

# Especialización en Medicina Legal

## Trabajo Final de Especialización

Autora: Araseli Carolina Panetta

**ABUSO SEXUAL DE NIÑOS**

2014

*Citar como:* Panetta, A. C. (2014). Abuso sexual infantil: hallazgos físicos para el reconocimiento de la víctima. [Trabajo Final de Especialización, Universidad ISALUD]. RID ISALUD.

## ÍNDICE:

|                                                                                                                                                       |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 1) Introducción .....                                                                                                                                 | 4  |
| 2) Problema .....                                                                                                                                     | 6  |
| 3) Objetivos .....                                                                                                                                    | 8  |
| 4) Desarrollo .....                                                                                                                                   | 9  |
| 4.1) Legislación vigente .....                                                                                                                        | 9  |
| 4.1.1) Tratamiento legal que el Código Penal y la leyes vigentes prestan a los delitos contra la integridad sexual sufridos por menores de edad ..... | 9  |
| 4.1.2) Análisis de los Artículos 119 y 120 del CP, según la ley 25087 .....                                                                           | 11 |
| 4.1.3) Marco legal y denuncia en los delitos contra la integridad sexual .....                                                                        | 14 |
| 4.2) Concepto ASI .....                                                                                                                               | 17 |
| 4.2.1) El Abuso Sexual como una de las Tipologías de Maltrato Infantil .....                                                                          | 17 |
| 4.2.2) El Abuso Sexual como un Abuso de Poder .....                                                                                                   | 19 |
| 4.2.3) Tipos de abusos sexuales a menores .....                                                                                                       | 20 |
| 4.2.4) Diferencia entre abuso sexual y juego sexual .....                                                                                             | 21 |
| 4.2.5) Modelo etiológico .....                                                                                                                        | 21 |
| 4.3) Anatomía funcional genitoanal. Evolución según la etapa madurativa .....                                                                         | 22 |
| 4.3.1) Anatomía de los Genitales Externos Femeninos .....                                                                                             | 22 |
| 4.3.2) Hallazgos genitales normales de interés medicolegal .....                                                                                      | 31 |
| 4.3.3) Anatomía del ano .....                                                                                                                         | 33 |
| 4.3.4) Hallazgos anales normales de interés medicolegal .....                                                                                         | 35 |
| 4.3.5) Anatomía de los genitales externos masculinos .....                                                                                            | 36 |
| 4.4) Hallazgos físicos en el examen pericial de la víctima menor .....                                                                                | 38 |

|                                                         |    |
|---------------------------------------------------------|----|
| 4.4.1) Signos Genitoanales.....                         | 40 |
| 4.4.1) a) Signos genitales.....                         | 40 |
| 4.4.1) b) Signos anales.....                            | 46 |
| 4.4.1) c) Signos de acceso bucal.....                   | 48 |
| 4.4.1) d) Signos extragenitales asociados al abuso..... | 49 |
| 4.4.2) Categorización de los hallazgos físicos.....     | 49 |
| 5) Conclusiones.....                                    | 53 |
| 6) Bibliografía.....                                    | 55 |

## 1) INTRODUCCIÓN:

El abuso sexual infantil no es una patología nueva, sino una de las formas de maltrato infantil que acompañó al desarrollo del hombre durante toda su historia. Aparece en la literatura, en el cine y frecuentemente en noticias periodísticas. Es el más escondido de los maltratos y del que menos se conoce, tanto en el ambiente médico legal como en el social.

El abuso Sexual Infantil (de ahora en más ASI), es un problema universal que está presente en todas las culturas y sociedades, constituyendo un complejo fenómeno resultante de la combinación de factores individuales, familiares y sociales.

Aún en nuestros días, cuesta entender que el ASI no siempre desemboca en una violación (ataque sexual) y la mayor parte de las veces se trata de acercamientos sexuales que ocurren de manera reiterada, crónica y no accidental, sin que el victimario recurra a la fuerza física, aprovechando una relación de confianza o de poder que ejerce sobre la víctima.

A lo largo de la historia el diagnóstico de las lesiones producto de actos abusivos sexuales se fue haciendo más complejo y requerido a medida que fue aumentando la frecuencia de la denuncia del delito. Actualmente, el médico examinador descarta el simplismo de concebir al “desgarro” como el único signo estigmatizador de violencia sexual <sup>1</sup>, ampliando el campo de observación ante otros hallazgos físicos que indican retrospectivamente que el abuso ha ocurrido, teniendo en cuenta que la mayoría de las denuncias se presentan luego de cierto tiempo de que el hecho viene sucediendo.

Paralelamente, el avance en los métodos auxiliares de diagnóstico en las últimas décadas del siglo XX, la conceptualización del término y la evolución de la legislación sobre el tema en el ámbito nacional e internacional, marcaron un camino en la tarea de los profesionales involucrados en el tema.

En todos los casos, el diagnóstico médico-forense de abuso sexual de niñas y niños generalmente constituye un difícil desafío, ya que por las características del acto abusivo, los hallazgos periciales difieren de los que se encuentran en las víctimas adultas de agresiones sexuales.

Las consecuencias de un error pericial en la materia son tan graves cuando se pasa por alto el abuso sexual como cuando se realiza su diagnóstico erróneo.<sup>2</sup>

El propósito de éste trabajo es realizar una descripción actualizada sobre los hallazgos físicos en el reconocimiento de la víctima menor que ha padecido Abuso Sexual. Esta se basa en la recopilación

<sup>1</sup> Criado M, Eleta G. Evaluación Física Médico Forense del Abuso Sexual Infante-Juvenil, 2008. Editorial Dosyuna. Ediciones Argentinas. Buenos Aires

<sup>2</sup> Rodríguez Almada H. *Maltrato y abuso sexual de niños. Una revisión crítica*. Granada: Comares; 2006

y análisis de la información de distintos autores, seleccionando según criterio propio, artículos y bibliografía para realizar una puesta al día en la tarea pericial, intentando no omitir hallazgos que pudieran ser relevantes y tener trascendencia para tipificar el delito o para identificar al autor.

En el mismo se desarrolla la legislación vigente, el desarrollo del concepto ASI, su dimensión, alcances e implicancias, la descripción anatomofuncional de los genitales de la niña y del niño, para finalmente concluir con la descripción detallada de los hallazgos físicos específicos e inespecíficos que derivarán del examen minucioso durante la tarea pericial.

Esto es relevante para al médico legista, ya que su desconocimiento y subvaloración puede conducir no solo al subdiagnóstico y a revictimizar a los niñas y niños, sino también a dejar que el perpetrador continúe con éstas y/u otras víctimas.

## 2) PROBLEMA:

A la hora de afrontar el problema del niño/a víctima de ASI, el perito se encuentra con una serie de barreras que van más allá del fenómeno en sí: los miedos de la sociedad (de la cual el perito forma parte), la imposibilidad de comprender que algo así suceda, generando actitudes defensivas, de rechazo ante el problema.

Las actitudes defensivas más frecuentes son negar o ocultar el problema, dudar de la veracidad del relato del niño o niña, considerarlo una fantasía de éste, minimizar o banalizar sus consecuencias. Por parte de los médicos, educadores y familiares del menor, son habituales el silencio y la negación, caracterizados por la falta de detección oportuna, y la ausencia de la comunicación de sospecha y denuncia.

El abuso sexual es una de las formas de maltrato infantil, vulnera la sexualidad del menor, daña el desarrollo físico, afectivo y social.

Tiene características diferenciales respecto a los otros tipos de maltrato:

- la mayoría de los casos (90%) el agresor es un familiar o una persona muy allegada.
- mayor prevalencia en niñas que en niños; en un rango de edad entre los 6 y 12 años, afecta también a niños con discapacidad física o psíquica.
- sin violencia física (con violencia, sólo el 10% de los casos), pero sí violencia emocional. Se emplea la manipulación y el engaño, o la amenaza y el soborno, lo cual hace muy difícil la revelación por parte del menor.
- es una cuestión de abuso de poder.

Por todo esto, se evidencia que existen deficiencias en los procesos de investigación judicial a la hora de entender ésta realidad que es la que vive el menor abusado sexualmente cuando se busca en la Justicia la protección.

El descreimiento del testimonio, la revictimización, la exposición del niño al examen físico y las dificultades generadas por informes periciales controversiales, hacen que la tarea en el reconocimiento de la víctima menor abusada y la descripción precisa de las lesiones, sea insuficiente.

Se requiere de un análisis profundo de cada caso en particular, con el aporte fundamental de otras disciplinas (Psicología, Trabajo Social, Pediatría, Ginecología) lo cual obliga al médico legista a trabajar en equipo, constituyendo un desafío complejo para éste.

Hay que dejar de lado la creencia de que el examen físico y sus hallazgos tienen mayor validez que otras pericias (la psicológica por ejemplo) en el ASI. Los elementos físicos diagnósticos emergentes

del examen son valiosísimos pero deben ser correlacionados con la historia relatada por el menor, teniendo en cuenta que la ausencia de signos no invalida la información brindada por su relato.<sup>3</sup>

Es imperioso tener en cuenta al momento del examen, que en los niños pequeños casi nunca existe penetración, dada la incompatibilidad anatómica adulto-niño/a. Estas características determinan que los hallazgos periciales difieran completamente de los que se encuentran en las víctimas adolescentes y niños mayores agredidos sexualmente, lo cual requiere además, de un entrenamiento específico en el reconocimiento de las estructuras anatómicas en las distintas etapas madurativas de la infancia y la adolescencia.

Se debe relativizar la importancia de un examen genital y anal “negativo”, a la vez que se debe ser prudente al atribuir al abuso sexual, los hallazgos anormales genitales o anales.

Actualmente se tiende a descartar el simplismo de concebir al “desgarro” como el único signo estigmatizador de violencia sexual, incorporando al examen la búsqueda y observación de otros hallazgos físicos que indican retrospectivamente que el abuso ha ocurrido, teniendo en cuenta que la mayoría de las denuncias se presentan luego de cierto tiempo de que el hecho viene sucediendo.

Es necesario conocer la sensibilidad y especificidad de los hallazgos físicos capaces de asociarse con ASI, para evitar pasar por alto los casos reales o formular diagnósticos erróneos, ya que ambas situaciones pueden generar considerables daños a las niñas, niños y sus familias.

Si ha ocurrido o no una agresión sexual, es un problema policial y legal, no médico. La ilegalidad, el empleo de la fuerza o el engaño, la falta de consentimiento y otras circunstancias agravantes deben ser demostrados en cada caso en función a la ley.

---

<sup>3</sup> Intebi, I. “ASI en las mejores familias”.1º ed. Buenos Aires. Granica, 1998, 203 p. (Indicadores físicos del abuso: cuerpos que hablan) p.203-221.

### **3) OBJETIVOS:**

#### **Objetivo General:**

1) Recopilar, seleccionar y analizar la información sobre ASI, con el fin de facilitar el abordaje en el reconocimiento de la víctima menor durante la tarea pericial.

#### **Objetivos Específicos:**

- 1) Mencionar y describir la legislación vigente en la República Argentina.
- 2) Desarrollar el concepto de ASI, su dimensión e implicancias desde el punto de vista social y legal.
- 3) Describir la anatomía funcional de los genitales y su evolución según la etapa madurativa.
- 4) Determinar los hallazgos físicos específicos e inespecíficos en el examen pericial de la víctima menor.

## 4) DESARROLLO:

A continuación se desarrollarán los objetivos planteados según el siguiente orden:

1. Legislación vigente.
2. Concepto ASI.
3. Anatomía genitoanal. Evolución según la etapa madurativa
4. Hallazgos físicos en el ASI.

### 4.1) Legislación vigente

4.1.1) Tratamiento legal que el Código Penal y la leyes vigentes prestan a los delitos contra la integridad sexual sufridos por menores de edad.

Desde el día 7 de mayo de 1999 está vigente en nuestro país una nueva legislación penal, más acorde a la evolución social y política acaecida a lo largo del tiempo, que dejaron obsoleto el texto penal anterior, elaborado el siglo pasado (1921).

La ley 25.087 incorpora al Código Penal (CP), en el libro Segundo, Título III, las figuras correspondientes a los denominados “Delitos Contra La Integridad Sexual”, siendo un concepto más amplio respecto del criterio anteriormente empleado en los “Delitos contra la Honestidad Sexual”.

Esta nueva denominación está dirigida a la protección de la dignidad sexual de la persona, sus derechos sexuales, y a su integridad, entendida ésta como la libertad que tiene toda persona, con capacidad válida de expresar su voluntad, a tener una actividad sexual acorde a sus deseos y no en contra de su voluntad, reafirmandose la intangibilidad sexual de los menores de cierta edad e incapaces, ya que se considera que éstos no pueden otorgar un consentimiento válido.

En la actualidad los Delitos Contra la Integridad Sexual (de ahora en más DCIS) se hallan tipificados de la siguiente forma:

- 1) Abuso sexual y sus variantes (artículos 119 y 120).
- 2) Corrupción y prostitución (artículos 125, 126 y 127).
- 3) Pornografía (artículo 128).
- 4) Exhibiciones obscenas (artículo 129).
- 5) Rapto (artículo 130).

Por las características del presente trabajo, sólo se desarrollarán los artículos 119 y 120 del CP.

#### Artículo 119 CP:

La ley 25087 en su artículo II dice: “Substitúyase el artículo 119 del CP por el siguiente texto”:

1º “Será reprimido con reclusión o prisión de 6 meses a 4 años, el que abusare sexualmente de persona de uno u otro sexo cuando ésta fuera menor de 13 años o cuando mediare violencia, amenaza, abuso coactivo o intimidatorio de una relación de dependencia, de autoridad, o de poder, aprovechándose que la víctima por cualquier causa no haya podido consentir libremente su acción” (*Abuso Sexual*).

2º “La pena será de 4 a 10 años de reclusión o prisión cuando el abuso por su duración o circunstancia de su realización, hubiere configurado un sometimiento gravemente ultrajante para la víctima”.

3º “La pena será de 6 a 15 años de reclusión o prisión cuando mediante las circunstancias del primer párrafo hubiese acceso carnal por cualquier vía”.

4º En los supuestos de los párrafos 2º y 3º (*sometimiento sexual gravemente ultrajante o acceso carnal por cualquier vía*), la pena será de 8 a 20 años de reclusión o prisión si:

- a) “resultare un grave daño a la salud física o mental de la víctima;
- b) el hecho fuere cometido por ascendiente, descendiente, afín en línea recta, hermano, tutor, curador, ministro de algún culto reconocido o no, encargado de su educación o guarda;
- c) el autor tuviere conocimiento de ser portador de una Enfermedad de Transmisión Sexual grave, y hubiese existido peligro de contagio;
- d) el hecho fuere cometido por 2 o más personas, o con armas;
- e) el hecho fuere cometido por personal perteneciente a las fuerzas policiales o de seguridad en ocasión de sus funciones;
- f) el hecho fuere cometido contra un menor de 18 años, aprovechando la situación de convivencia preexistente con el mismo”.

En el supuesto del 1º párrafo (*Abuso Sexual*), la pena será de 3 a 10 años de reclusión o prisión si concurren las circunstancias previstas en los incisos a), b), d), e) o f).

#### Artículo 120 del CP:

“Será reprimido con prisión o reclusión de 3 a 6 años el que realice alguna de las acciones previstas en el 2º o 3º párrafo del artículo 119 con una persona menor de 16 años, aprovechándose de su inmadurez sexual, en razón de la mayoría de edad del autor, su relación de preeminencia respecto de la víctima, u otra circunstancia equivalente, siempre que no resultare un delito más severamente penado”.

