuncien una agresión es sumamente baja, a comparación que el sexo femenino ^{3,14}.

Tabla 2: Complicaciones y/o consecuencias de pacientes víctimas de delito sexual.

Autor, Revista, Año	País	Tipo de estudio	Sujetos y origen	Medida de resultado	Conclusiones
Caravaca S, et al ⁴⁶ . ELSEVIER 2014	España	Descriptivo transversal	Muestra de 270 personas seleccionadas aleatoriamente	El 17.7% mencionó haber sido víctima de delito sexual; el 6.6% mencionó penetración. De los cuales, el 62.2% del total percibe trastornos mentales: ansiedad n=128, depresión n=99, bipolaridad n=22, esquizofrenia n=21.	La relación entre pacientes víctimas de delito sexual y presentar alteraciones mentales es muy estrecha.
López S, et al ⁴¹ . ELSEVIER 2016	España	Multicéntrico, descriptivo y transversal	Muestra de 1013 mujeres mayores de 18 años, atendidas en 24 centros de salud	Del total de la muestra, el 90.3% fueron víctimas de delito sexual y representan: 40% de satisfacción en la vida sexual cuando el agresor fue un conocido, 48.9% cuando fue un conocido o amigo, 59.4% cuando fue un desconocido (mayor capacidad de llegar al orgasmo).	Las consecuencias a largo plazo repercuten en la vida sexual de víctima; y es la relación con el agresor, que determina la gravedad de las mismas, indistintamente del tipo de delito sexual cometido.
Mendoza M, et al ²³ . UNICEF ELSEVIER 2018	México	Transversal	Muestra de 101 mujeres entrevistadas	De la totalidad de la muestra, el 68.3% de los casos reportaron consumo de drogas y en algunos ellos, prostitución forzada, consumo de sustancias durante el embarazo, además de problemas en el desarrollo, social y de salud.	Consecuencias graves son el resultado de un inadecuado manejo de las guías y protocolos desde el primer contacto con la víctima.
Lozano F, et al ⁵ . MSP UNICEF 2018	Uruguay	Exploratoria	Muestra de 116 casos registrados	La gravedad de sus consecuencias está determinada por el tiempo transcurrido desde el suceso, proximidad del agresor, tipo de agresión cometida y apoyo familiar. Para lo cual, problemas psicológicos, en el lenguaje, relaciones sociales y aprendizaje son los más comunes.	Un abordaje oportuno e inmediato reduce la gravedad de las consecuencias y/o posibles complicaciones en este tipo de pacientes.

Autor, Revista, Año	País	Tipo de studio	Sujetos y origen	Medida de resultado	Conclusiones
Luffy S, et al ²¹ . PubMed 2019	Nicaragu a	Exploratoria	Muestra de 14.221 mujeres	Consecuencias que contribuye este tipo de experiencias, se encuentra entorno a la depresión, aislamiento, miedo al rechazo, dificultad para dormir y en algunos casos embarazo no deseado y con ello al aborto inseguro.	Embarazos no deseados y abortos inseguros contribuyen negativamente a largo plazo, problemas graves psicólogos y físicos de la víctima.
Dos Santos S, et al ⁸ . ELSEVIER 2015	El Salvador	Exploratoria	Muestra de 2.380 casos registrados	La gravedad de las consecuencias está relacionada a la proximidad del agresor con la víctima. Cuando el agresor es un familiar presenta miedo al rechazo, a amenazas, separación de sus padres y despertares nocturnos. Cuando no lo es, presenta vergüenza, sentimiento de culpa, miedo a amenazas e incluso impedir la revelación del suceso.	Conocer la relación del agresor con la víctima, interviene positivamente en el manejo de traumas y posible revictimización que pueda agravar el cuadro de la víctima.
Fung M, et al ⁴⁷ . ELSEVIER 2020	Costa Rica	Descriptivo retrospectiv o	Muestra de 268 casos registrados	Signos relacionados con problemas de salud mental como trastornos alimentarios, ideas suicidas, autolesiones y estrés postraumático, son consideradas consecuencias comunes en este tipo de pacientes.	Alteraciones en su comportamiento normal son consecuencias a corto plazo, comunes en este tipo de pacientes.
Passos A, et al ⁴⁸ . Science Direct 2018	Brasil	Descriptivo retrospectiv o	Muestra de 41 mujeres	El 22% de las victimas sufren lesiones corporales, aislamiento social, depresión que sufrirá durante toda su vida dependiendo de la atención recibida, trastornos psicológicos (90%) - psiquiátricos (34%), estrés postraumático (14.29%) como consecuencias del abuso sexual.	Trastornos psicológicos constituyen la principal consecuencia, seguido de psiquiátricos y estrés postraumático.

