

**UNIVERSIDAD INTERNACIONAL PARA EL DESARROLLO
SOSTENIBLE**

FACULTAD DE MEDICINA Y CIRUGÍA

Universidad Internacional
para el Desarrollo Sostenible



**TESIS DE INVESTIGACION PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN
MEDICINA Y CIRUGÍA**

Comportamiento epidemiológico y demográfico de las niñas y adolescentes embarazadas, víctimas de violación sexual y estupro, atendidas en el Instituto de Medicina Legal-Sede Matagalpa, en el periodo comprendido Enero 2014-Diciembre 2018.

Autores:

Br. Belenxaviera de los A. Mercado Calderón

Carne: 1301-0014

Br. Iris Massiel Meza Hernández.

Carne: 1301-0030

Tutor Clínico y Metodológico: Dr. Juroj Bartoz Blandón

Especialista en Medicina Forense

Matagalpa, Nicaragua

30 de Agosto de 2019

**UNIVERSIDAD INTERNACIONAL PARA EL DESARROLLO
SOSTENIBLE**

FACULTAD DE MEDICINA Y CIRUGÍA.

Universidad Internacional
para el Desarrollo Sostenible



**TESIS DE INVESTIGACION PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN
MEDICINA Y CIRUGÍA**

Comportamiento epidemiológico y demográfico de las niñas y adolescentes embarazadas, víctimas de violación sexual y estupro atendidas en el Instituto de Medicina Legal-Sede Matagalpa, en el periodo comprendido Enero 2014-Diciembre 2018.

Autores:

Br. Belenxaviera de los A. Mercado Calderón

Carne: 1301-0014

Br. Iris Massiel Meza Hernández.

Carne: 1301-0030

Tutor Clínico y Metodológico: Dr. Juroj Bartoz Blandón

Especialista en Medicina Forense

Matagalpa, Nicaragua

30 de Agosto de 2019

I. INDICE

I.	INDICE.....	4
II.	AGRADECIMIENTOS	7
III.	DEDICATORIA	8
IV.	RESUMEN.....	9
V.	OPINIÓN DEL TUTOR	11
VI.	INTRODUCCIÓN.....	12
VII.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	14
VIII.	ANTECEDENTES	15
IX.	JUSTIFICACIÓN	19
X.	OBJETIVOS	21
	OBJETIVO GENERAL.....	21
	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	21
XI.	MARCO TEÓRICO.....	22
	I. INTRODUCCIÓN.....	22
	II. MARCO MÉDICO LEGAL	34
	MARCO LEGAL.....	34
	En el Código Penal, Título II, CAPÍTULO II, DELITOS CONTRA LA LIBERTAD E INTEGRIDAD SEXUAL se enumeran los delitos que se cometen, contra la libertad e integridad sexual y son:.....	36
	Art. 167. VIOLACIÓN.....	36
	Art. 168. VIOLACIÓN A MENORES DE CATORCE AÑOS	36
	Art. 169. VIOLACIÓN AGRAVADA	36
	Art. 170. ESTUPRO	37
	Art. 171. ESTUPRO AGRAVADO.....	37
	Art. 172. ABUSO SEXUAL	37
	Art. 173. INCESTO.....	38
	Art. 174. ACOSO SEXUAL.....	38
	Art. 175. EXPLOTACIÓN SEXUAL, PORNOGRAFÍA Y ACTO SEXUAL CON ADOLESCENTES MEDIANTE PAGO.....	38

Art. 176	AGRAVANTES ESPECÍFICAS EN CASO DE EXPLOTACIÓN SEXUAL, PORNOGRAFÍA Y ACTO SEXUAL CON ADOLESCENTES MEDIANTE PAGO.	39
Art. 177.	PROMOCIÓN DEL TURISMO CON FINES DE EXPLOTACIÓN SEXUAL	39
Art. 178.	PROXENETISMO	40
Art. 179.	PROXENETISMO AGRAVADO.....	40
Art. 180.	RUFIANERÍA.....	40
Art. 181.	RESTRICCIÓN DE MEDIACIÓN Y OTROS BENEFICIOS.....	41
ART. 182.	TRATA DE PERSONAS CON FINES DE ESCLAVITUD, EXPLOTACIÓN SEXUAL O ADOPCIÓN.....	41
Art. 183.	DISPOSICIONES COMUNES.....	41
	MARCO MÉDICO	44
XII.	HIPOTESIS	51
XIII.	MATERIAL Y MÉTODOS	52
XIV.	RESULTADOS.....	54
XV.	DISCUSIÓN Y ANALISIS	57
XVI.	CONCLUSIONES.....	60
XVII.	RECOMENDACIONES	61
XVIII.	BIBLIOGRAFÍA	64
XIX.	ANEXOS.....	66
	ANEXO 1.....	67
	ANEXO 2.....	71
	Anexo 3.....	75
	ANEXO 4.....	76
	ANEXO 6.....	77
	ANEXO 7.....	77
	ANEXO 8.....	78
	ANEXO 9.....	78
	ANEXO 11	80
	ANEXO 12	81
	ANEXO 13	82
	Grafico 5 Anexo 21	87
	Grafico 6 anexo 22	89

