

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA
(UNAN)- Managua**

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS



**INFORME FINAL DE TESIS
MONOGRÁFICA**

Tema:

**FRECUENCIA Y CARACTERIZACIÓN DE ABUSO
SEXUAL EN VARONES MENORES DE 15 AÑOS
ATENDIDOS EN INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL (IML)
MUNICIPIO DE MANAGUA 2005-2007**

Autor:

**Br. Francisco Rolando Soza Morales
Médico Infieri**

Tutora:

**Dra. Cándida Rosa Chávez Palacios
Ginecoobstetra
Forense
Instituto de Medicina Legal (IML)**

**Managua. Nicaragua
Noviembre de 2008**



Br. FRANCISCO ROLANDO SOZA MORALES
Médico Infieri

	Í N D I C E	Página
	Dedicatoria	i
	Agradecimiento	ii
	Opinión de la Tutora	iii
	Resumen	iv
I.	INTRODUCCIÓN	3
II.	ANTECEDENTES	6
III.	JUSTIFICACIÓN	10
IV.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	12
	OBJETIVOS	13
V.	MARCO TEÓRICO	14
VI	MATERIAL Y MÉTODO	38
	Tipo de estudio, lugar y período	38
	Universo	38
	Muestra	38
	Criterios de inclusión y exclusión	38
	Métodos e instrumentos para recoger la información	43
	Método e instrumentos para analizar la información	43
VIII.	RESULTADOS	44
IX.	ANÁLISIS / DISCUSIÓN	90
X.	CONCLUSIONES	95
XI.	RECOMENDACIONES	96
XII.	BIBLIOGRAFÍA	97
XIII.	ANEXOS	99



I. INTRODUCCIÓN

El Abuso Sexual en niños menores de quince años es un delito contra la libertad e integridad sexual caracterizados por contactos e interacciones entre un niño y un adulto, cuando el adulto en su rol de agresor usa al niño para estimularse sexualmente él mismo. El abuso sexual puede incluir violencia física, presión o engaño. La diferencia de edad entre la víctima y el agresor impiden una verdadera libertad de decisión y hacen imposible una actividad sexual común, ya que entre los participantes existen marcadas diferencias en cuanto a experiencias, grados de madurez biológica y expectativas.

La violencia sexual puede tomar muchas formas; no está limitada a actos de acceso carnal no consentido. La violencia sexual es cualquier acto sexual, intento de logro del acto sexual, comentarios o avances sexuales no deseados o actos de tráficos de la sexualidad, que empleen coerción, amenazas de daño físico o uso de la fuerza, por cualquier persona, sin importar su relación con la víctima, en cualquier ambiente¹.

La OPS/OMS considera que el abuso sexual de menores consiste en la participación de un niño en una actividad sexual que no comprende plenamente, a la que no es capaz de dar un consentimiento, o para la que por su desarrollo no está preparado y no puede expresar su consentimiento, o bien que infringe las leyes o los tabúes sociales. Puede incluir (el abuso sexual) diversas prácticas sexuales con o sin contacto físico tales como exhibicionismo, tocamientos, manipulación, sexo anal, vaginal u oral, prostitución y pornografía².

En la mayoría de los casos las víctimas de los delitos sexuales son niños, niñas, adolescentes y mujeres (se registran casos esporádicos de víctimas masculinas adultas, p.e; reos, indigentes entre otros.); generalmente los agresores son varones. Habitualmente en los casos de delito sexual el agresor es alguien que la víctima conoce o vive cerca o comparte su entorno.

¹ Chávez P, Cándida R, et al. Monografía Versión preliminar para la normalización y estandarización forense de la prueba pericial en víctimas de delitos sexuales. Managua, noviembre de 2007

² OPS/OMS. Detección y prevención del maltrato infantil y abuso sexual en la niñez, 2003



Br. FRANCISCO ROLANDO SOZA MORALES
Médico Infieri

El delito sexual tiene efectos físicos y psicológicos en la salud y bienestar de la víctima; estos efectos pueden variar de una persona a otra, dependiendo de la naturaleza del delito, frecuencia, severidad, agresor, condiciones propias de la víctima (personalidad, edad p.e).

La violencia intrafamiliar, sexual y de género por su magnitud y efecto es un problema de Salud Pública, y se identifica una particularidad muy definida: el Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva se mantiene amenazada de manera permanente por muchas razones; el deterioro moral, social, económico, religioso, cultural y otras causas que afectan a la sociedad secularmente.

Los delitos sexuales han presentado nuevas formas de agresión y por estas razones las instituciones como el Instituto de Medicina Legal, el Ministerio Público, las Procuradurías de los Derechos Humanos, los operadores de justicia, las Comisarías de la Mujer, la Niñez y la Adolescencia entre otros, debe responder a los crecientes desafíos que plantea el abordaje técnico de la prueba pericial en víctimas de delitos sexual adaptando sus funciones y actividades a la dinámica social, fomentando mayor comprensión y, alentando al desarrollo social, económico y moral del país a dinamizar a través de la administración de la justicia el respeto de la dignidad humana y a devolver con creces y desagravios la ofensa que la personalidad antisocial comete contra su víctima.

Los aliados del agresor del delito sexual y de género son las amenazas, las ventajas económicas, los halagos, las mentiras sistemáticas, el acoso laboral o académico y el silencio de la víctima; pero, da señales de alarma: temor, miedo, aislamiento, estados regresivos a su lejana infancia, disminución del rendimiento escolar, cambios significativos en el estado de ánimo, exagerado aseo personal o extremo desaseo, terror al examen físico médico y lesiones personales extra, para o genitales.

El delito sexual puede comenzar en la calle del barrio, del condominio o colonia vecinal, en el hogar, escuela, centros de apoyo a la niñez y adolescencia. Otras formas pueden ser manoseos, un piropo vulgar, una señal obscena propios de nuestra cultura y aceptado socialmente, es decir; el potencial abusador es conocido o familiar y raramente desconocido de la víctima e incluso puede dormir con él.

La violencia intrafamiliar, sexual y de género no es un fenómeno que afecte exclusivamente a las personas de bajo estrato social, alcohólicos, desempleados, sino también de estratos sociales altos que por temor al escándalo o conveniencia económica no denuncian este delito.



Br. FRANCISCO ROLANDO SOZA MORALES
Médico Infieri

La revictimización es una forma de maltrato institucional, cuando las víctimas acuden a las instancias para interponer la denuncia, se duda de lo que le pasó a la víctima o se acosa con preguntas innecesarias, indiscretas y con poca cultura para el abordaje del problema.

Todas estas secuelas que conlleva el delito sexual y la violencia de género repercute negativamente en la relación de pareja, en inadecuada relación entre los familiares, en daño emocional; por estas razones la violencia intrafamiliar, sexual y de género están por lo general estrechamente relacionadas y son consideradas una emergencia médica y psico biosocial por lo que se debe dar la atención que la víctima necesita para detener el abuso, proteger a la víctima y desenmascarar al abusador.



II. ANTECEDENTES

Todas las agresiones y actos sexuales realizados con menores de edad y que ellos no comprenden o no tienen capacidad suficiente para consentir, constituyen lo que se denominan abusos sexuales. Estas prácticas se realizan desde una posición de poder o autoridad sobre el niño, mediante halagos, engaños, amenazas o chantaje. Los contactos mantenidos pueden oscilar desde tocamientos a violación, y las personas que los realizan pueden ser conocidos, desconocidos o familiares.

Los abusos sexuales a menores han permanecido durante años en el más oscuro anonimato, se practican desde muy antiguo. En "La Etiopatología de la Histeria" (Freud, S., 1896) Freud "descubre" experiencias sexuales tempranas de sus pacientes y las relaciona con la histeria: "En todo caso de histeria se ocultan uno o varios sucesos de precoz experiencia sexual, perteneciente a la más temprana infancia. Tengo este resultado como una *caput Nili*³ de la Neuropatología.

La importancia etiológica de los sucesos sexuales infantiles no aparece limitada al terreno de la histeria, extendiéndose también a la singular neurosis obsesiva e incluso, quizá, a la paranoia crónica y a otras psicosis funcionales"....Cuando se trata de relaciones sexuales entre dos niños el que desempeña el papel agresivo había sido seducido antes por una persona adulta e intentaba repetir con su pareja infantil, bajo la presión de su libido prematuramente despertada y a consecuencia de la obsesión mnémica, aquellas mismas prácticas que le habían sido enseñadas."

Cuando Freud lo presentó en una reunión de la Sociedad de Psiquiatría y Neurología en Viena sus colegas no estaban dispuestos a enturbiar el rosado mundo de la infancia victoriana. Krafft-Ebing, presidente de la reunión y psiquiatra de gran prestigio tachó su trabajo de cuento de hadas científico y algunos meses más tarde ante la incredulidad de sus contemporáneos Freud se retracta "... me vi obligado a reconocer que aquellas escenas de seducción nunca tuvieron lugar, y que

³ Dícese cuando se habla de la solución de un problema milenario, en este caso la fuente de la neuropatología que establece los vínculos existentes entre sexualidad, traumatismo y defensas patológicas, dado este proceso se sentaban las bases para la totalidad de la psicopatología.



Br. FRANCISCO ROLANDO SOZA MORALES
Médico Infieri

eran solamente fantasías que habían elaborado mis pacientes o que yo mismo, quizá, impulsé en sus mentes".

Aunque no podemos achacar todos los problemas psicológicos de los pacientes de Freud a las vivencias sexuales traumáticas en la infancia, sin embargo, cuando nos adentramos en la lectura de los casos que describe para justificar su propuesta, los que trabajamos en este campo encontramos una gran similitud con lo que nos cuentan nuestros pacientes víctimas de abusos sexuales. Así, no nos cabe duda que muchos de sus pacientes también los sufrieron.

Desgraciadamente la perspicacia freudiana se topó de pleno con los convencionalismos sociales que no estaban dispuestos a aceptar que estos hechos fueran posibles.

Tenemos que esperar al inicio de los años 70 cuando empiezan a reconocerse los abusos sexuales a menores como un problema social que requiere atención. A partir de ese momento comienzan a surgir programas de prevención, tratamiento y encuestas sobre estos temas en países como Inglaterra, Estados Unidos, Canadá, Alemania y Suiza.

La creciente conciencia social sobre este tema ha registrado un aumento significativo de los trabajos de investigación. Sin embargo, la incidencia de casos que no son revelados se estima que es mucho mayor que la de los que salen a la luz. El niño, muchas veces, tiene miedo de contar lo ocurrido, sobre todo si el abusador es una persona cercana a él. Además los procedimientos legales para validar el episodio son difíciles y complejos y eso hace que los adultos desestimen con mucha frecuencia hacer algún tipo de denuncia con lo cual, se sigue escondiendo una realidad que tiene a los menores como tristes y calladas víctimas.

La prostitución infantil es una de las peores formas de trabajo y una forma moderna de esclavitud. A los niños sexualmente explotados se les trata a menudo como a delincuentes. Tal como se la define en la Declaración del Congreso Mundial contra la Explotación Sexual Comercial de los Niños, celebrado en Estocolmo en 1996, la prostitución infantil es todo tipo de abuso sexual que vaya acompañado de una remuneración al niño, o a un tercero o terceros, en efectivo o en especie.

Datos y cifras sobre violencia sexual en el mundo

Las estadísticas mundiales indican, por ejemplo; España y EEUU reportan que alrededor del 20 al 25% de las niñas y del 10 al 15% de los niños sufren algún tipo de abuso sexual antes de los 15 años. En Chile, se ha estimado que alrededor de 1 de cada 10 niños (as) sufre de abuso sexual y que la edad de mayor riesgo son los niños y niñas entre 7 y 11 años.



Br. FRANCISCO ROLANDO SOZA MORALES
Médico Infieri

En una investigación realizada por UNICEF, se estima que en Colombia⁴ hay 18.000,000 menores de edad de los cuales 35 mil niños y niñas están vinculados a la explotación sexual. Según el mismo estudio, la edad en que se induce a la actividad se ha reducido incluso por debajo de los 10 años.

Según datos de la *Agencia Periodismo Amigo de la Infancia* (PANDI), las últimas cifras sobre Abuso Infantil en Colombia son:

- ▶ Durante el 2006 el Abuso sexual infantil en Colombia aumentó en un 6% respecto al año anterior.
- ▶ El rango más alto se encuentra en niños y niñas entre 5 y 14 años.
- ▶ El 86% de las víctimas de Abuso Sexual que se presentan en Medicina legal son menores de edad.
- ▶ 12,247 niñas y 2,593 niños fueron abusados sexualmente durante el año pasado.
- ▶ El “Silencio” es la cifra más importante, pues se estima que el 70% de los casos no es denunciado por temor, conflictos sociales o coerción.
- ▶ Cada 14 minutos se presume que se presenta un caso de Abuso Sexual contra un menor de edad en Colombia que es denunciado, se cree que la cifra de casos no denunciados es mucho mayor.
- ▶ Se estima que solo un 30% de los casos se denuncia, pues en ocasiones el agresor es un miembro cercano de la familia del menor, que muchas veces cuenta con la complicidad o mutismo del resto de familiares, bien sea por miedo, o por considerarse esta práctica delincuencia como un problema insignificante.
- ▶ Solamente en el **3%** de los niños que han sido abusados hay posibilidad de encontrar evidencia física.

Según un cálculo reciente de la Organización Mundial del Trabajo, de los 12,3 millones de personas que son víctimas de trabajo forzoso en todo el mundo, 1,39 millones están involucrados en la prostitución infantil forzada, y de un 40% a un 50 % son niños y niñas.

Con base al Informe de Desarrollo Humano 2007-2008, de las Naciones Unidas, Nicaragua ocupa el puesto 110 de un total de 177 países, en pobreza ocupando un nivel de desarrollo humano medio.

⁴ Informe UNICEF sobre el estado de la niñez y la infancia 2006-2007



Br. FRANCISCO ROLANDO SOZA MORALES
Médico Infieri

Al 2005 se estima una población de 5,5 millones de habitantes, el 59% es población urbana; el 39,9 % de la población es menor de 15 años, esperanza de vida al nacer 71,9 años; 37 médicos por cada 100 mil habitantes. Los niveles de pobreza severa en la zona atlántica, pobreza alta en la región central, pobreza media en el centro del país y pobreza baja en las ciudades más importantes de la faja del pacífico, incluyendo Managua⁵.

La ciudad de Managua fue fundada en 1819 con el nombre de Villa de Santiago de Managua y es actualmente la capital de la república de Nicaragua. Cuenta con una población de 1.817.096 habitantes (2004) y una superficie de 544 km² su área metropolitana. Posición geográfica: coordenadas 12°9' de latitud N 86°16' de longitud O. División Administrativa 5 Distritos. Uso Horario -6h GMT. Altitud 82.97 mts./snm. Temperaturas desde 27° hasta 38° centígrados.

La ciudad limita al norte con el Lago Xolotlán, al sur con San Marcos y San Rafael del Sur, al este con Tipitapa, Nindirí, Ticuantepe y La Concepción y finalmente al oeste con Villa Carlos Fonseca y Mateare.

Derechos Humanos *versus* abuso sexual

Nicaragua reconoce y es signataria de: **la Declaración de los Derechos de los Niños y Adolescentes** (1959), **la Convención sobre los Derechos del Niño** (1989) se compromete a proteger a los menores de edad contra toda forma de explotación y abuso sexual, lo que incluye su explotación en la prostitución y la pornografía (Artículo 34), el **Protocolo Facultativo sobre la venta de niños, la prostitución infantil y el uso de niños en la pornografía** y **la Convención 182** (1999) de la **Organización Internacional del Trabajo** que define la explotación sexual como una de las peores formas de trabajo infantil. El gobierno nicaragüense sancionó en 24 de marzo de 1998, la Ley N° 27 Código de la Niñez y la Adolescencia.

⁵ Informe sobre Desarrollo Humano 2007-2008. NN.UU. Nueva York



III. JUSTIFICACIÓN

Tanto en Nicaragua como a nivel global, el abuso sexual contra menores, se ha diseminado a gran escala; que es difícil ponderar con exactitud toda la magnitud del problema. A esto se suma el entorno social y familiar carente de principios y valores éticos, morales y espirituales, indispensables para que desde el seno familiar se construya una sociedad armónica y civilizada.

Nuestro país no escapa a esta realidad alarmante porque nuestro tejido social, cultural y espiritual posee diversos factores adversos como la pobreza, el analfabetismo, el machismo, el miedo y el tabú a denunciar los mencionados abusos además de la carencia de los valores morales más elementales como el respeto, el amor a Dios y la promoción de los valores humanos: la vida entre otros, hacen de los niños uno de los blancos más vulnerables de los abusadores.

Cada día que transcurre es posible visualizar, a través de los medios de comunicación social, el drama que viven muchos niños y adolescentes víctimas de abuso sexual; la frecuencia cada vez más elevada con la que ocurren estos hechos, los estigmas que produce en las víctimas y en la sociedad; por la íntima conexión del delito con el medio familiar y social.

Con el presente estudio se alcanzará información sobre la frecuencia de los casos de abuso sexual en varones menores de 15 años de edad, las características del tipo de agresión que cometen sus agresores. Esto significa que se obtendrán datos relevantes sobre la epidemiología del abuso sexual en varones menores de 15 años del municipio de Managua.

Con las luces mostradas y descritas que genere esta investigación se pretende beneficiar a los operadores de justicia (jueces y fiscales) conociendo que la relevancia social de los casos amerita una pronta justicia; a los auxiliares de justicia: médicos generales, médicos en servicio social, médicos de base, médicos forenses y peritos policiales, que sus peritajes deben tener un buen sustento técnico a la luz de sus conocimientos técnicos y científicos y, a las instituciones que velan y tutelan la niñez y adolescencia no revictimizan a la víctima, valga la redundancia,



Br. FRANCISCO ROLANDO SOZA MORALES
Médico Infieri

con retardaciones en la tramitación de estos casos en la implementación de una administración de justicia pronta y expedita.



IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los niños y adolescentes menores de 15 años, varones, dadas sus características físicas, psíquicas y biológicas en pleno desarrollo y evolución permanecen sujetos a los factores condicionantes de su ambiente externo. Es así, como debido a la naturaleza física y psicológica propia de su edad; que los hace ser potencialmente más vulnerables a cualquier tipo de violencia en general, entre ellas el abuso sexual en menores.

Hoy en día, los delitos sobre abuso sexual de menores, a nivel mundial y en Nicaragua en particular, los medios de comunicación social dan a conocer como este execrable delito lacera la sociedad en este caso a la niñez y adolescencia. Es cada vez más ostensible ver y oír sobre abuso sexual, explotación infantil, trata de personas, comercio sexual, pornografía infantil, aberraciones de pederastas, seglares y religiosos pedófilos.

El incremento en la incidencia de casos de abuso sexual en menores de 15 años y las profundas secuelas físicas y psicológicas que infligen a las víctimas, en este particular, varones; nos motivan a plantearnos las siguientes interrogantes:

¿Cuál es la frecuencia de abuso sexual en varones menores de 15 años atendidos en el IML, municipio de Managua 2005-2007?

¿Qué características médico legales se encontraron en las víctimas de abuso sexual?

¿Cuál es la relación de la víctima con su agresor?



Br. FRANCISCO ROLANDO SOZA MORALES
Médico Infieri

V. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Mostrar la frecuencia, describir las características sociodemográficas, referir los hallazgos de la valoración médico legal y establecer la persona que cometió el abuso sexual en varones menores de 15 años del municipio de Managua valorados en el Instituto de Medicina Legal en el período 2005-2007.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- A. Determinar la frecuencia de abuso sexual en varones menores de 15 años.
- B. Establecer la escolaridad de los varones menores de 15 años víctimas de abuso sexual
- C. Conocer la procedencia distrital de las víctimas de abuso sexual
- D. Tipificar las causas de Valoración Médico Legal de abuso sexual en varones menores de 15 años.
- E. Señalar la persona que cometió el abuso sexual.



VI. MARCO TEÓRICO

¿QUÉ ES EL ABUSO SEXUAL INFANTIL?

El abuso sexual infantil es un problema social grave y complejo, la mayoría de abusadores tienen rostro conocido para las víctimas: familiares, vecinos o sujetos a su alrededor, es decir, personas que debieron brindarles el máximo cuidado y respeto, sin embargo, atentaron contra ellos de la manera más violenta, cruel e inhumana.

El abuso sexual es una de las manifestaciones más graves del maltrato ejercido hacia la infancia y ocurre cuando un adulto utiliza la seducción, el chantaje, las amenazas o la manipulación psicológica para involucrar a un niño o niña en actividades sexuales de cualquier índole.

Esta forma de maltrato infantil representa un problema social de grandes proporciones, sobre todo por el sufrimiento que esta experiencia ocasiona en la vida de las víctimas y sus familias, ya que los efectos inmediatos y de largo plazo constituyen una amenaza potencial al desarrollo psicosocial de los niños y jóvenes que han sufrido estas situaciones. Asimismo, impacta en el modo de relacionarse de las víctimas, quienes corren el riesgo de validar patrones de interacción abusivos, reproduciéndolos en la vida adulta.

Entenderemos por Abuso Sexual Infantil *cualquier conducta de tipo sexual que se realice con un niño o niña*. Puede ser víctima de Abuso Sexual cualquier niño o niña. No existe un perfil o característica específica que determine la ocurrencia del abuso en un tipo de niño o niña y en otros no. El abuso Sexual Infantil se da en todas las clases sociales, religiones, y niveles socioculturales, y afecta a niños y niñas de diferentes edad. Incluye las siguientes situaciones:

1. Tocamiento de genitales del niño o niña por parte del abusador/a.
2. Tocamiento de otras zonas del cuerpo del niño o niña por parte del abusador/a.
3. Incitación por parte del abusador/a al tocamiento de sus propios genitales.



Br. FRANCISCO ROLANDO SOZA MORALES
Médico Infieri

4. Penetración vaginal o anal o intento de ella ya sea con sus propios genitales, con otras partes del cuerpo (Ej.: dedos), o con objetos (Ej.: palos), por parte del abusador/a.
5. Exposición de material pornográfico a un niño o niña (Ej.: revistas, películas, fotos)
6. Contacto buco genital entre el abusador/a y el niño/a.
7. Exhibición de sus genitales por parte del abusador/a al niño o niña.
8. Utilización del niño o niña en la elaboración de material pornográfico (Ej: fotos, películas).

Estas situaciones se pueden dar ya sea en forma conjunta, sólo una de ellas, o varias. Pueden ser efectuadas en un episodio único, en repetidas ocasiones o hasta en forma crónica por muchos años.

No obstante se han identificado algunas características que constituyen factores de riesgo para la ocurrencia del Abuso Sexual Infantil:

- Falta de educación sexual
- Baja autoestima
- Necesidad de afecto y/o atención
- Niño o niña con actitud pasiva
- Dificultades en desarrollo asertivo
- Tendencia a la sumisión
- Baja capacidad de toma de decisiones
- Niño o niña en aislamiento
- Timidez o retraimiento

Múltiples son las consecuencias que para un niño o niña puede conllevar el hecho de haber sido víctima de Abuso sexual. Estas consecuencias pueden variar de un niño a otro, dependiendo de sus propias características. No obstante, el cuadro que se expone a continuación resume algunas de las principales:



Br. FRANCISCO ROLANDO SOZA MORALES
Médico Infieri

CONSECUENCIAS EMOCIONALES	CONSECUENCIAS COGNITIVAS	CONSECUENCIAS CONDUCTUALES
--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

A Corto Plazo o en Período Inicial a la Agresión

<ul style="list-style-type: none">· Sentimientos de tristeza y desamparo· Cambios bruscos de estado de ánimo· Irritabilidad· Rebeldía· Temores diversos· Vergüenza y culpa· Ansiedad	<ul style="list-style-type: none">Baja en rendimiento escolar· Dificultades de atención y concentración· Desmotivación por tareas escolares· Desmotivación general	<ul style="list-style-type: none">· Conductas agresivas· Rechazo a figuras adultas· Marginación· Hostilidad hacia el agresor· Temor al agresor· Embarazo precoz· Enfermedades de Transmisión Sexual
--	---	---

A Mediano Plazo

<ul style="list-style-type: none">· Depresión enmascarada o manifiesta· Trastornos ansiosos· Trastornos de sueño: terrores nocturnos, insomnio· Trastornos alimenticios: anorexia, bulimia, obesidad.· Distorsión de desarrollo sexual· Temor a expresión sexual· Intentos de suicidio o ideas suicidas	<ul style="list-style-type: none">· Repitencias escolares· Trastornos del aprendizaje	<ul style="list-style-type: none">· Fugas del Hogar· Deserción escolar· Ingestión de drogas y alcohol· Inserción en actividades delictuales· Interés excesivo por juegos sexuales· Masturbación compulsiva· Embarazo precoz· Enfermedades de Transmisión Sexual
---	--	--



Br. FRANCISCO ROLANDO SOZA MORALES
Médico Infieri

A Largo Plazo

<ul style="list-style-type: none">· Disfunciones sexuales· Baja autoestima y pobre autoconcepto· Estigmatización: sentirse diferente a los demás· Depresión· Trastornos emocionales diversos	<ul style="list-style-type: none">· Fracaso escolar	<ul style="list-style-type: none">· Prostitución· Promiscuidad sexual· Alcoholismo· Drogadicción· Delincuencia· Inadaptación social· Relaciones familiares conflictivas
--	---	---

PEDERASTIA

El término *pedofilia* fue acuñado en alemán por el psiquiatra Richard von Krafft Ebing (1840-1902), quien utilizó por primera vez la expresión *Pädophilie erótica* en su influyente libro *Psychopathia Sexualis*, publicado en 1886.

El diccionario de la RAE recoge las dos variantes morfológicas, *pedofilia* y *paidofilia*, que se pueden considerar sinónimos. Otra controversia se establece entre los términos ***pedofilia*** y ***pederastia***. A) ***Pedofilia***. F. Atracción erótica o sexual que una persona adulta siente hacia niños o adolescentes. B) ***Pederastia***. F. Abuso sexual cometido con niños.