La pena será de 6 a 10 años si mediare alguna de las circunstancias previstas en los incisos a), b), c), e) o f) del párrafo 4º del artículo 119 del CP.

#### Artículo 124 del CP:

Agravante de los artículos anteriores.

*“Se impondrá reclusión o prisión de quince a veinticinco años, cuando en los casos de los artículos 119 y 120 resultare la muerte de la persona ofendida”.*

#### 4.1.2) Análisis de los Artículos 119 y 120 del CP, según la ley 25087

El bien jurídico protegido es el derecho de toda persona a disponer libremente de su cuerpo, ya que este tipo de agresiones no afectan sólo al honor o la honestidad de las víctimas (como lo explicitaba el derogado artículo), sino a su integridad y dignidad como personas, ya que atentan contra la privacidad y la identidad de las víctimas.

Existen 4 figuras:

1. Abuso sexual simple
2. Abuso con sometimiento sexual gravemente ultrajante
3. Abuso sexual con acceso carnal
4. Abuso sexual con aprovechamiento de la inmadurez sexual de la víctima.

a) 1º párrafo: *Abuso Sexual*: La *conducta típica* consiste en efectuar un contacto corporal que tenga connotación sexual, sin contar con el debido consentimiento por parte de ésta, o si dicho consentimiento, por alguna circunstancia no fuera válido.<sup>4</sup>

Se pena todo contacto intencional y voluntario del autor con el cuerpo de la víctima con el objetivo de obtener una satisfacción de tipo erótica. Es necesaria la existencia de acciones de carácter sexual que ejerce el victimario sobre la víctima a través del contacto cuerpo a cuerpo tales como: *aproximación, tocamiento o frotamiento* en los orificios naturales (boca, vagina, ano).

El concepto de *violencia o amenazas*, se refiere a que actúa con violencia quien despliega una energía física sobre el cuerpo de otra persona con el fin de doblegar la voluntad de ésta o quebrantar su resistencia. El delito se comete mediante *amenazas*, cuando el autor doblega a la víctima no por la violencia sino por el *temor*, para lo cual puede valerse de anuncios o hechos intimidatorios sobre males futuros, que podrán recaer sobre la propia persona de la víctima, sobre sus seres queridos o sobre sus bienes materiales, con el claro propósito de atemorizar, ejerciendo una verdadera coacción sobre la víctima.<sup>5</sup>

---

<sup>4</sup> Patiño, A. “Manual de Medicina Legal”, 1º ed. Buenos Aires. Librería Akadia Editorial, 2008, 197 p. (Delitos contra la integridad sexual) p. 195 – 206.

<sup>5</sup> Romi, J. “Ley 25087/99. Modificación de los delitos sexuales”. Buenos Aires. Publicaciones en Medicina Legal, Psiquiatría y Sexología. 2013, 6 p. (Capítulo 3; Descripción de las nuevas figuras).

El nuevo artículo 119 del CP se refiere “...aprovechándose de que la víctima por cualquier causa no haya podido consentir libremente la acción...”; a cualquier situación sea física o patológica (obnubilación, inconsciencia, etc.) que impida consentir con libertad una acción. El criterio es más amplio y comprende además otras causas como el error, el engaño y la sorpresa.

b) 2º párrafo: *Abuso Sexual con sometimiento gravemente ultrajante*: Según la Real Academia Española: “sometimiento” significa acción o efecto de someter o someterse. Someter es la acción de sujetar, humillar a una persona, tropa o facción. Una segunda definición se refiere a subordinar el juicio, decisión o afectos propios a los de otra persona.

“Ultrajante”, proviene de ultrajar, término que significa ajar o injuriar de obra o palabra, despreciar o tratar con desvío a una persona.

La doctrina tradicional entiende por “ultrajar”, el violentar la dignidad de la víctima respecto de su derecho a la libertad sexual, a la forma, modo, lugar, oportunidad y elección de la persona con quien desea realizar la actividad sexual.

La ley penal utiliza el “ultraje” como la degradación o humillación (cosificación) o el efectivo daño psicoemocional que ha padecido o experimentado una víctima, en este caso, de un ataque sexual.

La nueva ley establece que la gravedad del ultraje amerita una pena mayor constituyendo una modalidad agravada del abuso sexual. La objetivación del ultraje no está tipificada en la nueva ley razón por la cual queda al criterio subjetivo del juzgador.<sup>6</sup>

c) 3º párrafo: *Abuso Sexual con acceso carnal o violación*: “Acceso carnal” se refiere a la penetración peneana en cualquiera de los orificios naturales: vaginal, anal, bucal (“cualquier vía”), siendo la víctima tanto del sexo femenino como masculino. La penetración puede ser total o parcial y puede o no existir eyaculación.

Para que se configure el abuso sexual con acceso carnal es necesario, además de éste, que medie las circunstancias del párrafo 1º, es decir, que la víctima sea una persona de uno u otro sexo que no haya cumplido 13 años, o que la víctima, siendo mayor de esa edad, por cualquier causa no haya podido consentir libremente la acción.

d) 4º párrafo: *Abuso sexual con aprovechamiento de la inmadurez sexual de la víctima*: la figura del delito implica *acceso carnal por cualquier vía*, pudiendo ser víctimas personas de ambos sexos, con edades comprendidas entre los 13 a 16 años, siendo la inmadurez o la *inexperiencia sexual* de la víctima, el elemento distintivo que es aprovechado por el autor. Si concurrieren las circunstancias descriptas en el 2º párrafo del artículo 119 CP (violencia, amenazas, etc.) se estaría ante el delito de violación.

---

<sup>6</sup> Romí, J. “Ley 25087/99. Modificación de los delitos sexuales”. Buenos Aires. Publicaciones en Medicina Legal, Psiquiatría y Sexología. 2013, 7 p. (Capítulo 3; Descripción de las nuevas figuras).

### Elementos que caracterizan al delito (artículo 119 CP):

*Victimario:* el género del sexo del autor puede ser indistinto en el 1º, 2º y 4º párrafos, siendo éstos actos abusivos hétero u homosexuales. En el 3º párrafo lleva implícito la participación del varón como sujeto activo, único capaz de penetrar para consumir el acceso carnal.

*Acto:* *Abuso sexual* realizado por personas de sexo femenino o masculino a través de una acción hétero u homosexual, en víctimas de sexo cuyo género es indistinto. El *acceso carnal* cometido en un hombre o en una mujer, supone la existencia de una capacidad receptiva conocida como “vía“, representada por las cavidades naturales del organismo (boca, ano, vagina). Para que se configure el delito, el acceso carnal total o parcial es indispensable, pudiendo o no existir eyaculación, que de estar presente, se convierte en un importante elemento de prueba.<sup>7</sup>

#### *Circunstancias:*

- a) Menor de 13 años
- b) Por medio de violencia o amenazas
- c) Abuso coactivo o intimidatorio de una relación de dependencia, autoridad o poder.
- d) Aprovechar que la víctima por cualquier causa, no haya podido consentir libremente la acción.

*Víctima:* persona de uno u otro sexo que no haya prestado consentimiento libremente o que habiendo consentido, éste no sea válido.

*Consentimiento:* Según la R.A.E, se le designa al acto y resultado de consentir, es decir, aprobar la concreción de algo, condescender, tener por cierto algo, otorgar, permitir algo.

Éste puede:

#### a) **estar ausente** (no existe consentimiento):

- 1) cuando el agresor *emplea su fuerza física* venciendo la resistencia de la víctima; cuando ésta se encuentra en *estado de indefensión* por estar sujeta por terceros, acordelada o padecer de una enfermedad invalidante (Ej.: parálisis).
- 2) cuando la víctima está *privada de razón o sentido* por estar en coma, conmoción o estado de inconciencia.

#### b) es **nulo**: si bien la víctima presta su consentimiento, el mismo no tiene validez:

- 1. Si el acto se comete bajo presión de una amenaza, intimidación o abuso coactivo de una

<sup>7</sup> Criado, M. Eleta, G. “Evaluación Física Médico Forense del Abuso Sexual Infante Juvenil”. 1º ed. Buenos Aires. Dosyuna Ediciones Argentinas, 2008, 6 p (Capítulo 1, Delitos Contra la Integridad Sexual, Marco Legal) p. 1-13.

relación de dependencia, autoridad o poder.

2. Si la víctima está privada de razón o sentido, como en los casos de alienación mental, inconciencia patológica y automatismos, entre otros.

c) **no tiene valor:** para la ley penal los menores de 13 años no pueden prestar consentimiento para éste tipo de actos.

#### Elementos que caracterizan al delito (artículo 120 CP):

*Victimario:* hombre o mujer adultos en el caso del 2º párrafo y hombre adulto en el caso del 3º párrafo. En todos los casos no interesa si existió previamente pérdida de la virginidad de la víctima, debido a que el elemento considerado se refiere a la diferencia de edad entre víctima-victimario y el aprovechamiento de la mayor experiencia sexual por parte de éste último.

*Acto:* se aplican las mismas consideraciones que en el artículo 119 CP. En éste delito puede existir el libre consentimiento, pero la validez del mismo será relativa ya que estará asociada a la inmadurez sexual de la víctima.

*Víctima:* menor femenino o masculino, *mayor de 13 años y menor de 16 años*, sexualmente inmadura, lo cual se determinará mediante pericias destinadas a la evaluación física, psiquiátrica y psicológica de la víctima.

#### 4.1.3) Marco legal y denuncia en los delitos contra la integridad sexual

a) Según el Código Penal (ley 25.087): “*Son acciones dependientes de instancia privada las que nacen de los siguientes delitos: 1) los previstos en los artículos 119, 120 y 130 del Código Penal cuando no resultare la muerte de la persona ofendida o lesiones mencionadas en el artículo 91 (...) en los casos de este artículo, no se procederá a firmar causa sino una acusación o denuncia del agraviado, de su tutor, guardador o representantes legales. Sin embargo, se procederá de oficio cuando el delito fuera cometido contra un menor que no tenga padres, tutor ni guardador o que lo fuera por uno de sus ascendientes, tutor o guardador.*

*Cuando existiesen intereses gravemente contrapuestos entre alguno de estos y el menor; el fiscal podrá actuar de oficio cuando así resultare más conveniente para el interés superior de aquel”.*

El artículo 132 CP (ley 26.738. Sustitución del artículo 132 del CP en los “Delitos Contra la Integridad Sexual”. Promulgada el 04/04/2012) agrega: “*En los delitos previstos en los artículos 119 Inc.1º, 2º y 3º; 120 Inc. 1º y 130, la víctima, podrá instar el ejercicio de la acción penal pública con el asesoramiento o representación de instituciones oficiales o privadas sin fines de lucro, de protección o ayuda a víctimas”.*

De lo anteriormente expuesto, se deduce que ante un delito contra la integridad sexual, la víctima *cualquiera sea su edad, puede denunciar* validamente con el asesoramiento o representación de organismos o instituciones oficiales (Defensorías, Asesorías de menores) u organismos privados sin fines de lucro (ONGs).

Esta normativa pretende reducir la concepción netamente privatista y contribuir a reducir la enorme cifra negra de éste tipo de delitos, que por numerosas causas, no se denuncian.

b) **Ley 24.417** “De protección contra la violencia familiar” promulgada el 28/12/1994.

*“Artículo 1º: toda persona que sufriese lesiones o maltrato físico o psíquico por parte de alguno de los integrantes del grupo familiar podrá denunciar los hechos en forma verbal o escrita ante le juez con competencia en asuntos de familia y solicitar medidas cautelares conexas. A los efectos de esta ley se entiende por grupo familiar el originado en el matrimonio o las uniones de hecho”.*

*Artículo 2º: “Cuando los damnificados fuesen menores o incapaces, ancianos o discapacitados, los hechos deberán ser denunciados por sus representantes legales y/o el Ministerio Público. También estarán obligados a efectuar denuncia, los servicios asistenciales sociales o educativos, públicos y privados, los profesionales de la salud y todo funcionario público en razón de su labor. El menor o incapaz puede directamente poner en conocimiento de los hechos al Ministerio Público”.*

c) **Ley 25.673**: “Salud sexual y procreación responsable” promulgada el 21/11/2002: “los derechos sexuales reconocen que todos tenemos derecho a disfrutar una vida sexual **elegida, sin violencia, riesgos ni discriminación**. En el artículo 4º hace referencia a... *“En todos los casos se considerará primordial la satisfacción del interés superior del niño en el pleno goce de sus derechos y garantías consagrados en la Convención Internacional de los Derechos del Niño (Ley 23.849)”*.

d) **Convención Internacional sobre los Derechos del Niño (CIDN)** firmada en el año 1989, fue aprobada por la **ley 23.849** en el año 1990 e incorporada a la Constitución Nacional en 1994. En sus artículos 19º y 34º hace mención a la prohibición de toda forma de violencia y maltrato.

*Artículo 19º: 1. “Los Estados partes adoptarán todas las medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas apropiadas para proteger al niño contra toda forma de perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, incluido el abuso sexual, mientras el niño se encuentre bajo la custodia de los padres, de un representante legal o de cualquier otra persona que lo tenga a su cargo”.*

*2. “Esas medidas de protección deberían comprender, según corresponda, procedimientos eficaces para el establecimiento de programas sociales con objeto de proporcionar la asistencia necesaria al niño y a quienes cuidan de él, así como para otras formas de prevención y para la identificación, notificación, remisión a una institución, investigación, tratamiento y*

*observación ulterior de los casos antes descritos de malos tratos al niño y, según corresponda, la intervención judicial”.*

*Artículo 34: “Los Estados Partes se comprometen a proteger al niño contra todas las formas de explotación y **abuso sexuales**. Con este fin, los Estados Partes tomarán, en particular, todas las medidas de carácter nacional, bilateral y multilateral que sean necesarias para impedir:*

- a) La incitación o la coacción para que un niño se dedique a cualquier actividad sexual ilegal;*
- b) La explotación del niño en la prostitución u otras prácticas sexuales ilegales;*
- c) La explotación del niño en espectáculos o materiales pornográficos”.*

### Obligaciones Médico-Legales

Los profesionales de la salud están obligados a denunciar:

- 1) en todos los casos cuando además de violación hay riesgo de vida o lesiones graves o gravísimas;
- 2) en los casos de menores de 18 años cuando se considere que la niña o niño esté en riesgo;
- 3) en los casos de menores de 18 años cuando se sospeche que los padres, tutores o familiares pueden estar involucrados en la violación o en el encubrimiento de la misma.

Es conveniente que esta denuncia sea presentada con respaldo de las autoridades de la institución y dando intervención a los organismos competentes en la defensa de los derechos de la infancia.

### Responsabilidad de denunciar

Cuando se trata de menores de 18 años, están obligados a denunciar en primer lugar los adultos responsables (padres, tutores, guardadores). En caso que se sospeche que la niña/o haya sido abusada/o por personas encargadas de su cuidado, o algún familiar, puede denunciar los hechos cualquier persona que tome conocimiento, en particular docentes, agentes de salud y otros funcionarios públicos.

El Fiscal puede actuar de oficio, es decir, por su propia iniciativa, cuando los intereses de la niña o niño sean opuestos o incompatibles con los de sus padres o tutores, ya que se entiende que los menores están en una situación de vulnerabilidad y sus derechos son prioritarios.

### Protección jurídico-legal del denunciante

El Código Civil establece que el ejercicio regular de un derecho propio o el cumplimiento de una obligación legal no puede constituir como ilícito ningún acto.