Autor, Revista, Año	País	Tipo de estudio	Sujetos y origen	Medida de resultado	Conclusiones
González B, et al ²⁶ . Science Direct 2015	Paraguay	Descriptivo retrospectivo	Muestra de 1.600 casos registrados	Embarazo en la niñez y adolescencia, infecciones de transmisión sexual, alteración en el desarrollo de niñas, niños y adolescentes, son consecuencias y expresiones en las víctimas.	Un abordaje eficaz y oportuno de profilaxis, contrarresta notablemente este tipo de consecuencias.
Meekers P, et al ²⁴ . PubMed 2013	Bolivia	Transversal	Muestra de 10.119 participantes	Las mujeres que sufrieron algún tipo de delito sexual tienen más probabilidades de sufrir problemas mentales.	Las alteraciones mentales constituyen el principal problema, en respuesta a este tipo de situaciones.
Restrepo M, et al ²⁷ . ELSEVIER 2016	Colombia	Transversal analítico	Muestra de 499 adolescentes.	Se determinaron diferentes consecuencias como embarazo adolescente, aborto inseguro, discapacidad, bajo nivel académico e incluso mortalidad materna, considerados como los más comunes.	Es importante considerar problemas a futuro que pudiesen llevar a consecuencias devastadoras.
Valle R, et al ²⁸ . PubMed 2018	Perú	Transversal analítico	Muestra de 54.756 participantes	Diferentes tipos de agresiones sexuales intrafamiliares son de larga duración y se asocian a graves daños físicos y emocionales, que generalmente no son denunciados.	Una adecuada intervención depende mucho de la cooperación del paciente.
Vance M, et al ¹² . MSP 2014	Ecuador	Exploratoria	Muestra de 20.848 hogares	La gravedad de sus consecuencias son devastadoras, prolongadas y variables, siendo comunes malos tratos físicos y psicológicos.	La gravedad y tipo de consecuencia dependerá en gran medida de cada paciente.

La presencia de polivictimizados, es decir expuestos a otros tipos de victimizaciones además de delitos sexuales, constituyen alteraciones psicológicas graves a más de las expuestas en este apartado. Lo cual delimita y dificulta asignar una sintomatología específica y diferenciada para casos de delito sexual ³⁵.

Tabla 3: Indicadores de salud.

Autor, Revista, Año	País	Medida de resultado	Conclusiones
Scott M, et al ³⁵ . ELSEVIER 2014	España	La detección de indicadores de delito sexual sirve para acreditar la ocurrencia del mismo; sin embargo, pueden ser desestimados en contextos judiciales.	Los diferentes indicadores permiten brindar atención médica oportuna, pero no confirman el delito.
Viñas B, et al ⁴⁹ . PSIENCIA 2015	Mexico	La sexualidad se expresa en la curiosidad y se explora desde lo preescolar hasta la pubertad, cuando son excesivas o van más allá de los límites impuestos por los padres, podría ser considerado como indicador de sospecha de abuso sexual.	La sexualidad en la pubertad compromete una buena orientación por parte de los padres, que son los que pasan el mayor tiempo con ellos y han de sospechar comportamientos sexuales anormales.
UNICEF ⁵⁰ . 2017	Nicaragua	Cambios repentinos de apetito, no control de esfínteres, bajo desempeño académico, depresión, pesadillas intensas, desconfía de todos, inicio de vida sexual temprana entre otros, son considerados como indicios o señales frecuentes en este tipo de situaciones.	Alteraciones psicológicas e inicio de vida sexual temprana, deberán ser considerados al momento de sospechar un supuesto delito.
Lozano F, et al ⁵ . MSP UNICEF 2018	Uruguay	En algunos casos las víctimas no suelen presentar indicadores de daño psíquico evidente. Cuando la agresión fue en edades tempranas presentan trastornos graves en el sistema nervioso y desconfianza de las personas que lo rodean. El examen físico puede ser normal o con signos inespecíficos, que no descartan ni confirman la agresión.	Los médicos han de tener presente indicadores de salud, sin embargo, estos no confirman o niegan el delito. Para ello, los médicos actuaran oportunamente según lineamientos establecidos en cada hospital.
Fung M, et al ⁴⁷ . ELSEVIER 2020	Costa Rica	El miedo, dolor, vergüenza e inseguridad son los primeros síntomas al primer contacto, sin embargo, cuando existe denuncia o divulgación se puede obtener información detallada del suceso.	Es importante crear un ambiente adecuado y buena relación médico – paciente, para así, obtener información detallada del suceso.