Desde el punto de vista semántico, la distinción es clara: es esencialmente diferente sentir atracción erótica por los niños a abusar sexualmente de ellos. Así pues, la distinción surge entre la tendencia sexual (*pedofilia*) y la práctica abusiva y delictiva (*pederastia*). Algunos abusadores sexuales infantiles se definen como pedófilos pero no pederastas, distinguiendo entre tener la tendencia que los empuja a sentir atracción sexual por los niños (*pedofilia*) y las prácticas sexuales con menores (*pederastia*).

En el primer caso, se trata de una tendencia psíquica, considerada como una parrifilia por la sexología y la psiquiatría, mientras que en el segundo hay una práctica, que es delictiva. Sin embargo, es necesario dejar en claro que si el pedófilo de alguna manera establece un vínculo efectivo (acción) de aproximación o tocamiento erótico sobre un menor, esa conducta es delictiva aunque no haya existido la violación.

Según la edad de la persona que es objeto del deseo sexual se distinguen tres tipos de trastornos: ***pedofilia*** para la atracción hacia niños en edad prepuberal;



Br. FRANCISCO ROLANDO SOZA MORALES
Médico Infieri

efebofilia (del griego *ephebo*, 'niño que ha entrado en la pubertad') para referirse al deseo sexual hacia adolescentes, y **nepiofilia** (de *nepion*, 'infante') para designar la atracción hacia niños lactantes o infantes.

La **pedofilia** se encuentra dentro de la categoría de parafilias, que forma parte de los "*Trastornos sexuales y de la identidad sexual*". Se la define como fantasías sexuales recurrentes y altamente excitantes, impulsos sexuales o comportamientos que implican actividad sexual con niños (13 años o menos) durante un período no inferior a los seis meses.

Por lo tanto, los **pedófilos** suelen ser predominantemente varones y frecuentemente de edad avanzada. Rara vez se presenta en mujeres, aunque no se descarta esta inclinación sexo-amorosa en ellas. Las víctimas pueden ser niños de uno y otro sexo.

Otros términos de interés son: sodomía, pederastia y pederosis. La **sodomía** (de Sodoma, ciudad palestina a orillas del Mar Muerto) consiste en el sexo anal. La cópula anal puede ser heterosexual (anomeatía) u homosexual (androsomdomia). La sodomía se acepta que es el sexo anal entre varones y por extensión con animales con los que se tiene penetración (sodomización).

La **pederastia** (del griego *paiderastía*) es en general sinónimo de sodomía, es decir, la realización de la penetración anal. El término *pederastía* también se lo suele utilizar para describir el sexo anal practicado por un adulto con un menor. Así se habla de pederasta al que practica la cópula anal activa o pasiva como amante de los jóvenes.

ABORDAJE MÉDICO LEGAL DE LOS DELITOS CONTRA LA LIBERTAD E INTEGRIDAD SEXUAL

a) GENERALIDADES

Por las consecuencias que, desde el punto de vista médico legal; se pueden derivar para las víctimas de delitos contra la libertad e integridad sexuales; las agresiones sexuales, son muchas las veces que se producen lesiones muy graves que pueden dar lugar a secuelas, tanto físicas como psíquicas, con gran repercusión en la vida posterior de la víctima; incluso el atentado puede ir acompañado de lesiones que produzcan la muerte. Finalmente tiene una gran importancia la posibilidad de que se produzca el contagio de una infección de transmisión sexual.



Br. FRANCISCO ROLANDO SOZA MORALES
Médico Infieri

Porque la atención de las víctimas tiene lugar en un importante número de ocasiones en servicios de urgencias, o centros de asistencia médica, donde no se dispone de personal especializado, por lo que corresponde al médico general⁶ prestar no solo la asistencia médica inicial, sino también realizar el diagnóstico del atentado y recoger todos los elementos necesarios para la prueba policial.

ETIOLOGÍA

En la etiología de los delitos contra la libertad e integridad sexual intervienen unos factores exógenos y otros endógenos.

Factores exógenos:

El ambiente social influye de manera decisiva en la producción de estos delitos. Son más frecuentes en las áreas urbanas que en las rurales del país. La influencia negativa del entorno socioeconómico, el nivel de educación y las costumbres del ambiente inmediato, la violencia intrafamiliar y de género entre otras. Se ha señalado una punta horaria para estos delitos, localizada en las primeras horas de la noche.

Factores endógenos:

La edad y el sexo desempeñan un cierto papel en el determinismo de estos delitos, pero se atribuye mucha importancia a la personalidad, tanto somática como psíquica, del autor. A menudo hay un defecto educativo o una degeneración ética agravada, cuando no creada, por el alcohol.

En este sentido se ha realizado una clasificación de los agresores sexuales en los siguientes grupos: agresores de conducta antisocial con historia de delincuencia no sexual, agresores sádicos, agresores explosivos, agresores sexuales enfermos mentales y agresores sexuales que tienen cualquier tipo de relación con la víctima.

Por lo que respecta a la edad, posee una influencia determinante, tanto en lo referente a los autores como a las víctimas de estas infracciones. Los autores de los delitos contra la libertad sexual suelen ser de edad avanzada, muchas veces ancianos. Las víctimas, por el contrario, predominan en los niños, en tanto que los delincuentes jóvenes atacan con preferencia a víctimas de mayor edad que la suya.

⁶ Ley 423: Ley General de Salud



FRECUENCIA

La frecuencia de estos delitos es tan considerable, aunque muchos quedan desconocidos por falta de denuncia o por la imposibilidad de establecer la prueba material de su existencia, sin embargo, se ha constatado que en los últimos años, específicamente a partir de 1999, instituciones como el Instituto de Medicina Legal⁷, las Comisarias de la Mujer, la Niñez y la Adolescencia de la Policía Nacional y el Ministerio Público, además de organizaciones no gubernamentales que velan por la niñez y la adolescencia, se ha observado que han ayudado a establecer un cambio de mentalidad en la población y en la sociedad en la defensa de sus derechos humanos, así también la democracia y el fortalecimiento del estado de derecho en el país han fortalecido a estas mismas instituciones.

Cabe aclarar que aunque no hay registros de estadísticas sistematizadas técnicamente al respecto, sí es evidente el gran número de intervenciones médico legales a que dan lugar año con año.

NATURALEZA

No todos los hechos delictivos comprendidos en este título del Código Penal tienen repercusiones médico legales, por ello limitaremos su estudio a aquellas infracciones que requieren para su demostración, o para fijar sus características, la intervención pericial del médico legista, éstas son las agresiones sexuales y los abusos sexuales.

En el resto del título se recogen una serie de supuestos en los que también cabe la intervención médico legal, lo que se debe, no a que su comisión deje huellas que puedan ser objeto de determinación por parte del médico, sino porque se exigen unas determinadas características de las víctimas que sí son susceptibles de ser demostradas por el perito médico.

⁷ El Instituto de Medicina Legal (IML) y el Sistema Nacional Forense (SNF) fueron creados bajo la Ley N°. 260 "Ley Orgánica del Poder Judicial de La República de Nicaragua" del 15 de julio de 1998 y del Reglamento Ley Orgánica del Poder Judicial del 14 de mayo de 1999.



Br. FRANCISCO ROLANDO SOZA MORALES
Médico Infieri

**b) CARATERÍSTICAS MÉDICO LEGAL DE
LA AGRESIÓN SEXUAL**

Está claramente definido en el Código Penal: depende de la existencia de una relación de carácter sexual no consentida que se consigue por medio de la violencia o de la intimidación.

En el delito de agresiones sexuales se pueden diferenciar: **Circunstancia de hecho:** cualquier acto de carácter sexual, incluyendo el acceso carnal, la penetración de objetos y la penetración bucal o anal.

Circunstancias etiológicas: violencia e intimidación.

Circunstancias agravantes: cuando la violencia o la intimidación ejercidas revistan un carácter particularmente degradante o vejatorio, cuando los hechos se cometan por más de una persona o actuando en grupo, cuando la víctima sea un persona especialmente susceptible, por razón de su edad, enfermedad o situación, cuando el delito se cometa, prevaleciendo el autor de su relación de parentesco.

ACCESO CARNAL

Se entiende como la penetración del pene en erección a través del ano, dando lugar a lo que clásicamente se ha llamado **coito anal**. Debiendo entenderse como tal, la penetración del pene en la cavidad anal, no siendo necesario que sea completa ni prolongada, ni que haya eyaculación de semen en el interior del ano.

PENETRACIÓN ANAL

Con este nombre y con los de coito anal y atentado pederástico se conoce el acceso carnal por vía rectal, con penetración del pene en erección a través del esfínter anal.

El atentado puede ser agudo, es decir único o repetido solo escasas veces; puede asimilarse en cierto sentido a la cópula desfloradora por la naturaleza de las lesiones que resultan. Otras veces se trata de atentados crónicos, equiparable a la cópula vaginal en mujer desflorada.



Br. FRANCISCO ROLANDO SOZA MORALES
Médico Infieri

Lesiones genitales:

En el atentado agudo es posible encontrar las siguientes lesiones: Lesiones locales anorrectales. El paso del pene en erección a través del ano significa un traumatismo capaz de originar lesiones. Sin embargo en la mayor parte de los casos están ausentes, porque la introducción del pene no es brusca, sino que va precedida de tentativas lentas que dilatan gradualmente el orificio anal. La producción de las lesiones locales depende de dos factores: violencia con que se ha realizado el acto sexual y desproporción de volumen entre las partes anatómicas.

En los casos en que la introducción del pene en el conducto anorrectal haya sido brusca y acompañada de violencia, se producirán lesiones resultantes de la forzada distensión del ano, que asumen las formas de ***desgarro anal reciente o desgarro anal antiguo***.

El ***desgarro anal reciente*** de la mucosa y de los pliegues radiados de la piel se caracterizan por lesiones, tumefactas y aun sangrantes, experimentan ciertas reacciones inflamatorias en los días sucesivos, que varía desde la rubicundez a la supuración, a lo que se acompaña a veces trastornos funcionales: parálisis del esfínter anal con dilatación de este orificio y una disposición en embudo del ano, resultado de una contractura refleja del músculo elevador, con punto de partida en las lesiones anales, que hunde y deprime los tejidos que rodean este orificio. Otros trastornos son el escozor, dolor o malestar que se notan las víctimas al andar y, sobre todo, durante la defecación.

En el ***desgarro anal antiguo***, el signo de la dilatación anal refleja en abuso sexual en niños en los que ha habido una dilatación forzada del ano, normalmente el cierre anal se consigue y mantiene con el esfínter interno que actúa de forma involuntaria. El esfínter externo que puede contraerse voluntariamente, no puede mantener una contracción por más de 9 – 10 segundos. Un niño en el que el esfínter interno ha sido lesionado podrá conseguir un cierre del ano mediante el esfínter externo, pero será totalmente incapaz de mantener el cierre. Si se procede a observar el canal anal, se le podrá ver directamente dentro de la porción distal del recto.

Estas lesiones locales evolucionan, por lo general, en un plazo muy breve, de ordinario menor de 5 días. Si las lesiones han sido más extensas y las condiciones locales y generales de la víctima son desfavorables, se necesitan plazos mayores, de 10 a 15 días.



Br. FRANCISCO ROLANDO SOZA MORALES
Médico Infieri

La demostración de esperma en la cavidad rectal:

Es el signo más demostrativo y el único cuando hay ausencia de lesiones anales. Tiene el inconveniente de que solo es posible comprobarlo cuando la exploración de la víctima es inmediata al atentado. Se lleva a cabo practicando un enema de limpieza y realizando la investigación en el líquido.

INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS)

Alguna vez la realización del coito anal se demuestra por vía indirecta como consecuencia de la transmisión sexual de enfermedades a la víctima, para tal fin se debe establecer la presencia (o ausencia) de signos clínicos que hagan sospechar infección de transmisión sexual y, cuando sea del caso, tomar las respectivas muestras para estudios paraclínicos. Por ser parte del tratamiento integral del delito sexual, dichas pruebas deben ser realizadas por el sector salud, el cual reportará los resultados al servicio médico forense. Se deben estudiar las siguientes infecciones de transmisión sexual: Infección por *Neisseria gonorrhoeae*, Infección por *Chlamydia trachomatis*, Infección por *Trichomona vaginalis*, Infección por *Treponema pallidum*, Infecciones por *Gardenella vaginalis* y hongos, HIV, Condilomatosis.

En los atentados crónicos solo tienen valor diagnóstico la eventual existencia de esperma anorrectal y las infecciones de transmisión sexual, además, laxitud del esfínter anal y sobre todo cicatrices de antiguas fisuras.

ANATOMÍA DE LA REGIÓN ANORRECTAL

El recto⁸ es un tubo muscular tapizado por mucosa en la superficie que mira al lumen. Su porción terminal pasa a través de los músculos elevadores del ano, convirtiéndose en el canal o conducto anal. Este conducto se inicia a nivel del anillo anorrectal y termina en el borde anal (a nivel del sitio que denominaremos orificio anal).

Esquemáticamente, el conducto anal se puede describir como un cilindro de aproximadamente tres centímetros de longitud, conformado por dos tubos concéntricos de músculo y unas capas de músculo longitudinal entre ellos. El tubo interno, corresponde a la capa circular de músculo liso del intestino, que en su termi-

⁸ Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, Reglamento técnico para el abordaje forense integral de la víctima en la investigación del delito sexual, versión 02, agosto 2006. Bogotá. Colombia.



Br. FRANCISCO ROLANDO SOZA MORALES
Médico Infieri

nación, a nivel del anillo anorrectal, se hipertrofia notablemente y constituye el esfínter interno. El tubo externo, está formado por músculo esquelético, voluntario y constituye el esfínter externo. Finalmente, muchas fibras musculares cubren la porción inferior del esfínter externo insertándose en la piel perianal y produciendo la constricción del borde anal.

El recubrimiento del canal anal consta de dos partes, cuyos límites están marcados por una línea de válvulas anales, denominada línea pectínea. En su tercio superior, por encima de la línea pectínea, el conducto está revestido de mucosa. En los dos tercios inferiores, por debajo de ella, está recubierto por epitelio escamoso (de tipo cutáneo), carente de glándulas sudoríparas y de pelo, muy adherido al tejido subyacente, rico en terminaciones nerviosas sensitivas especializadas. Por fuera del borde anal, en la región perianal, esta capa adquiere una coloración más pigmentada.

Fisiológicamente, el tono anal es mantenido por el esfínter interno, innervado por el sistema autónomo, el cual actúa de forma totalmente involuntaria. El esfínter externo, innervado por el nervio pudendo y un ramo del nervio sacro, se encarga del control voluntario de la continencia y la defecación; aunque puede contraerse voluntariamente, su contracción no puede mantenerse de manera continua por más de algunos pocos segundos.

DIAGNÓSTICO DE LA PENETRACIÓN ANAL

La demostración del líquido espermático en el conducto rectal constituye un signo de certeza, aunque se logra pocas veces porque el examen no ha podido hacerse con la suficiente precocidad. El contagio venéreo es signo eventual cuya valoración exige mucha prudencia.

Cuando el cuadro lesional alcanza un cierto grado, el examen, aun superficial, lo objetiva con facilidad. Es mucho más frecuente que las lesiones sean leves y discretas, en casos en que un examen superficial puede pasar por alto tales vestigios.

Se hace necesario que el examen de la víctima se realice con ciertos requisitos de luz, de posición y de técnicas similares a los recomendados para el examen de los genitales femeninos en los casos de acceso carnal. La Dra. Chávez Palacios recomienda para examinar a niños y niñas menores de 10 años la **“posición en alas de mariposa”**, el menor en posición decúbito supino con las extremidades



Br. FRANCISCO ROLANDO SOZA MORALES
Médico Infieri

superiores flexionadas uniendo las regiones plantares suavemente hace visible total la región anorrectal, perianal y vaginal.⁹

Se recomienda la posición genupectoral, que hace sobresaltar las nalgas, lo que permite reconocer mejor el orificio anal, y que un ayudante separe las nalgas empujándolas hacia afuera. Otros recomiendan el tacto rectal para reconocer la tonicidad muscular y de comprobar la parálisis del esfínter. En niños se recomienda el examen en decúbito lateral izquierdo.

El diagnóstico diferencial con otras lesiones espontáneas; fisura del ano; llevan a establecer el diagnóstico de una dilatación forzada del ano, pero no del instrumento que la haya producido, por lo que siempre habrá que tener presente la posibilidad de que se deban a maniobras de otro tipo. Su ausencia no excluye la agresión sexual. Por ello, el resultado negativo no tiene ningún valor desde el punto de vista médico legal.

PENETRACIÓN BUCAL

El coito oral consiste en la introducción del pene en la cavidad bucal, tras lo cual la parte pasiva de la pareja realiza movimientos de succión, que pueden reforzarse con movimientos de avance y retroceso del miembro viril realizado por la parte activa.

Dadas las características de las estructuras anatómicas que participan en este acto, no se encuentran lesiones en la cavidad bucal ni labios de la parte pasiva de la pareja. Esto significa que no es factible un diagnóstico anatómico de esta forma de agresión sexual.

Hay, sin embargo, algunas posibilidades que pueden permitir este diagnóstico: la transmisión a la mucosa labio bucal de algunas de las infecciones de transmisión sexual, la existencia de una eyaculación en la cavidad bucal que permita realizar las pruebas biológicas de identificación y la lesión del miembro viril del agresor por la dentadura de la víctima (mordedura), que podría servir para verificar la existencia de este tipo de agresión.

⁹ Chávez P, Cándida Rosa Dra. Ginecoobstetra. Especialista Forense del Instituto de Medicina Legal (IML)



Br. FRANCISCO ROLANDO SOZA MORALES
Médico Infieri

PENETRACIÓN DE OBJETOS

Se trata de la penetración de objetos a través de orificios de connotación sexual, lo que desde el punto de vista médico legal limita los casos a aquellos en que tenga lugar dicha penetración en la cavidad vaginal o en el orificio anal.

Los síntomas que es posible encontrar en los niños son los siguientes: traumatismos locales cuando la penetración tiene lugar con una violencia inusitada o incluso brutal. Consisten en desgarros del ano del esfínter anal o incluso de la mucosa rectal, erosiones, laceraciones. Las lesiones tendrán mayor profundidad y extensión en función de la forma y el volumen del objeto que hay penetrado y con la violencia y brutalidad con que haya sido manejado.

La presencia de restos o partes fragmentadas de cuerpos extraños introducidos en cavidad rectal y que se rompen, quedando en su interior restos del instrumento.

OTRAS CIRCUNSTANCIAS DE HECHO

Se considera a cualquier otro acto de naturaleza sexual distinto de la penetración; cualquier clase de acción obscena, distinta a la penetración que violente la libertad e integridad sexual de la víctima.

Desde el punto de vista médico legal muchas acciones susceptibles de ser consideradas como agresión sexual por su naturaleza es imposible demostrarlas de modo objetivo, reúnen en cambio, la condición de dejar huellas biológicas en el cuerpo de la víctima susceptible de investigación por el perito médico legal, las siguientes: **Tocamientos** realizados con el pene, tocamientos realizados con el dedo y tocamientos con cuerpos extraños sin penetración.

Como tocamientos se comprenden todos los realizados sobre los órganos genitales de las víctimas, aquellos realizados con el pene en cualquier otra zona corporal de la víctima tendrán la misma consideración.

En los niños, el autor suele ser un adulto que procede a maniobras masturbatorias. En este supuesto, salvo que haya habido contaminación por infecciones de transmisión sexual, tales maniobras no dejan huellas.

Los síntomas que es posible encontrar en los casos de tocamientos son los siguientes: Traumatismos genitales, se producen cuando las maniobras tienen una violencia inusitada o incluso brutal. La contaminación venérea es posible a través



Br. FRANCISCO ROLANDO SOZA MORALES
Médico Infieri

de tocamientos de las áreas genitales con instrumentos contaminados por gérmenes o virus de distinta naturaleza.

CIRCUNSTANCIAS ETIOLÓGICAS DE LAS AGRESIONES SEXUALES

Para que el acceso carnal, la penetración anal o bucal y la penetración de objetos constituyan agresión sexual, han de tener lugar una serie de circunstancias etiológicas, a continuación:

La violencia

Es el uso de la fuerza física que actúa sobre el cuerpo de la víctima, cuando es suficiente e idónea para conseguir el fin propuesto, doblegar la voluntad de la víctima. La violencia da lugar a la producción de diversas lesiones en la víctima, cuya comprobación por el perito médico objetiva la existencia del delito; consisten en equimosis, excoriaciones, contusiones, heridas contusas. Acallar los gritos de la víctima, para esto se hace presión sobre el cuello hasta que se produzcan síntomas de asfixia o se obturen los orificios respiratorios, fundamentalmente la boca. Se producen así estigmas ungueales en cuello, boca, nariz y resto de la cara. Encontramos lesiones de significación erótica, como son las sugilaciones de diversas localizaciones y lesiones por mordeduras localizadas en zonas erógenas.

Uno de los fines de este diagnóstico es el de excluir falsas alegaciones en cuanto al origen de las lesiones e incluso de autolesiones que después se pretenden pasar como pruebas de las violencias condicionantes de las agresiones sexuales. El perito debe tener presente que en este campo, cabe la posibilidad de falsas denuncias.

Intimidación

Se entiende como una amenaza de palabra o de obra de causar un daño injusto, posible y presente, que infunde miedo en el ánimo de la víctima. Es decir, se trata de una amenaza eficaz, frente a una persona más o menos vulnerable. Lo más normal es que la intimidación no deje estigmas en la víctima o que, si existen, sean mínimas.



Br. FRANCISCO ROLANDO SOZA MORALES
Médico Infieri

c) ABUSOS SEXUALES

La diferencia esencial con respecto a las agresiones sexuales es que en estos casos nunca habrá violencia ni intimidación. Lo que caracteriza a los abusos sexuales es que la relación sexual tiene lugar sin que exista un consentimiento expreso por parte de la víctima, pero las circunstancias de hecho que da lugar al nacimiento del delito, caben las mismas posibilidades que el caso de las agresiones sexuales.

El abuso sexual de menores se produce cuando esta actividad tiene lugar entre un niño y un adulto, o bien entre un niño y otro niño o adolescente que por su edad o desarrollo tiene con él una relación de responsabilidad, confianza o poder. La actividad tiene como finalidad la satisfacción de las necesidades de la otra persona.

El abuso sexual de menores puede incluir diversas prácticas sexuales con o sin contacto físico tales como exhibicionismo, tocamientos, manipulación, sexo anal, vaginal u oral, prostitución y pornografía.

En cuanto a las circunstancias etiológicas, son las siguientes: que la víctima sea menor de 15 años, que se halle privada de sentido, que se realice el delito abusando de su trastorno mental, que el consentimiento se obtenga prevaleciendo el culpable de una situación de superioridad manifiesta que coarte la libertad de la víctima, que el delito se cometa prevaleciendo el autor de su relación de parentesco y que intervenga engaño.

d) PERITACIÓN MÉDICO LEGAL

Los objetivos que debe cubrir una pericia médico legal son los siguientes: Evidenciar los hechos (acceso carnal, penetración bucal o anal, penetración de objetos, otros actos de naturaleza sexual), analizar las circunstancias (uso de fuerza o intimidación), aportar datos que permitan identificar al culpable y en su caso establecer las bases de su imputabilidad y valorar la situación psicológica del sujeto pasivo.



Br. FRANCISCO ROLANDO SOZA MORALES
Médico Infieri

La sistemática más adecuada para llevar a cabo este reconocimiento abarca tres aspectos: Reconocimiento de la víctima, reconocimiento del autor y reconocimiento del lugar de los hechos.

RECONOCIMIENTO DE LA VÍCTIMA

La Historia o anamnesis: se recogerán todos los datos referentes al atentado sexual, hora y lugar de los hechos, violencia física o psíquica, cómo se defendió y que lesiones le pudo producir al agresor o agresora, si hubo eyaculación o no, si después se lavó o no, número de agresores, actitud de la víctima.

Examen médico: debe ser detenido y minucioso. En un primer momento se valorará el aspecto general de la víctima, estado de las ropas y cabellos, talla y peso.

Reconocimiento génito anal o bucal: valorar la existencia de traumatismos, naturaleza, tipo e intensidad y la existencia de secreciones, que pueden ser propias o del autor, su cantidad, color y olor.

Realizar una inspección del área perianal en reposo y luego, con las palmas de las manos del examinador sobre las nalgas, separando suavemente hacia los lados. Esta maniobra permite observar si el orificio anal se encuentra cerrado o no, la piel, las características generales de los pliegues y la presencia de variantes anatómicas (apéndices, camellones muco-cutáneos, generalmente en la línea media, depresiones u hoyuelos por diastasis del esfínter, surcos perineales que pueden extenderse por todo el rafe anogenital); también pueden evidenciarse en otras alteraciones como hemorroides externas.

Evaluar la presencia de evidencias como secreciones secas, pelos sueltos o cualquier otro elemento que pueda relacionarse con el hecho, en cuyo caso se tomarán las respectivas muestras. Buscar y registrar en el informe pericial la presencia (o ausencia) de signos clínicos de infección de transmisión sexual tales como chancros o condilomas.

Una vez finalizada esta inspección inicial, el examinador coloca sus dedos pulgares sobre la región glútea cerca del orificio anal y los dedos restantes sobre las caderas, luego se realiza una leve tracción sostenida hacia fuera separando los glúteos, lo cual permite visualizar mejor el orificio anal. Debido a la abundancia de terminaciones nerviosas sensitivas en la región del orificio anal, esta exploración debe realizarse con suavidad, sin hacer tracciones bruscas, para evitar la reacción esfinteriana.

Valorar el ano: Se debe evaluar y registrar en el informe pericial la forma, tono, pliegues, y presencia (o ausencia) de lesiones. Forma: dada por el orificio anal, puede ser circular, oval, infundibular.