El Código Penal dispone que no es punible quien obrare en cumplimiento de un deber o en el legítimo ejercicio de su derecho, autoridad o cargo.

De ello resulta que, quienes cumplen con la obligación de denunciar gozan de inmunidad e indemnidad civil y penal, salvo los supuestos de mala fe.

## **4.2) Concepto de ASI**

### **4.2.1) El Abuso Sexual como una de las Tipologías de Maltrato Infantil.**

El maltrato infantil se define como acción, omisión o trato negligente, no accidental, que priva al niño de sus derechos y su bienestar, que amenaza y/o interfiere su ordenado desarrollo físico, psíquico o social y cuyos autores pueden ser personas, instituciones o la propia sociedad. El maltrato no es un hecho aislado, sino que es un proceso que viene determinado por la interacción de múltiples factores. En muchos casos esa interacción dará lugar a uno o más tipos de maltrato, por lo que no se puede considerar el abuso sexual infantil como un fenómeno ajeno al resto de las tipologías.

Dentro del concepto “maltrato infantil” se establecen distintas categorías en función de diferentes variables:

- **Maltrato físico:** Cualquier acción no accidental por parte de cuidadores o padres que provoque el daño físico o enfermedad en el niño o lo coloque un grave riesgo de padecerlo.
- **Negligencia y abandono físico:** Situación en las que las necesidades físicas básicas del menor (alimentación, vestido, higiene, protección y vigilancia en las situaciones potencialmente peligrosas, educación y/o cuidados de salud) no son atendidas temporal o permanentemente por ningún miembro del grupo que convive con el niño.
- **Maltrato y abandono emocional:** El maltrato emocional se define como la hostilidad verbal crónica en forma de insulto, desprecio, crítica o amenaza de abandono, y constante bloqueo de las iniciativas de interacción infantiles por parte de cualquier miembro adulto del grupo familiar. El abandono emocional se define como la falta persistente de respuesta a las señales, expresiones emocionales y conductas procuradoras de proximidad e interacción iniciales por el niño y la falta de iniciativa de interacción y contacto, por parte de una figura adulta estable.

- **Abuso Sexual:**

El vocablo abuso deriva del latín *abusus*, significando *ab*: contra, y *usus*: uso. En términos generales, significa exceso de poder, o alejamiento de los límites aceptados socialmente en el orden racional, legal o cultural. En un sentido más amplio, la lengua castellana utiliza el término abusar como sinónimo de violar o maltratar. Desde lo jurídico se define al abuso como el hecho de usar un poder, una facultad, un derecho, más allá de lo que la ley determina.

Un recorrido por la bibliografía específica, permite dilucidar que aún en nuestros tiempos no hay consenso entre las distintas disciplinas para definir los límites del concepto, su dimensión, no sólo desde el punto de vista médico legal sino también social.

Así concluyo que las 2 definiciones más completas del abuso sexual infantil son: 1) la elaborada por el *National Center of Child Abuse and Neglect* (1978) (NCCAN) y 2) por OMS.

Según la agencia federal norteamericana (NCCAN) , el término ASI comprende *"...Contactos e interacciones entre un niño y un adulto cuando el adulto (agresor) usa al niño para estimularse sexualmente él mismo, al niño o a otra persona. El abuso sexual puede ser también cometido por una persona menor de 18 años cuándo esta es significativamente mayor que el niño (víctima) o cuando el agresor está en una posición de poder o control sobre otro"*.

Según la *Organización Mundial de la Salud* se entiende como: *"acción en la cual se involucra a un menor en una actividad sexual que él o ella no comprende completamente, para la que no tiene capacidad de libre consentimiento o su desarrollo evolutivo (biológico, psicológico y social) no está preparado, o también, que viola las normas o preceptos sociales. Los menores pueden ser abusados sexualmente tanto por adultos como por otros menores que tienen –en virtud de su edad o estado de desarrollo– una posición de responsabilidad, confianza o poder sobre la víctima, con el fin de gratificar o satisfacer a la otra persona o a un tercero"*.<sup>8</sup>

A pesar de existir divergencia entre distintos autores respecto de los criterios necesarios que definen el ASI, hay consenso básico en 2 criterios: la *relación de desigualdad* sea en edad, madurez o poder (entre agresor y víctima) y la utilización del menor como *objeto sexual* (Echeburúa y Guerricaechevarría, 1998).

Asimismo, dentro de esta concepción de abuso sexual, se destacan las siguientes categorías:

✓ Abuso sexual: Cualquier forma de contacto físico con o sin acceso carnal, con contacto y sin

---

<sup>8</sup> Health Organization. Report of the Consultation on Child Abuse and Neglect Prevention, 29-31 March, Geneva. Ginebra: World Health Organization; 1999. Document WH-IO/IISC/PVI/99.1.

contacto físico realizado sin violencia o intimidación y sin consentimiento. Puede incluir: penetración vaginal, oral y anal, penetración digital, caricias o frotamiento genital.

✓ Agresión sexual o Ataque sexual : Cualquier forma de contacto físico con acceso carnal con violencia o intimidación y sin consentimiento.

✓ Exhibicionismo: Es una categoría de abuso sexual sin contacto físico, cuando se impone a un menor la contemplación de escenas de contenido sexual.

✓ Explotación sexual infantil: Categoría de abuso sexual infantil en la que el abusador persigue un beneficio económico (Hartman y Burgess, 1989). Se suele equiparar con el comercio sexual infantil, existiendo diferentes modalidades a tener en cuenta: el tráfico sexual infantil, el turismo sexual infantil, la prostitución infantil, y la pornografía infantil.

• Otros: Según la clasificación elaborada por Previnfad:

✓ Maltrato perinatal: Definido como aquellas circunstancias de la vida de la madre, siempre que haya voluntariedad y negligencia, que perjudican el embarazo y al feto.

✓ Síndrome de Munchausen por poderes: Es un cuadro patológico en el que el padre o la madre, generan voluntariamente lesiones al niño, para hacerle pasar constantemente por enfermo, pudiendo llegar hasta el extremo de darle muerte.

✓ Maltrato institucional: Cualquier legislación, programa o procedimiento, ya sea por acción o por omisión, procedente de los poderes públicos o privados y de la actuación de los profesionales al amparo en el marco de la institución, que vulnere los derechos básicos del menor, con o sin contacto directo con el niño; se incluye la falta de agilidad en la adopción de medidas de protección o recursos.

#### 4.2.2) El Abuso Sexual como un Abuso de Poder

Se establecen 2 criterios a tener en cuenta:

1) **Coerción:** reconoce su origen etimológico en el vocablo latino “coercio”, siendo una palabra que designa los modos de presión física o psicológica que se emplean contra un individuo para que actúe, piense o se manifieste de acuerdo a lo que se le reclama. Es un modo de restringir la libertad individual que puede ser legal o ilegal, y tratar de lograr acciones o abstenciones de conducta.<sup>9</sup>

<sup>9</sup> (<http://deconceptos.com/ciencias-juridicas/coercion#>)

La coerción es la amenaza de utilizar la violencia con el objetivo de condicionar el comportamiento de los individuos.

El agresor utiliza la situación de poder que tiene para interactuar sexualmente con el menor.

Una persona tiene poder sobre otra cuando le obliga a realizar algo que ésta no deseaba, sea cual sea el medio que utilice para ello (la amenaza, la fuerza física, el chantaje), estando en una situación de superioridad sobre la víctima que impide a ésta el uso y disfrute de su libertad.

2) **Asimetría de edad:** El agresor es significativamente mayor que la víctima, no necesariamente mayor de edad. Esa asimetría determina muchas otras: asimetría anatómica, asimetría en el desarrollo y especificación del deseo sexual (que no se especifica ni se consolida hasta la adolescencia), asimetría de afectos sexuales (el fenómeno de la atracción en prepúberes tiene menos connotaciones sexuales), asimetría en las habilidades sociales, asimetría en la experiencia sexual, etc. Por todo esto, ante una diferencia de edad significativa no se garantiza la verdadera libertad de decisión, sino que representa en sí misma una coerción.<sup>10</sup> Según López, la coerción (ya sea con fuerza física, presión o engaño) debe ser considerada por sí misma criterio suficiente, con independencia de la edad del agresor (sea adulto o menor); la asimetría de edad impide la verdadera libertad de decisión y hace imposible una actividad sexual común, suponiendo en sí misma un poder que vicia toda posibilidad de relación igualitaria. Bajo este punto de vista, este autor concluye que siempre que exista coerción y/o asimetría de edad entre una persona menor y cualquier otra, las conductas sexuales deben ser consideradas abusivas.<sup>11</sup>

En este sentido, los equipos psicológicos de los Juzgados de Familia juegan un papel esencial, ya que los peritajes psicológicos deberían validarse y perfeccionarse para incluir medidas fiables del “abuso de poder”, siendo conscientes de la dificultad existente en algunos casos para probarla.

#### 4.2.3) Tipos de abusos sexuales a menores:

Siempre que exista coerción o asimetría de edad (o ambas cosas a la vez) entre una persona menor y cualquier otra, las conductas sexuales debe ser consideradas abusivas. Estas se pueden manifestar de la siguiente manera:

---

<sup>10</sup> López, F. Campo, A. Abuso Sexual Infantil: Manual de formación para profesionales. Save the Children. España. 2001. 17 p (Capítulo1, Conceptualización del Abuso Sexual Infantil) p. 14-24

<sup>11</sup> López, F. Prevención de los abusos sexuales de menores y educación sexual. Salamanca: Amarú. 1995)

Con contacto físico: Penetración vaginal, anal, oral con el pene; penetración vaginal o anal con los dedos o cualquier objeto; caricias, tocamiento, frotamiento de los genitales incluyendo masturbación, contacto genital oral.

Sin contacto físico: Propuestas verbales de actividad sexual explícita, exhibicionismo (se impone a un menor la contemplación de escenas de contenido sexual), implicar a menores de edad en conductas o actividades relacionadas con la producción de pornografía.

#### 4.2.4) Diferencia entre abuso sexual y juego sexual

Se distingue el abuso sexual del “juego sexual”, en el que éste último se desarrolla en edades similares, y sucede en ausencia de coerción por los participantes. El juego sexual es considerado adaptativo en ciertas edades y circunstancias, y no tiene consecuencias físicas ni psicológicas para el desarrollo del niño.<sup>12</sup>

#### 4.2.5) Modelo Etiológico

De todos los modelos etiológicos del ASI, el más aceptado es el modelo elaborado por Finkelhor y Krugman, en el que se describen las cuatro condiciones para que el abuso se produzca:

- 1) Relacionada con la motivación del agresor para cometer el abuso. En este sentido, los estudios establecen distintas categorías de motivaciones en los agresores sexuales, cada uno de los cuales desarrolla un modus operandi diferente: por una parafilia sexual, por repetición transgeneracional de experiencias previas de abuso en la infancia, por un componente psicopático de la personalidad, por un trastorno de control de los impulsos, pedófilo exclusivo (por fijación obsesiva con un objeto sexualizado).
- 2) Habilidad del agresor para superar sus propias inhibiciones y miedos, recurriendo para ello al alcohol y las drogas.
- 3) Vencen las inhibiciones externas, o los factores de protección del niño.
- 4) Vence la resistencia del niño, para lo que recurre al uso de la violencia, la amenaza o el engaño y la manipulación. Hay menores especialmente vulnerables como los niños con discapacidades puesto que en algunos casos su capacidad para oponer resistencia se ve seriamente mermada o como el

<sup>12</sup> Bechtel, K. Bennett, B. “Evaluation of sexual abuse in children and adolescents”. 2008. <http://www.uptodate.com/patients/content/topic.do> (Artículo extraído de Internet)

caso de los niños de menos de tres años.”

### **4.3) Anatomía genitoanal funcional. Evolución según la etapa madurativa.**

El conocimiento de la anatomía, sus variantes y el desarrollo madurativo desde el nacimiento hasta la adolescencia, permitirá identificar, comprender y explicar los hallazgos que surjan del examen físico.

#### **4.3.1) Anatomía de los Genitales Externos Femeninos:**

Constituyen la porción del aparato genital cuyos límites son: los surcos genitocrurales, el borde superior del Monte de Venus y el ano. Comprenden las estructuras anatómicas conocidas como Monte de Venus, Vulva y Perineo.

a) Monte de Venus: eminencia redondeada ubicada por delante de la sínfisis pubiana, cuya prominencia esta dada por el panículo adiposo subyacente. Limita a la derecha y a la izquierda por el pliegue inguinal, hacia arriba con el surco suprapúbico (hipogastrio), extendiéndose hacia abajo hasta unirse, sin solución de continuidad, con los labios mayores.

Lampiño en el feto y en la niña, en la pubertad se cubre progresivamente de pelos largos y rígidos, a veces ensortijados, del mismo color que el cabello.

b) Vulva: eminencia ovoidea, limita hacia arriba con el Monte de Venus, hacia los lados con los surcos genitocrurales y hacia abajo con el periné. Formada por un conjunto de órganos que incluye: labios mayores, labios menores, el clítoris, el vestíbulo con sus anexos y el himen.

c) Labios mayores: Son dos pliegues cutáneos turgentes (derecho e izquierdo) que bordean la hendidura vulvar, cuyo grosor depende de la edad y del grado de nutrición de la mujer. En las niñas y jóvenes vírgenes son gruesos, duros y resistentes, se encuentran aplicados uno contra el otro, cerrando completamente la hendidura vulvar. Presenta dos caras (interna y externa), dos bordes (libre y adherente) y dos extremidades (anterior y posterior). La pigmentación y pilosidad de la cara externa o cutánea depende de la etapa de desarrollo madurativo, posee glándulas sebáceas y sudoríparas. La cara interna es semimucosa, lisa y más rosada. Posee glándulas sebáceas y de Tyson, éstas últimas secretoras de una sustancia espesa, untuosa y blanquecina, con olor característico, denominada “esmegma”. El borde libre, es afilado y define el límite entre las caras externa e interna. El borde adherente, es más grueso y sirve de implantación al labio mayor. Los grandes labios se unen en ambos extremos, constituyendo la comisura anterior que es poco

marcada, y la comisura posterior u horquilla. Por delante de la comisura posterior; entre ésta y la base del himen se encuentra una depresión llamada fosilla navicular.

d) Labios menores o ninfas: Son dos pliegues cutáneomucosos aplanados transversalmente, situados por dentro de los labios mayores, cuya orientación siguen. Presentan 2 caras (externa e interna), dos bordes (libre y adherente) y dos extremidades (anterior y posterior). La cara externa está en contacto con la cara interna del labio mayor ipsilateral, la cara interna se adosa con su homóloga contralateral ocluyendo el vestíbulo. El borde libre es ondulado y suele estar oculto por los labios mayores, aunque en ocasiones puede sobrepasarlos; el borde adherente se adosa sobre el bulbo de la vagina. La extremidad anterior de los labios menores se desdobra en dos laminillas, que con las del lado opuesto abrazan al clítoris. Las laminillas superiores forman el capuchón del clítoris y las inferiores el frenillo del clítoris. La extremidad posterior se pierde en la cara interna de los labios mayores. A nivel de la horquilla se une a su homólogo contralateral constituyendo una bandeleta que circunscribe por detrás a la depresión llamada fosilla navicular. Los labios menores carecen de pelos, tienen glándulas sudoríparas, mucosas y sebáceas, éstas últimas productoras de esmegma. Presentan normalmente variantes anatómicas en su forma y tamaño según las características étnicas, la constitución individual y la edad (en las recién nacidas, los labios menores rebasan por abajo a los mayores).

e) Clítoris: es un órgano eréctil, impar y medio, situado en la parte anterosuperior de la vulva. Es el homólogo reducido del pene del hombre. En la porción vulvar del clítoris se debe considerar el cuerpo (cubierto por el capuchón) y el glande. El glande se presenta en la mujer adulta como un pequeño cono truncado de aproximadamente 5 mm de alto por 3,5 mm de base, que puede variar según distintas circunstancias patológicas, así como también durante el desarrollo desde el nacimiento a la adultez. Posee numerosas terminaciones nerviosas, corpúsculos de Meissner, de Vater Pacini y los corpúsculos genitales específicos de Krause, que hacen del órgano, una de las principales zonas erógenas.

f) Vestíbulo y anexos: Desde el punto de vista ginecológico, se denomina como tal a la zona ovoidea observable al separar los labios menores, consta de una cara posterior o profunda, dos caras laterales y dos comisuras. Comprende el meato uretral, el orificio vaginal, la cara vulvar del himen y la fosilla navicular. La comisura anterior es el glande clitoridiano con su frenillo, y la comisura posterior la horquilla. Es una región altamente innervada, en ella desembocan la vagina, la uretra, las glándulas parauretrales de Skene; las glándulas de Huguier o pequeñas glándulas vestibulares y las glándulas de Bartholino o glándulas vestibulares mayores. La entrada a la vagina o introito, marcada por la membrana himeneal, presenta distintas características según se trate de una mujer

virgen, desflorada nulípara o múltipara. El meato uretral se observa como un orificio redondeado, más o menos visible, situado en la línea media, por debajo del clítoris. Las dos glándulas vestibulares mayores o de Bartholino se ubican profundamente a ambos lados de la porción inferior del introito vaginal y se desarrollan completamente a partir de la pubertad. Secretan un líquido incoloro, untuoso que se vierte principalmente durante el coito.