Autor, Revista, Año	País	Medida de resultado	Conclusiones
Dos Santos S, et al ⁸ . ELSEVIER 2015	El Salvador	Se estima que solo el 25% de las víctimas adultas son atendidas dentro de las 24 horas transcurrido el suceso, a diferencia de los menores de edad quienes revelan tardíamente, disminuyendo la probabilidad de evidenciar indicadores psicológicos, físicos e incluso tomar muestras.	Ante el primer contacto, diferentes indicadores orientarán al personal de salud a sospechar del suceso y tomar custodia de muestras para posteriores exámenes.
Silva R, et al ²⁰ . Science Direct 2014	Brasil	El bajo rendimiento académico, escasas relaciones sociales, consumo de alcohol y drogas, se consideran actitudes relacionados con violencia sexual.	Al ser un manejo multidisciplinario, profesores como médicos deberán de conocer y notificar actitudes sospechosas de un posible caso.
Ríos A, et al ⁵¹ . Science Direct 2018	Paraguay	La credibilidad del testimonio y la existencia de otros indicadores en el comportamiento de la víctima o físicos (ropa interior rasgada, dificultad al andar, sangrado en genitales, ITS, etc) son asociados a contacto físico y penetración.	Con el relato del suceso y la existencia de otros indicadores, se debería iniciar un manejo médico inmediato de la víctima.
Meekers P, et al ²⁴ . PubMed 2013	Bolivia	Indicadores de ansiedad, trastornos psicóticos, crisis psicógenas no epilépticas y depresión, son comunes en mujeres que han sufrido abuso sexual.	Los trastornos mentales en compañía de otros indicadores, serán evidentes ante un posible caso.
Restrepo M, et al ²⁷ . ELSEVIER 2016	Colombia	Actitudes como inicio de la vida sexual activa antes de los 15 años, bajo desempeño académico, violencia intrafamiliar y depresión.	Actitudes anormales deberán ser consideradas oportunamente por sus padres y diferentes entidades incluidas.
Valle R, et al ²⁸ . PubMed 2018	Peru	En el último año, el consumo de alcohol se asoció a agresiones sexuales físicas y no físicas, tanto familiares como extrafamiliares.	El sentimiento de culpa obliga a las personas acudir al alcohol, con la finalidad de olvidar momentáneamente el suceso.
Torre M, et al ² . MSP	Ecuador	La presencia de diferentes signos y síntomas tanto directos como indirectos, pueden indicar alguna sospecha de que el paciente está siendo abusado sexualmente.	El médico en consulta ha de tener presente diferentes indicadores que permitan sospechar alguna forma de delito sexual.

Autor, Revista, Año	País	Medida de resultado	Conclusiones
Normas de atención integral de la violencia de genero.			

Investigadores defienden que revelar el suceso, expresar emociones, protege la salud mental y física de la víctima ante experiencias traumáticas, y será el mismo considerado como indicador directo de delito sexual. Mientras que evadir el tema exacerba la sintomatología psicopatológica de la víctima ^{5,7}.

Tabla 4: Protocolo y/o manejo de pacientes víctimas de delito sexual.

Recomendación y país	Recomendaciones
Organización Mundial de la Salud	Interactuar con el paciente en consulta y estar alerta ante posibles signos y síntomas, prestar atención médica, documentar evidencias, informar sobre recursos y procedimientos, coordinar con otros profesionales, derivar si fuera necesario, seguimiento y apoyo. Garantizando la privacidad y confidencialidad de cada paciente.
Principio de Asturias España	Transmitir por diferentes medios a todos los profesionales de la salud el protocolo vigente en cada hospital.
Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria España	Estar alerta en situaciones de riesgo, síntomas o signos que permitan la detección precoz de posibles delitos sexuales.
UNICEF México	Ante la presencia de este tipo de casos, las víctimas deberán tener más probabilidades de acceder y recibir beneficios médicos públicos subsidiados.

Recomendación y país	Recomendaciones
Salud sexual y reproductiva de la Mujer Nicaragua	Las decisiones de salud no se toman de manera aislada, libre de normas sociales y leyes nacionales, es por ello que, el personal de salud actuará de inmediato ante el primer contacto con la víctima, brindando anticoncepción de emergencia, servicio de aborto seguro y salud mental.
Ministerio de Salud Pública UNICEF Uruguay	En respuesta a este tipo de casos, el personal de salud deberá brindar apoyo de primera línea, resguardando su integridad documentará con exactitud la anamnesis, examen físico y pruebas forenses.
Instituto Médico Legal Niña Rodríguez El Salvador	Es importante que el médico forense reporte a detalle el examen físico y sea muy bien interpretada por las diferentes entidades competentes quienes destinan a exámenes como confirmación o negación del hecho.
Abordaje del Abuso Sexual Infantil Costa Rica	En caso de menores de edad será considerada como urgencia médica con una atención inmediata las primeras 24 – 72 horas del suceso, por lo que, es importante realizar una correcta valoración médica, historia clínica y examen físico adecuado con la finalidad de disminuir la gravedad de sus posibles consecuencias.
Ministerios de Salud Salud de la Mujer Brasil	Los servicios de salud deben seguir cartillas previamente elaboradas por estas entidades. Los cuales constituyen normas generales de atención, prevención de ITS, manejo en caso de embarazos o interrupción del mismo, además de cuidados interdisciplinarios, todo ello con la finalidad de prevenir y tratar consecuencias graves en este tipo de casos.
Ministerio de Educación y Cultura Paraguay	Fortalecimiento, capacitación y socialización sobre el correcto manejo del protocolo de atención a este tipo de pacientes, distintas entidades de atención directa, incluyendo a agentes de justicia, que deberán prevenir, detectar de manera oportuna y brindar atención inmediata.
Salud de la Mujer Bolivia	Ante el primer contacto, el personal de salud deberá evaluar y detectar síntomas de posibles problemas mentales y derivar a centro de salud mentales apropiados, en caso de no contar con esos servicios.
Asociación Colombiana de Psiquiatría Colombia	El abuso sexual en la infancia, puede prevenirse con campañas pretendiendo impactar positivamente el embarazo en la adolescencia.