Br. FRANCISCO ROLANDO SOZA MORALES
Médico Infieri

Tono: El ano normotónico es aquel que permanece con el orificio cerrado, incluso mientras se está ejerciendo una suave separación glútea. La evidencia de una luz entre los bordes del ano se produce por hipotonía del esfínter, la cual puede ser de intensidad variable.

En cuanto al diámetro entre los bordes del ano hipotónico que permite separar lo normal de lo anormal, no hay criterios unificados. Algunos autores mencionan como dilatación normal del esfínter anal un diámetro transversal igual o mayor a 1 cm al separar los glúteos, siempre y cuando no exista materia fecal en la ampolla rectal. Muchos evaluadores usan un diámetro de 2 cm, por ejemplo Muram, quien sugirió que una dilatación anal mayor de 2cm, en ausencia de materia fecal en la ampolla rectal es un signo específico, que puede conllevar según el caso, a alta sospecha de abuso sexual.

Otros autores mencionan que ante el hallazgo de una dilatación mayor de 0,5cm, que permanezca así aún después de cesar una separación suave de los glúteos (que por lo menos se haya mantenido durante 30 a 60 segundos), se deben sospechar maniobras sexuales a nivel anal.

En resumen, el médico debe tener en cuenta que hay otras causas de hipotonía como el estreñimiento crónico, el parasitismo intestinal, la enterocolitis, una enfermedad neurológica y la desnutrición, entre otros, y por lo tanto se requiere de otros elementos de juicio que le den a este hallazgo el peso que merece dentro de su contexto. Por lo anterior, sea cual fuere el caso, siempre se deben correlacionar, entre sí, la totalidad de los hallazgos clínicos a nivel anal y perianal, así como otras evidencias físicas encontradas y la información proporcionada por la víctima.

Pliegues: se distribuyen uniformemente en la región perianal, con una disposición radiada y convergen en el borde libre del orificio anal. En algunos casos, a simple vista, se puede observar la desaparición parcial (disminución) de los pliegues o su desaparición total (borramiento), por edema. Igualmente se ha descrito la pérdida de los pliegues en las maniobras sexuales repetitivas.

Lesiones: De la misma manera que en el himen, en el ano se pueden encontrar signos tales como fisuras, laceraciones, eritema, edema, excoriaciones y desgarros, los cuales de acuerdo con el relato de la víctima y otras evidencias, pueden indicar maniobras sexuales recientes. Las cicatrices a nivel anal son de difícil evaluación, describiéndose como zonas lisas brillantes. Las lesiones encontradas se describirán, indicando además su ubicación, considerando las manecillas del reloj y la posición en la que se examinó al paciente, y serán documentadas en el informe pericial.

Por otro lado se debe tener en cuenta que las maniobras crónicas en el esfínter anal, hacen ceder poco a poco la estructura y amplían su capacidad hasta lograr una hipotonía sin producir lesión. Igualmente, cuando no se ofrece resistencia a la



Br. FRANCISCO ROLANDO SOZA MORALES
Médico Infieri

penetración anal, puede no producirse ningún cambio a nivel del reborde anal, o solamente cambios muy discretos, que por su levedad, desaparecen en pocos días.

Aún el hecho de que no se encuentren lesiones en el ano y que el tono, la forma y los pliegues estén normales, no descarta la ocurrencia de maniobras sexuales a nivel anal, por lo que se debe valorar la versión de la víctima y el funcionario debe recurrir a otras pruebas para tomar una convicción de la verdad de los hechos. Finalmente, se registrarán todos los hallazgos en el informe pericial y según sus características, el relato de la víctima, sus antecedentes médicos (especialmente los relacionados con el tracto gastrointestinal) y el criterio del perito, se pondrá deducir si éstos se corresponden con maniobras sexuales recientes o antiguas a nivel anal.

Reconocimiento psíquico: una primera valoración de la repercusión que, a éste nivel haya podido tener la agresión.

Recogidas de muestras para estudios biológicos: Se debe hacer una búsqueda de esperma a nivel anorrectal u orofaríngeo, según los casos, que se debe complementar con la recogida de todas las secreciones o manchas encontradas a distancia. La toma de muestras se debe hacer extremando las precauciones en lo que a contaminación se refiere. Debe recordarse que la presencia de espermios puede comprobarse hasta 48 horas después de la eyaculación.

Cuando se trate de un coito oral, se debe hacer una limpieza dental tanto en la cara anterior como en la posterior. Es factible encontrar espermios hasta 8 horas post coito. Además se debe buscar infecciones de transmisión sexual.

Tratamiento: Incluye los siguientes aspectos: tratamiento psiquiátrico de urgencia, tratamiento médico quirúrgico de las lesiones existentes y prevención de infecciones de transmisión sexual.

Recogida de elementos de prueba: la recogida de los distintos objetos que, tras ser convenientemente analizados, sirvan de elementos de prueba. Esto se refiere a la ropa que llevaba la víctima en el momento de la agresión como a la ropa de cama en la que se ha llevado a cabo la primera exploración, los posibles restos de piel encontrados en las uñas, vello púbico, pelo de cabeza y cuerpo, muestra de sangre y saliva.

A efectos de que el resultado del examen médico, es conveniente la realización de fotografías de todos aquellos hallazgos que se consideran de interés.



Br. FRANCISCO ROLANDO SOZA MORALES
Médico Infieri

Una vez recogidos todos los indicios, deben ser adecuadamente etiquetados y envasados, de tal manera que no sufran deterioro antes o durante el transporte de la cadena de custodia.

RECONOCIMIENTO DEL AUTOR

En la práctica no es frecuente que se lleve a cabo inmediatamente después de los hechos, por lo que muchas veces se pierden elementos que podrían ser de gran importancia como indicios. Los objetivos son los siguientes:

Evidenciar la existencia de signos de coito, de lucha, buscar elementos de identidad para comprobar los que pudiera haber dejado sobre la víctima y valorar el estado psíquico.

De la historia y la anamnesis los más interesantes son los que hacen referencia a la existencia de trastornos psiquiátricos crónicos, el alcoholismo o las alteraciones de conducta, la existencia de enfermedades de transmisión sexual y la presencia de patología orgánica.

EXAMEN DEL LUGAR DE LOS HECHOS

Tiene por objeto la búsqueda y recogida de manchas de esperma, orina y sangre, así como pelos y fibras que se pondrán en relación con los elementos encontrados tanto sobre la víctima como sobre el autor.

e) DATA DEL ATENTADO SEXUAL

Es éste un problema que se plantea con frecuencia, dadas sus dificultades, no siempre puede resolverse de modo satisfactorio. A los fines de este diagnóstico se ha dividido el tiempo que sigue a la desfloración anal en varios períodos: desgarró anal de reciente data y desgarró anal de vieja data. La primera comprende el tiempo durante el cual aún se perciben signos reparativos del desgarró anal y la segunda, el período en que éste ha adquirido ya un estado inmutable.

Para establecer las fechas se tomarán en cuenta los siguientes signos: Cicatrización del ano, que consiste en la reparación en situ, dentro de 3 – 4 días desaparecerían los signos de viva agudeza, otros son del criterio de entre 15 ó 20 días.



Br. FRANCISCO ROLANDO SOZA MORALES
Médico Infieri

Si el reconocimiento tiene lugar dentro de los 6 u 8 días después del atentado sexual, puede aventurarse un diagnóstico cronológico bastante aproximado a la realidad tomando en consideración el estado del proceso cicatrizal. Pasado 15 días, las dificultades son tan grandes que es prácticamente imposible determinar la fecha en que tuvo lugar por simple inspección del ano.

Si se han producido infecciones de transmisión sexual, estos hechos permiten establecer la fecha probable de la agresión sexual por el estado evolutivo en que se encuentra la enfermedad comunicada.

Cuando el atentado ha tenido lugar mediando la violencia, los traumatismos que son su consecuencia, tanto genitales como extragenitales, deben interpolarse como elementos para el diagnóstico cronológico, utilizando el conocimiento sobre la marcha evolutiva del proceso cicatrizal de las lesiones, que señala la data con la aproximación propia de este fenómeno biológico.

La presencia de espermatozoides en la cavidad anal permite delimitar el tiempo transcurrido desde su depósito en la misma. La posibilidad de detección oscilan, como término medio, entre 8 y 72 horas.

NORMATIVA JURÍDICA

Conceptos y estructura del tipo penal:

El Código Penal de Nicaragua distingue en los delitos contra la libertad e integridad sexual dos tipos que se diferencian sustancialmente por la existencia de *violencia y / o intimidación*, lo que define a las agresiones sexuales, o por la ausencia de estas circunstancias, pero también de *consentimiento* por parte de la víctima, que determina la existencia de un delito de abuso sexual.

El Código Penal nicaragüense, reúne una serie de infracciones. Su único punto de contacto consiste en que en todos ellos la sexualidad reprobable desempeña un papel primordial en su génesis.

En la actualidad es uno de los problemas que tiene mayor importancia, tanto médico legal como desde una perspectiva social por la gran frecuencia con que en la práctica se instruyen oficios policiales y judiciales por dos factores: el aumento real de las agresiones sexuales y la denuncia de las víctimas que acuden a las Comisarías de la Mujer, la Niñez y la Adolescencia de la Policía Nacional de Nicaragua.



Br. FRANCISCO ROLANDO SOZA MORALES
Médico Infieri

Ley Nº 641. CÓDIGO PENAL DE LA REPÚBLICA DE NICARAGUA
Aprobado el 13 de noviembre de 2007.
Pendiente de sanción, promulgación y publicación por La Gaceta Diario Oficial

TÍTULO II

DELITOS CONTRA LA LIBERTAD

CAPÍTULO II **DELITOS CONTRA LA LIBERTAD E INTEGRIDAD SEXUAL**

Art. 167. Violación

Quien tenga acceso carnal o se haga acceder o introduzca a la víctima o la obligue a que se introduzca dedo, objeto o instrumento con fines sexuales, por vía vaginal, anal o bucal, usando fuerza, violencia, intimidación o cualquier otro medio que prive a la víctima de voluntad, razón o sentido, será sancionado con pena de ocho a doce años de prisión.

Pueden ser autores o víctimas de este delito, personas de uno u otro sexo.

Art. 168. Violación a menores de catorce años.

Quien tenga acceso carnal o se haga acceder con o por persona menor de catorce años o quien con fines sexuales le introduzca o la obligue a que se introduzca dedo, objeto o instrumento por vía vaginal, anal o bucal, con o sin su consentimiento, será sancionado con pena de doce a quince años de prisión.

Art. 169. Violación agravada

Se impondrá la pena de doce a quince años de prisión cuando:

- a. El autor cometa el delito prevaleciéndose de una relación de superioridad, autoridad, parentesco, dependencia o confianza con la víctima, o de compartir permanentemente el hogar familiar con ella;
- b. La violación sea cometida con el concurso de dos o más personas;
- c. Cuando la víctima sea especialmente vulnerable por razón de enfermedad o discapacidad física o psíquica para resistir, o se trate de una persona embarazada o mayor de sesenta y cinco años de edad; o



Br. FRANCISCO ROLANDO SOZA MORALES
Médico Infieri

d) Resulte un grave daño en la salud de la víctima.

Si concurren dos o más de las circunstancias previstas en este artículo, se impondrá la pena máxima.

Art. 172. Abuso sexual

Quien realice actos lascivos o lúbricos, tocamientos en otra persona, sin su consentimiento, u obligue a que lo realice, haciendo uso de fuerza, intimidación o cualquier otro medio que la prive de voluntad, razón o sentido, o aprovechando su estado de incapacidad para resistir, sin llegar al acceso carnal u otras conductas previstas en el delito de violación, será sancionado con pena de prisión de cinco a siete años.

Cuando en la comisión del delito se dé alguna de las circunstancias de la violación agravada, la pena será de siete a doce años de prisión. Si concurren dos o más de dichas circunstancias o la víctima sea niña, niño, o adolescente se impondrá la pena máxima.

No se reconoce, en ninguno de los supuestos, valor al consentimiento de la víctima cuando esta sea menores de catorce años de edad, o persona con discapacidad o enfermedad mental.

Art. 175. Explotación sexual, pornografía y acto sexual con adolescentes mediante pago.

Quien induzca, facilite, promueva o utilice con fines sexuales o eróticos a personas menor de dieciséis años o discapacitado, haciéndola presenciar o participar en un comportamiento o espectáculo público o privado, aunque la víctima consienta en presenciar ese comportamiento o participar en él, será penado de cinco a siete años de prisión y se impondrá de cuatro a seis años de prisión, cuando la víctima sea mayor de dieciséis y menor de dieciocho años de edad.

Quien promueva, financie, fabrique, reproduzca, publique, comercialice, importe, exporte, difunda, distribuya material para fines de explotación sexual, por cualquier medio sea directo, mecánico, digital, audio visual, o con soporte informático, electrónico o de otro tipo, la imagen, o la voz de persona menor de dieciocho años en actividad sexual o eróticas, reales o simuladas, explícitas e implícitas o la representación de sus genitales con fines sexuales, será sancionado con pena de prisión de cinco a siete años de prisión y de ciento cincuenta a quinientos días de multa.



Br. FRANCISCO ROLANDO SOZA MORALES
Médico Infieri

Quien con fines de explotación sexual, posea material pornográfico o erótico en los términos expresado en el párrafo anterior, será castigado con la pena de uno a dos años de prisión.

Quien ejecute acto sexual o erótico con persona mayor de catorce años y menor de dieciocho años de edad de cualquier sexo, pagando o prometiéndole pagar o darle a cambio ventaja económica o de cualquier naturaleza, será sancionado con pena de prisión de cinco a siete años.

Art. 176. Agravantes específicas en caso de explotación sexual con adolescentes mediante pago

La pena será de seis a ocho años de prisión cuando:

- a) El hecho sea ejecutado con propósitos de lucro;
- b) El autor o autores sean parte de un grupo organizado para cometer delitos de naturaleza sexual, salvo que cometa el delito de crimen organizado;
- c) Medie engaño, violencia, abuso de autoridad o cualquier medio de intimidación o coerción; o
- d) El autor cometa el delito prevaliéndose de una relación de superioridad, autoridad, parentesco, dependencia o confianza con la víctima, o de compartir permanentemente el hogar familiar con ella.

Si concurren dos o más de las circunstancias previstas, se impondrá pena siete a nueve años de prisión. Se impondrá la pena máxima cuando sea persona con discapacidad o menor de catorce años de edad.

Art. 181. Restricción de mediación y otros beneficios

Cuando el delito sexual sea cometido contra niños, niñas y adolescentes, no habrá lugar al trámite de la mediación, ni cualquier beneficio de suspensión de pena.

Art. 182. Trata de personas con fines de esclavitud, explotación sexual o adopción

Quien en ejercicio de poder o valiéndose de amenazas, ofrecimientos, engaños, promueva, facilite, induzca o ejecute la captación, reclutamiento, contratación, transporte, traslado, retención, acogida o recepción de personas, con fines de esclavitud, explotación sexual o adopción, para que la misma sea ejercida dentro o fuera del territorio nacional, aun con el consentimiento de la víctima será sancionado con pena de prisión de siete a diez años.



Br. FRANCISCO ROLANDO SOZA MORALES
Médico Infieri

Si la víctima es una persona menor de dieciocho años, o persona con discapacidad, o el hecho fuere cometido por los familiares, tutor o encargado de la educación, guarda o custodia, guía espiritual o comparta permanentemente en el hogar de la víctima, o medie una relación de confianza, la pena será de diez a doce años de prisión.

Quien venda, ofrezca, entregue, transfiera o acepte a una niña, niño, o adolescente en la que medie o no, pago o recompensa con fines de explotación sexual, será sancionado con pena de ocho a doce años de prisión. Igual pena se aplicara a quien oferte, posea, adquiera o acepte la venta de una niña, niño, o adolescente con fines de adopción ilegítima.

Art. 183. Disposiciones comunes

Cuando el autor de violación agravada, estupro agravado, abuso sexual, explotación sexual, actos sexuales con adolescentes mediante pago y pornografía, promoción del turismo con fines de explotación sexual, proxenetismo agravado, rufianería o trata de personas con fines de esclavitud o explotación sexual sea el padre, madre o responsable legal del cuidado de la víctima, se impondrá además la pena de inhabilitación especial por el plazo señalado para la pena de prisión de los derechos derivados de la relación madre, padre e hijos, tutela o guarda.

La provocación, la conspiración y la proposición para cometer los delitos de explotación sexual, actos sexuales con adolescentes mediante pago y pornografía, promoción del turismo con fines de explotación sexual, proxenetismo, rufianería o trata de personas con fines de esclavitud o explotación sexual, previstos en los capítulos anteriores, serán castigadas con una pena atenuada cuyo límite máximo será el límite inferior de la pena prevista en la ley para el delito de que se trate y cuyo límite mínimo será la mitad de aquél.



VII. MATERIAL Y MÉTODO

• TIPO DE ESTUDIO, LUGAR Y PERÍODO:

Es un estudio de tipo descriptivo porque su propósito es obtener información del estado actual del fenómeno abuso sexual en varones menores de 15 años y establecer las relaciones de los factores asociados: frecuencia y caracterización.

Es un estudio de corte transversal y retrospectivo porque se fija en un tiempo pasado y en lugar determinado: Valoración de abuso sexual de menores de 15 años atendidos en el Instituto de Medicina Legal (IML) del municipio de Managua en el período comprendido entre el 1^{ero} de enero de 2005 hasta el 31 de diciembre de 2007.

Es un estudio de revisión documental de series históricas o cronológicas de casos sobre datos estadísticos recogidos en la "Hoja de Registro Diario Valoración Agresión Sexual" por los médicos forenses de Instituto de Medicina Legal (IML).

• UNIVERSO:

Toda la población de 349 varones menores de 15 años atendidos en el IML por abuso sexual en el municipio de Managua en el período 2005-2007.

• MUESTRA:

Corresponde a nuestro universo, 349 varones menores de 15 años, por considerarlo accesible para el estudio y cumple con las características de que toda la población de interés tienen la misma oportunidad de ser seleccionada.

• CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN:

Criterios de inclusión: todos los varones menores de 15 años atendidos en el Instituto de Medicina Legal por abuso sexual del municipio de Managua.

Criterios de exclusión: Todos los varones mayores de 15 años atendidos por abuso sexual en el Instituto de Medicina Legal (IML) en el período comprendido entre el 1^{ero} de enero de 2005 hasta el 31 de diciembre de 2007. Las personas del sexo femenino y, los municipios del Departamento de Managua: Tipitapa, San Francis-



Br. FRANCISCO ROLANDO SOZA MORALES
Médico Infieri

co Libre, Ticuantepe, San Rafael del Sur, Mateares, Villa Carlos Fonseca, Ciudad Sandino y El Crucero.

• **VARIABLES**

Sociodemográficas:

- Sexo
- Edad
- Escolaridad
- Distrito

Hallazgos de la Valoración Médico Legal:(al examen físico o referido por la víctima):

- Desgarro anal reciente data
- Desgarro anal de vieja data
- Sin Evidencia de Contacto
- Tocamiento

Persona referida que cometió el abuso:

- Papá
- Padrastro
- Otro familiar
- Conocido
- Desconocido

• **CRUZAMIENTO DE VARIABLES**

- ✓ Edad / Escolaridad
- ✓ Edad / Distrito de Procedencia
- ✓ Edad / Hallazgos de la Valoración Médico Legal
- ✓ Edad / Persona referida que cometió el abuso.



Br. FRANCISCO ROLANDO SOZA MORALES
Médico Infieri

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Definición Conceptual	Operacionalización de Variables	
		Indicadores	Escala/Valores
Distrito	Cada una de las demarcaciones en que se subdivide el territorio o una población del municipio de Managua	Ubicación político administrativa	Nominal Distrito: II, III, IV y V
Edad	Tiempo que ha vivido una persona	Años, meses y días.	De razón <1 a 05 años De 06 a 10 años De 11 < 15 años
Escolaridad	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente	Último nivel, grado o año aprobado. Sin instrucción	Ordinal Nivel preescolar, grado de primaria, año de secundaria, Sin instrucción
Sexo	Condición orgánica masculina o femenina	Perteneciente al género masculino	Nominal Masculino



Br. FRANCISCO ROLANDO SOZA MORALES
Médico Infieri

Variable	Definición Conceptual	Operacionalización de Variables	
		Indicadores	Escala/Valores
Hallazgos de la Valoración Médico Legal	Examen médico legal o peritaje del forense	Desgarro Anal Reciente Desgarro Anal de Vieja Data Sin Evidencia de Contacto Tocamiento	Nominal Enrojecimiento, laceración, edema, cicatriz, ninguno
Desgarro Anal de Reciente Data (DAR)	Tiempo durante el cual aún se perciben signos reparativos del desgarro ano-rectal.		Número de días (entre 3 y ocho días)
Desgarro anal de vieja data	Período en que la lesión ano-rectal ha adquirido ya un estado inmutable.		Número de días (entre 15 ó 20 días).
Tocamiento	Tocamientos en otra persona, sin su consentimiento	Relato referido por la víctima	Nominal Si No
Sin Evidencia de Contacto	Sin prueba determinante	Relato referido por la víctima	Nominal Si No



Br. FRANCISCO ROLANDO SOZA MORALES
Médico Infieri

Variables	Definición Conceptual	Operacionalización de Variables	
		Indicadores	Escala/Valores
Persona referida que cometió el abuso.	Persona a quien la víctima imputa	Persona con quien tiene lazos de afinidad o consanguinidad o ninguno	Nominal Papá, padrastro, familiar, conocido, desconocido
Papá	Padre biológico	Lazo de consanguinidad	Nominal Papá
Padrastro	Marido o compañero en un unión de hecho de la madre, respecto de los hijos habidos antes por ella	Lazo de afinidad	Nominal Padrastro
Otro familiar	Perteneciente o relativo a la familia. Conjunto de ascendientes, descendientes, colaterales o afines a un linaje.	Tío, Primo, Sobrino, abuelo	Nominal Lazos de consanguinidad
Conocido	Persona con quien se tiene trato o comunicación, pero no amistad.	Vecino, compañero de clase, profesor, tutor	
Desconocido	No conocido de antes.		Ninguno



Br. FRANCISCO ROLANDO SOZA MORALES
Médico Infieri

- **MÉTODOS E INSTRUMENTOS PARA
RECOGER INFORMACIÓN**

Para la obtención de los datos se realizó un estudio documental de la serie histórica de casos que se encuentran en los archivos del Instituto de Medicina Legal. Esta revisión de la información estadística corresponde a los años del 2005 al 2007. Se recogerán todos los datos para alcanzar los objetivos de la investigación y medir las variables e indicadores definidos en el estudio.

El plan de recolección de datos prevé la elaboración de una guía, formulario (ver Anexo N° 2.-) de la revisión documental con el fin de llenarlo de modo auto administrado con los objetivos y las variables de estudio. Las preguntas corresponderán a los incisos en que se encuentra estructurada la Hoja de Registro Diario Valoración Agresión Sexual (ver Anexo N°3.-) con el fin de garantizar la validez y la confiabilidad del estudio, además, se anotarán las observaciones que el perito forense agregue a cada ítem de la hoja de registro de la valoración médico legal de abuso sexual.

- **MÉTODOS E INSTRUMENTOS PARA
ANALIZAR INFORMACIÓN**

Procesamiento, análisis y plan de tabulación:

Una vez concluido el proceso de revisión documental de las estadísticas, se derivará los datos de acuerdo al plan de tabulación en tablas de salida para su procesamiento y análisis de la información tomando en cuenta al problema y a los objetivos del estudio.

El tratamiento de la información será manual (Método de los palotes en el llenado de la "Guía[Formulario] de Revisión Documental") y computarizada utilizando la aplicación Word de MSOffice 2007 y Editor de Gráficos "TeeChartOffice" versión 3.3 y Minitab v. 15 Statistical Software Se realizarán operaciones aritméticas de Suma, resta, multiplicación, división y porcentaje para el procesamiento de los datos estadísticos. La presentación se mostrará en tablas o cuadros, gráficos de barra y gráficos de pastel.



VIII. RESULTADOS

AÑO 2005

Los resultados se muestran en el Cuadro N°1.- y el Gráfico N° 1.- corresponden a los grupos de edades <1 – 05 años, de 06 – 10 años y 11 a <de 15 años, varones víctimas de abuso sexual en el período 2005 registrado en las estadística que lleva el Instituto de Medicina Legal.

Ese año se valoraron 96 varones menores de 15 años víctima de abuso sexual, mostrando que el grupo más afectado se encuentra en los menores entre los 06 – 10 años de edad con el 37,5 % (36 casos) y los <01 año – a 05 años; 32 casos con 33,3%. En último lugar se ubicó el grupo de edad de 11 a <15 años con 28 casos (29,2%).

Cuadro N° 1.-

EDAD DE LA VÍCTIMA DE ABUSO SEXUAL EN VARONES MENORES DE 15 AÑOS Municipio de Managua, 2005

GRUPOS DE EDAD	FRECUENCIA	%	ACUMULADO
< 01 - 05	32	33.3	33,3
06 - 10	36	37,5	70,8
11 < 15	28	29,2	100,0
TOTAL	96	100,0	

Fuente: Hoja de registro diario de valoración agresión sexual.
Instituto de Medicina Legal (IML). Managua



Br. FRANCISCO ROLANDO SOZA MORALES
Médico Infieri

Gráfico N° 1.-
EDAD DE LA VÍCTIMA DE AGRESIÓN SEXUAL EN VARONES MENORES DE 15 AÑOS
Municipio de Managua.
Año 2005



Managua
Instituto de Medicina Legal (IML)-
Fuente: Hoja de registro diario de valoración de agresión sexual



Br. FRANCISCO ROLANDO SOZA MORALES
Médico Infieri

En el Cuadro N° 2.- y Gráfico N° 2.- se describe la situación de la escolaridad, revelando que el nivel escolar más vulnerable de abuso sexual fueron los niños de “Primaria” con el 52,1 % (50 casos), le siguen los niños “Sin instrucción” con 24 casos (25,0%), “Preescolar” 16 casos (16,7%) y los niños de “Secundaria” con 6 casos (6,2%).