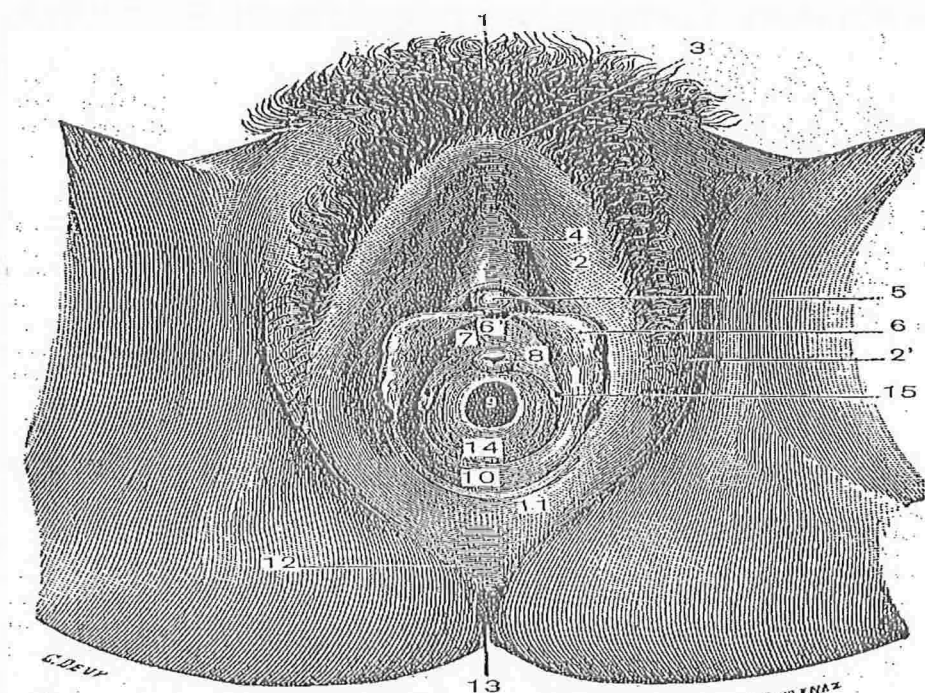


FIG. 1342

Vulva de una joven virgen.

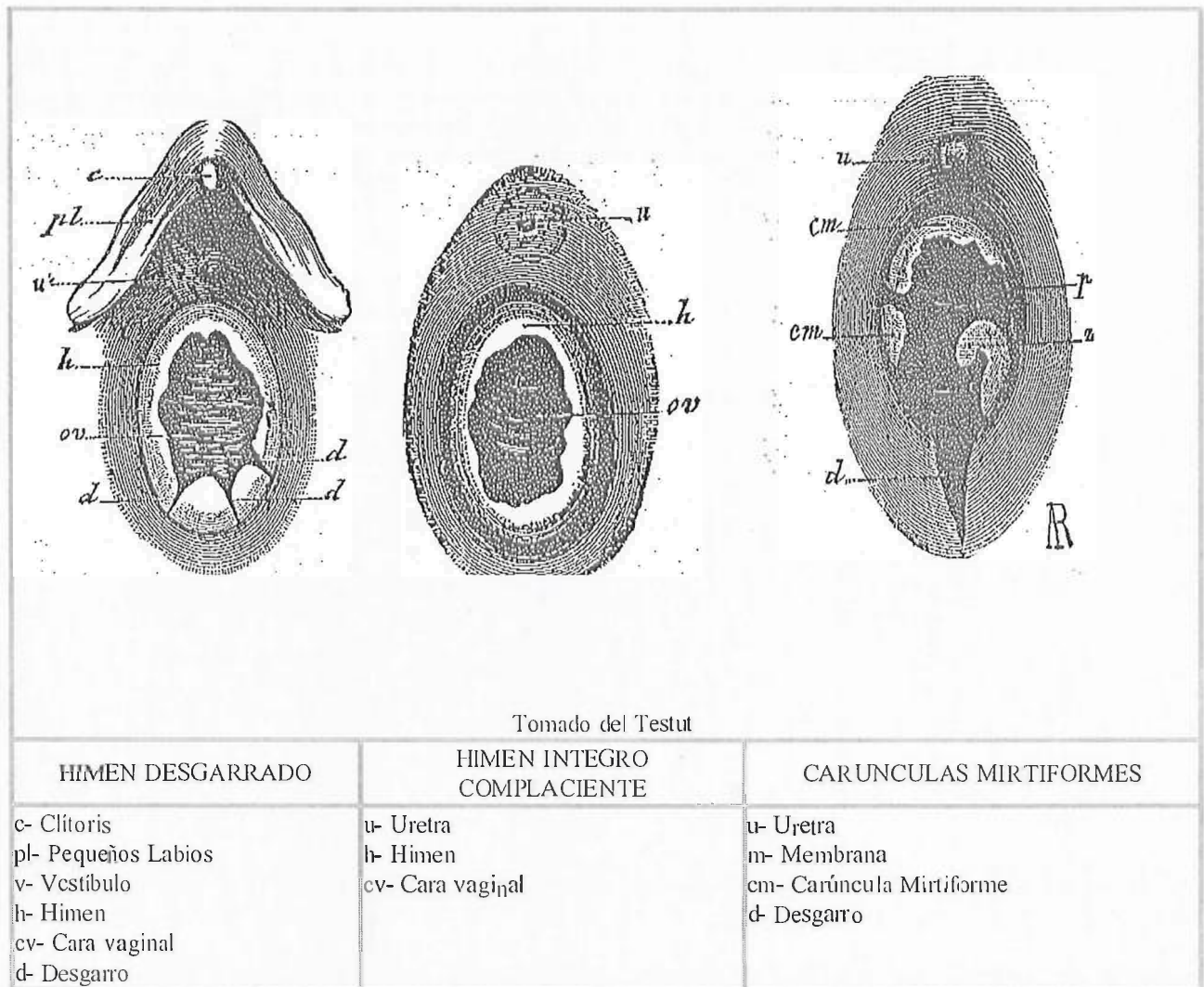
1, pubis o monte de Venus. — 2, y 2', superficie interna y superficie externa de los labios mayores. — 3, comisura anterior de la vulva. — 4, capuchón del clitoris. — 5, clitoris. — 6, labios menores, con: 6', su raíz posterior que nace de cara posterior del clitoris (frenillo del clitoris). — 7, vestibulo. — 8, meato urinario. — 9, abertura de la vagina. — 10, fosa navicular. — 11, horquilla. — 12, perineo. — 13, ano. — 14, men. — 15, orificio exterior del conducto excretorio de las glándulas de Bartholin.

g) Himen: es una membrana incompleta que se sitúa en la unión de la vulva con la vagina, y se extiende hacia el centro del orificio vaginal estrechando su luz. *El himen representa una verdadera barrera anatómica y frontera jurídica desde el punto de vista médico legal, toda vez que su traspaso determina la existencia de penetración y la comisión de un delito.*<sup>13</sup>

Presenta dos caras, la interna mira hacia la cavidad vaginal y la externa también llamada vestibular, por formar parte del vestíbulo vulvar. Posee dos bordes, el borde libre circunscribe el orificio himeneal siendo festoneado o dentellado; el borde adherente que se une a la pared vaginal y a los labios menores.

<sup>13</sup> Criado, M. Banti, E. "Cuadernos de Medicina Forense. El Enfoque Medicolegal en el Diagnóstico del Himen Elástico". Nº 1. Año 2. 2003. 27 p.

En condiciones habituales, esta membrana adopta diferentes aspectos, se trate de una mujer virgen, de aquella que ya ha iniciado vida sexual o que ha tenido un parto, en lo que se acuerda en denominar respectivamente y de un modo clásico, "*himen íntegro*", "*himen de florado-desgarrado*", o con "*carúnculas mirtiformes*".



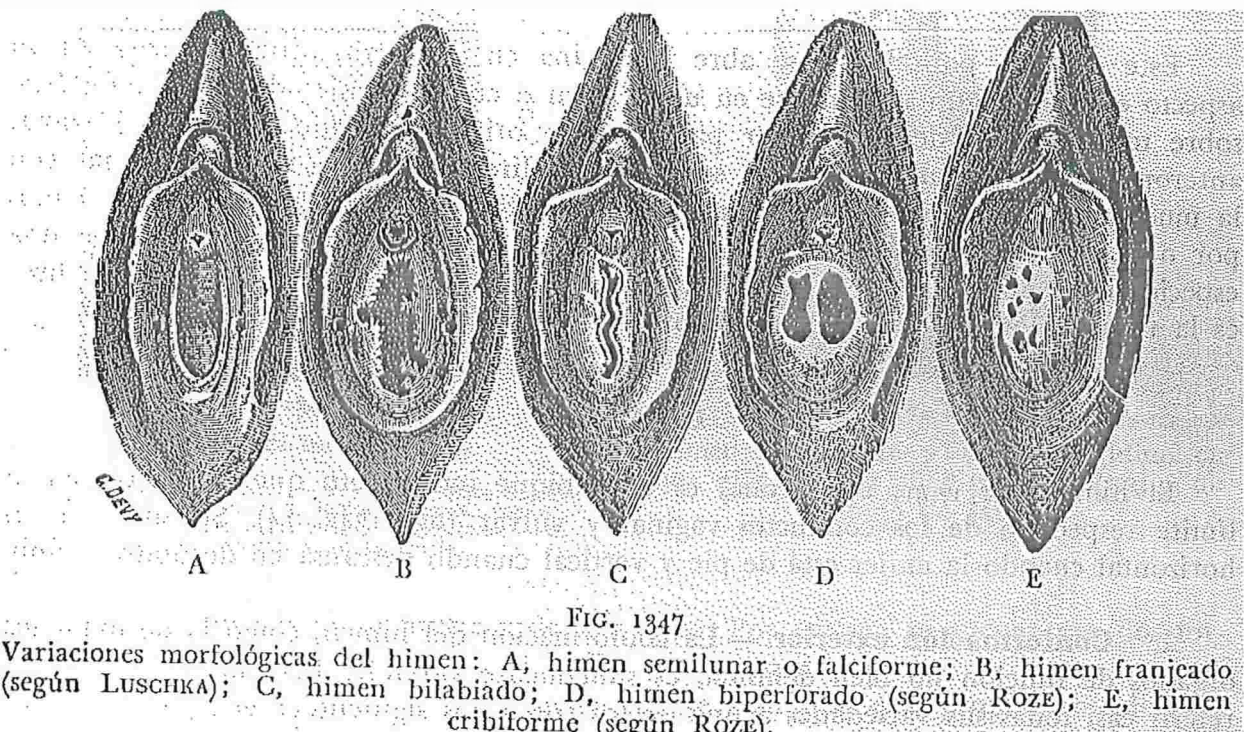
Tipos de Hímenes: según su conformación se distinguen distintos tipos y frecuencia de presentación de los mismos:

1. Himen Semilunar o Falciforme: (13%) tiene forma de medialuna, de concavidad anterior, su borde convexo puede llegar hasta la mitad o tres cuartas partes del orificio vaginal. Sus extremos o astas se pierden hacia ambos lados (derecho e izquierdo), prolongándose hasta casi conectarse en la línea media; remedando al himen anular. Este tipo de himen representa el 80% de los hallados en los exámenes físicos.

2. Himen Anular o Circular: (47%) posee aspecto de diafragma presentando un orificio que puede ser central o excéntrico. Su grosor es variable y en ocasiones se reduce a un simple rodete.
3. Himen Labiado: (17%) compuesto de dos partes laterales o labios, separados uno de otro por una hendidura central anteroposterior que no debe ser confundida a nivel de su inserción en el borde adherente, con los desgarros himeneales. Cuando la hendidura se extiende hasta la horquilla, los labios del himen pueden flotar libremente a la entrada de la vagina a modo de postigos.
4. Himen Fimbriado o Mamelonado: tiene aspecto redundante por acción de los estrógenos que incrementan su grosor y volumen, suelen observarse en las recién nacidas y en la pubertad.
5. Hímenes menos frecuentes:

- a) Velamentoso: transparente, tiene el aspecto de una membrana translúcida.
- b) Tabicado: el orificio himeneal se encuentra dividido transversalmente en dos partes desiguales (biperforado) por un puente de tejido mucoso. Se asocia a vagina tabicada y al útero bicornue. En raras ocasiones se observan múltiples puentes himeneales (Himen Multitabicado).
- c) Cribiforme: en algunos casos el orificio himeneal es reemplazado por una serie de pequeños orificios diseminados por la superficie del himen, el cual ofrece el aspecto de una criba o el de un pico de regadera.
- d) Imperforado: se trata de una malformación congénita en la cual el himen no presenta orificio. Esta malformación es advertida por el abombamiento del himen generado por el cúmulo de secreciones retenidas en la recién nacida, o por la retención del flujo menstrual (hemocolpos) luego de la pubertad.
- e) Plegado: es un himen aglutinado con un borde grueso y redondeado en posición supina, que al extenderse en posición genupectoral se transforma en fino y neto.

Tomado de Testut.



Existe la posibilidad de *ausencia congénita del himen*; que si bien es un hallazgo extremadamente infrecuente, reviste importancia medicolegal al momento de realizar un diagnóstico diferencial con el himen prácticamente desaparecido de las múltiparas.

Consistencia y elasticidad himeneal: el himen está formado por un repliegue mucoso en el que se interpone entre sus hojillas, una capa de tejido conjuntivo muy rica en fibras elásticas, que le confiere consistencia y elasticidad.

La primera cópula vence la elasticidad de la membrana himeneal y la desgarrar. Sin embargo, existen hímenes gruesos y carnosos que son resistentes y que difícilmente ceden a la presión del pene, y otros que contrariamente por su gran elasticidad pueden resistir el coito sin que se afecte su integridad, razón por la cual se los denomina *hímenes elásticos o complacientes*.