Trimestre de Gestación a la Pericia Médico Legal de la Víctima de Violación Sexual	89
Persona que se Dió Cuenta de la Violación Sexual de la Víctima	90
Grafico 7 anexo 23	90
Grafico 8 Anexo 24	92
Frecuencia de Casos por Año	92
ANEXO 25-FORMATO DE DICTAMEN MÉDICO LEGAL.....	93

II. AGRADECIMIENTOS

- ✓ A Dios nuestro señor, que fue nuestro soporte y fuente de sabiduría para terminar el presente trabajo.

- ✓ A nuestros padres por darnos el apoyo necesario y ser nuestro pilar fundamental.

- ✓ Al Dr. Juroj Bartoz Blandón por darnos el tiempo necesario para enseñarnos los fundamentos científicos y metodológicos y sus amplios conocimientos previos.

III. DEDICATORIA

Dedicamos este trabajo que representa un escalón más en nuestro crecimiento profesional y personal;

A Dios: Por brindarnos la sabiduría y la oportunidad de realizar un logro más de su mano.

A nuestras familias que representan nuestro mayor soporte emocional incondicional en cada etapa de este difícil trayecto recorrido.

A nuestro tutor, y nuestros maestros por los cuales pudimos realizar el presente estudio.

A todas las niñas y adolescentes que fueron parte de este estudio, sin ellas no habría sido posible la realización del mismo.

A nuestras madres, pilar fundamental de nuestra fortaleza diaria.

IV. RESUMEN

En Nicaragua, las niñas y adolescentes se encuentran expuestas a la violencia sexual por conductas que forman parte de la cultura y los valores que dirigen la dinámica de las relaciones interpersonales intrafamiliares y extra familiares tanto en el área rural como en el área urbana, sin embargo esta conducta de violación sexual y estupro a las víctimas tiene más incidencia en el área rural con cifras alarmantes actuales las cuales abordaremos posteriormente.

El fin que persigue este estudio es conocer el comportamiento epidemiológico del flagelo social antes descrito, a base de las características sociodemográficas, de las víctimas, reconocer los factores de riesgo predominantes para la ocurrencia del suceso, y resaltar que tipo de relación tiene la víctima con el victimario con el fin de examinar si el victimario se encuentra en el núcleo familiar de forma más constante en este tipo de casos.

Las adolescentes con mayor exposición al embarazo por este tipo de delito tienen la edad media de 14 años con un porcentaje de 21.98%, de estas adolescentes la procedencia rural es más común con un porcentaje de 75.82%, la escolaridad de estas adolescentes es ninguna con un porcentaje de 12.09%. Según el lugar de ocurrencia de la violación sexual la casa de la víctima es la más común con una frecuencia de 38 y un porcentaje de 41.76%. En contexto con la relación existente existe relación de autoridad en un 38.9% entre las cuales destaca el padrastro como victimario. En el caso del trimestre de gestación al momento de la pericia médico legal, repuntan las cifras del segundo y tercer trimestre; Segundo Trimestre con una frecuencia de 40 y un porcentaje de 43.95%. Tercer Trimestre con frecuencia de 42 y un porcentaje de 46.15%. En el caso del factor de riesgo más predominante fue la falta de un Progenitor Protector con un porcentaje de 41.76%

Se sugiere reforzar los mecanismos de detección y prevención ante la sospecha de cualquier manifestación de este tipo de delito dentro del núcleo familiar.

También reforzar el sistema de educación para que las alumnas reconozcan que es estupro y violación sexual e incluso nociones básicas de anatomía de su propio cuerpo. Reforzar el sistema de salud para que exista una evaluación y seguimiento psiquiátrico tanto de la víctima para que no provoque daño al no nacido y al victimario para que su reinserción en la sociedad sea segura y este no reincida en el delito. Para el sector judicial que las penas de privación de libertad sea aplicada de igual forma en menores de edad que en mayores de edad en este tipo de delitos graves.