Al observar el comportamiento por edad se describe la siguiente situación: en el nivel “Primaria” el grupo de edad de 6 a 10 años 29 niños fueron los más afectados con 58,0%. En segundo lugar los de 11 a menores de 15 años registraron 21 casos (42,0%).

El nivel “Sin Instrucción”, el segundo más afectado de la categoría escolaridad, presentó según edad, la siguiente situación: los niños <1 año a 5 años fueron 17 casos (70,8%), los de 6 a 10 años registraron 6 casos (25,0%) y finalmente el grupo comprendido entre los 11 años y <15 años dio 1 caso (4,2%).

Cuadro N° 2.-

**Escolaridad de la víctima de abuso sexual
relacionado con la edad**
Municipio de Managua, 2005

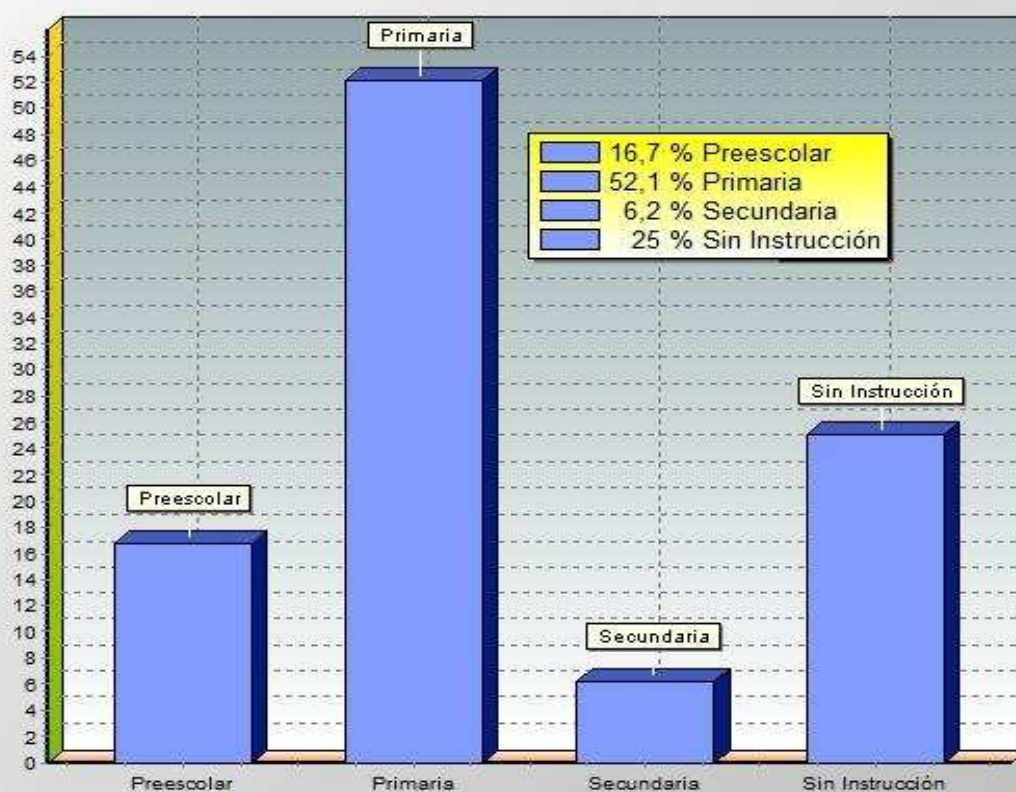
ESCOLARIDAD	EDAD			TOTAL	
	< 1 – 5 años	6 – 10 años	11 <15 años	#	%
PRESCOLAR	15	1	-	16	16,7
PRIMARIA	-	29	21	50	52,1
SECUNDARIA	-	-	6	6	6,2
SIN INSTRUCCIÓN	17	6	1	24	25,0
TOTAL	32	36	28	96	100,0
%	33,3	37,5	29,2	100,0	

Fuente: Hoja de registro diario de valoración agresión sexual.
Instituto de Medicina Legal (IML). Managua



Br. FRANCISCO ROLANDO SOZA MORALES
Médico Infieri

Gráfico N° 2.-
ESCOLARIDAD DE LA VÍCTIMA DE ABUSO SEXUAL RELACIONADO CON LA EDAD
Municipio de Managua 2005



Managua
Instituto de Medicina Legal (IML).
Fuente: Hoja de registro diario de valoración de agresión sexual



Br. FRANCISCO ROLANDO SOZA MORALES
Médico Infieri

El Cuadro y el Gráfico N° 3 describen el lugar de procedencia de los niños víctima de abuso sexual: El Distrito III que se encuentra al oeste del municipio de Managua recogió 29 denuncias (30,2%) de 96 casos, en segundo lugar se ubica el Distrito VI al oriente de la capital con el 27,1%; 26 casos denunciados. Otro Distrito que registra un importante número de denuncias es el Distrito V con 17,7%, 17 casos. Con menor porcentaje de criminalidades denunciadas se encuentran los distritos IV y II con 14,6% (14 casos) y 10,4% (10 casos) respectivamente.

Con relación a grupos de edad el Distrito III tiene el siguiente comportamiento: 13 niños abusados están en el rango de edad menor 1 año a 5 años, con el 44,8%. 9 niños (31,0%) en el rango entre 06-10 años y 7 (24,1%) entre 11 y 15 años.

El Distrito VI registra 12 niños (46,1%) entre 06 y 10 años de edad entre el grupo más vulnerable de abuso sexual. 8 niños (30,8%) entre los 11-15 años y 6 (23,1%) entre los menores de un año a 5 años.

El Distrito V en tercer lugar por denuncias de abuso sexual describió la conducta siguiente: 7 casos (41,2%) de niños <1 a 5 años, 6 niños (35,3%) entre las edades de 6 a 10 años y 4 niños (23,5%) del grupo de edad de 11 a <15 años.

Cuadro N° 3.-
Distrito de procedencia de la víctima de
abuso sexual por grupo de edad
Municipio de Managua, 2005

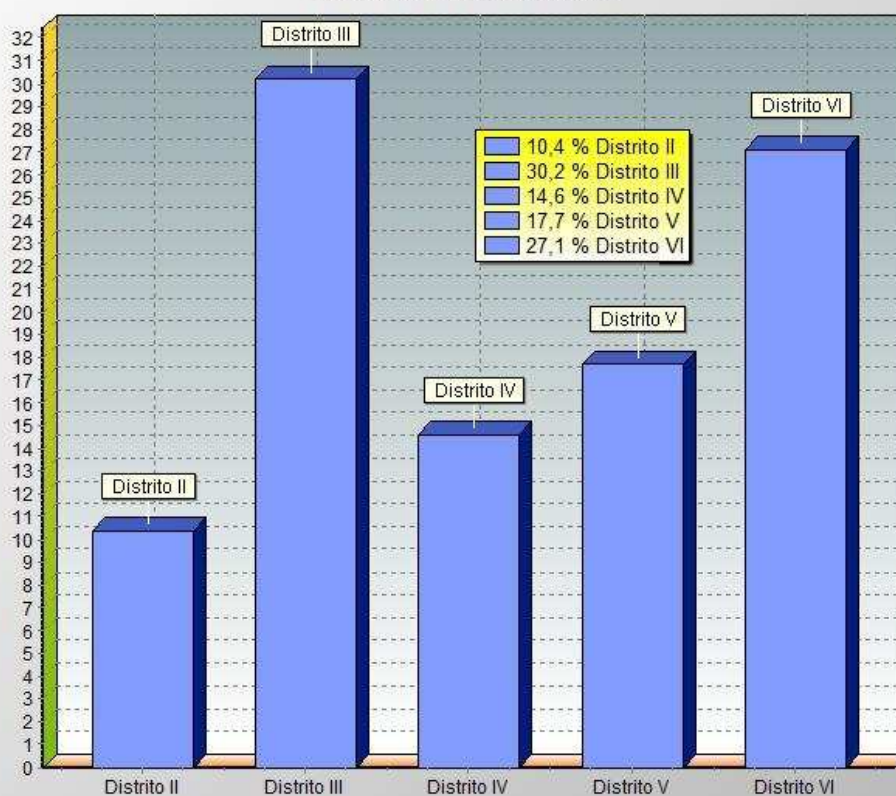
DISTRITO	EDAD			TOTAL	
	< 1 – 5 años	6 – 10 años	11 <15 años	#	%
II	4	3	3	10	10,4
III	13	9	7	29	30,2
IV	2	6	6	14	14,6
V	7	6	4	17	17,7
VI	6	12	8	26	27,1
TOTAL	32	36	28	96	100,0
%	33,3	37,5	29,2	100,0	

Fuente: Hoja de registro diario de valoración agresión sexual. Instituto de Medicina Legal (IML). Managua



Br. FRANCISCO ROLANDO SOZA MORALES
Médico Infieri

Gráfico N° 3.-
DISTRITO DE PROCEDENCIA DE LA VÍCTIMA DE ABUSO SEXUAL POR GRUPO DE EDAD
Municipio de Managua 2005



Fuente: Hoja de registro diario de valoración agresión sexual. Instituto de Medicina Legal (IML)



Br. FRANCISCO ROLANDO SOZA MORALES
Médico Infieri

La valoración médico legal de las víctimas de abuso sexual (ver Cuadro y Gráfico N°4.-) mostró el comportamiento siguiente: el 74% (71 niños) de los valorados presentó “Sin evidencia de contacto” y una pequeña porción acusó, en el relato referido al forense, “Tocamiento” 5,2% (5 niños) de 96 valoraciones en este año de estudio. En el examen médico legal se hallaron 14 niños (14,6%) con “Desgarro anal de reciente data” y 6 de ellos (6,2%) presentaron “Desgarro anal de vieja data”.

Relacionando los hallazgos de la valoración médico legal con edad de los niños víctima de abuso sexual se encuentra la situación siguiente: el “Desgarro anal de reciente data” fue más frecuente en el grupo de edad de 11 a <15 años; 6 casos (42,8%) y 4 casos (28,6%) para cada uno de los grupos de edad <1 año a 5 años y de 6 a 10 años.

Los “Desgarros anal de vieja data” tuvieron la siguiente distribución: 3 (50,0%) en el grupo de 6 a 10 años, 2(33,3%) para el grupo entre los 11 años y < de 15 años y 1 caso (16,7%) en el grupo <1 año a 5 años.

Cuadro N° 4.-
Valoración médico legal de la víctima de
abuso sexual y edad
Municipio de Managua, 2005

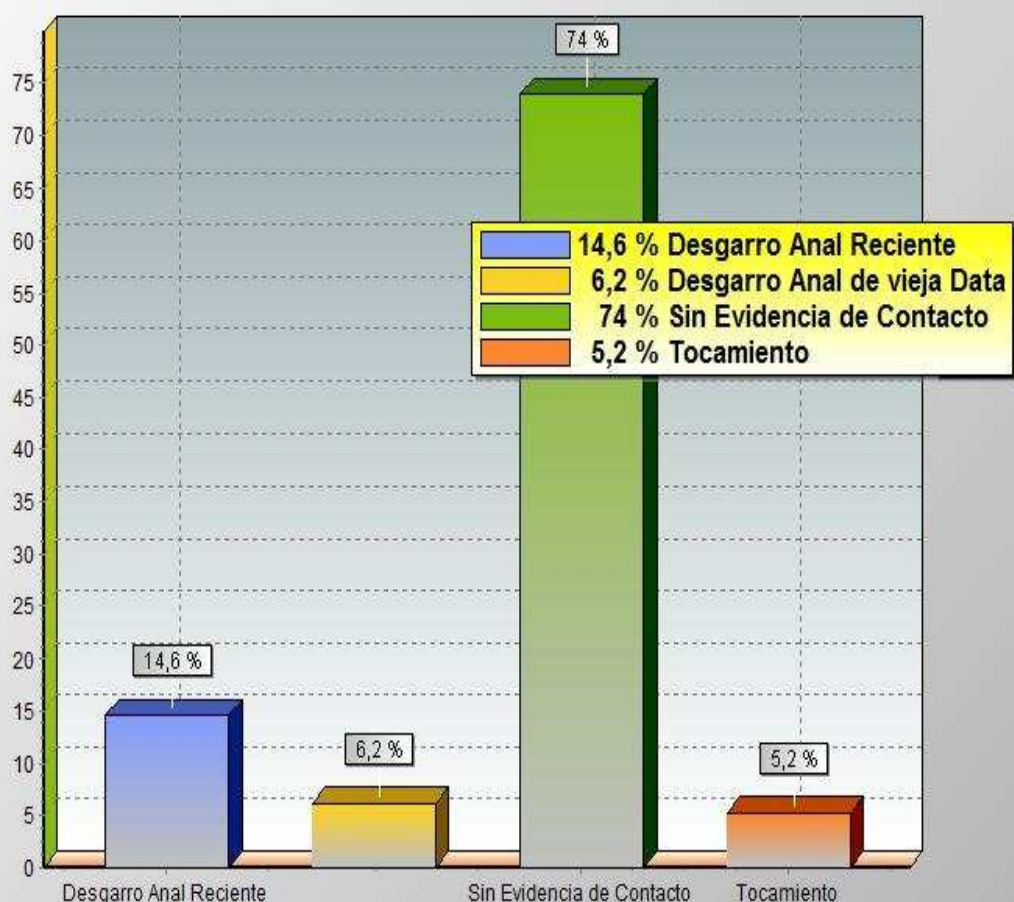
Hallazgos de la Valoración médico legal	Edad			TOTAL	
	< 1 – 5 años	6 – 10 años	11 <15 años	#	%
Desgarro Anal Reciente	4	4	6	14	14,6
Desgarro Anal de Vieja Data	1	3	2	6	6,2
Sin Evidencia de Contacto	25	27	19	71	74,0
Tocamiento	2	2	1	5	5,2
TOTAL	32	36	28	96	100,0
%	33,3	37,5	29,2	100,0	

Fuente: Hoja de registro diario de valoración agresión sexual.
Instituto de Medicina Legal (IML). Managua



Br. FRANCISCO ROLANDO SOZA MORALES
Médico Infieri

Gráfico N° 4-
VALORACIÓN MÉDICO LEGAL DE LA VÍCTIMA DE ABUSO SEXUAL Y EDAD
Municipio de Managua 2005.



Instituto de Medicina Legal (IML)

Fuente: Hoja de registro diario de valoración agresión sexual



Br. FRANCISCO ROLANDO SOZA MORALES
Médico Infieri

De las personas señaladas por la víctima de abuso sexual, el Cuadro y Gráfico N° 5.- nos demuestra que el 57,3% (55 personas) de los abusos sexuales son cometidos por “Conocido”, el 25,0% (24 casos) son abusados por “Otro familiar”. Los “Desconocido” cometen el 9,4% (9 casos) de abusos contra menores. El “Papá” con 5 casos (5,2%) y por último el “Padrastro” con el 3,1% (3 casos).

La relación de la persona referida que cometió el delito de abuso sexual con la edad de la víctima se describe a continuación: El “Conocido” agredió a niños de 6 a 10 años en el orden de 55 casos (41,8%), los niños de 11 a <15 años refirieron 20 casos (36,4%) y los <1 año a 5 años 12 casos (21,8%).

El “Otro familiar” agredió sexualmente a 13 (54,2%) niños <1 año a 5 años, entre la edad de 6 a 10 años 7 casos (29,2%) y 4 niños (16,7%) de las edades 11 años a <15 años.

El “Desconocido” perpetró el abuso a 4 niños (44,4%) <1 año a 5; 3 niños (33,3%) de 6 a 10 años y, 2 niños (22,2%) en estos casos.

Cuadro N° 5.-
Persona referida cometió abuso sexual
y relación con edad de la víctima
Municipio de Managua, 2005

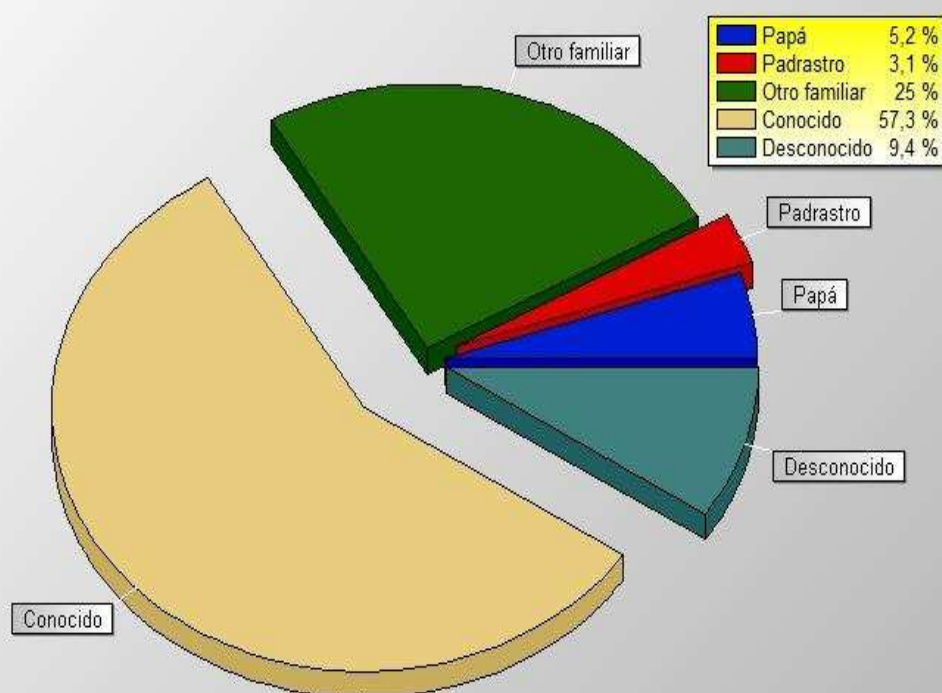
Persona	Edad			TOTAL	
	< 1 – 5 años	6 – 10 años	11 <15 años	#	%
Papá	1	2	2	5	5,2
Padrastro	2	1	-	3	3,1
Otro Familiar	13	7	4	24	25,0
Conocido	12	23	20	55	57,3
Desconocido	4	3	2	9	9,4
TOTAL	32	36	28	96	100,0
%	33,3	37,5	29,2	100,0	

Fuente: Hoja de registro diario de valoración agresión sexual.
Instituto de Medicina Legal (IML). Managua



Br. FRANCISCO ROLANDO SOZA MORALES
Médico Infieri

Gráfico N 5.-
PERSONA REFERIDA COMETIÓ ABUSO SEXUAL Y RELACIÓN CON EDAD DE LA VÍCTIMA
Municipio de Managua, 2005



Instituto de Medicina Legal (IML)
Fuente: Hoja de Registro diario valoración agresión sexual



Resultados más relevantes del estudio año 2005

- ✓ La edad más afectada entre 6 y 10 años y los <1 año a 5 años.
- ✓ De la categoría “Escolaridad” el nivel “Primaria” y los “Sin instrucción” los más vulnerables.
- ✓ La edad más afectada dentro de la escolaridad fueron los niños entre 6 y 10 años y los de 11 a < 15 años del nivel “Primaria”.
- ✓ La edad más afectada dentro de la escolaridad fueron los niños < 1 año a 5 años y entre 6 a 10 años de la calidad “Sin Instrucción”.
- ✓ El Distrito con más índice de denuncias de abusos sexuales fue el III, le siguen en el orden los Distritos VI y V.
- ✓ El grupo de edad más afectado por distrito de procedencia en el orden constituyeron: Distrito III <1 año a 5 años y de 6 a 10 años. Distrito VI de 6 a 10 años y de 11 a <15 años y Distrito V los <1 año a 5 y de 6 a 10 años.
- ✓ De los hallazgos al examen médico legal predominaron “Sin evidencia de contacto” independientemente de la edad.
- ✓ En los “Desgarro anal de reciente data” los niños de 11 a <15 años ocuparon el primer lugar. Compartieron el segundo lugar los de 6 a 10 años y los <1 año a 5 años.
- ✓ Los “Desgarro anal de vieja data” en primer lugar los de 6 a 10 años y segundo lugar los niños entre 11 a < 15 años.
- ✓ La persona referida por la víctima que cometió el delito de abuso sexual fueron las categorías; en el orden acostumbrado: Conocido-Otro familiar-Desconocido.
- ✓ Las edades, víctimas de los agresores fueron: “Conocido” contra niños entre 6 a 10 años, “Otro familiar” contra niños <1 año a 5 años y “Desconocido” contra niños en edades <1 año a 5 años.



Br. FRANCISCO ROLANDO SOZA MORALES
Médico Infieri

AÑO 2006

En el año 2006 se registró un aumento de 25 casos más con relación al año 2005, es decir el 26% de incremento.

El Cuadro N° 6. y el Gráfico N° 6., muestra que en el año 2006 fueron valorados en el Instituto de Medicina Legal, 121 varones menores de 15 años víctimas de abuso sexual del municipio de la ciudad capital.

La distribución absoluto y porcentual de los grupos de edad en orden de más afectado fue: De 06 a 10 años 62 casos (51,2%), de 11 a <15 años 30 casos (24,8%) y <1 año a 5 años, 29 casos (24,0%).

Cuadro N° 6.-

EDAD DE LA VÍCTIMA DE ABUSO SEXUAL EN VARONES MENORES DE 15 AÑOS Municipio de Managua, 2006

GRUPOS DE EDAD	FRECUENCIA	%	ACUMULADO
< 01 - 05	29	24,0	24,0
06 - 10	62	51,2	75,2
11 < 15	30	24,8	100,0
TOTAL	121	100,0	

Fuente: Hoja de registro diario de valoración agresión sexual.
Instituto de Medicina Legal (IML). Managua



Br. FRANCISCO ROLANDO SOZA MORALES
Médico Infieri

Gráfico N° 6.-
EDAD DE LA VÍCTIMA DE AGRESIÓN SEXUAL EN VARONES MENORES DE 15 AÑOS
Municipio de Managua.
Año 2006



Fuente: Hoja de registro diario de valoración de agresión sexual



Br. FRANCISCO ROLANDO SOZA MORALES
Médico Infieri

El Cuadro y el Gráfico N° 7 describe la escolaridad de los niños víctimas de abuso sexual año 2006 correspondiendo al segmento “Primaria” el más afectado con el 64,4% (78 casos) de abusos y los niños “Sin instrucción” el 24,0% (29 casos).

De los 78 niños víctimas de abuso que pertenecen al segmento de “Primaria”, 55 de ellos (70,5%) se encuentran en el rango de edad entre los 6 y 10 años de edad. Le sigue el rango de edad de 11 a < 15 años; 23 niños (29,5%).

El segmento denominado “Sin instrucción” presentó que el grupo de edad víctima de abuso sexual fueron los niños <1 año a 5 años; 22 casos (75,8%).

Cuadro N° 7.-

**Escolaridad de la víctima de abuso sexual
relacionado con la edad**
Municipio de Managua, 2006

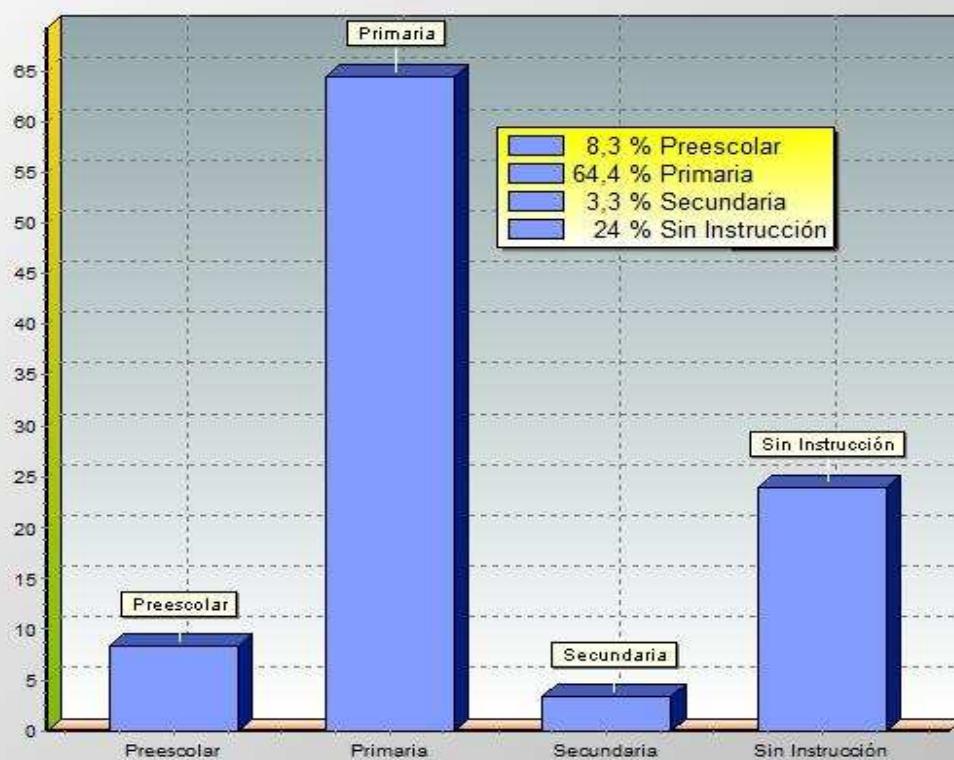
Escolaridad	Edad			TOTAL	
	< 1 – 5 años	6 – 10 años	11 <15 años	#	%
PRESCOLAR	7	3	-	10	8,3
PRIMARIA	-	55	23	78	64,4
SECUNDARIA	-	-	4	4	3,3
SIN INSTRUCCIÓN	22	4	3	29	24,0
TOTAL	29	62	30	121	100,0
%	24,0	51,2	24,8	100,0	

Fuente: Hoja de registro diario de valoración agresión sexual.
Instituto de Medicina Legal (IML). Managua.