Recomendación y país	Recomendaciones
Instituto Nacional de Salud Perú	Todo examen debe ser explícitamente fotodocumentado con colposcopio o cámara fotográfica, los cuales serán revisados por pares u expertos con la finalidad de asegurar la calidad del examen y continuar con procedimientos legales.
Ministerio de Salud Pública del Ecuador	Indistintamente de la usencia o presencia de indicadores, el médico realizará el tamizaje de rutina al paciente; con la finalidad de mejorar la atención, detección precoz y evitar revictimización. En sospecha de ITS, el tiempo en la toma de decisiones nunca deberán retrasar el inicio de profilaxis post-exposición.

El Protocolo común de actuación sanitaria Ministerios de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, incluyeron la detección de VHC, a pesar de no haber estudios de prevalencia en estos pacientes pues se recomienda el cribado dependiendo de los factores de riesgo de cada víctima ¹⁴.

Hasta mediados del 2014, el cultivo era la única prueba acreditada a este tipo de delitos, en el 2015 la CDC incluyeron el uso de TAAN para el diagnóstico oportuno de ITS. Siendo muy usada para valoración diagnóstica de víctimas de delito sexual, incluso si la muestra fue extraída del sitio de penetración o por intento de penetración no vaginal ^{14,19}.

En el tratamiento de profilaxis de VIH algunas guías reemplazan el Raltegravir por Dolutegravir (50mg c/24 horas), pero desde el 2018 la Administración de Medicamentos y Alimentos de los Estados Unidos (FDA) y la Agencia Europea de Medicamentos (EMA) determinan alteraciones del tubo neural en embarazadas, repercutiendo en los niños recién nacidos de madres tratadas con este antirretroviral ¹⁴.

En la actualidad la sensibilidad de test nos permite ampliar el tiempo en la toma de muestras hasta un máximo de 7 a 10 días; pero la higiene personal, transferencia de vestigios de diferentes tejidos, resultan limitantes al momento de aplicar estos test por la posible contaminación o eliminación de restos de ADN que pudo dejar el agresor ¹¹.

9. DISCUSIÓN

Un metaanálisis de 22 países estima que el 7.9% de los hombres y el 19.7% de las mujeres han sido víctimas de alguna forma de delito sexual antes de cumplir los 18 años de edad. Estudios internacionales señalan que la población infantil es víctima de delito sexual en alrededor del 10% para el sexo masculino, y del 20% para el sexo femenino; es por ello que, se ha considerado que el 35% de las mujeres a nivel mundial han experimentado algún tipo de delito sexual en su vida ^{4,8,16}. Sin embargo, Valle R, et al ²⁸, determinan que su prevalencia no está muy bien establecida a razón de casos no registrados, además, concuerdan que las agresiones sexuales intrafamiliares se presentan con mayor frecuencia en menores de edad del sexo femenino, a comparación del sexo masculino, con inicio temprano y de forma reiterada en la vida de cada paciente, siendo muy probable que iniciara en la niñez y persistieran en la adolescencia.

Meekers D, et al ²⁴, dan a conocer que la mayoría de consecuencias u complicaciones son consistentes en diferentes estudios, pues muestran que la violencia sea física, sexual o psicológica es común en América Latina y se refleja, en que la mayoría de víctimas abusadas sexualmente sufrieron algún tipo de abuso físico y psicológico, dando como resultado problemas mentales no deseados. De igual manera Cantón D, et al ⁵², señalan diversas consecuencias relacionadas con delitos sexuales acorde al estudio realizado, tales como, consecuencias a corto plazo con retraso en su desarrollo, estrés postraumático, inicio de vida sexual activa temprana, cambios socio-emocionales, agresivos, entre otros, y a largo plazo como depresión, ansiedad, baja autoestima e incluso problemas al momento de tener relaciones sexuales.