V. OPINIÓN DEL TUTOR

En la presente tesis de investigación se aborda el comportamiento epidemiológico y demográfico de las niñas y adolescentes embarazadas, víctimas de violación y estupro atendidas en el Instituto de Medicina Legal-Sede Matagalpa, en el periodo comprendido Enero 2014- Diciembre 2018. Dándole a como dice el título un énfasis médico epidemiológico.

Las autoras demostraron haber adquiridos habilidades investigativas, aplicando conocimientos adquiridos durante sus estudios de pregrado; utilizando herramientas informáticas y utilizando programas de análisis estadísticos utilizados en las investigaciones en el campo de la salud.

Los resultados obtenidos tienen el rigor científico y de estos mismos pueden derivarse posteriores estudios, ya sea por las mismas autoras en estudios de postgrado o por otros investigadores ya sea de pregrado o postgrado.

Demostraron el uso de bibliografía disponible relacionada al tema, discriminando la que tenían utilidad en el estudio.

Demostraron dedicación y disciplina durante el estudio realizado.

Dr. Juroj Bartoz Blandón

Médico Especialista en Medicina Forense

VI. INTRODUCCIÓN

En el presente estudio se abordara la polémica del embarazo en niñas y adolescentes víctimas de violación y estupro, en la sociedad nicaragüense actual, identificada por su insuficiente información en el sector educación y salud que está dirigida a la población femenina en etapas tempranas de vida, aunado a los comportamientos culturales que han sido adoptados como normales sobre todo en el área rural que es donde se pondrá mayor enfoque ya que es donde encontramos mayor incidencia de este flagelo social.

En primera instancia abordaremos las condiciones sociodemográficas de las víctimas de violencia sexual que tienen como resultado del mismo un embarazo precoz, tanto su nivel educativo, acceso a la salud, procedencia y edad serán estudiados en este trabajo para definir la incidencia de estos factores para el desarrollo de este tipo de casos.

En segunda instancia valoraremos la vulnerabilidad como factor de riesgo en casos donde el victimario posee relación de autoridad sobre la víctima y si éste utiliza violencia para perpetuar el delito y en el caso de que la utilizara que tipo de recursos usó el mismo para coaccionar a la víctima.

Luego de haber estudiado los factores de riesgo más importantes procederemos a explicar detalladamente los procesos médico-legales que se utilizan para abordar este tipo de casos, que leyes rigen este tipo de conceptos y cuál es el abordaje médico que se brinda a la menor abusada.

Nos interesa también describir el marco psicosomático de la menor embarazada y como esto afecta a largo plazo al no nacido con los diferentes trastornos postraumáticos que tienen efecto sobre la víctima y el desarrollo neurológico intrauterino del feto, producto de la violación sexual y como estas deficiencias afectan la productividad del ser humano en la sociedad y por lo tanto en la salud pública.

En base a nuestros objetivos, perseguimos brindar recomendaciones exactas según el tipo de debilidades en los sistemas que hacen que sea más fácil perpetuar este tipo de delitos que no solo inciden en el desarrollo de la adolescente afectada si no en la salud pública en general

VII. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Al realizar un estudio acerca del comportamiento epidemiológico-demográfico de las niñas y adolescentes embarazadas, víctimas de violación atendidas en el Instituto de Medicina Legal-Sede Matagalpa, interesa buscar magnitud, frecuencia y distribución de este flagelo social y cultural por lo que procederemos a generar y organizar preguntas esenciales para desarrollar la temática.

¿Cuáles son los grupos etarios más afectados en niñas y adolescentes víctimas de violación atendidas en el Instituto de Medicina Legal de Matagalpa? enfocaría mayor atención, hacia la población más propensa a sufrir violencia sexual en el departamento y a largo plazo plantear posibles soluciones preventivas.

¿Cuál es el conocimiento actual sobre el problema y sus causas?, conocer cuáles son las circunstancias asociadas a este tipo de violencia sexual infantil, señalar la presencia de factores condicionantes para la ocurrencia del delito y dentro de ellas enfatizar específicamente la relación entre la víctima y el agresor.

¿Existen evidencias conclusivas acerca del embarazo producto del abuso sexual? Determinar una estadística exacta (con cinco años tomados como muestra), es de suma importancia para sustentar la validez del estudio, así como para brindar un argumento convincente de la necesidad de someter a prueba el comportamiento epidemiológico-demográfico de las niñas y adolescentes embarazadas, víctimas de violación del departamento.