Br. FRANCISCO ROLANDO SOZA MORALES
Médico Infieri

Gráfico N° 7.-
ESCOLARIDAD DE LA VÍCTIMA DE ABUSO SEXUAL RELACIONADO CON LA EDAD
Municipio de Managua 2006



Fuente: Hoja de registro diario de valoración de agresión sexual
Instituto de Medicina Legal (IML)
Managua



Br. FRANCISCO ROLANDO SOZA MORALES
Médico Infieri

El Cuadro y el Gráfico N° 8 presentan la procedencia distrital de los varones menores de 15 años víctimas de abuso sexual durante el año. Se muestra que 41 casos, el 33,9%; pertenecen al Distrito VI ubicado al Este de la ciudad capital.

El Distrito III ubicado al Oeste de la ciudad capital registró 36 casos de denuncias con el 29,7%. En tercer lugar en denuncias de esta naturaleza se lo llevó el Distrito V con 19 casos (15,7%).

Particularmente la relación procedencia distrital con la edad describió la situación siguiente: En el Distrito VI el grupo de edad más vulnerado fue el de 6 a 10 años con 19 casos (46,3%). En el Distrito III el de 6 a 10 años con 20 casos (55,5%) y por último el Distrito V registró que el grupo de edad de 6 a 10 años también fue el más vulnerado con 10 casos (52,6%).

Cuadro N° 8.-
Distrito de procedencia de la víctima de
abuso sexual por grupo de edad
Municipio de Managua, 2006

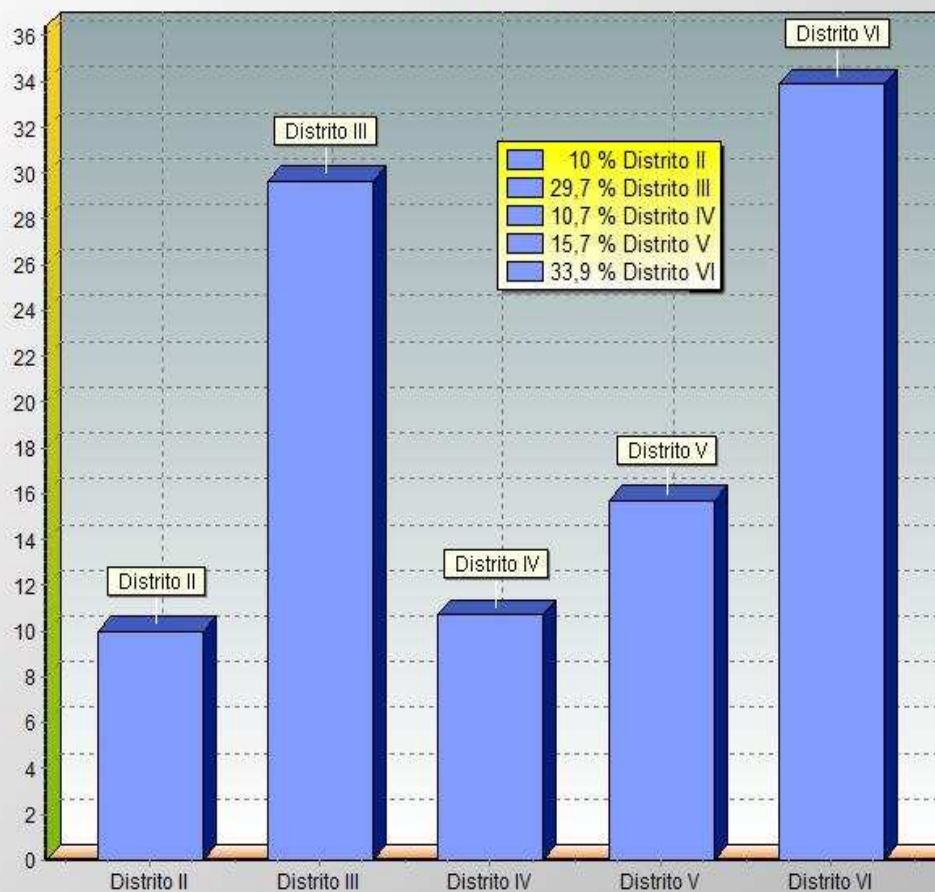
Distrito	Edad			TOTAL	
	< 1 – 5 años	6 – 10 años	11 <15 años	#	%
II	2	7	3	12	10,0
III	10	20	6	36	29,7
IV	2	6	5	13	10,7
V	4	10	5	19	15,7
VI	11	19	11	41	33,9
TOTAL	29	62	30	121	100,0
%	24,0	51,2	24,8	100,0	

Fuente: Hoja de Registro Diario de Valoración Agresión Sexual. Instituto de Medicina Legal (IML). Managua



Br. FRANCISCO ROLANDO SOZA MORALES
Médico Infieri

Gráfico N° 8.-
DISTRITO DE PROCEDENCIA DE LA VÍCTIMA DE ABUSO SEXUAL POR GRUPO DE EDAD
Municipio de Managua 2006



Fuente: Hoja de registro diario de valoración agresión sexual. Instituto de Medicina Legal (IML)



Br. FRANCISCO ROLANDO SOZA MORALES
Médico Infieri

De conformidad con el Cuadro N° 9 y su respectivo Gráfico de barra N° 9, el examen médico legal de las víctimas de abuso sexual realizadas estableció que de las 121 valoraciones, 90 exámenes médico “Sin evidencia de contacto”, es decir el 74,4% de las valoraciones peritadas.

En relación a la categoría “Desgarro anal de vieja data” se encontró en segundo lugar de hallazgos al examen forense: 11 desgarros (9,0%).

En tercer lugar se halló que el 8,3% (10 casos) de los valorados por el perito forense presentó evidencia de “Desgarro Anal reciente”.

De acuerdo con lo referido por la víctima en el caso de “Sin evidencia de contacto” el grupo de edad que refirió fue el de 6 a 10 años, 46 casos (51,1%). En los “Desgarro anal de vieja data” los niños de 11 a <15 años reportaron 6 casos (54,5%) y los niños con hallazgos de evidencia “Desgarro anal de reciente data” correspondió al grupo <1 año a 5 años; 5 casos (50%).

Cuadro N° 9.-
Valoración médico legal de la víctima de
abuso sexual y edad
Municipio de Managua, 2006

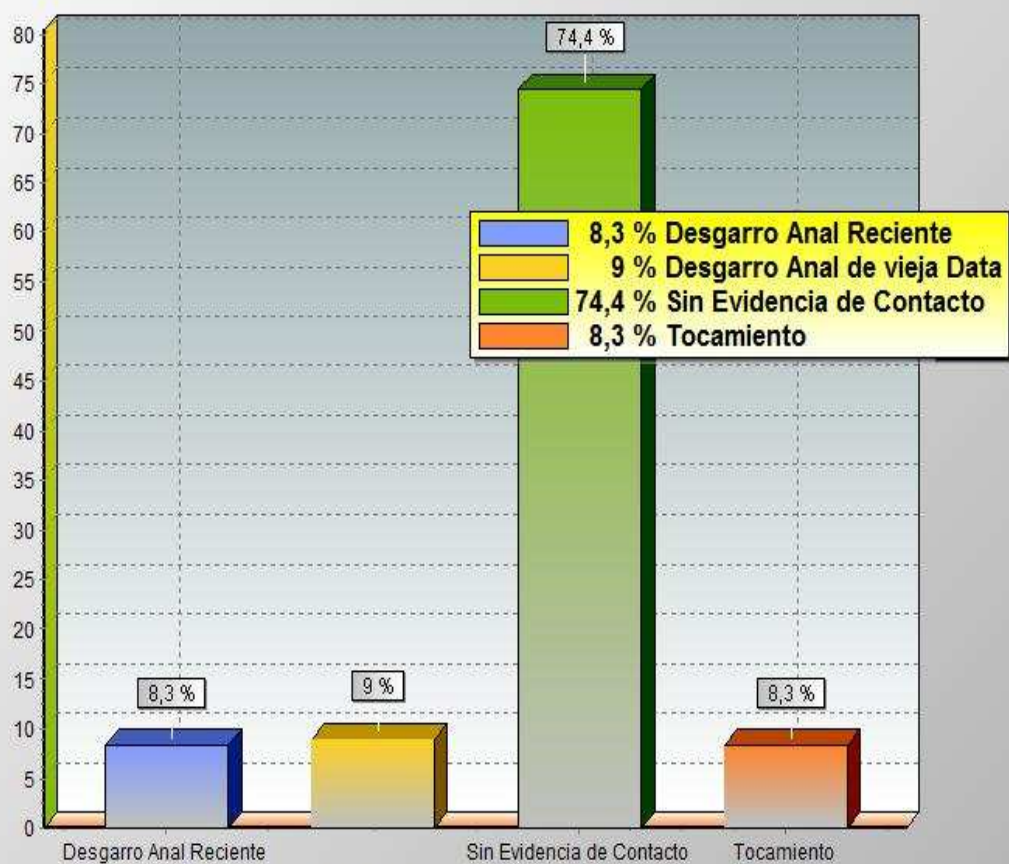
Hallazgos de la Valoración médico legal	Edad			TOTAL	
	< 1 – 5 años	6 – 10 años	11 <15 años	#	%
Desgarro Anal Reciente	5	3	2	10	8,3
Desgarro Anal de Vieja Data	-	5	6	11	9,0
Sin Evidencia de Contacto	23	46	21	90	74,4
Tocamiento	1	8	1	10	8,3
TOTAL	25	64	43	121	100,0
%	20,6	48,5	32,6	100,0	

Fuente: Hoja de registro diario de valoración agresión sexual.
Instituto de Medicina Legal (IML). Managua.



Br. FRANCISCO ROLANDO SOZA MORALES
Médico Infieri

Gráfico N° 9-.
VALORACIÓN MÉDICO LEGAL DE LA VÍCTIMA DE ABUSO SEXUAL Y EDAD
Municipio de Managua 2006.



Instituto de Medicina Legal (IML)

Fuente: Hoja de registro diario de valoración agresión sexual



Br. FRANCISCO ROLANDO SOZA MORALES
Médico Infieri

La persona referida que cometió el abuso sexual se muestra en el Cuadro y Gráfico N° 10 y presenta la siguiente distribución: el 53,7% de las personas que cometen este delito son los denominados “Conocidos” de la víctima. Este tipo de persona en el 52,3% de los casos afectó al grupo de edad entre los 6 y 10 años y en el 30,8% del total para este perfil perjudicó al grupo de varones de 11 a < 15 años.

“Otro familiar” fue la persona que ocupó el segundo lugar entre los abusadores sexuales contra menores de 15 años en 22,3% de los 121 jóvenes valorados. El 58,3% y 48,1% respectivamente abusó de menores entre 6 y 10 años y menores de 5 años.

La proporción denominada “Desconocido” registró 11,6% de todos los casos registrados en el período, recayendo entre los grupos de edades de 6 a 10 años y de 11 a < de 15 años y corresponde el 42,8% para cada grupo.

El “Padrastro” y el “Papá” se les menciona en el 4,1% y 8,3% de las personas perpetradores de este delito; para los casos de la figura “Padrastro” el 70% de los niños abusados comprendían entre 6 y 10 años de edad.

Cuadro N° 10.-
Persona referida cometió abuso sexual
y relación con edad de la víctima
Municipio de Managua, 2006

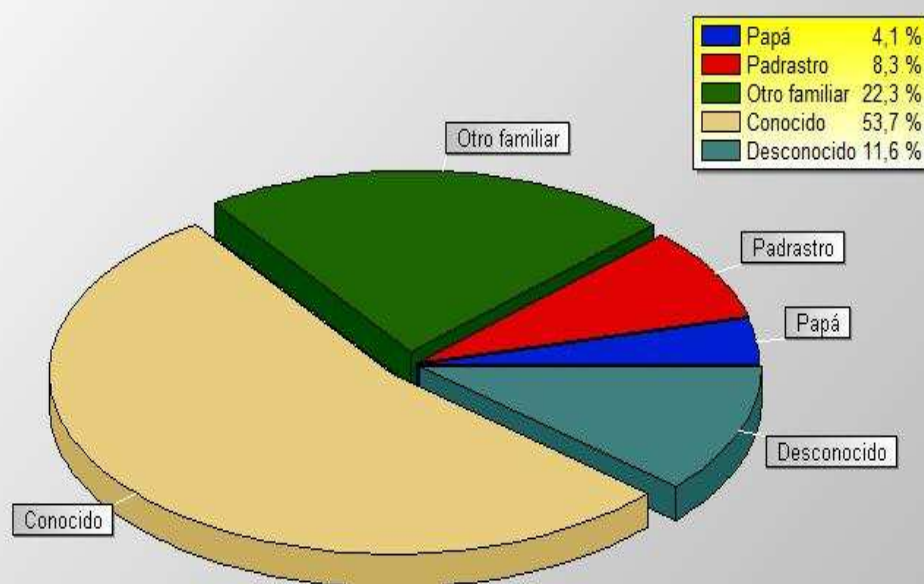
Persona	Edad			TOTAL	
	< 1 – 5 años	6 – 10 años	11 <15 años	#	%
Papá	2	1	2	5	4,1
Padrastro	1	7	2	10	8,3
Otro Familiar	13	14	-	27	22,3
Conocido	11	34	20	65	53,7
Desconocido	2	6	6	14	11,6
TOTAL	29	62	30	121	100,0
%	24,0	51,2	24,8	100,0	

Fuente: Hoja de registro diario de valoración agresión sexual. Instituto de Medicina Legal (IML). Managua.



Br. FRANCISCO ROLANDO SOZA MORALES
Médico Infieri

Gráfico N° 10.-
PERSONA REFERIDA COMETIÓ ABUSO SEXUAL Y RELACIÓN CON EDAD DE LA VÍCTIMA
Municipio de Managua, 2006



Instituto de Medicina Legal (IML)
Fuente: Hoja de Registro diario valoración agresión sexual



Resultados más relevantes del estudio año 2006

- ✓ En el año 2006 se registró un incremento del 26%(25 casos) con relación al año 2005.
- ✓ La edad más afectada por orden de frecuencia se estableció entre 6 y 10 años y los de 11 años a <15 años.
- ✓ De la categoría "Escolaridad" el nivel "Primaria" y los "Sin instrucción" los más vulnerables.
- ✓ La edad más afectada dentro de la escolaridad fueron los niños entre 6 y 10 años y los de 11 a < 15 años del nivel "Primaria".
- ✓ La edad más afectada dentro de la escolaridad fueron los niños < 1 año a 5 años de la calidad "Sin Instrucción".
- ✓ El Distrito con más índice de denuncias de abusos sexuales fue el VI, le siguen en el orden los Distritos III y V.
- ✓ El grupo de edad más afectado en el orden por hechos delictivos constituyeron los niños de 6 a 10 años de cada uno de los Distritos VI, III y V.
- ✓ De los hallazgos al examen médico legal predominaron "Sin evidencia de contacto" independientemente de la edad.
- ✓ Los "Desgarro anal de vieja data" ocuparon el primer orden. Con relación a la edad, los niños entre los de 11 a <15 años fueron los más abusados.
- ✓ Los "Desgarro anal de reciente data" ocuparon el segundo lugar en el orden y los niños < 1 año a 5 años el primer lugar dentro de ese hallazgo.
- ✓ La persona referida por la víctima que cometió el delito de abuso sexual fueron las categorías; en el orden acostumbrado: Conocido-Otro familiar-Desconocido.
- ✓ Las edades, víctimas de los agresores; "Conocido", "Otro familiar" y "Desconocido" fueron los niños entre 6 a 10 años, respectivamente.



Br. FRANCISCO ROLANDO SOZA MORALES
Médico Infieri

AÑO 2007

En el año 2007 hubo un incremento del 9,1% (11 casos) con relación al año 2006. El año 2007 cerró en nuestro estudio con las valoraciones a 132 niños menores de 15 años víctimas de abuso sexual.

En el Cuadro Nº 11 y su gráfico respectivo se muestran los grupos de edades de estudio en el período 2007, total 132 varones menores de 15 años divididos en tres rangos de edades por orden de casos de abuso sexual valorados en el IML: de 6 a 10 años de edad, el mayor grupo, con 64 casos (48,5%), entre los 11 y menores de 15 años con 43 casos (32,6%) y menores de 1 a 5 años 25 casos (18,9%).

Cuadro Nº 11.-

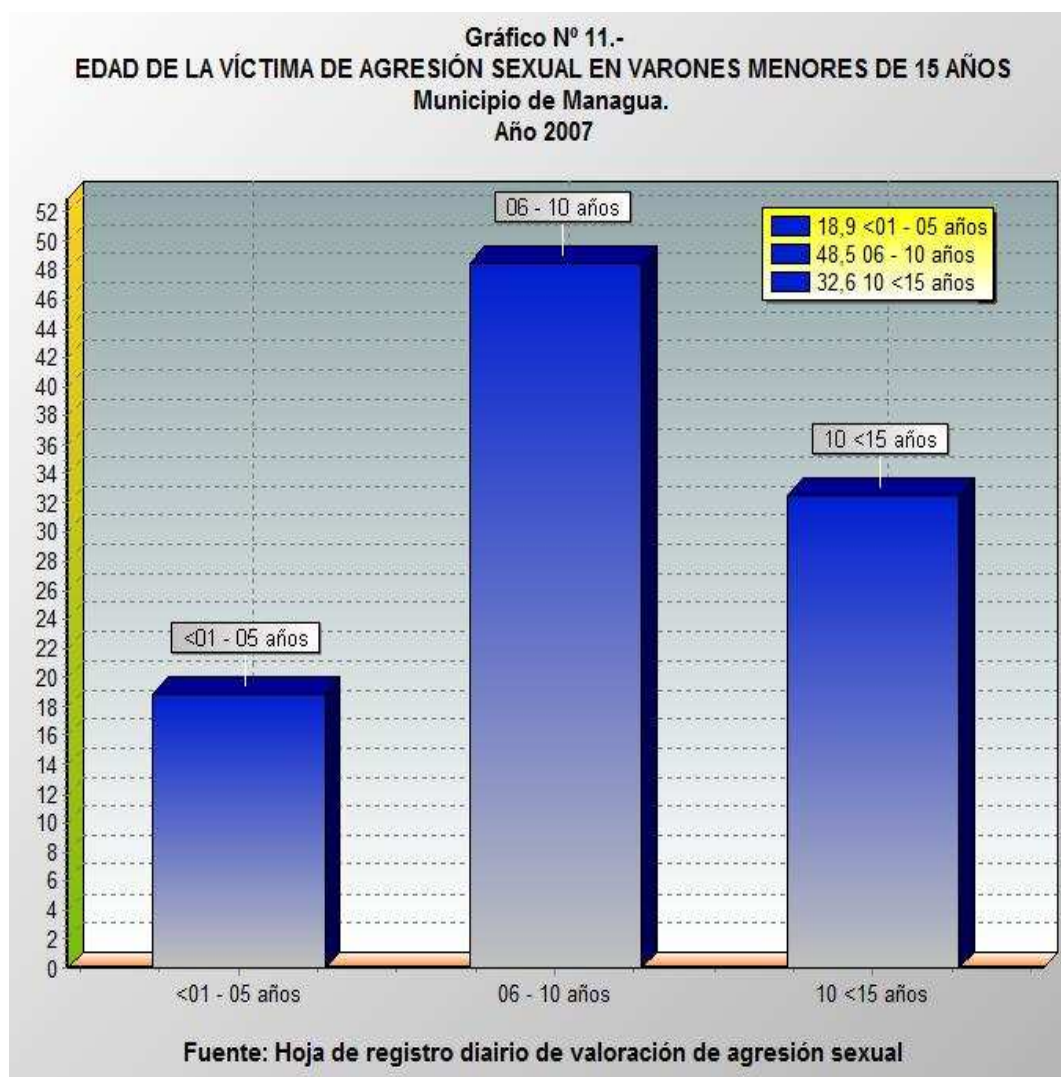
EDAD DE LA VÍCTIMA DE ABUSO SEXUAL EN VARONES MENORES DE 15 AÑOS Municipio de Managua, 2007

GRUPOS DE EDAD	FRECUENCIA	%	ACUMULADO
< 01 - 05	25	18,9	18,9
06 - 10	64	48,5	67,4
11 < 15	43	32,6	100,0
TOTAL	132		

Fuente: Hoja de registro diario de valoración agresión sexual.
Instituto de Medicina Legal (IML). Managua



Br. FRANCISCO ROLANDO SOZA MORALES
Médico Infieri





Br. FRANCISCO ROLANDO SOZA MORALES
Médico Infieri

El Cuadro Nº 12 con su respectivo gráfico muestra que el segmento de estudiantes de “Primaria” ocupa la mayor incidencia de abusos en el año 2007 con el 69,7% (92 casos) del total de valoraciones ocurridas en el período de estudio. El 63,0% de ese perfil están en edades de 6 a 10 años.

La categoría “Sin instrucción” registró 25 casos, el 18,9% de valoraciones de abuso sexual, de esa categoría 19 varones (76,0%) en edades <1 año a 5 años fue el más afectado.

Cuadro Nº 12.-

**Escolaridad de la víctima de abuso sexual
relacionado con la edad**
Municipio de Managua, 2007

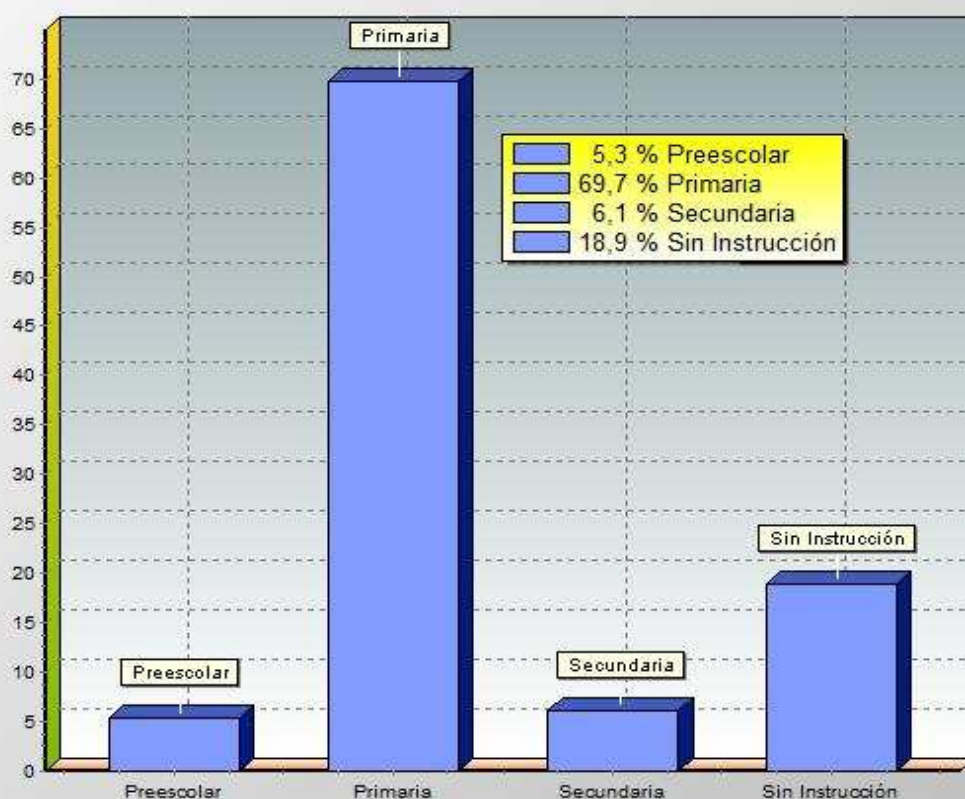
Escolaridad	Edad			TOTAL	
	< 1 – 5 años	6 – 10 años	11 <15 años	#	%
PRESCOLAR	6	1	-	7	5,3
PRIMARIA	-	58	34	92	69,7
SECUNDARIA	-	-	8	8	6,1
SIN INSTRUCCIÓN	19	5	1	25	18,9
TOTAL	25	64	43	132	100,0
%	18,9	48,5	32,6	100,0	

Fuente: Hoja de registro diario de valoración agresión sexual.
Instituto de Medicina Legal (IML). Managua



Br. FRANCISCO ROLANDO SOZA MORALES
Médico Infieri

Gráfico N° 12.-
ESCOLARIDAD DE LA VÍCTIMA DE ABUSO SEXUAL RELACIONADO CON LA EDAD
Municipio de Managua 2007



Fuente: Hoja de registro diario de valoración de agresión sexual
Instituto de Medicina Legal (IML)
Managua



Br. FRANCISCO ROLANDO SOZA MORALES
Médico Infieri

Los datos del Cuadro y Gráfico N° 13 nos describen la procedencia de los varones menores de 15 años valorados por abuso sexual en el período 2007, la mayoría de los abusados son habitantes del Distrito VI que se localiza al Este de la ciudad capital, que registró el 29,5% (39 casos) de 132 varones sujetos de estudios.

Los grupos de edades de 6 a 10 años y los de 11 años a < de 15 años de este distrito registraron cada uno 38,5% de casos de abuso, siendo ellos los más afectados en este distrito.

En incidencia de los abusos el Distrito III al Oeste de Managua mostró el 28,8% (38 casos de abusos denunciados). Los grupos de edades más afectados constituyen el de 6 a 10 años (50%) 19 recepciones de denuncias de abuso y el de 11 a menores de 15 años (39,5%) con 15 interpuestos de denuncia de abuso sexual.

El Distrito V tuvo la recepción 27 casos (20,5%), el grupo de edad más afectado de ese Distrito el de 6 a 10 años, 15 casos (55.5%).