La elasticidad himeneal aumenta progresivamente desde el nacimiento hasta la pubertad. Es por ello que muchas niñas prepúberes resisten una penetración "no desproporcionada" (dedo o símil) sin que se lesione el himen. El hallazgo de un himen elástico, no supera estadísticamente el 10 % de la totalidad de los hímenes observados. La presencia de una mayor cantidad de fibras elásticas en su composición, le aporta una gran flexibilidad. Fisiológicamente esta condición hace que durante las primeras y sucesivas relaciones sexuales, el orificio himeneal se dilate lo suficiente como para poder admitir la penetración peneana con facilidad, sin producir lesión himeneal y por lo tanto, conservar así, sus características de integridad hasta el primer parto. De ocurrir estas circunstancias

estamos, por definición, en presencia de un himen complaciente.<sup>14</sup>

h) Perineo: pequeña región de 3 a 4 centímetros de longitud, comprendida entre la horquilla vulvar y el ano. Esta zona constituye la base de una formación conjuntivomuscular cuneiforme o “cuña perineal”, situada entre la vagina y el recto, compuesta por los músculos: esfínter estriado del ano, isquicavernoso, transverso superficial del perineo y la extremidad posterior de los manojos puborectales del elevador del ano.

Proceso de desarrollo anatómico: Las variaciones anatómicas de los genitales femeninos dependen del momento del desarrollo madurativo evolutivo que acompaña la edad. Carol Cowel; relacionó estos cambios y los ubicó en las diferentes fases del desarrollo madurativo, donde resume los caracteres anatómicos y fisiológicos más importantes, vinculados a cada etapa en particular. Desde el punto de vista medicolegal interesa la descripción de los genitales externos que representa un punto clave en la resolución del examen físico de las niñas presuntamente abusadas.

*Recién nacida desde el nacimiento hasta la 6ta a 8va semanas de vida: Fase de involución*: Al momento del nacimiento la niña presenta en sus genitales los efectos de la estimulación estrogénica materna, lo que explica los siguientes hallazgos:

1. El área pudenda aparece acolchada en su totalidad.
2. Los labios mayores, gruesos y edematosos cubren a los labios menores y al introito. Los labios menores se presentan prominentes y con bordes romos.
3. El clítoris se halla turgente y proporcionalmente más grande que en las etapas posteriores, sin superar los 6 mm.
4. El himen se encuentra hipertrofiado, toma un aspecto edematoso y grueso. Ocluye el orificio himeneal, no permitiendo la visualización e la uretra.
5. La mucosa vulvar es húmeda, gruesa y rosada, no siendo posible observar los capilares

<sup>14</sup> Criado, M. Banti, E. “Cuadernos de Medicina Forense. El Enfoque Medicolegal en el Diagnóstico del Himen Elástico”. Nº 1. Año 2. 2003. 27 - 32 p.

subyacentes.

6. Puede existir secreción vaginal blanquecina, copiosa.

7. La vagina mide aproximadamente 4 cm de largo.

La fase de involución se caracteriza por la pérdida gradual de éstas características como consecuencia de la disminución paulatina de estrógenos maternos. alguna de ellas, como el aspecto rosado y húmedo de la mucosa de la vulva, puede continuar hasta los tres años de vida, por la permanencia de un nivel elevado de gonadotrofinas que genera actividad folicular ovárica y consecuentemente, secreción de estrógenos.

*Infancia temprana. Desde las 8va semana a los 7 años de edad. Fase de reposo:* Al tercer año de vida, al inhibirse las gonadotrofinas por acción del Sistema Nervioso Central; el efecto estrogénico es mínimo. Como consecuencia d estos cambios hormonales, se advierten las siguientes modificaciones anatómicas:

1. La mucosa se torna fina y atrófica, permitiendo visualizar la red capilar subyacente, que le da una apariencia roja y seca.
2. La vulva toma un aspecto plano por pérdida del tejido adiposo y del edema; se encuentra ligeramente entreabierta.
3. Los labios mayores son planos, se ubican lateralmente dejando expuestos a los labios menores, que aparecen finos y delicados.
4. El clítoris es relativamente pequeño.
5. El vestíbulo es poco profundo.
6. Las glándulas anexas (Bartholin; parauretrales y vestibulares) no son funcionantes.

7. El himen se adelgaza, a veces queda reducido a un reborde mínimo. El orificio himeneal se hace real con un diámetro de aproximadamente 0.5 a 0.7 mm.
8. La vagina alcanza los 5 cm de longitud, la mucosa es lisa y roja, por visualización de los capilares subyacentes, y seca por falta de descamación. Presenta una flora mixta no patógena.

*Infancia tardía. Desde los 7 años a los 10 años de edad. Fase de despertar hormonal:* Durante la fase premenárquica comienzan a actuar en forma paulatina las gonadotrofinas y consecuentemente la actividad estrogénica, que se manifiesta por:

1. La vulva se ubica en una posición más posterior.
2. La mucosa se torna rosada y húmeda.
3. El Monte de Venus se acolcha.
4. Los labios mayores se engrosan, aparece vello en su superficie.
5. Los labios menores se pigmentan, aumentan de tamaño, y junto con los labios mayores cubren el introito.
6. El himen incrementa de grosor, aumenta su elasticidad y su orificio se hace francamente visible (0.7 mm). Con frecuencia es redundante con pliegues.
7. Las glándulas de Bartholin, parauretrales y vestibulares se hacen funcionantes.
8. La vagina se alarga y alcanza una longitud de 7 a 8 cm, aumenta su elasticidad en el tercio superior, se incrementa el grosor de la mucosa y presenta una flora mixta no patógena.

*Perimenarca. Desde los 10 a los 13 años. Pubertad temprana:* Se observan las siguientes

transformaciones:

1. El orificio himeneal alcanza 1 cm de diámetro.
2. El clítoris mide 2 a 4 mm de espesor.
3. La vagina adquiere una longitud de 10 a 12 cm, a expensas del desarrollo del fondo de saco posterior. Se incrementan la elasticidad de las paredes, el grosor y la humedad de las mucosas. Los pliegues se hacen manifiestos. Posteriormente durante la adolescencia se formarán los fondos de saco vaginales laterales.

#### 4.3.2) Hallazgos genitales normales de interés medicolegal:

Es importante destacar la existencia de ciertos hallazgos físicos presentes en situaciones de normalidad, que su desconocimiento puede inducir a errores diagnósticos.

1. *Protuberancias* (“bumps” de los sajones): son áreas localizadas de tejido prominente, sólido y grueso, que aparecen por la reducción del himen en la infancia temprana, debido a la ausencia de estímulo hormonal. Se encuentran generalmente en el arco posterior de la membrana himeneal, representan restos del himen finbriado o de tabiques, pudiendo ser también producto de la unión de la membrana himeneal con una de las columnas longitudinales de la vagina. La frecuencia del hallazgo en niñas normales no abusadas difiere entre 1% al 46%.
2. *Crestas externas del himen o “pólipos del himen”*: son excrecencias de tejido himeneal que varían en su forma de presentación y parten de cualquier localización del borde del himen. Se encuentran normalmente en las recién nacidas y desaparecen a los 3 años de edad. Son menos frecuentes que las protuberancias.
3. *Bandeletas periuretrales*: son bandas de tejido dispuestas lateralmente a la uretra, que unen los tejidos periuretrales con la pared del vestíbulo.

4. *Crestas longitudinales de la vagina*: delgadas arrugas de tejido vaginal, cubiertas de mucosa adheridas a la cara interna del himen. Se localizan en los 4 cuadrantes y generalmente son múltiples.
5. *Línea vestibularis o rafe medio blanco o "fisura congénita"*: esta línea parte de la horquilla hacia el margen anal. Se relaciona con una migración tardía del ano en una faz temprana del desarrollo intrauterino. Tiene el aspecto de una línea avascular que puede ser confundida con una cicatriz.
6. *Aumento del tamaño del clítoris*: en la recién nacida, el clítoris tiene mayor turgencia, llegando a medir 6 mm, tamaño proporcionalmente mayor que en etapas posteriores, debido al aporte de los estrógenos maternos. Debe tenerse presente que este hallazgo puede ser producto de cuadros patológicos como hiperplasia adrenal congénita. A medida que los estrógenos desaparecen el clítoris disminuye de tamaño, llegando en la pubertad a los 4 mm. No existen evidencias de agrandamiento clitoridiano por actos masturbatorios.
7. *Elongación vertical del orificio himeneal*: observación frecuente en niñas obesas.
8. *Aspecto papuloso de la uretra*: se denomina así al aspecto de mayor separación que toman los bordes de la uretra, cuando se realiza la tracción en tienda.
9. *Escotaduras congénitas*: son muescas del borde libre himeneal, de contorno redondeado y suave, que no interesan todo el espesor del himen, y nunca llegan a su borde adherente de inserción. Los segmentos de tejido himeneal no pueden aproximarse. Pueden ser únicas o múltiples. Se ubican con mayor frecuencia en el arco anterior del himen. Es importante conocer sus características para identificarlas, ya que constituyen el principal diagnóstico diferencial de las lesiones traumáticas parciales de la membrana himeneal.
10. *Traslucidez de los vasos del sulcus*: se visualizan los vasos que irrigan la mucosa de los labios menores y del introito, debido a la delgadez que estas presentan, por el bajo tenor hormonal, característico de esta edad (primera infancia).

#### 4.3.3) Anatomía del Ano:

El canal anal es un conducto de 3 a 4 cm de largo que constituye el tramo final del tubo digestivo, siendo su pared posterior más larga que la anterior. Su longitud varía de acuerdo con la edad: al nacimiento mide 1.8 cm y a los 2 años 2.5 cm, alcanzando en la edad adulta su largo definitivo. El recto presenta un largo de 7 cm al nacimiento, de 11.5 cm a los 2 años y de 14 cm en el adulto. Por lo expuesto, se evidencia que el incremento de la longitud del canal anal y del recto, luego de los 2 años de edad, es poco significativo.

El canal anal se abre en el periné posterior, por delante del coxis y en el fondo del surco interglúteo a través del orificio externo. Sus relaciones anatómicas son:

- lateralmente el músculo esfínter externo; las fosas isquirectales y los elevadores del ano.
- por detrás, el rafe anococcígeo y los fascículos musculares que en él se insertan.
- por delante, la uretra en el hombre y la vagina en la mujer.
- por arriba, la porción terminal del recto.
- Por debajo lo rodea una zona cutánea.

Los componentes del canal anal en forma ascendente son: la línea sinuosa, el orificio anal, la línea pectínea dentada, el surco interesfinteriano y el anillo anorectal:

- Línea sinuosa: es el límite ondulado circunanal, es visible y tactable, a partir del cual comienza la piel normal del perineo.
- Orificio anal: en reposo, es una hendidura anteroposterior, cerrada por el haz subcutáneo del esfínter externo. Se lo utiliza como punto de referencia para determinar la altura de los hallazgos clínicos. De él parten los pliegues radiados del ano, los que se exageran con la contracción del esfínter y se borran completamente con la dilatación del orificio. La piel que

lo rodea, generalmente húmeda y desprovista de pelos, se denomina margen anal. Su situación no es fija, ya que el esfuerzo defecatorio, la anestesia y la tracción centrífuga exponen al conducto anal por fuera del orificio.

- Surco interesfinteriano: se encuentra entre el esfínter interno y el haz subcutáneo del esfínter externo, los que yacen uno sobre el otro en contacto con el revestimiento cutáneo anal. El dedo examinador puede percibirlo entre los 6 y los 9 mm por encima del margen anal, como una depresión circunferencial entre ambos músculos.
- Línea pectínea dentada: se visualiza como un collar dentado a 20 ó 25 mm por encima del orificio anal, a la altura de la parte media del esfínter interno. Representa el límite mucoso entre el conducto anal y el recto, por lo que también se la denomina línea anorectal. Está formada por válvulas anales, constituidas por repliegues mucosos que se asemejan a nidos de palomas.
- Anillo anorectal: Se presenta como un relieve contráctil que el dedo percibe a 35-40 mm por encima del margen anal. Corresponde al borde superior de la musculatura anal y representa la frontera muscular entre el recto y el conducto anal.
- Estructura del conducto anal: posee una potente pared muscular cubierta por un revestimiento cutáneo mucoso, separados ambos por una submucosa. La musculatura anal comprende:
- Esfínter interno: engrosamiento de la capa muscular interior de la ampolla rectal, ubicado a la altura del conducto anal. Está formado por fibras musculares lisas en disposición circular. Su cara profunda se relaciona con la submucosa, en la que asientan las fisuras y los paquetes hemorroidales. Desempeña un papel clave en la continencia involuntaria. Lo inervan los nervios parasimpáticos, simpáticos y el plexo mesentérico.
- Esfínter externo: es un cilindro de músculos estriados compuesto por tres haces que carecen de una separación neta entre sí: el profundo, el superficial y el subcutáneo. El haz profundo rodea la parte superior del conducto anal, el haz superficial constituye la porción más potente del músculo y el haz subcutáneo está en contacto directo con el revestimiento

cutáneo mucoso, rodeando el orificio anal. Estos haces no tienen una separación neta entre si, contribuyen en su conjunto a asegurar la continencia. Está innervado por el nervio pudendo.

- Músculo elevador del ano: forma junto con los músculos isquicoccígeos el piso pelviano o diafragma pelvipерineal, límite superior del perineo. Se dispone como un embudo cuya base está formada por la inserción muscular en las paredes pelvianas y cuyo piso desciende con el conducto anal hasta la piel. Consta de tres tipos de fibras: ileococcígeas, pubococcígeas y puborectales, que se ubican en diferentes profundidades. El haz puborectal es el más potente de los tres haces y es el funcionalmente más importante. Forma los bordes laterales del hiato urogenital, al que rodea como una cincha.
- Músculo longitudinal del ano: lo forman las fibras leiomióticas de la capa externa del recto, las fibras rhabdomióticas de la extensión caudal del elevador del ano y componentes fibroelásticos originados en la fascia pélvica parietal que recubre al elevador. Tiene tres contingentes, dos se combinan anatómicamente conformando el músculo corrugador del ano, que al fijarse a la cara profunda de la piel perianal determina sus pliegues.
- Anillo anorectal: es el límite muscular superior del conducto anal, que se continúa con el recto.

#### 4.3.4) Hallazgos anales normales de interés medicolegal:

- Ano infundibular: en algunos recién nacidos normales, el ano presenta un aspecto infundibular o de embudo cuando se lo observa desde la región perineal.

A lo largo de la historia el significado medicolegal del hallazgo ha ido variando, fue considerado un signo indiscutible de coito anal por Devergie y otros; sin embargo para Balthazard,... “el ano infundibuliforme por si solo no constituye una prueba de certeza, ya que muchos pederastas pasivos perfectamente identificados, no presentan ninguna anormalidad anal”... Bonnet, adhiere a éste criterio. La tendencia actual es considerarlo como una *variante normal* de la disposición anatómica del ano, careciendo de validez cuando se lo halla como signo aislado. Sin embargo en el ataque sexual anal agudo, el aspecto infundibular del ano aparece como consecuencia de la contractura

refleja del músculo elevador del ano que acompaña a las lesiones anales, que hunde y deprime los tejidos perianales.