Daza J, et al ⁵³, determinan que el revelar el suceso es considerado un indicador directo representando el 51% de los casos, físicos 17%, alteraciones en el comportamiento 14%, problemas sociales 11% y por existencia de ambiente de abuso más descubrimiento del acto un 6%, sin embargo, el Fondo de las Naciones Unidas ⁵⁰, señala que, indicios de vida sexual temprana, pueden ser señales de diferentes tipos de problemas, y es considerado un indicador que el paciente presenta concretamente que algo va mal a nivel general y más específicamente en la sexualidad, para lo cual, se toman a consideración diversos indicadores que harán sospechar que el paciente se encuentra siendo víctima ante este tipo de situaciones.

Llama la atención en estudios la poca documentación que existe del tema a tratar, por ello, Rodríguez J, et al ⁵⁴, dan a conocer que los profesionales que se encuentran en relación deben estar capacitados, actualizados y organizados para una atención oportuna y de calidad de estos pacientes, sin embargo, Rodríguez B, et al ⁴, y Guitiérrez P, et al ⁴³, demostraron que solo el 67.2% de los profesionales de la salud conocen los protocolos de su casa hospitalaria e indagan posibles agresiones en consultas y/o indicadores de salud que permitan sospechar delitos sexuales; otras investigaciones corroboran lo dicho, pues se observó que en la práctica no se cumple con lo sugerido en guías y protocolos, dando lugar a cometer errores que los diferentes protocolos pretenden subsanar.

Investigaciones del Centers for Disease Control and Prevention ¹² y Ministerios de Salud del Ecuador ¹², recomiendan el diagnóstico, profilaxis y tratamiento oportuno en un lapso no mayor a las 72 horas cometido el delito, sin embargo, Hernández R, et al ¹⁴, sostienen que, algunos programas de Estados Unidos y Canadá no realizan cribado ante dichas agresiones, solo dan tratamiento profiláctico; mientras que otros solo la realizan en caso de ver sintomatología sin tratamiento profiláctico y solo realizan profilaxis en caso de haber cultivos positivos.

Es así que, los médicos deberán estar capacitados y actualizados con el protocolo a seguir, el cual será la base para una atención adecuada y oportuna del paciente; para ello, estudios y el conocimiento epidemiológico fortalecerán al desarrollo de programas de prevención y capacitación de los profesionales, que serán base para la lucha y disminución de delitos sexuales en la población. El presente estudio encuentra gran cantidad de casos registrados de delitos sexuales, profesionales no capacitados y/o organizados y además posibles consecuencias que sufren las presuntas víctimas, que deberán ser consideradas para futuros estudios.

10. CONCLUSIONES

Al considerarse un problema de salud pública a nivel mundial, está determinada por la alta prevalencia de casos registrados indistintamente del género y edad de la víctima, pero atribuible al sexo femenino en niñas, niños y adolescentes; y es en Ecuador que el Ministerio de Salud Pública pone a manifiesto que una de cada cuatro mujeres sufre algún tipo de delito sexual en su vida.

El personal de salud y demás profesionales implicados tienen un papel fundamental en cuanto a su detección y atención oportuna, pues diferentes estudios indican que el retraso en la detección de delitos sexuales sugiere una posible revictimización del paciente y con ello a complicaciones más graves que pueden repercutir en la vida adulta.

Es importante considerar a los diferentes indicadores físicos, psicológicos, sociales, emocionales y relatos espontáneos, que permitirán la detección oportuna de delitos sexuales; sin embargo, estos no están presentes en todos los pacientes y no son específicamente considerados para la confirmación o negación de los mismos, pero servirán al momento de sospechar de una posible agresión y con ello al diagnóstico y atención inmediata de la víctima.

Para ello se han elaborado protocolos de atención a víctimas de delito sexual, y será obligación del profesional la aplicación del mismo, dependiendo del protocolo acorde al estado en el que se encuentre. Para la cual el profesional ha de estar formado y actualizado en cuanto a las normativas vigentes de su estado y a su vez brindar una correcta atención de calidad a estos pacientes, teniendo como respaldo dicho protocolo establecido.

En tal caso, el protocolo vigente en Ecuador es considerado una herramienta de cumplimiento obligatorio, que en su primera instancia hace referencia a la salud como un derecho, resguardando y/o protegiendo a personas en desventaja y vulnerabilidad; pretende promover y garantizar la atención integrada del paciente. Para ello, el médico realizará la anamnesis de rutina teniendo presente indicadores que sugieran delito sexual, tales como psicológicos, emocionales, físicos, familiares, ya sean directos o indirectos que serán tomados a consideración al momento de ser remitido a la sala de primera acogida, donde, el médico responsable instruirá al paciente de

no realizarse lavados, cambios de ropa, tomar agua o alimentos en casos de fellatio, sin antes ser evaluado por el médico a cargo, además, de información de sus derechos, proceso legal, atención clínica, exámenes periciales y brindar alternativas de prevención de secuelas que pudo dejar la agresión, misma que deberá ser aplicada dentro de las 72 horas ocurrida la agresión, considerando que la toma de decisiones nunca deberá retrasar el inicio de profilaxis post - exposición. Todo ello con la finalidad de garantizar su confidencialidad, no revictimización y atención oportuna si fuera el caso.