Cuadro N° 13.-
Distrito de procedencia de la víctima de abuso sexual por grupo de edad
Municipio de Managua, 2007

Distrito	Edad			TOTAL	
	< 1 – 5 años	6 – 10 años	11 <15 años	#	%
II	4	7	3	14	10,6
III	4	19	15	38	28,8
IV	3	8	3	14	10,6
V	5	15	7	27	20,5
VI	9	15	15	39	29,5
TOTAL	25	64	43	132	100,0
%	18,9	48,5	32,6	100,0	

Fuente: Hoja de registro diario de valoración agresión sexual.
Instituto de Medicina Legal (IML). Managua



Br. FRANCISCO ROLANDO SOZA MORALES
Médico Infieri

Gráfico N° 13.-
DISTRITO DE PROCEDENCIA DE LA VÍCTIMA DE ABUSO SEXUAL POR GRUPO DE EDAD
Municipio de Managua 2007



Fuente: Hoja de registro diario de valoración agresión sexual. Instituto de Medicina Legal (IML)



Br. FRANCISCO ROLANDO SOZA MORALES
Médico Infieri

Los hallazgos durante la valoración médico legal a los 132 varones menores de 15 años fueron los siguientes de acuerdo con el Cuadro y el Gráfico N° 14: “Sin Evidencia de contacto” el 81,8%(108 valoraciones). Esta estructura de edad presenta la situación: el grupo de 6 a 10 años con mayor número registrado 55 valoraciones (51,0%). De 11 a < de 15 años 31 afectados (28,7%) y los menos afectados fueron los niños menores de 1 año a 5 años con 22 casos (20,4%).

En orden de incidencia y de mayor relevancia desde el punto de vista médico legal constituyeron los hallazgos “Desgarro anal reciente” 8,3% (11 desgarros) del total de valorados. El grupo etéreo más afectado por esa lesión es el grupo de 11 años a < de 15 años, 5 casos (45,5%).

Siguen los “Desgarro anal de vieja data” 8 hallazgos registrados 6,1% del total de valorados. Dentro de este grupo los varones comprendidos entre las edades de 11 años a < de 15 años fueron 5 (62,5%).

Cuadro N° 14.-
Valoración médico legal de la víctima de abuso sexual y edad
Municipio de Managua, 2007

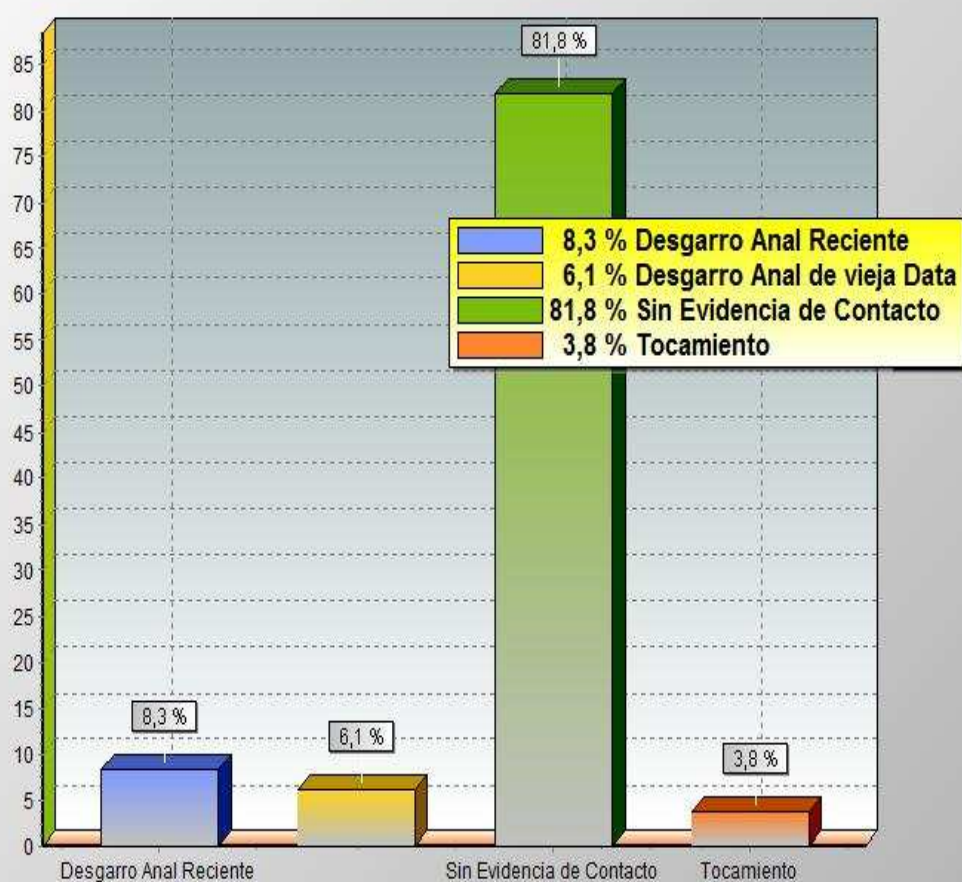
Hallazgos de la Valoración médico legal	Edad			TOTAL	
	< 1 – 5 años	6 – 10 años	11 <15 años	#	%
Desgarro Anal Reciente	2	4	5	11	8,3
Desgarro Anal de Vieja Data	-	3	5	8	6,1
Sin Evidencia de Contacto	22	55	31	108	81,8
Tocamiento	1	2	2	5	3,8
TOTAL	25	64	43	132	100,0
%	18,9	48,5	32,6	100,0	

Fuente: Hoja de registro diario de valoración agresión sexual. Instituto de Medicina Legal (IML). Managua



Br. FRANCISCO ROLANDO SOZA MORALES
Médico Infieri

Gráfico N° 14-.
VALORACIÓN MÉDICO LEGAL DE LA VÍCTIMA DE ABUSO SEXUAL Y EDAD
Municipio de Managua 2007.



Instituto de Medicina Legal (IML)

Fuente: Hoja de registro diario de valoración agresión sexual



Br. FRANCISCO ROLANDO SOZA MORALES
Médico Infieri

La persona referida por la víctima que cometió el abuso sexual se muestra en el Cuadro y su respectivo Gráfico N° 15 predominando el agresor “Conocido” en el 53% de los casos valorados: Al interior de esta estructura se encuentra que los niños entre las edades de 6 a 10 años registran 33 casos (47.1%) y el grupo entre los 11 años y menores de 15 años con 29 casos valorados (41,4%).

En segundo lugar aparece el perfil del abusador “Otro familiar” 29,5% en el cual aparece con mayor número de casos los varones entre los 6 y 10 años de edad con 19 (48,7%) y los niños menores de 1 año a 5 años con 13 casos (33,3%).

La figura del “Padrastro” aparece en tercer lugar con una incidencia de 10 casos (7,6%). 7 casos (70,0%) reportado de abuso en niños que oscilan entre las edad 6 a 10 años.

La figura de “Padre” aparece en cuarto lugar: 7 casos de abuso (5,35%), de estos casos 3 (42,8%) fueron cometidos contra niños de 11 a < de 15 años.

Cuadro N° 15.-
Persona referida cometió abuso sexual
y relación con edad de la víctima
Municipio de Managua, 2007

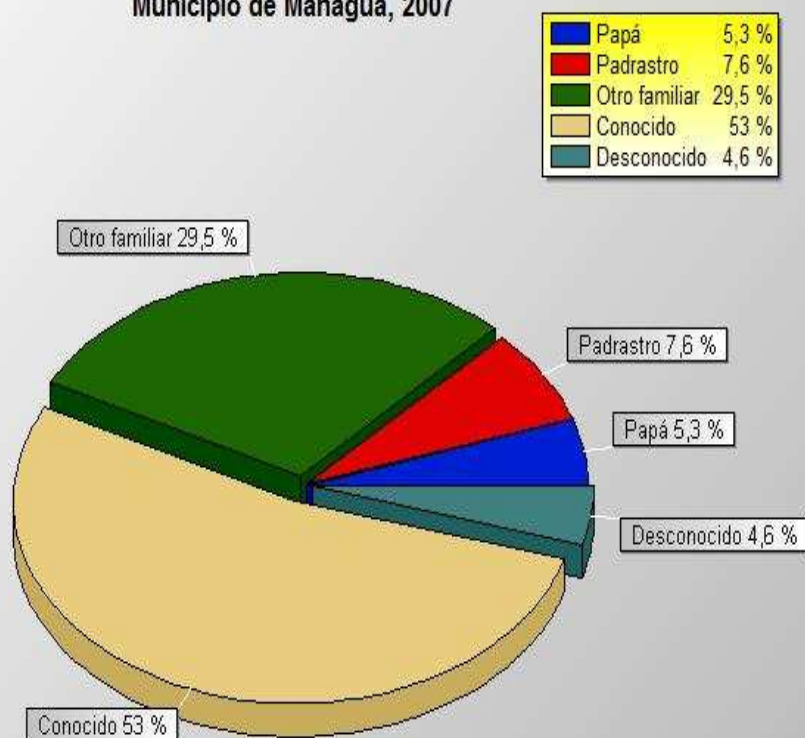
Persona	Edad			TOTAL	
	< 1 – 5 años	6 – 10 años	11 <15 años	#	%
Papá	2	2	3	7	5,3
Padrastro	-	7	3	10	7,6
Otro Familiar	13	19	7	39	29,5
Conocido	8	33	29	70	53,0
Desconocido	2	3	1	6	4,6
TOTAL	25	64	43	132	100,0
%	18,9	48,5	32,6	100,0	

Fuente: Hoja de registro diario de valoración agresión sexual. Instituto de Medicina Legal (IML). Managua



Br. FRANCISCO ROLANDO SOZA MORALES
Médico Infieri

Gráfico N° 15.-
PERSONA REFERIDA COMETIÓ ABUSO SEXUAL Y RELACIÓN CON EDAD DE LA VÍCTIMA
Municipio de Managua, 2007



Instituto de Medicina Legal (IML)
Fuente: Hoja de Registro diario valoración agresión sexual



Resultados más relevantes del estudio año 2007

- ✓ En el año 2007 se registró un incremento del 9,1%(11 casos) con relación al año 2006.
- ✓ La edad más afectada por orden de frecuencia se estableció entre 6 y 10 años y los de 11 años a <15 años.
- ✓ De la categoría "Escolaridad" el nivel "Primaria" y los "Sin instrucción" los más vulnerables.
- ✓ La edad más afectada dentro de la escolaridad fueron los niños entre 6 y 10 años del nivel "Primaria".
- ✓ La edad más afectada dentro de la escolaridad fueron los niños < 1 año a 5 años de la calidad "Sin Instrucción".
- ✓ El Distrito con más índice de denuncias de abusos sexuales fue el VI, le siguen en el orden los Distritos III y V.
- ✓ El grupo de edad más afectado en el orden por hechos delictivos constituyeron los niños de 6 a 10 años de cada uno de los Distritos VI, III y V.
- ✓ De los hallazgos al examen médico legal predominaron "Sin evidencia de contacto" independientemente de la edad.
- ✓ Los "Desgarro anal de reciente data" ocuparon el primer lugar en el orden y los niños de 11 años a < de 15 años el primer lugar dentro de ese hallazgo.
- ✓ Los "Desgarro anal de vieja data" ocuparon el segundo orden. Con relación a la edad, los niños entre los de 11 a <15 años fueron los más abusados.
- ✓ La persona referida por la víctima que cometió el delito de abuso sexual fueron las categorías; en el orden acostumbrado: Conocido-Otro familiar y aparece la figura del Padrastro en tercer lugar.
- ✓ Las edades, víctimas de los agresores; "Conocido", "Otro familiar" y "Padrastro" fueron los niños entre 6 a 10 años, respectivamente.



Series cronológicas 2005-2007

En el período 2005-2007 se registraron un total de 349 valoraciones de abusos sexual en varones menores de 15 años.

En el cuadro N° 16 se aprecia la marca de la tendencia de los abusos sexuales en varones menores de 15 años ocurrida durante los últimos tres años en el Municipio de Managua.

Se describe que en el año 2005 ocurrieron 96 casos, en el 2006 hubo un incremento de 25 casos, (26,0%) para marcar 121 valoraciones, cerrando el año 2007 con un incremento de 11 (9,1%) casos más para terminar ese año con 132 abusos sexuales valorados en el período.

Cuadro N° 16.-

ABUSO SEXUAL EN VARONES MENORES DE 15 AÑOS SEGÚN AÑO DE OCURRENCIA Municipio de Managua, 2005, 2006 y 2007

AÑO	FRECUENCIA		ACUMULADO	INCREMENTO	
	#	%		#	%
2005	96	27,5	27,5	-	-
2006	121	34,7	62,2	25	26,0
2007	132	37,8	100.0	11	9,1
TOTAL	349	100,0			

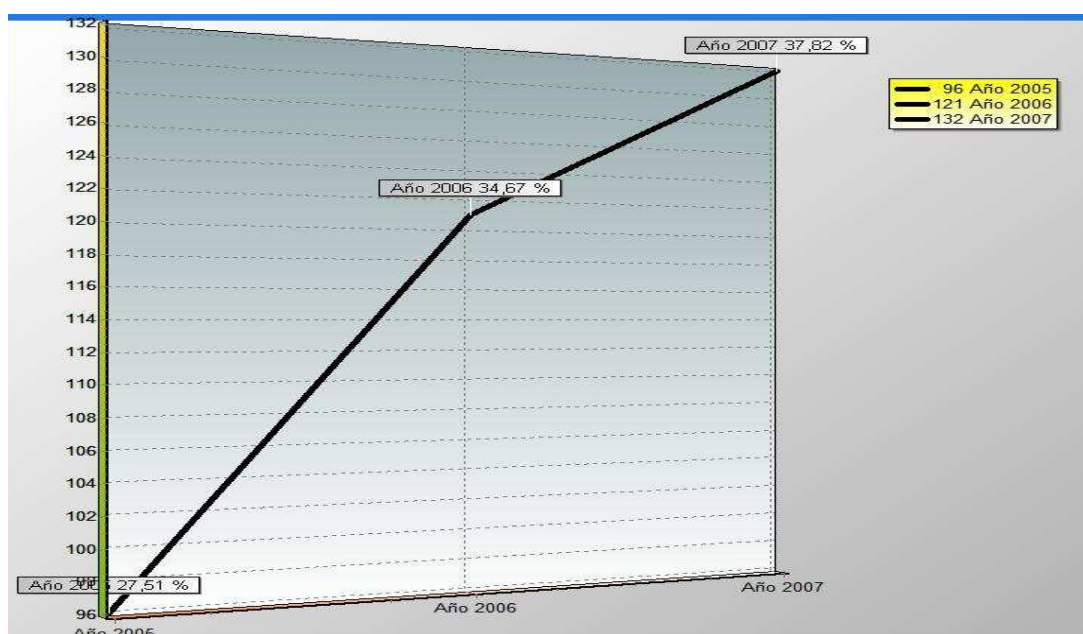
Fuente: Admisión y Estadística del Instituto de Medicina Legal (IML)
Serie cronológica años 2005, 2006 y 2007



Br. FRANCISCO ROLANDO SOZA MORALES
Médico Infieri

En la Gráfica N° 16 se aprecia la curva de tendencia de abusos sexuales en varones menores de 15 años en valores de acumulados porcentual anual desde 2005 hasta 2007 inclusive en base a las series históricas estudiadas.

Gráfico N° 16-
ABUSO SEXUAL EN VARONES MENORES DE 15 AÑOS SEGÚN
AÑO DE OCURRENCIA
Municipio de Managua, 2005, 2006 y 2007



Fuente: Admisión y Estadística del Instituto de Medicina Legal (IML)
Serie cronológica años 2005, 2006 y 2007



Br. FRANCISCO ROLANDO SOZA MORALES
Médico Infieri

El Cuadro y Gráfico N° 17, serie anual 2005-2007, muestra el comportamiento del abuso sexual por grupo de edad, se aprecia que el grupo de edad de 6 a 10 años en toda la serie es el grupo más vulnerable con un acumulado de 162 casos con 46,4 %.

En la serie le sigue en segundo lugar el grupo comprendido entre 11 años y < 15 años, con un acumulado de 101 casos de abuso sexual (29,0%), detrás, en último lugar los < 1 año a 5 años con un 24,6%(86 casos).

Cuadro N° 17-

**ABUSO SEXUAL EN VARONES MENORES DE 15 AÑOS POR
GRUPO DE EDAD**

Municipio de Managua, 2005, 2006 y 2007

GRUPOS DE EDAD	SERIE ANUAL			TOTAL	%
	2005	2006	2007		
< 01 - 05	32	29	25	86	24,6
06 - 10	36	62	64	162	46,4
11 < 15	28	30	43	101	29,0
SUB TOTAL	96	121	132	349	100,0
%	27,5	34,7	37,8	100,0	

Fuente: Admisión y Estadística del Instituto de Medicina Legal (IML)
Serie cronológica años 2005, 2006 y 2007

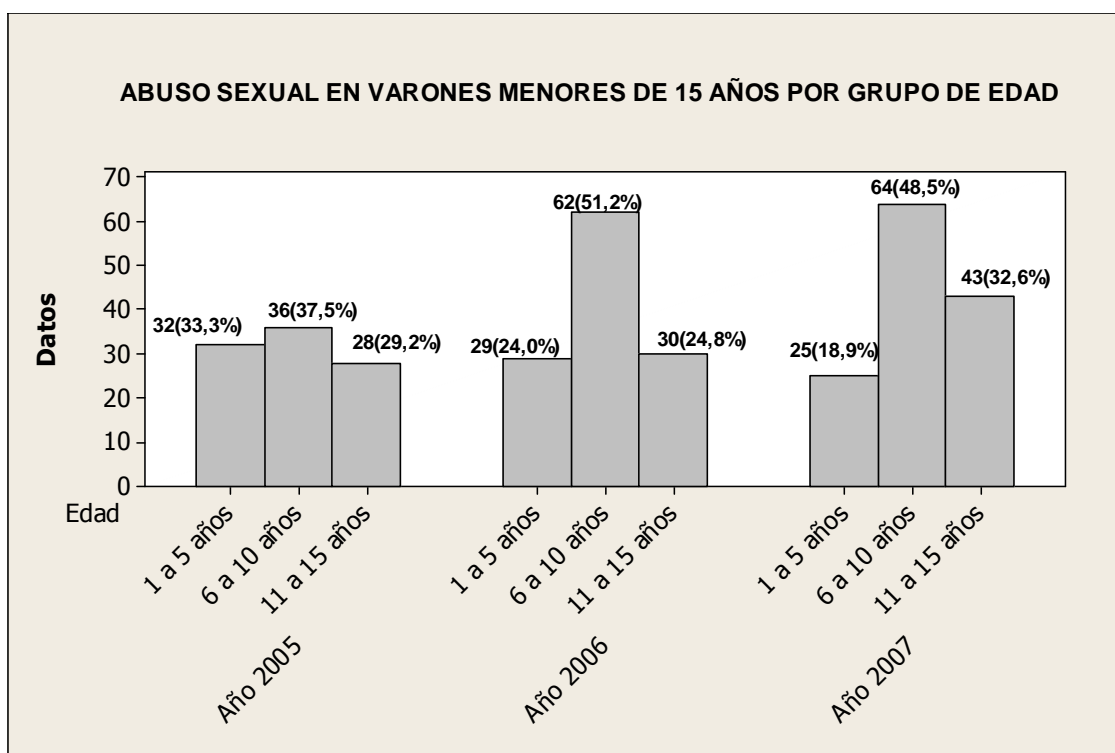


Br. FRANCISCO ROLANDO SOZA MORALES
Médico Infieri

Gráfico N° 17.-

**ABUSO SEXUAL EN VARONES MENORES DE 15 AÑOS POR
GRUPO DE EDAD**

Municipio de Managua, 2005, 2006 y 2007



Fuente: Admisión y Estadística del Instituto de Medicina Legal (IML)
Serie cronológica años 2005, 2006 y 2007



Br. FRANCISCO ROLANDO SOZA MORALES
Médico Infieri

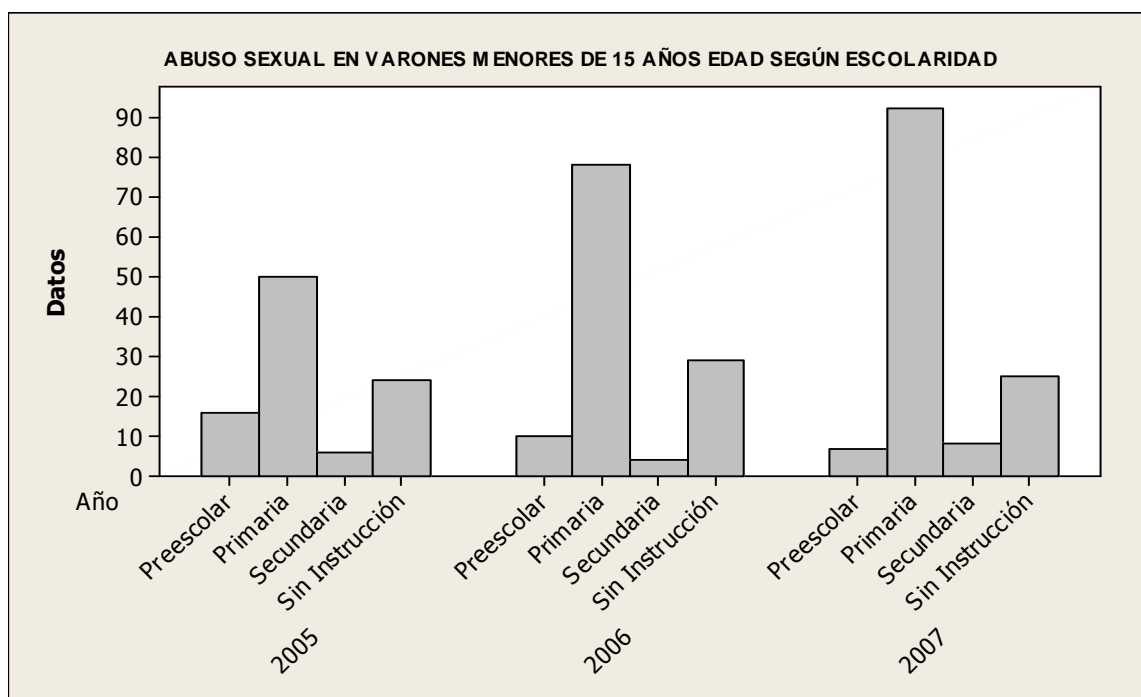
En el Gráfico de barra N° 18 y su respectivo Cuadro N° 18 se aprecia que la variable Escolaridad según edad, en la categoría variable “Primaria” tiende a aumentar en el período comprendido entre los años 2005-2007, resultando la categoría más afectada por abuso sexual. Al finalizar el ciclo acumula 220 casos con 63,0%.

La categoría “Sin Instrucción” acumula 78 casos (22,3%) con una media de 26 casos en los tres años objeto de estudio.

Los niños de “Preescolar” no muestran aumento significativo en los tres años objeto de estudio, permanecen con un promedio de 11 casos anuales reportados de abuso sexual en varones menores de 15 años.

Gráfico N° 18.-

ABUSO SEXUAL EN VARONES MENORES DE 15 AÑOS SEGÚN ESCOLARIDAD
Municipio de Managua, 2005, 2006 y 2007



Fuente: Admisión y Estadística del Instituto de Medicina Legal (IML)
Serie cronológica años 2005, 2006 y 2007



Br. FRANCISCO ROLANDO SOZA MORALES
Médico Infieri

Cuadro Nº 18.-

**ABUSO SEXUAL EN VARONES MENORES DE 15 AÑOS SEGÚN
ESCOLARIDAD**

Municipio de Managua, 2005, 2006 y 2007

Escolaridad	Año			Sub Total Acumulado	
	2005	2006	2007	#	%
Preescolar	16	10	7	33	9,5
Primaria	50	78	92	220	63,0
Secundaria	6	4	8	18	5,2
Sin instrucción	24	29	25	78	22,3
Total	96	121	132	349	
%	27,5	34,7	37,8	100,0	

Fuente: Admisión y Estadística del Instituto de Medicina Legal (IML)
Serie cronológica años 2005, 2006 y 2007



Br. FRANCISCO ROLANDO SOZA MORALES
Médico Infieri

El Cuadro N° 19 muestra la procedencia territorial del delito de abuso sexual en varones menores de 15 años. En la serie cronológica de los años 2005-2007 se observa que el Distrito VI presenta la mayor tasa de incidencia con 30,4% acumulado, en segundo lugar el Distrito III con una tasa acumulada de 29,5% al terminar los tres años. En tercer lugar con 11,7% el Distrito V.

Los Distritos II y IV presentan tasas bajas en la incidencia del delito de abuso sexual en varones menores de 15 años, cada uno con 10,3% y 11,7% respectivamente.