- Distribución simétrica de los pliegues anales: su denominación la describe por sí misma.
- Hiperpigmentación: puede ser observada en forma aislada en personas de origen racial no caucásico. Debe ser evaluada cuidadosamente por su asociación con signos traumáticos.
- Diastasis ani: son áreas lisas ubicadas en horas 6 y 12 que interrumpen los pliegues perianales; se producen por la ausencia de fibras musculares del esfínter externo anal a ese nivel. Son más frecuentes en el margen anterior del ano.
- Colgajos o repliegues del tejido perianal: se los advierte generalmente en el margen anterior sobre la línea media del ano. Fuera de ésta ubicación son sospechosos de traumatismos en la región anal.
- Congestión venosa perianal progresiva: se la observa transitoriamente en posición genupectoral. Su persistencia tiene valor aunque inespecífico en el contexto del ASI.

#### 4.3.5) Anatomía de los genitales externos masculinos:

Los genitales externos masculinos están formados por el pene, los testículos y el escroto.

a) Pene: es el órgano terminal del aparato urinario y de las vías espermáticas del aparato genital masculino. Es un órgano eréctil de forma cilíndrica, en el que se distinguen dos partes: el cuerpo y la raíz. El cuerpo del pene esta formado de 3 estructuras cilíndricas de tejido eréctil, unidos por la túnica albugínea, que es una cápsula de tejido fibroelástico. Exteriormente a ésta, se encuentra la fascia de Buck que forma una cubierta membranosa para cada cuerpo y los une entre si, las dos estructuras dorsolaterales son llamadas *cuerpos cavernosos* y la ventromedial se llama *cuerpo esponjoso*, donde se localiza la uretra esponjosa. Cada cuerpo está formado por tejido cavernoso eréctil, y se encuentra limitado por endotelio vascular.

La mayor parte del volumen del cuerpo del pene esta compuesto por los dos cuerpos cavernosos que forman el dorso y los lados del miembro, unidos entre si en el plano medio. En la cara posterior están separados por el tabique fibroso medio donde se encuentra el cuerpo esponjoso, el cual se

expande en su terminación para formar el glande del pene, que tiene forma cónica, constituyendo la cabeza del pene. El cuerpo del pene y el glande se encuentran separados por un estrechamiento, el cuello del pene. Cerca de la punta del glande, se ubica el meato u orificio uretral externo.

La piel peneana es fina, delgada, poco adherida al tejido conjuntivo laxo subyacente, con excepción del glande donde se encuentra firmemente adherida. En el cuello del glande, la piel y la fascia del pene se prolongan formando el prepucio que cubre el glande de manera variable. Entre ambos se produce un material sebáceo, de aspecto blanquecino y maloliente, llamado esmegma.

En la cara anterior del pene se encuentra el rafe del pene que se continúa con el rafe del escroto y luego con el rafe perineal a lo largo de la línea media del perineo.

El frenillo del prepucio es un pliegue que pasa de la capa profunda del prepucio a la superficie uretral del glande.

La raíz del pene es la porción fija, que se encuentra en la bolsa perineal superficial entre la membrana perineal y la fascia perineal, constituidas por las raíces de los cuerpos cavernosos y el bulbo del cuerpo esponjoso.

b) Escroto: es un saco que sirve como soporte a los testículos y otras estructuras. Esta situado detrás y debajo del pene, por debajo de la sínfisis del pubis.

En la cara externa, se evidencia una formación embrionaria bilateral, el rafe escrotal; en su cara interna, se encuentra dividida en dos sacos (cada uno contiene un testículo, un epidídimo y la porción inferior del cordón espermático), separados internamente por un tabique.

El escroto esta formado por piel, una fascia superficial y tejido contráctil, llamado dartos. Éste esta compuesto por haces de fibras de músculo liso y es el responsable del arrugamiento de la piel del escroto.

La piel escrotal es delgada y más pigmentada, presenta pocos folículos pilosos, y cuenta con numerosas glándulas sebáceas y sudoríparas, sobre su superficie se encuentra el rafe escrotal, que se continua hacia atrás con el perineo y hacia delante con el rafe del pene.

c) Testículos: son glándulas ovoideas que miden unos 4 cm de eje mayor. En su parte superior y posterolateral, (en el 90% de los hombres), se ubica el epidídimo que cumple una función de depósito, sitio de tránsito y maduración de los espermios. El conducto deferente nace en la cola del epidídimo, asciende por el cordón espermático, atraviesa el conducto inguinal y se une con las vesículas seminales para formar el conducto eyaculador que llega a la uretra a nivel de la próstata.

El semen está formado por los espermios más las secreciones de los conductos deferentes, las vesículas seminales y la próstata.

#### 4.4) Hallazgos físicos en el examen pericial de la víctima menor.

Los **indicadores físicos** pueden clasificarse en *específicos*, estrechamente vinculados con el abuso sexual, e *inespecíficos*, que pueden estar presentes en otros cuadros patológicos además del abuso. La mayoría de los autores coinciden en que es poco común que el ASI cause lesiones físicas permanentes y observables; afirman que sólo entre un 30% y un 50% de los niños presentan signos físicos que certifican el abuso.

Hay que diferenciar el abuso crónico del ataque sexual. El abuso sexual es un proceso crónico, que cuando se lo denuncia o relata, ya tiene larga data. El agresor, por lo general, no utiliza la fuerza física, en 90% de los casos es un conocido del niño que abusa de su relación de confianza o poder (padre, padrastro, tío, abuelo, vecino, etc.). El 50% al 75% de los casos no deja signos físicos e incluye a distintos tipos de acercamientos sexuales inadecuados. Siempre involucra un secreto, es un acto de poder y puede ser llevado a cabo por un hombre (más del 90% de los casos) o una mujer. Puede llegar a la penetración vaginal, anal u oral.

La **violación o ataque sexual** es un evento inesperado, en general único, violento e impredecible. El agresor suele ser un desconocido. Se define como la penetración carnal (vaginal, anal o bucofaríngea) por medio de la fuerza o de amenazas, sin consentimiento de la otra persona. La violación suele producir en general, lesiones físicas específicas y puede, a veces, poner en peligro la vida del menor. Es más frecuente en la adolescencia.

Es importante destacar que aún cuando los signos físicos estén ausentes o sean inespecíficos, no se debe desestimar el diagnóstico de ASI y que uno de los elementos principales que colaboran con la confirmación, es el relato infantil.<sup>15</sup>

Antes de describir los hallazgos físicos en el marco de la exploración médico forense, al que se refiere éste trabajo, es necesario mencionar someramente las actuaciones a realizar por el equipo de investigación, que determinaran en su conjunto, la probabilidad de encontrar evidencias que puedan aportar datos a la investigación, para tipificar el delito y colaborar en la identificación del o los autores (aspectos previos).<sup>16</sup> Estas son:

<sup>15</sup> Intebi, I. "ASI en las mejores familias". 1º ed. Buenos Aires. Granica, 1998, 203 p. (Indicadores físicos del abuso: cuerpos que hablan) p.203-221

<sup>16</sup> Save the Children. "Abuso Sexual Infantil: Manual de formación para profesionales". 1º ed. España. 2001. p. 267-

- Investigación del lugar del hecho.
- Examen de las ropas en búsqueda de indicios que puedan individualizar al autor, en ataque sexual o en ASI crónico con último episodio reciente.
- Examen físico de la víctima menor: el objetivo del examen es valorar el estado de salud de la víctima y reunir evidencia científica médico legal para aportar a la investigación<sup>17</sup>. Se investigan las lesiones halladas y se las relaciona con: a) el tiempo transcurrido desde que se sufrió la agresión o abuso, b) su morfología, c) gravedad, d) posible etiología y e) mecanismo de producción. Documentación de los hallazgos.
- Recolección de muestras biológicas para: a) identificar el autor y vincularlo con el delito (perfil genético, grupo sanguíneo), b) descartar Infecciones de Transmisión Sexual, c) descartar embarazo, d) sustancias tóxicas (drogas, alcohol, etc.).
- Examen Psíquico y Social-Ambiental por peritos ad hoc.
- Emitir un informe pericial, según lo requerido.

Las posibles evidencias que pueden aparecer en la víctima dependerán de:

1) Del tipo de conducta sexual:

- Con penetración.
- Sin penetración.

2) Del número de episodios de abusos:

- Puntuales.
- Reiterados.

3) De la existencia o no de violencia física.

- Sin lesiones: El agresor utiliza estrategias que no hacen necesaria la violencia física, o bien

<sup>17</sup> Lencioni. Manual de Evidencia Científica. Investigación de los delitos sexuales. Capítulo 3. pág. 125

que el tiempo transcurrido haya hecho desaparecer las lesiones. Sólo de 3 al 10 % de las denuncias presentan algún síntoma como traumatismos genitales, enfermedades de transmisión sexual y/o espermia.

- Con lesiones genitales, paragenitales y/o extragenitales.

4) Del tiempo transcurrido hasta la peritación, según sea:

- Ataque sexual reciente
- ASI crónico: a) con último evento reciente  
b) con último evento de larga data

5) De la edad de la víctima: Las agresiones reiteradas (abuso crónico) las sufren más frecuentemente las niñas menores de 12 años. Se debe considerar además de la edad, el desarrollo anatómico de la víctima. En “niñas menores de 6 años la penetración es prácticamente imposible, ya que el ángulo subpúbico es muy agudo”. Entre los 6 a 11 años puede existir penetración, pero hay desproporción anatómica, que junto con la violencia del acto pueden producir desgarros vaginales y del tabique vaginorectal. Si es mayor de 11 años los daños dependerán de la brutalidad de la acción.<sup>18</sup>

#### 4.4.1) Signos Genitoanales

Los signos anogenitales que se detectan durante la evaluación física pericial, cobran relevancia en el diagnóstico de ASI, ocupando éstos hallazgos y el testimonio del menor, un lugar preferencial en la investigación.

##### 4.4.1) a) Signo Genitales:

1) Vulvitis- Vulvovaginitis: es la inflamación de los tejidos anatómicos que corresponden a la vulva (vulvitis) y a la vagina (vaginitis), que reaccionan como consecuencia de agresiones físicas, químicas, traumáticas o infecciosas, que superan los mecanismos fisiológicos de defensa. En la infancia generalmente, se produce primero la vulvitis y secundariamente la vaginitis. Por el contrario, en la adolescencia la manifestación es a la inversa.. Se clasifican en específicas e inespecíficas de acuerdo al factor etiológico involucrado, en agudas y crónicas según la evolución.

<sup>18</sup> Gisbert Calabuig, J. “Medicina Legal y Toxicología”. 4ª Edición. Masson-Salvat. Barcelona. 1992. p. 449.

- Vulvovaginitis INESPECIFICAS: se producen por una flora bacteriana mixta exacerbada. Está constituida por gérmenes habituales de la vagina, o provenientes de la misma piel circundante.

Las causas que desencadenan el proceso irritativo con mayor frecuencia son: a) la higiene inadecuada de la región perineoanal, b) los baños de inmersión con jabones irritantes, c) la ropa interior sintética no absorbente, d) parasitosis como oxiuriasis, e) tocamientos con fines exploratorios o masturbatorios (propios o provocados por otra persona) y f) cuerpos extraños.

Los factores nombrados actúan directamente sobre la vulva y la vagina de las prepúberes que al no poseer sustento hormonal (mecanismo de defensa natural) desarrollan flujo blanco-grisáceo o amarillento a veces abundante y con mal olor, acompañado de ardor, picazón y disuria. Al examen gran congestión y eritema vulvar, en ocasiones extendidos hacia la región perineoanal, edema del clítoris, de los labios mayores y menores. La piel irritada puede presentar lesiones excoriativas por rascado y como consecuencia de esta infección.

- Vulvovaginitis y uretritis ESPECÍFICAS: son aquellas producidas por virus, parásitos, hongos y bacterias, siendo las de interés médico legal las denominadas Infecciones de Transmisión Sexual (ETS) cuya vía de contagio principal es a través de la actividad sexual, entre las que se destacan: Sífilis, Gonorrea, Tricomoniasis, Clamidiasis, lesiones por Papilomavirus, etc. La prevalencia de ETS en niños abusados es del 5% al 7%.

El Centro de Control de Enfermedades de EE.UU especifica que el diagnóstico de una ETS en un niño más allá del período neonatal sugiere ASI, así como todo niño/a con un relato sospechoso de maniobras abusivas debe ser estudiado para descartar/confirmar ETS, siendo imprescindible la confirmación del agente etiológico (configura la evidencia) a través del aislamiento del microorganismo o el hallazgo de anticuerpos.

Para el diagnóstico de una ETS es fundamental el conocimiento de los períodos de incubación de los diferentes agentes causales, forma de transmisión y los métodos de diagnóstico específicos.

Consideraciones a tener en cuenta ante la sospecha de ETS en un menor presuntamente abusado: 1) etapa de desarrollo sexual del niño/a; 2) muchas de las ETS son asintomáticas; 3) relación existente entre el período de incubación, la data del episodio del abuso sexual y el momento del examen; 4) mayor riesgo de infección en los abusos sexuales reiterados y el tipo de maniobra utilizada, especialmente la penetración vaginal y anal.

La meta es determinar la posible fuente de infección: contacto sexual, transmisión vertical o

contacto casual no sexual. Se requiere el acceso a un laboratorio de microbiología y virología confiable, disponibilidad de elementos para la toma de muestras; conservación y transporte del material a analizar. La toma de material se realiza con un doble objetivo: detectar infecciones y recoger material que pertenezca al agresor.<sup>19</sup>

Rodríguez Almada en su libro “Abuso sexual de niñas y niños” clasifica la especificidad de la ETS para diagnóstico de ASI, en tres grupos:

- Grupo 1 (+++). **Muy alta especificidad:** descartada la infección connatal, establece diagnóstico de abuso sexual hasta que se demuestre lo contrario: Sífilis, Gonorrea y Chlamydia trachomatis.
- Grupo 2 (++). **Alta especificidad:** determina un alto índice de sospecha de abuso sexual, pero tienen otras vías de contagio que se deben investigar: VIH, Hepatitis B, Herpes simple 2, Papilomavirus, Trichomonas vaginalis.
- Grupo 3 (+). **Baja especificidad:** No es indicativo de abuso sexual, pero obliga a investigar esta eventualidad: Gardnerella vaginalis, Mycoplasma hominis, Ureaplasma urealyticum, Herpes Simple 1, Candida Albicans, Haemophilus Ducrey y Calymmatobacterium granulomatis.

“No es la intención de éste trabajo, la descripción detallada de las lesiones producidas por ETS, para lo cual habría que remitirse a la bibliografía específica”.

2) Adherencias labiales externas: fusión parcial o total de los labios menores. Se le atribuye un origen congénito si el diagnóstico es al momento del nacimiento, o como patología adquirida de presentación en niñas de 3 meses a 3 años de edad. Los factores predisponentes son: hipoplasia, vulvovaginitis primarias o secundarias a traumatismos por fricción (maniobras abusivas, masturbación vigorosa).

3) Estrechamiento del himen: estrechamiento asimétrico de la región posterior o posterolateral del himen con agrandamiento del orificio y deformación de la membrana, que se hace irregular debido al proceso cicatrizal. Responde a causas traumáticas; por fricción o desgaste de la zona en el abuso crónico.

4) Orificio himeneal dilatado: el valor diagnóstico de las medidas del diámetro transversal del

---

<sup>19</sup> Sociedad Argentina de Ginecología Infanto Juvenil. “Abuso Sexual Infantil”. Protocolo A.S.I. y Violación. Editorial Ascune. 2008. p. 8

orificio y de la zona media del arco posterior del himen es controversial como indicador de penetración. Esto se debe a que su medición varía con la posición, la técnica empleada, la relajación del niño y la habilidad del examinador, aunque un orificio himeneal superior a 1 cm, asociado con otros signos traumáticos, es altamente sugestivo de ASI.