11. FINANCIAMIENTO

Financiación

La presente revisión bibliográfica forma parte de Trabajo de Titulación, previo a obtención de título de médico, sin financiamiento alguno.

Conflicto de interés

Ninguno.

CAPÍTULO IV

12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Fernández C, Gollan D. Protocolo para la atención integral de víctimas de violaciones sexuales. Instructivo para equipos de salud. 2015;2(1):48.
2. Torre M, Cevallos E, Velasteguí J, Cabrera P. Normas y protocolos de atención Integral de la violencia de género, intrafamiliar y sexual por ciclos de vida. Ministerio salud pública (MSP). (1):106.
3. Espinosa V, Cornejo F, Granja P, Calle J. Plan Nacional de Salud y Salud Reproductiva. Ministerio de Salud Pública (MSP). 2021 de 2017;278.
4. Rodríguez-Blanes GM, Vives-Cases C, Miralles-Bueno JJ, San Sebastián M, Goicolea I. Detección de violencia del compañero íntimo en atención primaria de salud y sus factores asociados. Gaceta Sanitaria. 2017;31(5):410-5.
5. Lozano F, García M, Sande S, Perdomo V. Protocolo para el abordaje de situaciones de violencia sexual hacia niñas, niños y adolescentes en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, UNICEF Uruguay Ministerio de Salud Pública (MSP). 2018;1(1):96.
6. Gómez-Durán EL, Lailla-Vicens JM, Arimany-Manso J, Pujol-Robinat A. La atención interdisciplinaria en la violencia sexual. Revista Española de Medicina Legal. 2014;40(3):89-90.
7. Pereda N, Sicilia L. Reacciones sociales ante la revelación de abuso sexual infantil y malestar psicológico en mujeres víctimas. Psy intervention. 2017;26(3):131-8.
8. Dos Santos Silva W, Oliveira Barroso-Júnior U. Características de los menores de 12 años con examen médico forense por sospecha de abuso sexual en Salvador. Revista Española de Medicina Legal. 2016;42(2):55-61.
9. Ministerios Coordinador de Desarrollo Social y de Salud, y Fiscalía presentan Norma Técnica de Atención Integral en Violencia de Género – Ministerio de Salud Pública [Internet]. [citado 31 de julio de 2020]. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/ministerios-coordinador-de-desarrollo-social-y-de-salud-y-fiscalia-presentan-norma-tecnica-de-atencion-integral-en-violencia-de-genero/>
10. Tadros A, Sharon M, Hoffman S, Davidov D. Emergency Department Visits for Sexual Assault by Emerging Adults: Is Alcohol a Factor? WestJEM. 2018;19(5):7.

11. Santurtún M, García Gutiérrez FJ, Agudo Cuesta G, Zarrabeitia MT, Santurtún A. El delito contra la libertad sexual en el anciano: una realidad escondida difícil de detectar. *Revista Española de Medicina Legal*. 2019;45(1):35-7.
12. Vance Mafla C, Acurio Paéz D, Fuirova Maldonado M, Torres Castillo AL. Norma Técnica: Atención Integral en Violencia de Género. Ministerio salud pública (MSP) del Ecuador. 2016;128.
13. Berrezueta H, Ordoñez L. CODIGO ORGANICO INTEGRAL PENAL, COIP. REPUBLICA DEL ECUADOR ASAMBLEA NACIONAL. 2019;282.
14. Hernández Ragpa L, Valladolid Urdangaray A, Ferrero Benítez OL, Díez Sáez C. Infecciones de transmisión sexual en el contexto de una agresión sexual. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*. 2019;37(3):187-94.
15. Fontanil Y, Alcedo Á. Protocolo contra la Violencia Sexual del Principio de Asturias. GOBIERNO DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS. 2018;114.
16. Giménez Mollá V, Valladolid Baringo N. Detección de abuso sexual en una muestra de donantes de gametos en España. *Medicina Reproductiva y Embriología Clínica*. 2017;4(1):32-42.
17. Martínez-Catena A, Redondo S. Etiología, prevención y tratamiento de la delincuencia sexual. *Anuario de Psicología Jurídica*. 2016;26(1):19-29.
18. Benedicto C, Roncero D, González L. Agresores sexuales juveniles: tipología y perfil psicosocial en función de la edad de sus víctimas. *Anuario de Psicología Jurídica*. 2017;27(1):33-42.
19. James E, Alderman E, Jakubiank J, Leventhal J. Care of the Adolescent After an Acute Sexual Assault. *American Academy of Pediatrics - COMMITTEE ON CHILD ABUSE AND NEGLECT, COMMITTEE ON ADOLESCENCE*. 2017;139(3):18.
20. Silva JV da, Roncalli AG, Silva JV da, Roncalli AG. Trend of social iniquities in reports of sexual violence in Brazil between 2010 and 2014. *Revista Brasileira de Epidemiologia [Internet]*. 2020 [citado 3 de enero de 2021];23. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1415-790X2020000100442&lng=en&nrm=iso&tlng=en
21. Luffy SM, Evans DP, Rochat RW. "Regardless, you are not the first woman": an illustrative case study of contextual risk factors impacting sexual and reproductive health and rights in Nicaragua. *BMC Womens Health [Internet]*. 2019 [citado 3 de