Cuadro N° 19.-

**PROCEDENCIA DISTRITAL DE LAS VÍCTIMAS DE ABUSO
SEXUAL EN VARONES MENORES DE 15 AÑOS**
Municipio de Managua, Año 2005, 2006 y 2007

Distrito	Año			Acumulado	
	2005	2006	2007	#	%
II	10	12	14	36	10,3
III	29	36	38	103	29,5
IV	14	13	14	41	11,7
V	17	19	27	63	18,1
VI	26	41	39	106	30,4
Subtotal	96(27,5%)	121(34,7%)	132(37,8%)	349	100,0

Fuente: Admisión y Estadística del Instituto de Medicina Legal (IML)
Serie cronológica años 2005, 2006 y 2007



Br. FRANCISCO ROLANDO SOZA MORALES
Médico Infieri

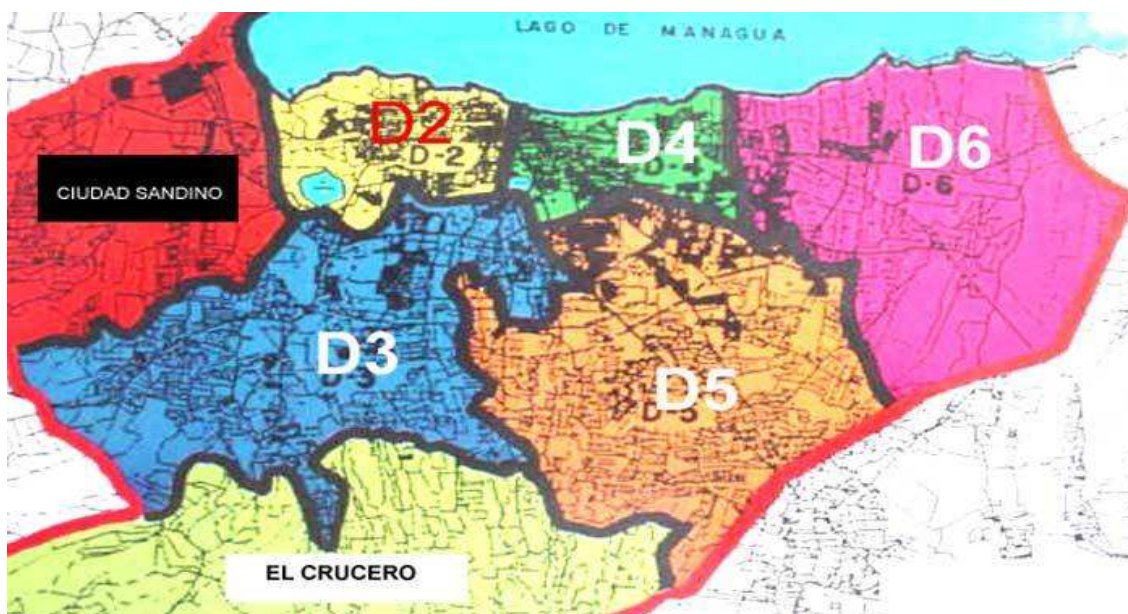
Figura N° 1.-

**PROCEDENCIA DISTRITAL DE LAS VÍCTIMAS DE ABUSO
SEXUAL EN VARONES MENORES DE 15 AÑOS**
Municipio de Managua, Año 2005, 2006 y 2007






MAPA DISTRITAL DE MANAGUA

En la Figura N° 1 se muestra el Mapa Distrital de la ciudad de Managua, el Distrito VI a Este de la capital es el más grande territorialmente y con mayor población y con la mayor tasa de incidencia en el delito de abuso sexual en los últimos tres años registrados, 30,4%. El Distrito III y el V ocupan el 2do., y el 3er., lugar con 29,5 y 18,1% registrados.

Los Distrito II y IV, los más pequeños en superficie pero no menos importante se llevan el 10,3% y 11,7% en la incidencia delictiva de abuso sexual contra varones menores de 15 años.



Leyenda: Procedencia distrital:

Distrito II:	36 (10,3%)	
Distrito III:	103 (29,5%)	
Distrito IV:	41 (11,7 %)	
Distrito V:	63 (18,1%)	
Distrito VI:	106 (30,4 %)	

Fuente: Formulario de trabajo



Br. FRANCISCO ROLANDO SOZA MORALES
Médico Infieri

Ver Gráfico de barra N° 20 donde se aprecia el comportamiento de la serie cronológica del 2005 al 2007 registrando los hallazgos de la valoración médico legal de abuso sexual, con predominio de “Sin Evidencia de Contacto” y “Tocamiento”, además se muestra el comportamiento “Desgarro anal de reciente data” y “Desgarro anal de vieja data” dentro de los hallazgos más importantes de la valoración médico legal.

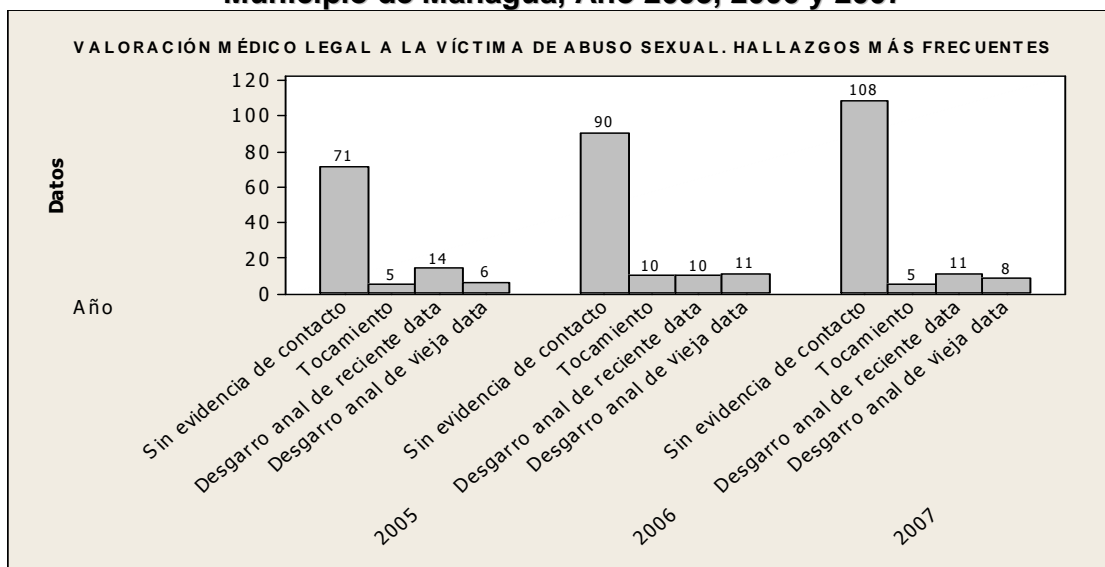
En el Cuadro N° 20 se refiere a la posición absoluta y porcentual de los diferentes hallazgos durante la valoración médica que realizó el forense: “Sin evidencia de contacto” mantuvo la posición 01 en los tres años.

“Desgarro anal de reciente data” mantuvo la posición 02 en el 2005 y 2007. En 2006 pasó a posición 03 desplazado por la categoría “Desgarro anal de vieja data”. Esta última categoría conservó la posición 03 en los años 2005 y 2007.

El hallazgo “Tocamiento” conservó la posición 04 durante los años 2005 y 2007. Ocupó la posición 03 en el 2005 virtud a compartió esa posición con “Desgarro anal de reciente data” en el 2006.

Gráfico N° 20.-

VALORACIÓN MÉDICO LEGAL A VÍCTIMA DE ABUSO SEXUAL
HALLAZGOS MÁS FRECUENTES
Municipio de Managua, Año 2005, 2006 y 2007



Fuente: Admisión y Estadística del Instituto de Medicina Legal (IML)
Serie cronológica años 2005, 2006 y 2007



Br. FRANCISCO ROLANDO SOZA MORALES
Médico Infieri

Cuadro Nº 20.-

**VALORACIÓN MÉDICO LEGAL A VÍCTIMA DE ABUSO SEXUAL
HALLAZGOS MÁS FRECUENTES
Municipio de Managua, Año 2005, 2006 y 2007**

Hallazgos durante la valoración Médico Legal	2005		2006		2007	
	# (%)	Posición	# (%)	Posición	# (%)	Posición
Sin evidencia de contacto	71 (74,0%)	01	90 (74,4%)	01	108 (81,8%)	01
Tocamiento	5 (5,2%)	04	10 (8,3%)	03	5 (3,8%)	04
Desgarro anal de reciente data	14 (14,6%)	02	10 (8,3%)	03	11 (8,3%)	02
Desgarro anal de vieja data	6 (6,2 %)	03	11 (9,0%)	02	8 (6,1%)	03
Total	96		121		132	
%	27,5		34,7		37,8	

Fuente: Admisión y Estadística del Instituto de Medicina Legal (IML).
Serie cronológica años 2005, 2006 y 2007



Br. FRANCISCO ROLANDO SOZA MORALES
Médico Infieri

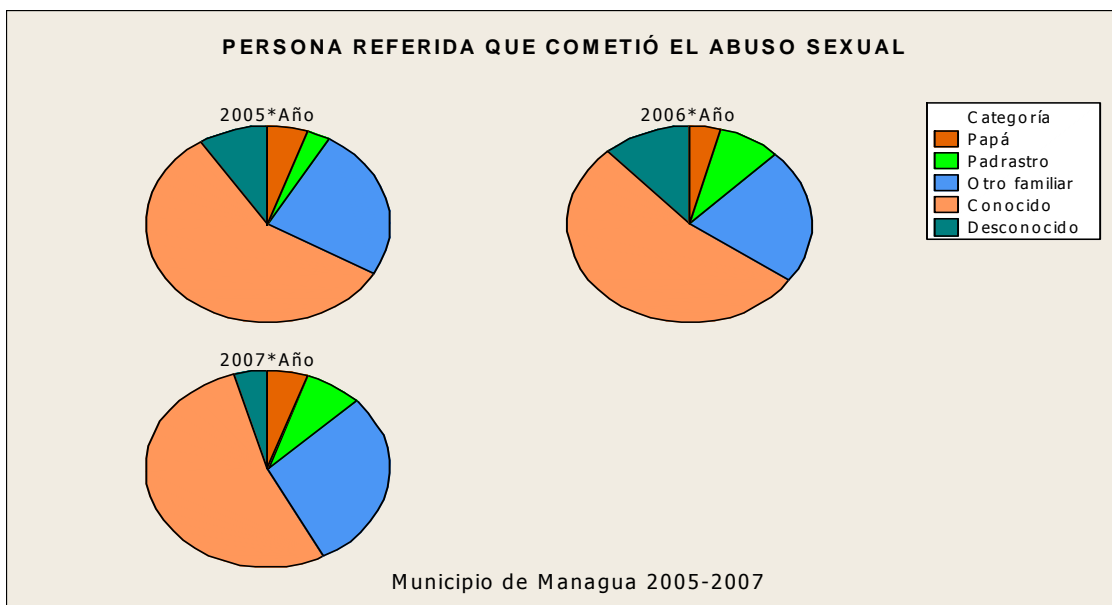
En el Gráfico N° 21 y Cuadro N° 21 se describe la referencia que hizo la víctima sobre la persona que cometió el abuso sexual, o en su defecto el relato del acompañante de la víctima (según oficio por instrucción de autoridad competente), durante el examen médico legal, encontrando que en todos los años predominó la persona “Conocido” con un promedio anual de 63 referencia sobre esta categoría conservando una media 54,7%.

“Otro familiar” durante los tres años mostró un promedio 30 referencias cada año como la persona que perpetró el abuso sexual contra varones menores de 15 años, la media porcentual se estableció en 25,6%

La referencia “Desconocido” que cometió abuso sexual se acredita en tercer lugar con una media anual de 9,7 (8,5%) delitos. El padrastro se ubicó en cuarto lugar con un promedio de 7,7 casos de delitos y finalmente “Papá” ocupó el quinto lugar con un promedio absoluto de 5,7 casos de agresiones sexuales contra varones menores de 15 años.

Gráfico N° 21.-

**Persona referida cometió abuso sexual
y relación con edad de la víctima
Municipio de Managua, 2007**



Fuente: Admisión y Estadística del Instituto de Medicina Legal (IML).
Serie cronológica años 2005, 2006 y 2007



Br. FRANCISCO ROLANDO SOZA MORALES
Médico Infieri

Cuadro N° 21.-

**Persona referida cometió abuso sexual
y relación con edad de la víctima
Municipio de Managua, 2007**

PERSONA REFERIDA COMETIÓ EL ABUSO SEXUAL	2005		2006		2007		\bar{X}
	#	%	#	%	#	%	
Papa	5	5,2	5	4,1	7	5,3	5,7 (4,9%)
Padrastro	3	3,1	10	8,3	10	7,6	7,7 (6,3%)
Otro familiar	24	25,0	27	22,3	39	29,5	30 (25,6%)
Conocido	55	57,3	65	53,7	70	53,0	63,3 (54,7%)
Desconocido	9	9,4	14	11,6	6	4,6	9,7 (8,5%)

Fuente: Admisión y Estadística del Instituto de Medicina Legal (IML)
Serie cronológica años 2005, 2006 y 2007



Resultados más relevantes del estudio de las series cronológicas 2005-2007

- ✓ La tendencia de los abusos sexuales en varones menores de 15 años marcó un incremento del 26% en 2006 con respecto a 2005 y finaliza con un aumento del 9,1% el año 2007 con relación al año 2006.
- ✓ La edad más afectada por los abusos sexuales según la tendencia se estableció entre 6 y 10 años.
- ✓ De la categoría “Escolaridad” el nivel “Primaria” resultó las más vulnerable a los abusos sexuales en varones menores de 15 años en los tres años de estudio.
- ✓ El Distrito con más índice de denuncias de abusos sexuales acumulados fue el VI, le siguen en el orden los Distritos III y V.
- ✓ De los hallazgos al examen médico legal predominaron “Sin evidencia de contacto” en la serie cronológica.
- ✓ Los “Desgarro anal de reciente data” ocuparon el primer lugar en importancia médico legal en los años de estudio.
- ✓ Los “Desgarro anal de vieja data” ocuparon el segundo orden en importancia dentro de los hallazgos al examen médico legal en los tres años estudiados.
- ✓ La persona referida por la víctima que marca la tendencia en cometer el abuso sexual contra varones menores de 15 años fueron en el orden acostumbrado: Conocido-Otro familiar-Desconocido.



IX. ANÁLISIS/DISCUSIÓN

Tendencia de los abusos sexuales

El estudio analizó 349 valoraciones médico legal a varones menores de 15 años víctimas de abuso sexual en el municipio de Managua en los años 2005-2007, demostrando que existe una tendencia hacia el incremento de estos delitos en Managua, coincidente con otros estudios de delitos sexuales que manifiestan que no solo a nivel nacional se observa esta tendencia, sino en todos los países de latinoamérica.

El incremento ronda una tasa promedio anual de 116,3 casos, con un promedio porcentual del 17.5% anual. Sin embargo se sabe que son más los casos no denunciados, que quedan en el oscuro anonimato como una verdadera pandemia silenciosa.

Distribución en grupos de edad los abusos sexuales

La distribución de la frecuencia de edad, mostró que el grupo de niños de 6 a 10 años fue el más vulnerable a los abusos sexuales seguido de los niños comprendidos entre los 11 < de 15 años. La edad menos afectada por los abusos correspondió a los niños <1 año a 5 años.

Con base a los datos encontrados en el estudio, sostiene que los niños entre los 6 a 10 años de edad son el blanco principal de los abusadores sexuales en los países de las Américas, además de otros delitos contra la libertad de las personas contemplado en la jurisprudencia americana.

En esta edad según los estudios los niños tienen sus órganos sexuales más desarrollados, van forjando su propia personalidad y su carácter, estudian, y el círculo



Br. FRANCISCO ROLANDO SOZA MORALES
Médico Infieri

de amistades de varones y mujeres es más amplio. La mayoría de estos niños se encuentran cursando algún grado de primaria.

Los niños entre los 11 a menores de 15 años ocupan un segundo lugar entre las víctimas de los agresores sexuales. Son adolescentes, finalizando la primaria y pasando a la secundaria, algunos son víctimas de explotación laboral infantil y otros son desamparados socialmente.

De acuerdo con la literatura de abusos sexuales, este grupo de edad es más susceptible a los abusos sexuales de tipo crónicos por los pederastas. Desde luego que el círculo de amistades es más grande y tienen cierta libertad en su estatus dentro de sus familias.

Los adolescentes viven una importante etapa de su vida donde se empieza a forjar el desarrollo físico y psicosexual, la identidad de género, se tiene muchas dudas y se carece de madurez; los pederastas saben y se aprovechan de esto y de otros problemas del entorno familiar y social para hacerlos blanco de sus instintos.

En este estudio es muy importante señalar que el grupo de edad <1 año a 5 años reviste una característica muy especial: la mayoría de los niños que promedian los tres a cinco años de edad están en nivel preescolar, gozan del cuidado de la madre, otro familiar o el vecino y son susceptibles de abusos sexuales agudos, igual suerte corren los menores de uno a tres años. En este estudio ellos ocuparon el tercer lugar en la frecuencia de abuso sexual.

Relación escolaridad con edad en abusos sexuales

De la categoría “Escolaridad” el nivel “Primaria” fue el más afectado por los abusos sexuales, independientemente del grado en que se encontraba el menor al momento del abuso.

Por razones de fluidez del estudio se tomó la sub variable “Sin instrucción” para darle un valor de como operacionalizar la información recabada en las hojas de registro diario de valoraciones de agresión sexual a todo el grupo de niños entre menores de un año a cinco años pero, también, habían uno que otro de entre los 6 a 10 años y de 11 a menores de 15 años que verdaderamente no poseían instrucción.



Br. FRANCISCO ROLANDO SOZA MORALES
Médico Infieri

Estos niños sumaron en los tres años: 15 de 6 a 10 años (19,2%) y 5 de 11 a <15 años (6,4%) del subtotal de este nivel. Se deduce que estos niños verdaderamente al momento del estudio o no se matricularon, o desertaron de sus estudios o carecían de instrucción escolar.

El nivel “Sin instrucción” ocupó el segundo lugar en el estudio como categoría que fue víctima de agresión sexual.

La edad más afectada los niños de 6 a 10 años dentro del nivel “Primaria” ocupó el primer lugar, seguido de los niños de 11 a < de 15 años dentro del nivel “Secundaria”. Los niños <1 año a 5 años fueron los más vulnerables de abuso sexual dentro de la categoría “Sin instrucción”. En su gran mayoría debido a niños menores que no tenían edad para estudiar; 58 casos de 86 niños comprendidos en este grupo de edad en los tres años de estudio.

Distritos con más abusos sexuales y Procedencia de la víctima por edad

Los distritos más grandes de la ciudad Capital, los más poblados y los que concentran al sector industrial y comercial más grande así como que en ellos se encuentran asentados los diferentes poderes del Estado nicaragüense, además de los centros de diversión más visitados por la población capitalina y los ejes medulares de Managua, son los que más índice de denuncias de abuso sexual contra varones menores de 15 años presentaron las víctimas ante las autoridades policiales en los años del 2005 al 2007.

Desde este punto de vista los Distritos con más índice de denuncia de abuso sexual recibido en las estaciones de policía fueron en el orden acostumbrado: El Distrito VI, el Distrito III y el Distrito V.

Las denuncias fueron interpuestas por familiares o acompañantes de los menores de edad. En el Distrito VI predominaron los menores de 6 a 10 años seguido de los niños en edades 11 a < 15 años.

En el Distrito III en primer lugar el grupo de edad <1 año a 5 años seguido de los de 6 a 10 años.

En el Distrito V el comportamiento fueron los menores de un año a 5 años seguido de los varones de 6 a 10 años.



Br. FRANCISCO ROLANDO SOZA MORALES
Médico Infieri

Desde donde deduzco que en el Distrito VI los niños de “Primaria” y de “Secundaria” fueron los más vulnerables. En el Distrito III los niños “Sin instrucción”, es decir <1 año a 5 años y en Distrito V los <1 año a 5 años y los de 6 a 10 años.

Es obvio que el grupo de edad más afectado por los delitos de orden sexual son los niños de 6 a 10 años del nivel de “Primaria” y la gran mayoría se encuentran en el Distrito VI.

Hallazgos médico legales y edad más frecuente

La valoración médico legal se apoya en la referencia por parte de la víctima de abuso sexual de cómo se cometieron los hechos y los hallazgos físicos durante el examen médico legal a la víctima solicitado mediante oficio de autoridad competente (Policía Nacional, Ministerio Público, Juez, DD.HH).

La víctima se hace acompañar por la autoridad, familiar o acompañante del menor quien firma la hoja de Conocimiento Informado. La medicina forense actual recomienda que en el caso que el menor se encuentra apto para expresar sus quejas sea él quien personalmente exponga su caso.

Los hallazgos más frecuente encontrados y que son referidos por la víctima durante la entrevista forense son “Sin evidencia de contacto” en el 80 % de las valoraciones médico legales. Esta casuística coincide con los peritajes que se realizan en los países latinoamericanos, en EE.UU.AA y Europa occidental.

Por la importancia médico legal en la que se apoya el juez en la administración de justicia se encuentra el Desgarro anal de reciente data y el Desgarro anal de vieja data cuyo hallazgo se verifica con el examen físico realizado por el perito forense. En el estudio se encontró que:

El “Desgarro anal de reciente data” ocupó el primer lugar de los hallazgos físicos de evidencias de violación sexual en varones menores de 15 años del grupo de edad de 6 a 10 años. El segundo lugar lo compartieron los niños <1 año a 5 años y los de 11 a < de 15 años.

En segundo lugar encontramos los “Desgarro anal de vieja data” al examen físico y concuerda con la literatura forense de que estas lesiones obedecen a abusos crónicos, es decir, niños violados de manera reiterada y son comunes en niños de



Br. FRANCISCO ROLANDO SOZA MORALES
Médico Infieri

6 a 10 años y de 11 a <15 años y muy poco se encuentra en niños < 1 año a 5 años, como efectivamente lo comprobó este estudio.

Persona referida que cometió el abuso sexual

El círculo del acecho contra la víctima de abuso sexual varón o mujer está bien ilustrado en la literatura de género y violencia, de violencia intrafamiliar y de violencia contra la niñez, la infancia y la adolescencia.

Está claro que el agresor es más cercano de lo que parece y las medidas deben ir a desarticular este círculo del acecho. En este estudio se muestra que el círculo Conocido-Otro familiar-Desconocido, constituyen el perfil oficial del abusador sexual que la víctima refiere durante la entrevista forense.

Por lo general el “Conocido” se inclina por abusar de niños de entre los 6 a 10 años, generalmente de “Primaria”.

El “Otro familiar” tiene preferencia por los niños <1 año a 5 años. Es catastrófico que los supuestos lugares seguros, en este caso el hogar, sea el lugar donde se abusa a los niños menores de 5 años.

El “Desconocido” su blanco son los niños de 6 a 10 años y de 11 a <15 años, éstos últimos de “Secundaria”.

Una figura que emerge y que puede desplazar al “Desconocido” es la del “Padrastro”. En mi estudio ocupó un cuarto lugar muy meritorio después de permanecer en tercer lugar en el 2006 y luego fue desplazado al cuarto lugar por el abusador “Desconocido”.



X. CONCLUSIONES

- 1) La frecuencia de abusos sexuales en varones menores de 15 años en el municipio de Managua es al incremento con un promedio anual de 17,5%.
- 2) El incremento de los abusos sexuales en varones menores de 15 años se debe a expensa del grupo de edad de 6 a 10 años en primer lugar y a los niños entre las edades de 11 años a < de 15 años en segundo lugar.
- 3) En la categoría Escolaridad el nivel "Primaria" es el más afectado y coincide con el grupo de edad de 6 a 10 años.
- 4) La categoría "Sin instrucción" ocupa un segundo lugar de importancia porque aquí se ubican los menores de un año a 5 años.
- 5) El Distrito VI recibió el mayor índice de denuncia de casos de abuso sexual en varones menores de 15 años a expensa del grupo de edad de 6 a 10 años y de escolaridad "Primaria".
- 6) En la valoración médico legal los casos "Sin evidencia de contacto" predominaron en un 80%, según la referencia de la víctima de abuso sexual, independientemente de la edad del abusado.
- 7) El "Desgarro anal reciente" es la causa más frecuente de hallazgo físico de abuso sexual agudo y el "Desgarro anal de vieja data" es el hallazgo más frecuente de abusos crónicos.
- 8) El "Desgarro anal de reciente data" fue más frecuente en niños de 11 a < 15 años, seguido con igual frecuencia en los niños de <1 a 5 años y de 6 a 10 años.
- 9) El "Desgarro anal de vieja data", fue más frecuente en niños entre las edades 11 a <15 años seguido muy de cerca por los niños de 6 a 10 años.
- 10) El círculo del acecho contra la víctima de abuso sexual lo conforman: "Conocido-Otro familiar-Desconocido".
- 11) La figura del "Padrastro" emerge en un cuarto lugar muy cercano al círculo del acecho de la víctima.



XI. RECOMENDACIONES

1. Ante el incremento del delito de abuso sexual contra varones menores de 15 años cuya evidencias físicas son soportadas en las conclusiones del peritaje médico legal, exigir de las autoridades judiciales, una pronta y correcta aplicación de la administración de la justicia.
2. Incrementar una campaña mediática popular y masiva en el país por los medios de comunicación social; de mayor cobertura, en defensa de nuestra niñez susceptible de abusos sexuales.
3. Apoyar al Ministerio de Educación por medio de los comités de participación ciudadana, en la difusión del Programa de Educación Sexual a todos los niveles de enseñanza básica en el país.
4. Para romper el círculo vicioso que atenta contra la niñez menor de 15 años propongo mantener una alerta y vigilancia sistemática sobre el riesgo del entorno del menor de 15 años a través de las instituciones gubernamentales que tutelan el cuidado de niños y adolescentes.
5. Promover la participación ciudadana a todos los niveles de decisión de las políticas públicas: ejecutivas, legislativas y municipal; para incidir en el cuidado y seguridad de la infancia, la niñez y la adolescencia en todo el territorio nacional.
6. Las instituciones formadoras públicas y privadas de los niveles de enseñanza primaria, secundaria, técnico o superior; deben incluir dentro de la formación curricular, temas sobre la violencia de género, familiar y sexual.



Br. FRANCISCO ROLANDO SOZA MORALES
Médico Infieri

XII. BIBLIOGRAFÍA

Casado, F. Juan et al. Niños Maltratados. Ed. Díaz Santos S.A. Madrid, España, 1997

Chávez P, Cándida R, et al. Monografía Versión preliminar para la normalización y estandarización forense de la prueba pericial en víctimas de delitos sexuales. Managua, noviembre de 2007

De Canales, Francisca et al. Metodología de la Investigación. Organización Panamericana de la Salud (OPS), México, 1989.

Finkelhor, D. Abuso Sexual al Menor. Ed. Pax. México, 2006

Informe sobre Desarrollo Humano 2007-2008. NN.UU, Nueva York

Gisbert Calabuig J. A. Medicina Legal y Toxicología, MASSON, España, 1998

Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, Reglamento técnico para el abordaje forense integral de la víctima en la investigación del delito sexual, versión 02, agosto 2006. Bogotá. Colombia.

Kahl-Matín, C. Fundamentos de Epidemiología. Ed. Díaz Santos S.A, Madrid, España, 1990.