5) Escotaduras himeneales traumáticas (secciones parciales, desgarros incompletos): Son secciones traumáticas de la membrana himeneal que distorsionan su aspecto. Se producen por introducción en la vagina de elementos compatibles con la dimensión de un dedo; por lo que se considera lesiones características de los tocamientos. Se clasifican según su ubicación (según cuadrante del reloj) en *anteriores* (entre horas 10 y 2) *laterales* (entre horas 2 y 4; 8 y 10) y *posteriores* (entre horas 4 y 8). Según su origen pueden ser: *congénitas* se presentan con mayor frecuencia en región anterior del himen; *traumáticas* en la región posterolateral del mismo, aunque esto no constituye una condición absoluta. Estas últimas poseen características angulares agudas con distinto grado de penetración en la pared himeneal, pero a diferencia de los desgarros completos, nunca llegan al borde de inserción himeneal. La cicatrización de las escotaduras traumáticas cumplen el mismo proceso evolutivo que los desgarros completos.

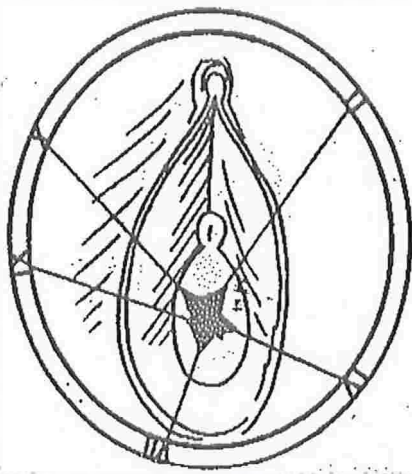
| Características | Escotadura Congénita                                                                      | Escotadura Traumática                                            |
|-----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| Concepto        | Muecas de tejido himeneal.                                                                | Solución de continuidad de la membrana himeneal.                 |
| Forma           | Cóncava                                                                                   | Aguda                                                            |
| Contorno        | Irregular                                                                                 | Regular                                                          |
| Profundidad     | No alcanza el borde de inserción himeneal.                                                | No alcanza el borde de inserción himeneal.                       |
| Ubicación       | Más frecuente en arco anterior.                                                           | Más frecuente en arco posterior y laterales.                     |
| Disposición     | Frecuentemente simétrica                                                                  | Frecuentemente asimétrica                                        |
| Cronología      | Desde el nacimiento. No se evidencia signos de cicatrización                              | De acuerdo con el proceso de cicatrización: reciente o antiguos. |
| Bordes          | Recubiertos por epitelio pavimentoso estratificado, al igual que el resto de la membrana. | Recubiertos por tejido cicatrizal blanquecino.                   |

Tomado de Criado – Eleta. Evaluación física médico forense del ASIJ.

6) Desgarros himeneales: según la Real Academia Española “desgarro” significa rotura. Aplicado al ASI el concepto se relaciona con la sección del himen cuando éste es atravesado por un elemento que lo distiende más allá del límite de su elasticidad. Se acompaña generalmente de hemorragia y

dolor de intensidad variable. Numerosos autores le atribuyen al acceso carnal, ser el principal generador de los desgarros de los hímenes íntegros, representando el signo anatómico capital de la desfloración. Se describen otras causas de presentación muy infrecuente como las maniobras masturbatorias autoinfringidas, traumatismos accidentales por caídas sobre objetos contundentes (empalamiento) y las lesiones himeneales originadas por procesos ulceronecróticos de origen sifilítico, herpético o blenorragico.

La descripción topográfica de los desgarros se realiza según los cuadrantes del reloj. (Tomado de Gisbert Calabuig).



Esfera horaria para referencia de la localización de los desgarros del himen.

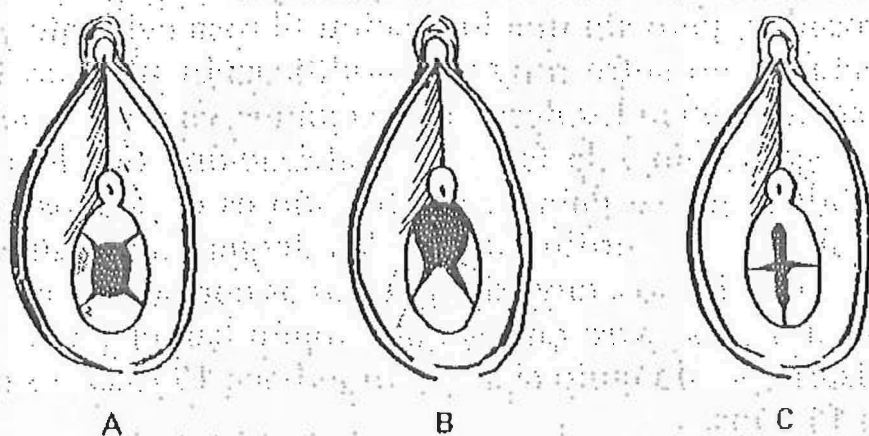
Se los clasifica en *únicos* o *múltiples*, y en *típicos* y *atípicos* de acuerdo con la relación existente entre número, localización y tipo himeneal observado. Los hímenes anulares suelen desgarrarse en 4 puntos más o menos simétricos, los semilunares en 2 puntos laterales, dejando un colgajo medial de forma triangular y 2 laterales, y los labiados se seccionan a nivel de la comisura anterior, posterior o de ambas a la vez. Todos los descriptos son los desgarros típicos. Los atípicos tienen localización y número independiente del tipo himeneal.

Los desgarros completos alcanzan el borde de inserción de la membrana himeneal, a diferencia de las escotaduras.

El primer acceso carnal, exceptuando los hímenes elásticos, es el responsable de la desfloración con producción de desgarros que caracterizarán la imagen del himen de allí en más. La sección himeneal completa o incompleta es considerada una verdadera herida mucosa que cumple etapas cicatrizales cuyo reconocimiento orientará sobre la data aproximada del desgarro. Los bordes de sección inicialmente tumefactos, desiguales y sangrantes, evolucionan hacia la cicatrización, reparándose

por separado, retrayéndose y cicatrizándose in situ mediante tejido fibroso, que le da el aspecto de engrosado. La membrana queda dividida en colgajos de tejido llamados “carúnculas himeneales”. Las relaciones sexuales siguientes al primer coito no modifican la membrana himeneal, el cual en éste estado se denomina “desflorado de antigua data”.

La reparación cicatrizal comprende un período de tiempo promedio (en el que coinciden la mayoría de los autores), entre 4 y 7 días. Con fines diagnósticos el proceso cicatrizal permite clasificar cronológicamente los desgarros himeneales en: 1) desgarró reciente: cuya data de producción es menos de 4 días y aún no ha llegado a la fase de reparación completa; 2) desgarros antiguos o ya cicatrizados, cuya antigüedad es con seguridad mayor a 4 días, pero que ninguna característica del mismo hace precisar la data.<sup>20</sup>



**Fig. 42-3.** Desgarros típicos del himen: A) himen anular; B) himen semilunar; C) himen labiado.

7) Desgarros perineales: son secciones del perineo y de los tejidos circundantes producidos por traumatismos de gran envergadura generados por la desproporción existente entre las partes activa y pasiva. Característico de los accesos genitales y anales violentos. Se clasifican según la severidad y los planos anatómicos involucrados en:

- Primer Grado: interesa la piel y la mucosa vaginal.
- Segundo Grado: lo anterior más el compromiso del aparato esfinteriano anal con conservación del tabique rectovaginal.
- Tercer Grado: lesión del tabique rectovaginal; del aparato esfinteriano anal, del elevador del

<sup>20</sup> Gisbert Calabuig, J. “Medicina Legal y Toxicología”, 4ª Edición. Masson-Salvat. Barcelona. 1992. p. 448.

ano y de las paredes vaginales y rectales.

#### 4.4.1) b) Signos Anales:

El diagnóstico de acceso carnal por vía anal tiene pocas posibilidades de objetivación, ya que la presencia de sus signos no es constante, dependiendo de lo agudo o crónico del episodio abusivo (gisbert- calguig pag 450). Prácticamente ninguno de los signos anales es patognomónico de ASI, y la ausencia de los mismos carece de valor medicolegal para descartar o afirmar la existencia del acto abusivo. La demostración de esperma en la cavidad rectal es hasta la actualidad el único hallazgo que comprueba la penetración peneana con eyaculación.

Las posibilidades diagnósticas aumentan cuando el atentado es agudo y se emplea brutalidad en el acceso, ya que la violencia ejercida deja secuelas traumáticas en el ano y en la región paragenital, tanto más manifiestas cuanto mayor sea la fuerza aplicada y la desproporción del tamaño del objeto empleado y la región anatómica accedida.

1) Eritema perianal: signo inespecífico, lo puede ocasionar cuadros inflamatorios anales por higiene defectuosa, flatos con escape de materia fecal, parasitosis, dermatitis del pañal, micosis cutánea y maniobras abusivas sexuales. Puede limitarse a la zona anal o extenderse a la región vulvoperineal.

2) Excoriación perianal: signo inespecífico, se destacan las mismas causas que las descriptas para eritema. Ocasiona prurito y suele evolucionar a la curación en 5 a 7 días sin dejar secuelas.

3) Equimosis del margen anal: producto de una contusión de la piel del margen anal por acción violenta. Es relevante determinar su antigüedad mediante el color de la lesión que se perita (según Bonnet); ya que se puede establecer aproximadamente la compatibilidad cronológica con el hecho que se denuncia.

Negro: 1-3 días

Azul: 4-6 días

Verde: 7 a 12 días

Amarillo: 13 a 20 días

4) Hiperpigmentación anal: frecuente su hallazgo en personas de raza oscura. Puede ser consecuencia de irritación crónica (eccema, líquen; etc.) o de una prolongada acción traumática en el abuso recurrente. Algunos autores asocian la hiperpigmentación intensa del margen anal con una

piel perianal lisa, engrosada y con múltiples fisuras cutáneas superficiales con el abuso crónico.

5) Borramiento de los pliegues radiados perianales: signo inespecífico. Es la desaparición de la imagen radiada del ano, tomando la piel del margen anal un aspecto liso y uniforme. Puede ser causada por otras entidades médicas.

6) Dilatación venosa perianal persistente: signo inespecífico. Es la dilatación del plexo venoso subcutáneo de la piel perianal, que produce un área de color azul-violáceo oscuro rodeando el ano. Puede ser causada por niños con hábito constipado, con enfermedad hemorroidal hereditaria y por conductas abusivas.

7) Pliegues anales engrosados (hipertrofia anal): es la inflamación del margen anal que genera engrosamiento y prominencia de los pliegues, dando un aspecto fibroso similar al de una llanta (signo de la llanta). Puede ser una variante anatómica o responder a otras causas agudas o crónicas; así como la penetración reiterada del ano. Este signo es característico en el ataque sexual agudo que por el estímulo de las lesiones perianales, se produce una contracción refleja del músculo elevador del ano y como consecuencia los tejidos circundantes se hunden y deprimen.

8) Crestas anales: la formación de excrecencias o crestas descritas por Tardieu no se consideran actualmente patognomónicas de penetración anal reiterada.

9) Fisura o desgarro anal: es una solución de continuidad de la región cutáneo mucosa perianal, dejando al descubierto las fibras musculares del esfínter interno, extendiéndose a veces hacia el interior del canal anal. Para que se produzca la fisura debe necesariamente existir contracción del esfínter. Puede ser aguda o crónica, única o múltiple, superficial o profunda. La superficial tiene aspecto de úlcera lineal, localmente dolorosa, produce espasmos anales y dolor a la defecación. Si progresa a la cronicidad se vuelve más ancha y de bordes indurados. Las profundas llegan hasta las fibras del esfínter interno y curan con cicatriz dejando prominencias como el plicoma, las hemorroides satélites y la papila hipertrófica (cortejo de la fisura anal). Se ubican más frecuentemente en el rafe posterior y con menor frecuencia en el anterior y en el lateral.

Las fisuras producidas por actos abusivos no se diferencian en la morfología de las generadas por otras patologías (constipación, parasitosis, diarrea, eccema, etc.). Los elementos que pueden despertar sospecha del ASI se relacionan con el relato de la víctima, la ubicación de las fisuras en la región lateral del margen anal y la presencia de signos de violencia como equimosis, hematomas, etc.

10) Signos asociados a trastornos esfinterianos del ano: los esfínteres interno y externo actúan sinérgicamente. La actividad del esfínter interno determina la continencia involuntaria por el cierre del ano en reposo; el esfínter externo rige la continencia voluntaria pudiendo sostenerla por un período no mayor a 60 segundos. Las alteraciones en el tono de los esfínteres producen modificaciones en el mecanismo defecatorio. En el abuso sexual, el intento de penetración anal produce la contracción del esfínter externo por estímulo del dolor. Este músculo está influenciado por controles nerviosos superiores pudiendo responder de manera “aprendida” al estímulo álgico, de modo que se relaja el músculo durante el acceso anal, evitando el dolor y la dificultad de la maniobra. Éste es uno de los mecanismos que explica la ausencia de lesiones en el abuso sexual anal crónico.

- Dilatación anal refleja: implica la dilatación dinámica de ambos esfínteres permitiendo la visualización del interior del canal anal y del recto, tomando la apertura anal un aspecto de “O” durante la ejecución de la maniobra de las nalgas. Este signo puede estar presente visualizando materia fecal en los niños con hábito constipado, enfermedades intestinales de origen neurológico (espina bífida), etc. La observación de éste signo en forma reiterada al ejecutar la maniobra en niños con ampolla rectal libre de heces, sin antecedente de defecación previa al examen, puede estar indicando existencia de trauma del esfínter anal y sugerir la posibilidad de maniobras abusivas, entre ellas la dilatación forzada del ano. Apoyan la sospecha el relato de la víctima, la concomitancia de otras lesiones físicas, fisuras recientes ubicadas fuera de la línea media y la dilatación del orificio anal de 1.5 a 2 cm.
- Dilatación anal extrema: el orificio anal está abierto e incontinente para la materia fecal, con borramiento absoluto de los pliegues, presencia de cicatrices retráctiles e hiperpigmentación de la mucosa (signo de la cloaca). Es un signo sospechoso de acceso carnal reiterado por vía anal.
- Estupor anal o parálisis atónica del esfínter: dilatación atónica temporaria del ano como resultado de una penetración anal brusca y violenta.

#### 4.4.1) c) Signos acceso bucal:

Es la maniobra en la cual se utiliza la boca o la lengua para estimular los genitales masculinos. De existir signos de violencia sexual en la víctima, se observan equimosis, contusiones, hematomas, excoriaciones en rostro, cuero cabelludo, alopecia traumática x arrancamiento. Aún en ausencia de

lesiones debe intentarse la recuperación de semen (hisopados bucales) de manera precoz para diagnóstico de penetración peneana, investigar identidad del victimario y descartar-confirmar ETS. La existencia de marcas dentarias efectuadas por la víctima en el pene del agresor, sustenta la veracidad del hecho.

#### 4.4.1) d) Signos extragenitales asociados al abuso:

Indican resistencia y lucha por parte de la víctima, son más frecuentes en víctimas adolescentes. Su existencia en víctimas infantiles indica que el agresor es desconocido para el menor (ataque sexual). Se describen equimosis y hematomas en cuero cabelludo, rostro, cuello, cara interna de los brazos y cara anterior de muñecas, muslos, rodillas, piernas, sugilaciones en mamas, mordeduras, excoriaciones, estigmas ungueales en rostro, cuello, tórax, mamas, etc.; quemaduras de cigarrillos, signos de estrangulamiento manual o con lazo; signos de compresión toracoabdominal.