¿Reconocemos la violencia sexual a niñas y adolescentes como un problema de salud pública y epidemiológica? Nuestra actitud como sociedad ante este tipo de situaciones es crucial y ello depende el bienestar de este tipo de pacientes, por lo que es crucial conocer las estadísticas de nuestro medio.

VIII. ANTECEDENTES

El City Registry de Nueva York, contabilizó en un año más de 19,000 casos de supuestos abusos en niños. Se reporta además que en España y EEUU por ejemplo, alrededor de 20 a 25% de las niñas y 10 a 15% de niños sufren algún tipo de Abuso Sexual antes de los 17 años de edad.

Desde Asia y América Latina son vendidos a pedófilos de EEUU, Canadá y Europa, niños de los países más pobres, que superan la cifra de los 20,000 anuales, destinados la mayoría, a prestar servicios prostíbulos con precios inferiores a los de un equipo de video.

En la mayoría de los estudios los padres biológicos son los principales responsables de los abusos sexuales, seguidos por familiares cercanos, luego, por conocidos no familiares y por último, por desconocido.

Desde 1998 hasta el 2003 fueron atendidos por causa de abuso sexual 120 menores realizando revisión detallada de la documentación existente en el Centro Territorial de Medicina Legar de Manzanillo, provincia de Granma, Cuba cuyo objetivo era observar la frecuencia de abuso sexual, el cual concluye que en su mayoría el abuso ocurre en niñas y adolescentes del área urbana, el agresor es del sexo masculino y se encuentra en más de la mitad de los casos en el entorno familiar.

En 2001 se llevó a cabo en la Universidad de Barcelona sobre la experiencia en una unidad funcional de abuso a menores donde se hizo una revisión prospectiva de la historia de los pacientes con sospecha de abuso sexual. Se estudiaron 704 casos. El 75% eran niñas. El relato del niño fue la forma más frecuente de descubrimiento del abuso (51 %), la anamnesis fue positiva en el 45 % de ocasiones. La exploración genital fue normal en el 74% de casos y la anal en el 79%. En la conclusión final, el 40% fue normal, el 11%, compatible, el 41%, alta probabilidad y el 4%, seguro abuso

sexual. El abusador fue en el 92% de casos un varón. Los tocamientos fueron la forma más frecuente de agresión y en el 25% el abuso duró más de un año.

En el año 2003 se realizó un estudio en niñas – adolescentes con historia de abuso sexual, atendidas en el Servicio de Psicología – Ginecología del Instituto Especializado de Salud del Niño, Lima- Perú, en el periodo de Enero a Octubre del 2003 el que concluye que es necesario mejorar los programas de prevención haciendo más participes a los padres, en cuanto al cuidado del menor, independientemente de las campañas de autocuidado infantil, puesto que el 53.7% tenía en su historia un suceso de abuso sexual cometido por una persona de sexo varón que pertenecía a su familia.

En el 2011 en la facultad de Psicología de la Universidad de Granada en España se llevó a cabo un estudio para Determinar la prevalencia, la naturaleza y las consecuencias de los abusos sexuales sufridos durante la infancia o la adolescencia. De 2159 estudiantes, 269 (12,5%) manifestaron haber sufrido abusos sexuales antes de los 18 años de edad. El 62,8% de los abusos consistió en tocamientos y la edad media de inicio fue a los 8,8 años.

Los perpetradores, mayoritariamente varones y un 44% menores de edad, solían cometer los abusos en el hogar de la víctima o en el suyo, aprovechándose de las visitas o de su estrecha vinculación. Alrededor del 50% se sirvió del engaño o del juego. En cuanto a la salud mental de las víctimas, las universitarias con antecedentes de abusos sexuales tenían menor autoestima y asertividad, y puntuaciones más altas en actitud vital negativa, depresión y ansiedad, que las del grupo de comparación.

En Nicaragua se hace el reconocimiento a través del Decreto Ministerial (67-97. Noviembre 1996) el que aborda que la violencia es un problema de salud pública y para enfrentar este fenómeno se cuenta con los siguientes programas:

- Política pública contra la Explotación sexual y comercio de niños, niñas y adolescentes.