López P, Julio. Metodología de la Investigación. Un enfoque integrador. 1era. Ed. PAVSA, Managua, 2006

Ley N° 641. CÓDIGO PENAL DE LA REPÚBLICA DE NICARAGUA

Aprobado el 13 de noviembre de 2007. Managua.

Pendiente de sanción, promulgación y publicación por La Gaceta Diario Oficial

Ley N° 287, Código de la Niñez y de la Adolescencia. Managua, 24 de marzo de 1998.



Br. FRANCISCO ROLANDO SOZA MORALES
Médico Infieri

Ley 423: Ley General de Salud. Decreto N° 001-2003. Reglamento de la Ley General de Salud Ratificado a los nueve días del mes de enero del año 2003. Managua.

Martirena. El Alacrán. Revista semanal. N° 295. Año 5, pág. 7. END, Año XXVIII / Edición 9984. Domingo, 01 de junio de 2008. Managua

NN.UU. Declaración de los derechos humanos de los niños y adolescentes. Aprobado por la Asamblea General. Nueva York, 20 de noviembre de 1959

Sequeira C, Valinda el al. Investigar es Fácil. Manual de Investigación. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua (UNAN), Managua, 2004

Vargas Alvarado E. Medicina Legal, Trillas, México, 1996



Br. FRANCISCO ROLANDO SOZA MORALES
Médico Infieri

XIII. ANEXOS

Anexo 1.-

GUÍA DE REVISIÓN DOCUMENTAL DE LAS ESTADÍSTICAS
"HOJA DE REGISTRO DIARIO VALORACIÓN AGRESIÓN SEXUAL DEL
INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL (IML)

**FRECUENCIA Y CARACTERIZACIÓN DE ABUSO SEXUAL EN VARONES ME-
NORES DE 15 AÑOS ATENDIDOS EN INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL (IML)
MUNICIPIO DE MANAGUA 2005-2007**

Nº formulario: _____

Lugar y fecha de llenado: _____

A. Datos Generales de la víctima de abuso sexual

Día, mes y año de la Valoración Médico Legal _____

Procedencia distrital: (marcar con una "x" la procedencia)

Distrito II _____

Distrito III _____

Distrito IV _____

Distrito V _____

Distrito VI _____



Br. FRANCISCO ROLANDO SOZA MORALES
Médico Infieri

Edad: (escriba en números arábigos la cantidad de años, meses o días de nacido)

Años_____

Meses_____

Días_____

Escolaridad: (escriba en números arábigos la escolaridad que corresponda. Marque con una “x” la casilla “sin instrucción”: Especifique que no han estudiado o son niños menores infantes,)

Nivel preescolar_____

Grado de primaria_____

Año de Secundaria_____

Sin instrucción_____

Ocupación:(anote la “ocupación” si el menor trabaja, “no trabaja” en caso contrario. Nota: no deje vacío este espacio) _____

B. Valoración médico legal de agresión sexual

Hallazgos al examen físico Médico Legal (en base a los registros estadísticos marque con una “x” el tipo de lesiones encontradas)

Desgarro anal reciente_____

Desgarro anal de vieja data_____

Anote qué otros hallazgos de tipo de lesiones anorrectales registró el forense:



Br. FRANCISCO ROLANDO SOZA MORALES
Médico Infieri

Relato de la víctima acerca de los hechos (en base a los registros estadísticos marque con una “x” el tipo de referencia que expresó la víctima)

Refiere:

Tocamiento_____

Sin evidencia de contacto_____

C. Persona referida que cometió el abuso

(Marque con una “x” el lugar que corresponda. En la casilla “otro familiar” anote a que familiar corresponde, p.e., abuelo, tío, primo, sobrino, pariente. En el lugar denominado “conocido” anote si corresponde, p.e., vecino, compañerito de clase, entre otros. Siempre y cuando registre el forense este tipo de categoría)

Papá_____

Padrastro_____

Otro familiar_____ ¿Quién?_____

Conocido_____ ¿Quién?_____

Desconocido_____

OBSERVACIONES:



Br. FRANCISCO ROLANDO SOZA MORALES
Médico Infieri

Anexo 2.-

FORMATOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS DIARIO

MATRIZ DE DATOS

HOJA DE REGISTRO DIARIO DE VALORACIÓN MÉDICO LEGAL DE
ABUSO SEXUAL

Datos sociodemográficos			Valoración médico legal agresión sexual				Persona referida que cometió el abuso				
Distrito	Edad	Escolaridad	Lesiones anorrectal				P	Pdr	O/ fam	C	D
			DAR	DAVD	Sin E/C	Tocamientos					
TOTAL											

FUENTE: Estadísticas del IML

Simbología:

DAR: Desgarro anal reciente
DAVD: Desgarro anal de vieja data
Sin E/C: Sin evidencia de contacto
P: Papá
Pdr: Padraastro
O/fam: Otro familiar
C: Conocido
D: Desconocido



Br. FRANCISCO ROLANDO SOZA MORALES
Médico Infieri

Anexo 3.-

FUNDAMENTOS JURÍDICOS:

CODIGO DE LA NIÑEZ Y LA ADOLESCENCIA (Extracto)
Ley N° 287, del 24 de marzo de 1998
Publicado en la Gaceta N° 97, del 27 de mayo de 1998.

Artículo 14

Las niñas, niños y adolescentes no serán objeto de abusos e injerencias en su vida privada y la de su familia o en su domicilio, pertenencias, propiedades o correspondencia, salvo en los casos establecidos en la ley, ni de ataques a su honra o reputación.

Artículo 26

En caso de maltrato físico, psíquico, moral, abuso sexual, o explotación en contra de las niñas, niños y adolescentes por parte sus padres, madres, tutores o cualquier otras personas, podrán ser juzgados y sancionados conforme la legislación penal vigente.

Artículo 48

Los directores de centros de educación, tienen la obligación de comunicar en primera instancia a la madre, padre o tutor, los casos de maltrato, violación y abuso sexual, reiteración de faltas injustificadas, evasión escolar, uso, abuso, consumo y dependencia de sustancias sicotrópicas, elevados niveles de repetición escolar y otros casos que requieran atención del educando.

En caso de reincidencia o gravedad, están obligados a informar o denunciar al organismo o autoridad correspondiente las situaciones anteriormente señaladas.



Br. FRANCISCO ROLANDO SOZA MORALES
Médico Infieri

Artículo 81

Las medidas de protección especial deberán ser aplicadas por la autoridad administrativa tomando en cuenta las circunstancias o situaciones personales de la niña, niño o adolescentes privilegiando las medidas que aseguren el restablecimiento o fortalecimiento de los vínculos familiares.

Artículo 85

Las personas que por acción u omisión realicen maltrato, violencia o abuso físico, síquico o sexual, estarán sujetos a las sanciones penales que la ley establece. La autoridad administrativa correspondiente tomará las medidas necesarias para proteger y rescatar a las niñas, niños y adolescentes cuando se encuentre en peligro su integridad física, síquica o moral. Podrá contar con el auxilio de la policía, la que deberá prestarlo sin mayor trámite

Ley 423: LEY GENERAL DE SALUD [extracto]

Decreto Nº 001-2003. Reglamento de la Ley General de Salud Ratificado a los nueve días del mes de enero del año 2003.

TÍTULO XVI

DE LA ACTIVIDAD MÉDICO LEGAL Capítulo I

Generalidades

Arto.371 Son actividades médico legales, las que se realizan en cualquier institución o establecimiento de salud, para proveer atención por enfermedad o por lesión, o procedimientos de observación, intervención y análisis de un cadáver, en los casos en que se pueda derivar responsabilidad penal y/ o civil; su resultado se expresa en forma de declaraciones, dictámenes, informes, certificados, reportes, emitidos expresamente por el director del establecimiento de salud, dirigido a las autoridades judiciales o a los funcionarios de los organismos competentes. Para los casos de violencia ultra familiar, se deben implementar las normas y procedimientos establecidos para tales fines.



Br. FRANCISCO ROLANDO SOZA MORALES
Médico Infieri

Arto.372 Las actuaciones a que se refiere el artículo anterior tienen validez cuando se expresen por escrito, en modelos impresos o no, de acuerdo con lo que legal o administrativamente se haya dispuesto.

Arto.373 El director del establecimiento de salud, autorizará la remisión del resultado de las actividades médicos-legales, a las autoridades judiciales competentes; excepto cuando la actividad médico-legal sea practicada por médico forense debidamente nombrado conforme a la Ley, en cuyo caso sólo se establecerán las coordinaciones con el director del establecimiento de salud.

DECLARACIÓN DE LOS DERECHOS DE LOS NIÑOS Y ADOLESCENTES

(Aprobado por la Asamblea General de las NN.UU. 20 de noviembre de 1959)

P r e á m b u l o

Considerando que los pueblos de las Naciones Unidas han reafirmado en la Carta su fe en los derechos fundamentales del hombre y en la dignidad y el valor de la persona humana, y su determinación de promover el progreso social y elevar el nivel de vida dentro de un concepto más amplio de la libertad.

Considerando que las Naciones Unidas han proclamado en la Declaración Universal de Derechos Humanos, que toda persona tiene todos los derechos y libertades enunciados en ella, sin distinción de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquiera otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición.

Considerando que el niño, por su falta de madurez física y mental, necesita protección y cuidados especiales, incluso la debida protección legal, tanto antes como después del nacimiento.

Considerando que la necesidad de esa protección especial ha sido enunciada en la Declaración de Ginebra de 1924 sobre los Derechos del Niño y reconocida en la Declaración Universal de Derechos Humanos y en los convenios constitutivos de los organismos especializados y de las organizaciones internacionales que se interesan en el bienestar del niño.

Considerando que la humanidad debe al niño lo mejor que puede darle. Proclama la presente Declaración de los Derechos del Niño a fin de que éste pueda tener una infancia feliz y gozar, en su propio bien y en bien de la sociedad, de los derechos y libertades que en ella se enuncian e insta a los padres, a los hombres y



Br. FRANCISCO ROLANDO SOZA MORALES
Médico Infieri

mujeres individualmente y a las organizaciones particulares, autoridades locales y gobiernos nacionales a que reconozcan esos derechos y luchen por su observancia con medidas legislativas y de otra índole adaptadas progresivamente en conformidad con los siguientes principios:

1- Al reconocimiento de sus derechos

El niño disfrutará de todos los derechos enunciados en esta Declaración. Estos derechos serán reconocidos a todos los niños sin excepción alguna ni distinción por motivos de raza, color, sexo, idioma, opiniones políticas o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o condición ya sea del propio niño o su familia.

2- A la igualdad de oportunidades

El niño gozará de una protección especial y disposición de oportunidades y servicios, dispensado todo ello por la ley y por otros medios, para que pueda desarrollarse física, mental, moral, espiritual y socialmente en forma saludable y normal, así como en condiciones de libertad y dignidad. Al promulgar leyes con este fin, la condición fundamental a que se atenderá será el interés superior del niño.

3- A la igualdad de oportunidades

El niño tiene derecho desde su nacimiento a un nombre y a una nacionalidad.

4- A una atención adecuada

El niño debe gozar de los beneficios de la seguridad social. Tendrá derecho a crecer y desarrollarse en buena salud; con este fin deberán proporcionarse tanto a él como a su madre cuidados especiales, incluso atención prenatal. El niño tendrá derecho a disfrutar de atención, vivienda, recreo y servicios médicos adecuados.

5- A tratamiento

El niño física o mentalmente impedido o que sufra algún impedimento social debe recibir el tratamiento, la educación y el cuidado especial que merece su caso en particular.

6- Al respeto y al amor

El niño, para pleno y armonioso empleo de su personalidad, necesita amor y comprensión. Siempre que sea posible deberá crecer bajo el amparo y responsabilidad de sus padres, en todo caso en un ambiente de afecto y seguridad moral y material. Salvo circunstancias extremas, no deberá separarse al niño de corta edad de su madre. La sociedad y las autoridades públicas tendrán la obligación de cuidar



Br. FRANCISCO ROLANDO SOZA MORALES
Médico Infieri

especialmente a los niños sin familia o que carezcan de medios adecuados para su subsistencia. Para el mantenimiento de los hijos de familias numerosas, conviene conceder subsidios estatales o de otra índole.

7- A una educación e igualdad de oportunidades

El niño tiene derecho a recibir educación, que será gratuita y obligatoria por lo menos en las tres etapas elementales. Se le dará una educación que favorezca su cultura general y le permita en condición de igualdad de oportunidades, desarrollar sus aptitudes y su juicio individual, su sentido de responsabilidad moral y social, y llegar a ser un miembro de la sociedad. El interés superior del niño debe ser el principio rector de quienes tienen la responsabilidad de su educación y orientación, dicha responsabilidad incumbe, en primer término, a sus padres. El niño debe disfrutar plenamente de juegos y recreaciones, los cuales deben estar orientados hacia los fines perseguidos por la educación. La sociedad y las autoridades públicas se esforzarán por promover el goce de este derecho.

8- El niño entre los primeros

El niño debe, en todas circunstancias, figurar entre los primeros que reciban protección y socorro.

9- No al maltrato

El niño debe ser protegido de toda forma de abandono, crueldad, y explotación. No será objeto de ningún tipo de maltrato. No deberá permitirse al niño trabajar antes de una edad mínima adecuada, en ningún caso se le permitirá dedicarse a ocupación o empleo alguno que pueda perjudicar su salud o impedir su desarrollo físico, mental o moral.

10- Al respeto y la tolerancia

El niño deberá ser protegido contra las prácticas que puedan fomentar la discriminación racial, religiosa o de cualquier otra índole. Debe ser educado con un espíritu de comprensión, tolerancia, amistad entre los pueblos, paz y fraternidad universal, y con plena conciencia de que debe consagrar sus energías y aptitudes al servicio de sus semejantes.



Br. FRANCISCO ROLANDO SOZA MORALES
Médico Infieri

CONVENCIÓN SOBRE LOS DERECHOS DEL NIÑO [extracto]
Adoptada y abierta a la firma y ratificación por la Asamblea General de las
Naciones Unidas (NN.UU)
Resolución 44/25, de 20 de noviembre de 1989.
Entrada en vigor: 2 de septiembre de 1990, de conformidad con el artículo 49

Preámbulo

Los Estados Partes en la presente Convención. Considerando que, de conformidad con los principios proclamados en la Carta de las Naciones Unidas, la libertad, la justicia y la paz en el mundo se basan en el reconocimiento de la dignidad intrínseca y de los derechos iguales e inalienables de todos los miembros de la familia humana. Teniendo presente que los pueblos de las Naciones Unidas han reafirmado en la Carta su fe en los derechos fundamentales del hombre y en la dignidad y el valor de la persona humana, y que han decidido promover el progreso social y elevar el nivel de vida dentro de un concepto más amplio de la libertad.

Recordando que en la Declaración Universal de Derechos Humanos las Naciones Unidas proclamaron que la infancia tiene derecho a cuidados y asistencia especiales. Convencidos de que la familia, como grupo fundamental de la sociedad y medio natural para el crecimiento y el bienestar de todos sus miembros, y en particular de los niños, debe recibir la protección y asistencia necesarias para poder asumir plenamente sus responsabilidades dentro de la comunidad. Reconociendo que el niño, para el pleno y armonioso desarrollo de su personalidad, debe crecer en el seno de la familia, en un ambiente de felicidad, amor y comprensión.

Considerando que el niño debe estar plenamente preparado para una vida independiente en sociedad y ser educado en el espíritu de los ideales proclamados en la Carta de las Naciones Unidas y, en particular, en un espíritu de paz, dignidad, tolerancia, libertad, igualdad y solidaridad. Teniendo presente que la necesidad de proporcionar al niño una protección especial ha sido enunciada en la Declaración de Ginebra de 1924 sobre los Derechos del Niño y en la Declaración de los Derechos del Niño adoptada por la Asamblea General el 20 de noviembre de 1959, y reconocida en la Declaración Universal de Derechos Humanos, en el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (en particular, en los artículos 23 y 24), en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (en particular, en el artículo 10) y en los estatutos e instrumentos pertinentes de los organismos especializados y de las organizaciones internacionales que se interesan en el bienestar del niño.

Reconociendo que en todos los países del mundo hay niños que viven en condiciones excepcionalmente difíciles y que esos niños necesitan especial consideración. Teniendo debidamente en cuenta la importancia de las tradiciones y los valores culturales de cada pueblo para la protección y el desarrollo armonioso del niño.



Br. FRANCISCO ROLANDO SOZA MORALES
Médico Infieri

Reconociendo la importancia de la cooperación internacional para el mejoramiento de las condiciones de vida de los niños en todos los países, en particular en los países en desarrollo.

Han convenido en lo siguiente:

PARTE I

Artículo 1

Para los efectos de la presente Convención, se entiende por niño todo ser humano menor de dieciocho años de edad, salvo que, en virtud de la ley que le sea aplicable, haya alcanzado antes la mayoría de edad.

Artículo 2

1. Los Estados Partes respetarán los derechos enunciados en la presente Convención y asegurarán su aplicación a cada niño sujeto a su jurisdicción, sin distinción alguna, independientemente de la raza, el color, el sexo, el idioma, la religión, la opinión política o de otra índole, el origen nacional, étnico o social, la posición económica, los impedimentos físicos, el nacimiento o cualquier otra condición del niño, de sus padres o de sus representantes legales.

2. Los Estados Partes tomarán todas las medidas apropiadas para garantizar que el niño se vea protegido contra toda forma de discriminación o castigo por causa de la condición, las actividades, las opiniones expresadas o las creencias de sus padres, o sus tutores o de sus familiares.

Artículo 3

1. En todas las medidas concernientes a los niños que tomen las instituciones públicas o privadas de bienestar social, los tribunales, las autoridades administrativas o los órganos legislativos, una consideración primordial a que se atenderá será el interés superior del niño.

2. Los Estados Partes se comprometen a asegurar al niño la protección y el cuidado que sean necesarios para su bienestar, teniendo en cuenta los derechos y deberes de sus padres, tutores u otras personas responsables de él ante la ley y, con ese fin, tomarán todas las medidas legislativas y administrativas adecuadas.

Los Estados Partes se asegurarán de que las instituciones, servicios y establecimientos encargados del cuidado o la protección de los niños cumplan las normas establecidas por las autoridades competentes, especialmente en materia de seguridad, sanidad, número y competencia de su personal, así como en relación con la existencia de una supervisión adecuada.



Artículo 6

1. Los Estados Partes reconocen que todo niño tiene el derecho intrínseco a la vida.
2. Los Estados Partes garantizarán en la máxima medida posible la supervivencia y el desarrollo del niño.

Artículo 7

1. El niño será inscripto inmediatamente después de su nacimiento y tendrá derecho desde que nace a un nombre, a adquirir una nacionalidad y, en la medida de lo posible, a conocer a sus padres y a ser cuidado por ellos.
2. Los Estados Partes velarán por la aplicación de estos derechos de conformidad con su legislación nacional y las obligaciones que hayan contraído en virtud de los instrumentos internacionales pertinentes en esta esfera, sobre todo cuando el niño resultara de otro modo apátrida.

Artículo 11

1. Los Estados Partes adoptarán medidas para luchar contra los traslados ilícitos de niños al extranjero y la retención ilícita de niños en el extranjero.
2. Para este fin, los Estados Partes promoverán la concertación de acuerdos bilaterales o multilaterales o la adhesión a acuerdos existentes.

Artículo 12

1. Los Estados Partes garantizarán al niño que esté en condiciones de formarse un juicio propio el derecho de expresar su opinión libremente en todos los asuntos que afectan al niño, teniéndose debidamente en cuenta las opiniones del niño, en función de la edad y madurez del niño.
2. Con tal fin, se dará en particular al niño oportunidad de ser escuchado, en todo procedimiento judicial o administrativo que afecte al niño, ya sea directamente o por medio de un representante o de un órgano apropiado, en consonancia con las normas de procedimiento de la ley nacional.

Artículo 13

1. El niño tendrá derecho a la libertad de expresión; ese derecho incluirá la libertad de buscar, recibir y difundir informaciones e ideas de todo tipo, sin consideración de fronteras, ya sea oralmente, por escrito o impresas, en forma artística o por cualquier otro medio elegido por el niño.



Br. FRANCISCO ROLANDO SOZA MORALES
Médico Infieri

2. El ejercicio de tal derecho podrá estar sujeto a ciertas restricciones, que serán únicamente las que la ley prevea y sean necesarias:

- a) Para el respeto de los derechos o la reputación de los demás; o
- b) Para la protección de la seguridad nacional o el orden público o para proteger la salud o la moral públicas.

Artículo 15

1. Los Estados Partes reconocen los derechos del niño a la libertad de asociación y a la libertad de celebrar reuniones pacíficas.

2. No se impondrán restricciones al ejercicio de estos derechos distintas de las establecidas de conformidad con la ley y que sean necesarias en una sociedad democrática, en interés de la seguridad nacional o pública, el orden público, la protección de la salud y la moral públicas o la protección de los derechos y libertades de los demás.

Artículo 16

1. Ningún niño será objeto de injerencias arbitrarias o ilegales en su vida privada, su familia, su domicilio o su correspondencia ni de ataques ilegales a su honra y a su reputación.

2. El niño tiene derecho a la protección de la ley contra esas injerencias o ataques.

Artículo 19

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 29

1. Los Estados Partes convienen en que la educación del niño deberá estar encaminada a:

- a) Desarrollar la personalidad, las aptitudes y la capacidad mental y física del niño hasta el máximo de sus posibilidades;
- b) Inculcar al niño el respeto de los derechos humanos y las libertades fundamentales y de los principios consagrados en la Carta de las Naciones Unidas;
- c) Inculcar al niño el respeto de sus padres, de su propia identidad cultural, de su idioma y sus valores, de los valores nacionales del país en que vive, del país de que sea originario y de las civilizaciones distintas de la suya;
- d) Preparar al niño para asumir una vida responsable en una sociedad libre, con espíritu de comprensión, paz, tolerancia, igualdad de los sexos y amistad entre todos los pueblos, grupos étnicos, nacionales y religiosos y personas de origen indígena;
- e) Inculcar al niño el respeto del medio ambiente natural.

2. Nada de lo dispuesto en el presente artículo o en el artículo 28 se interpretará como una restricción de la libertad de los particulares y de las entidades para establecer y dirigir instituciones de enseñanza, a condición de que se respeten los principios enunciados en el párrafo 1 del presente artículo y de que la educación impartida en tales instituciones se ajuste a las normas mínimas que prescriba el Estado.

Artículo 32

1. Los Estados Partes reconocen el derecho del niño a estar protegido contra la explotación económica y contra el desempeño de cualquier trabajo que pueda ser peligroso o entorpecer su educación, o que sea nocivo para su salud o para su desarrollo físico, mental, espiritual, moral o social.

2. Los Estados Partes adoptarán medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas para garantizar la aplicación del presente artículo. Con ese propósito y teniendo en cuenta las disposiciones pertinentes de otros instrumentos internacionales, los Estados Partes, en particular:

- a) Fijarán una edad o edades mínimas para trabajar;



Br. FRANCISCO ROLANDO SOZA MORALES
Médico Infieri

- b) Dispondrán la reglamentación apropiada de los horarios y condiciones de trabajo;
- c) Estipularán las penalidades u otras sanciones apropiadas para asegurar la aplicación efectiva del presente artículo.

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.

PARTE II

Artículo 43

1. Con la finalidad de examinar los progresos realizados en el cumplimiento de las obligaciones contraídas por los Estados Partes en la presente Convención, se establecerá un Comité de los Derechos del Niño que desempeñará las funciones que a continuación se estipulan.

2. El Comité estará integrado por diez expertos de gran integridad moral y reconocida competencia en las esferas reguladas por la presente Convención. Los miembros del Comité serán elegidos por los Estados Partes entre sus nacionales y ejercerán sus funciones a título personal, teniéndose debidamente en cuenta la distribución geográfica, así como los principales sistemas jurídicos.

Artículo 54

El original de la presente Convención, cuyos textos en árabe, chino, español, francés, inglés y ruso son igualmente auténticos, se depositará en poder del Secretario General de las Naciones Unidas.

EN TESTIMONIO DE LO CUAL, los infrascritos plenipotenciarios, debidamente autorizados para ello por sus respectivos gobiernos, han firmado la presente Convención.



Br. FRANCISCO ROLANDO SOZA MORALES
Médico Infieri

Anexo 4.-

C R O N O G R A M A 2 0 0 8

ORDEN	ACTIVIDAD	FECHAS DE CUM- PLIMIENTO
1º.	Fase exploratoria	Tercera semana de abril
2º.	Formulación del problema	Cuarta semana de abril
3º.	Adopción objetivos	1era., semana de mayo
4º.	Elaboración del marco teórico	Segunda semana de mayo
5º.	Determinación del universo	Tercera semana de mayo
6º.	Elaboración de matriz y formulario	4ta., semana de mayo y 1era., semana de junio
7º.	Elaboración de protocolo	2da – 4ta. semanas de junio
8º.	Presentación, revisión y aprobación de protocolo	Primera quincena de julio
9º.	Recolección de la información	Segunda quincena de julio y mes de agosto
10º.	Procesamiento de datos	1era- 3era semanas de septiembre
11º.	Elaboración de Informa Final	Cuarta semana de septiembre y primera semana de octubre
12º.	Presentación, revisión y aprobación de Informe Final	Segunda y tercera semana de octubre
13º.	Ajustes al Informe Final	4ta., semanas octubre y 1era., noviembre
14º.	Defensa de TESIS	NOVIEMBRE



Br. FRANCISCO ROLANDO SOZA MORALES
Médico Infieri

Anexo 5.-

¡¡...ALARMANTES ÍNDICES DE ABUSO INFANTIL...!!¹⁰



¹⁰ Martirena. El Alacrán. Revista semanal de pura jodedera. Nº 295. Año 5.pág. 7. END 01/06-08. Managua



Br. FRANCISCO ROLANDO SOZA MORALES
Médico Infieri

Br. FRANCISCO ROLANDO SOZA MORALES
MÉDICO INFIERI

Granada, noviembre de 2008