- enero de 2021];19. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6570882/>
22. Navas J, Acuña M. Abuso sexual en menores de edad: generalidades, consecuencias y prevención. *Medicina Legal de Costa Rica*. marzo de 2014;31(1):57-69.
 23. Mendoza-Meléndez MÁ, Cepeda A, Frankeberger J, López-Macario M, Valdez A. History of child sexual abuse among women consuming illicit substances in Mexico City. *J Subst Use*. 2018;23(5):520-7.
 24. Meekers D, Pallin SC, Hutchinson P. Intimate partner violence and mental health in Bolivia. *BMC Womens Health*. 2013;13:28.
 25. Ishida K, Stupp P, Melian M, Serbanescu F, Goodwin M. Exploring the associations between intimate partner violence and women's mental health: Evidence from a population-based study in Paraguay. *Social Science & Medicine*. noviembre de 2010;71(9):1653-61.
 26. González Borgne R, Arguello Cañiza V, Amarilla Espinoza A, Vargas G, Delgado M, Cid A, et al. PARAGUAY Y LA PROTECCIÓN DE LA NIÑEZ CONTRA EL ABUSO Y TODAS FORMAS DE VIOLENCIA. CÓDIGO DE LA NIÑEZ Y LA ADOLESCENCIA. 2015;(1):66.
 27. Restrepo Martínez M, Trujillo Numa L, Restrepo Bernal D, Torres de Galvis Y, Sierra G. Abuso sexual y situaciones de negligencia como factores de riesgo de embarazo adolescente. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 2017;46(2):74-81.
 28. Valle R, Bernabé-Ortiz A, Gálvez-Buccollini JA, Gutiérrez C, Martins SS. Intrafamiliar and extrafamiliar sexual assault and its association with alcohol consumption. *Rev Saude Publica [Internet]*. 2018 [citado 3 de enero de 2021];52. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6280627/>
 29. Babchishin KM, Seto MC, Sariaslan A, Lichtenstein P, Fazel S, Långström N. Parental and perinatal risk factors for sexual offending in men: a nationwide case-control study. *Psychological Medicine*. 2017;47(2):305-15.
 30. Noll JG, Guastaferrero K, Beal SJ, Schreier HMC, Barnes J, Reader JM, et al. Is sexual abuse a unique predictor of sexual risk behaviors, pregnancy, and motherhood in adolescence? *J Res Adolesc*. 2019;29(4):967-83.
 31. Sanders J, Hershberger AR, Kolp HM, Um M, Aalsma M, Cyders MA. PTSD symptoms mediate the relationship between sexual abuse and substance use risk in juvenile justice involved youth. *Child Maltreat*. 2018;23(3):226-33.

32. Hu MH, Huang GS, Huang JL, Wu CT, Chao AS, Lo FS, et al. Clinical characteristic and risk factors of recurrent sexual abuse and delayed reported sexual abuse in childhood. *Medicine (Baltimore)* [Internet]. 2018 [citado 2 de enero de 2021];97(14). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5902297/>
33. Herrero Ó, Negredo L. EVALUACIÓN DEL INTERÉS SEXUAL HACIA MENORES. *Anuario de Psicología Jurídica*. 2016;26(1):30-40.
34. De Santisteban P, Gámez-Guadix M. Estrategias de persuasión en grooming online de menores: un análisis cualitativo con agresores en prisión. *Psy intervention*. 2017;26(3):139-46.
35. Scott MT, Manzanero AL, Muñoz JM, Köhnken G. Admisibilidad en contextos forenses de indicadores clínicos para la detección del abuso sexual infantil. *Anuario de Psicología Jurídica*. 2014;24(1):57-63.
36. Fernández Alonso M del C. Compromiso de la atención primaria ante la violencia de género. ¿Hemos superado el reto? *Atención Primaria*. 2015;47(3):129-30.
37. Santurtún A, Agudo Cuesta G, Zarrabeitia MT. Dificultades forenses y procesales de la sumisión química. *Revista Española de Medicina Legal*. 2017;43(4):173-5.
38. Fontarigo RR, Pérez-Lahoz V, González-Rodríguez R. EL ABUSO SEXUAL INFANTIL: OPINIÓN DE LOS/AS PROFESIONALES EN CONTEXTOS EDUCATIVOS. ADOLESCENCIAS Y RIESGOS: ESCENARIOS PARA LA SOCIALIZACIÓN EN LAS SOCIEDADES GLOBALES. 2018;(23):21.
39. Espinosa Luna C, Luis AJ. ¿CÓMO SE ACREDITAN LAS VIOLACIONES A DERECHOS HUMANOS? EL CASO DE LA COMISIÓN DE DERECHOS HUMANOS DEL DISTRITO FEDERAL (CDHDF). *Cuestiones Constitucionales*. 2016;34:143-68.
40. Amores-Villalba A, Mateos-Mateos R. Revisión de la neuropsicología del maltrato infantil: la neurobiología y el perfil neuropsicológico de las víctimas de abusos en la infancia. *Psicología Educativa*. 2017;23(2):81-8.
41. López S, Faro C, Lopetegui L, Pujol-Ribera E, Monteagudo M, Cobo J, et al. Impacto del abuso sexual durante la infancia-adolescencia en las relaciones sexuales y afectivas de mujeres adultas. *Gaceta Sanitaria*. 2017;31(3):210-9.
42. Hailes HP, Yu R, Danese A, Fazel S. Long-term outcomes of childhood sexual abuse: an umbrella review. *The Lancet Psychiatry*. 2019;6(10):830-9.