#### 4.4.2) Categorización de los hallazgos físicos

Luego del examen de las lesiones se correlacionan los hallazgos físicos con las distintas maniobras abusivas para valorar estadísticamente la frecuencia de aparición de éstos, traducida en términos de probabilidad de ocurrencia. Se categorizan los signos físicos en normales, posibles o inespecíficos, probables o específicos y de certeza, con el fin de elaborar el diagnóstico de abuso sexual.

Desde la óptica médico legal, el concepto de “normalidad” del examen anogenital se refiere a aquellos hallazgos que no se apartan de los descriptos como parámetros anatómicos habituales de niños no abusados; un signo se clasifica como “*posible o inespecífico*” porque aunque existe la posibilidad de un origen traumático, esta situación tiene baja probabilidad de ocurrencia por la gran diversidad etiológica, y se le otorga una baja especificidad para el diagnóstico de abuso sexual. Los signos “*probables*” presentan una mayor probabilidad de asociación con el abuso sexual por tener una alta especificidad lo que conlleva a disminuir el riesgo de error al momento de atribuir un origen traumático. Los de “certeza” presentan una especificidad del 100%, siendo su presencia indicativa de trauma cierto.

Se han realizado múltiples clasificaciones para categorizar los hallazgos físicos producidos por un acto abusivo, siendo la de Bays y Chadwick y la de la Sociedad Argentina de Ginecología Infanto Juvenil las que más se ajustan a la tarea pericial.

CLASIFICACIÓN DE BAYS Y CHADWICK (tomado de Criado - Eleta)

|                                                                                                                                      | SIGNOS GENITALES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | SIGNOS ANALES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Hallazgos Específicos/<br/>Diagnóstico de Abuso Sexual</b> (aún sin antecedentes de historia de abuso)                            | 1) Presencia de semen, espermatozoides o fosfatasa ácida.<br>2) Embarazo.<br>3) Lesiones genitales recientes en ausencia de antecedentes de accidentes.<br>4) Estudios serológicos y bacteriológicos positivos para Sífilis o Gonorrea, no adquiridas perinatalmente.<br>5) Infección por VIH (no adquirida en período perinatal o por vía IV).<br>6) Orificio himeneal agrandado notablemente para la edad asociado a otros signos himenales de abuso en ausencia de antecedentes accidentales o quirúrgicos. | 1) Presencia de semen, espermatozoides o fosfatasa ácida.<br>2) Lesiones anales recientes en ausencia de antecedentes de accidentes.<br>3) Estudios serológicos y bacteriológicos positivos para Sífilis o Gonorrea, no adquiridas perinatalmente.<br>4) Infección por VIH (no adquirida en período perinatal o por vía IV).                                      |
| <b>Hallazgos Consistentes con Abuso Sexual</b> (importan la historia y otros antecedentes de abuso sexual)                           | 1) Presencia de Trichomonas, Chlamydias, Condiloma acuminado o Herpes II, excluyendo la adquisición perinatal.<br>2) Lesiones himenales.<br>3) Dilatación marcada de la apertura himeneal que persiste en las distintas posiciones de examen.                                                                                                                                                                                                                                                                  | 1) Presencia de Trichomonas, Chlamydias, Condiloma acuminado o Herpes II, excluyendo la adquisición perinatal.<br>2) Cicatrices anales fuera de la línea media.<br>3) Crestas cutáneas anales fuera de la línea media.<br>4) Dilatación anal mayor de 15 a 20 mm sin heces en la ampolla.<br>5) Irregularidad del orificio anal luego de una dilatación completa. |
| <b>Hallazgos Observados en el Abuso Sexual y en otras situaciones</b> (la historia y otros antecedentes cobran singular importancia) | 1) Vaginitis bacteriana.<br>2) Adherencias labiales extensas en niñas que no usan pañales y sin antecedentes de causas inflamatorias.<br>3) Friabilidad de la horquilla.<br>4) Erección peneana mantenida durante el examen en niños prepuberales.                                                                                                                                                                                                                                                             | 1) Dilatación anal repetida superior a 15mm.<br>2) Edema de los tejidos perianales.<br>3) Acortamiento o eversión del canal anal.<br>4) Fisuras perianales.<br>5) Engrosamiento de la piel perianal con atenuación de los pliegues.                                                                                                                               |
| <b>Hallazgos con Baja Probabilidad de ser causados por Abuso Sexual.</b>                                                             | 1) Dermatitis por Cándida Albicans.<br>2) Adherencia labiales pequeñas o más extensas en niñas que usan pañales.<br>3) Eritema del vestíbulo.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 1) Eritema perianal.<br>2) Hiperpigmentación.<br>3) Congestión venosa perianal luego de 2 minutos en posición rodillas-tórax.<br>4) Crestas cutáneas, pliegues en                                                                                                                                                                                                 |

|  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | 4) Bandas periuretrales.<br>5) Folículos linfoides en fosa navicularis.<br>6) Áreas avasculares en la línea media de la fosa navicular o de la horquilla.<br>7) Dilatación uretral con tracción labial.<br>8) Pequeñas protuberancias himeneales, crestas o remanentes septales acompañados de una anatomía himeneal normal.<br>9) Escotaduras congénitas.<br>10) Columnas y bandas intravaginales.<br>11) Himen imperforado. | la línea media, anteriores al ano.<br>5) Áreas despulidas en la línea media anterior y posterior al ano.<br>6) Único episodio de dilatación anal más de 15 a 20 mm, o dilatación anal con heces en ampolla.<br>7) Aplanamiento y rugosidades del margen anal durante la dilatación anal. |
|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

## CLASIFICACIÓN DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE GINECOLOGÍA INFANTO JUVENIL

(Tomado de Sociedad Argentina de Ginecología Infanto Juvenil. Protocolo de A.S.I. Y Violación)

|                                                                            | SIGNOS GENITALES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | SIGNOS ANALES                                                                                                                                                                                                                     |
|----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>CATEGORÍA 1<br/>EXAMEN<br/>NORMAL</b>                                   | 1) Sin datos de ASI.                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 1) Sin datos de ASI.                                                                                                                                                                                                              |
| <b>CATEGORÍA 2<br/>HALLAZGOS<br/>INESPECÍFICOS.<br/>ABUSO<br/>POSIBLE.</b> | 1) Vulvitis.<br>2) Lesiones por rascado.<br>3) Aumento de la vascularización del introito vaginal.<br>4) Fisuras en la piel o abrasiones de la horquilla vulvar.<br>5) Coalescencia de los labios menores.<br>6) Presencia de secreción o de flujo vaginal.<br>7) Condilomas en niñas menores de 2 años.                          | 1) Hiperpigmentación.<br>2) Eritema perianal.<br>3) Apéndices cutáneos perianales.<br>4) Disminución de los pliegues perianales.<br>5) Congestión venosa.<br>6) Fisuras anales.<br>7) Dilatación anal con heces en ampolla.       |
| <b>CATEGORÍA 3<br/>HALLAZGOS<br/>ESPECÍFICOS.<br/>ABUSO<br/>PROBABLE</b>   | 1) Presencia de 1 o + signos sugestivos de AS.<br>2) Desgarros recientes o cicatrizales del himen.<br>3) Aumento del diámetro del orificio himeneal para la edad.<br>4) Desgarro de la mucosa vaginal, marcas de dientes u otros signos traumáticos como laceraciones o equimosis de la vulva.<br>5) Presencia de gérmenes de ETS | 1) Desgarros superficiales o profundos.<br>2) Cicatrices, tunelización.<br>3) Laxitud del esfínter anal.<br>4) Dilatación anal > 20 mm sin materia fecal en la ampolla.<br>5) Presencia de Condilomas o de otros gérmenes de ETS. |

|                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
|                                                                                                  | (Trichomonas vaginalis, Chlamydia Trachomatis en niñas > 3 años; Herpes Simple 2, Condilomas en niñas > 2 años.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |
| <b>CATEGORÍA 4<br/>HALLAZGOS DE<br/>CERTEZA<br/>EVIDENCIA<br/>DEFINITIVA DE<br/>ABUSO SEXUAL</b> | 1) Presencia de espermatozoides o líquido seminal en el cuerpo de la víctima.<br>2) Embarazo.<br>3) Evidencia de uso de la fuerza brusca o de traumatismo penetrante como laceración del himen hasta la base de implantación o hendidura completa.<br>4) Cultivos positivos para N. Gonorrhea, serología positiva para Sífilis o para VIH (descartadas la transmisión vertical).<br>5) Abuso con testigos o la existencia de fotografías o videos que prueben el AS.<br>6) Confesión del supuesto agresor de los hechos que se denuncian. |  |

Es de destacar que éste tipo de herramientas tienen como objetivo ayudar a categorizar las lesiones observadas, y ordenar el accionar pericial, de modo de no pasar por alto ni olvidar de recabar información útil y relevante, sin olvidar que cada caso en el que se presume la ocurrencia de maniobras abusivas sexuales es único y requiere un profundo estudio individual.

## 5) CONCLUSIONES

El abuso sexual infantil es una de las formas de maltrato infantil, un problema que acompañó al desarrollo del hombre durante toda su historia. Es un fenómeno complejo que combina factores individuales, familiares y sociales.

Aun en nuestros días cuesta entender que el ASI no siempre desemboca en una violación, la mayor parte de las veces se trata de acercamientos sexuales que ocurren de manera reiterada, crónica y no accidental, sin que el victimario recurra a la fuerza física, aprovechando una relación de confianza o de poder que ejerce sobre la víctima.

La conducta típica consiste en efectuar un contacto corporal que tenga connotación sexual, sin contar con el consentimiento de la víctima, o si por alguna circunstancia este consentimiento no fuera válido.

El diagnóstico de abuso sexual de niñas y niños es un desafío para el médico legista. En la mayoría de los casos el agresor es un familiar o una persona muy allegada y, en las edades más tempranas, casi nunca existe penetración anal o vaginal. Estas características determinan que los hallazgos periciales difieran completamente de los que se encuentran en las víctimas adultas de agresiones sexuales, lo cual requiere no solo del conocimiento de la anatomofisiología de los órganos genitales y del ano de los niños y niñas según las diferentes etapas evolutivas, sino también un entrenamiento en el reconocimiento de las lesiones que permita identificar, comprender y explicar los hallazgos patológicos que surjan del examen físico.

Un examen genital y anal “negativo” debe ser relativizado y no descarta que el abuso haya ocurrido, a la vez se debe ser prudente al atribuir al abuso sexual, los hallazgos anormales genitales o anales.

La mala interpretación médico-legal de los hallazgos anogenitales suelen dar lugar o legitimar denuncias infundadas.

Se corre el riesgo de sobrevalorar la información del examen genital en las niñas al extrapolar a la infancia los criterios periciales válidos en las mujeres adultas, así como subvalorar los hallazgos inespecíficos en el examen genitoanal de los niños varones, debido a que los actos abusivos crónicos no dejan secuelas objetivables al momento del examen.

Actualmente se cuenta con herramientas de comprobada evidencia científica que ayudan a objetivar los hallazgos del examen físico en base a la sensibilidad y especificidad de los signos anogenitales que se asocian con abuso sexual, los cuales deben ser correlacionados con el relato de la víctima para evitar pasar por alto los casos reales o formular diagnósticos erróneos.

Los elementos físicos diagnósticos son valiosísimos pero deben ser correlacionados con la historia relatada por el menor, teniendo en cuenta que la ausencia de signos no invalida la información brindada por su relato.

Por lo anteriormente expuesto, se requiere de un análisis profundo de cada caso en particular, con

el aporte fundamental de otras disciplinas (Psicología, Trabajo Social, Pediatría, Ginecología, etc.) lo cual obliga al médico legista a trabajar en equipo, constituyendo un gran desafío para las futuras generaciones.

Para finalizar, *recordar que nuestra función como peritos no es determinar la culpabilidad o inocencia -función exclusiva del sistema judicial penal-, sino de realizar una evaluación o peritaje lo más objetivo posible, basado en la evidencia científica y la experiencia en el tema.*

## 6) BIBLIOGRAFÍA

Código Penal de la República Argentina 2002. Ley 25087/1999. Buenos Aires. ed. Zavalía. 2000.

Criado, M. Banti, E. “Cuadernos de Medicina Forense. El Enfoque Medicolegal en el Diagnóstico del Himen Elástico“. Nº 1. Año 2. Buenos Aires. 2003. p. 27-32.

Criado, M. Eleta, G. “Evaluación Física Médico Forense del Abuso Sexual Infanto Juvenil“. 1º ed. Buenos Aires. Dosyuna Ediciones Argentinas, 2008. p. 1–283.

Echeburúa, E. Guerricaechevarría, C. “Abuso Sexual en la Infancia: víctimas y agresores“. 1º ed. Barcelona. Editorial Ariel S.A. 2000.

Gisbert Calabuig, J. “Medicina Legal y Toxicología“. 4º Edición. Masson-Salvat. Barcelona. 1992. p. 446- 458.

Instituto Nacional de Ciencias Forenses. Reglamento Técnico para el Abordaje Forense Integral en la Investigación del Delito Sexual. Bogotá. 2009

Instituto Nacional de Epidemiología Dr. Jara. “Epidemiología de los Delitos Contra la Integridad Sexual“. Mar del Plata. 2013.

Intebi, I. “ASI en las mejores familias“.1º ed. Buenos Aires. Granica, 1998. (Indicadores físicos del abuso: cuerpos que hablan) p. 203-221.

Lencioni, L. “Manual de Evidencia Científica. Investigación de los Delitos Sexuales“. Capítulo 3. p. 114-187.

Pantin, J. “Cuadernos de Medicina Forense. Abuso Sexual Infantil. Reconocimiento y Denuncia. Nº 1. Año 2. Buenos Aires. 2003. p. 13-18.

Patitó, J. “Manual de Medicina Legal“, 1º ed. Buenos Aires. Librería Akadia Editorial, 2008, (Delitos contra la integridad sexual) p. 195 – 206.

Patitó, J. Lossetti, O. Guzmán, C. Trezza, F. Stingo, N. “Tratado de Medicina Legal y elementos de Patología Forense“. Buenos Aires. Quorum. 2003.

Real Academia Española. Diccionario de la Lengua Española. 22º edición. Madrid.

Rodríguez Almada, H. "Cuadernos de Medicina Forense. Evaluación Médico-Legal del Abuso Sexual Infantil. Revisión y actualización". N°1. 2010. Sevilla.

Rodríguez Almada H. Maltrato y abuso sexual de niños. Una revisión crítica. Granada: Comares; 2006.

Romi, J. "Ley 25087/99. Modificación de los delitos sexuales". Buenos Aires. Publicaciones en Medicina Legal, Psiquiatría y Sexología. 2013. p. 1-14.

Romi, J. Samartino, L. Poggi, V. "Cuadernos de Medicina Forense. Los Delitos Contra la Integridad Sexual. Consideraciones Médico Legales". N° 1. Año 1. Buenos Aires 2002. p. 19-34.

Save the Children. "Abuso Sexual Infantil: Manual de formación para profesionales". 1° ed. España. 2001.

Sociedad Argentina de Ginecología Infanto Juvenil. "Protocolo A.S.I y violación. Marco Teórico: Manual de Ginecología Infanto Juvenil. 2 ed. Buenos Aires. 2003. Ascune

Testut, L. Latarjet, A. "Tratado de Anatomía Humana". Editorial Salvat. Barcelona.1983. Libro IV; pág. 1291-1295.