43. Gutiérrez de Piñeres Botero C. Análisis de las prácticas de entrevistas forenses durante la etapa de investigación por denuncias de delitos sexuales en contra de niños, niñas y adolescentes/ Analysis of the practices in forensic interviews during the investigation phase of allegations. *Psicogente* [Internet]. 2017 [citado 3 de agosto de 2020];20(37). Disponible en: <http://revistas.unisimon.edu.co/index.php/psicogente/article/view/2422>
44. Hidalgo C, García C, Ruiz D. Agresión sexual: evaluación y seguimiento | Atención Primaria. *Atención Primaria*. 2019;1-11.
45. Vásquez Soplopuc H, Miraval Toledo M, Caballero Ñopo P. Colposcopio para para el examen de alteraciones himeneales en casos de abuso sexual. *SERIE EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍA SANITARIA*. 2019;1(1):21.
46. Caravaca Sánchez F, Romero MF, Maldonado AL. Abusos y agresiones sexuales en prisión, percepción de los internos sobre la existencia de desórdenes mentales como factor de vulnerabilidad. *Revista Española de Medicina Legal*. 2015;41(2):47-52.
47. Fung Fallas MP, Medina Correas NV, Quesada Musa C. Abordaje del abuso sexual infantil. *Rev.méd.sinerg*. 1 de abril de 2020;5(4):e368.
48. Passos AIM, Gomes DAY, Gonçalves CLD. Perfil do atendimento de vítimas de violência sexual em Campinas. *Rev Bioét*. enero de 2018;26(1):67-76.
49. Viñas Velázquez BM, Mejía Ramírez MA, Martínez Álvarez Y, Islas Limón JY. Sexualidad positiva y prevención de abuso sexual infantil en la frontera norte de México. *PSIENCIA* [Internet]. 1 de abril de 2015 [citado 27 de mayo de 2022];7(1). Disponible en: <http://www.psiencia.org/index.php/psiencia/article/view/136/180>
50. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. CÓMO PREVENIR EL ABUSO SEXUAL CONTRA NUESTROS HIJOS E HIJAS. UNICEF. 2017;1(1):40.
51. Ríos Vargas A, Coppari N, Martínez R, Vargas M, Rojas F. LA POLÍTICA PARAGUAYA Y SU INSERCIÓN EN ASUNTOS JURÍDICOS. *UNIHUMANITAS*. 2018;1(1):93.
52. Cantón-Cortés D, Cortés MR. Consecuencias del abuso sexual infantil: una revisión de las variables intervinientes. *analesps*. 25 de abril de 2015;31(2):552.
53. Daza JA, Hoyos A de B, Cano DH, Flechas NE. EPIDEMIOLOGIA DEL ABUSO SEXUAL INFANTIL. *Revista de Psicología GEPU*. 2012;3(1):31.

54. Rodríguez JG de la C. Guidelines for professional conduct in the care of child victims in institutes of legal medicine and forensic science. Spanish Journal of Legal Medicine. 2020;46(1):1-3.

AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL

FREDDY WILLIAM CORONEL CHUMBI portador(a) de la cédula de ciudadanía N° 0106423486. En calidad de autor/a y titular de los derechos patrimoniales del trabajo de titulación “DELITOS SEXUALES, UNA MIRADA A LATINOAMÉRICA. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA” de conformidad a lo establecido en el artículo 114 Código Orgánico de la Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación, reconozco a favor de la Universidad Católica de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos y no comerciales. Autorizo además a la Universidad Católica de Cuenca, para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el Repositorio Institucional de conformidad a lo dispuesto en el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 28 de junio de 2022



.....
FREDDY WILLIAM CORONEL CHUMBI

C.I. 0106423486