- El Plan nacional para la prevención de la violencia intrafamiliar y sexual, 2001-2006 y que se va a extender hacia el 2014.
- Programa de comisarías de la mujer y la niñez.
- Normas y procedimientos para la Atención de la violencia intrafamiliar. En Agosto del año 2001, el Programa de Atención Integral a la Mujer, Niñez y Adolescencia publica las Normas y Procedimientos para la Atención a la Violencia Intrafamiliar, documento elaborado y validado con la participación de personal de salud de diferentes perfiles y niveles de atención del MINSA y de múltiples sectores que trabajan el tema.

De acuerdo a un estudio realizado por la Federación Coordinadora de Nicaragua de organizaciones no gubernamentales que trabaja con la niñez y la adolescencia (CODENI) en las ciudades de León, Estelí, Managua, Matagalpa, Granada y Chinandega, entre Septiembre y Octubre del año 2003, revela las concepciones de abusadores sobre las actividades sexuales con niñas, niños y adolescentes. Expresan que tienen relaciones con personas menores de edad porque son “fáciles de manipular”, además que no lo consideran un delito.

En el municipio de Somoto no se encontró ningún estudio sobre el alto índice de embarazos en adolescentes, solamente se encuentran datos estadísticos que nos indican que en el año 2002 el total de embarazos fue de 925 siendo el 12% (111) adolescentes en el 2003 el total de embarazos fue de 798 siendo el 14% adolescentes (102) para el año 2005 el total de embarazadas fue de 811 para un 17.26% de adolescentes (140), hasta Mayo del 2006 se ingresaron 495 embarazadas de las cuales 74 son adolescentes para un 14.9%. En la unidad de salud del municipio, se cuenta con la clínica del adolescente por lo que tomamos para nuestro estudio el total de las adolescentes embarazadas.¹⁴ Centro de Salud Somoto. Clínica del adolescente. Datos Estadísticos de adolescentes embarazadas. Archivos 2003 al 2006.

En enero del año 2005 se realizó en el Hospital Materno infantil Dr. Fernando Vélez Paiz sobre las características y abordaje del maltrato infantil en menores de 15 años donde el abuso sexual fue el segundo tipo de maltrato infantil. Aquí se estudiaron 45

pacientes de los cuales de los cuales 12 de ellos sufrieron de abuso sexual, de estos 4 pacientes sufrieron violación y en 3 pacientes vejación y en 5 casos no se especificó el tipo de abuso sexual

En el año 2005 la organización Save The Childrens Suecia realizó un informe sobre el abuso sexual contra niños, niñas y adolescentes en NICARAGUA, con información brindada por la comisaria de la niñez y la adolescencia, cuyos resultados arrojan que el abusador se encuentra en el entorno de la víctima, el grupo más afectado es de 11 a 15 años, del sexo femenino en el 96% de los victimarios son hombres entre los 30 – 45 años de edad.

Según datos publicados en la Revista “Ángel de la Guarda” en Septiembre del año 2006, entre el 25 y 47% de las niñas, niños y adolescentes nicaragüenses sufren acoso y abuso sexual desde edades tempranas. En su mayoría estos abusos son cometidos por familiares o amigos. Estas estadísticas revelan un incremento en la denuncia de los delitos sexuales y la violencia intrafamiliar contra mujeres, adolescentes, niñas y niños.

En enero del 2010 se realizó en el Hospital Materno infantil Dr. Fernando Vélez Paiz un estudio sobre el comportamiento clínico y epidemiológico sobre el abuso sexual en niñas y adolescentes en los servicios de pediatría y ginecología donde se encontraron un total de 34 casos, de los cuales el 73% eran adolescentes distribuyéndose con un 41% en el grupo de adolescentes tempranas, es decir entre las edades de 10 a 14 años. De acuerdo al tipo de abuso sexual 82.3% habían tenido penetración vaginal. En cuanto a la edad del abusador se encontró que el 47% eran adultos jóvenes entre 35 a 50 años. En cuanto a la relación existente entre el abusador y las víctimas de abuso se encontró que el 38% se trataba de su padrastro.

En Febrero del 2011 se realizó en el Hospital Materno infantil Dr. Fernando Vélez Paiz un estudio sobre comportamiento clínico y epidemiológico del maltrato infantil en niños menores de 15 años, donde el abuso sexual representó la segunda forma de maltrato infantil. Aquí se estudiaron 81 pacientes, de estos un total de 18 casos siendo las edades más afectadas de los 10 a los 14 años.

IX. JUSTIFICACIÓN

La sexualidad es un aspecto innegable de la vida, fundamental para la creación de una personalidad y de la humanidad individual. Su desarrollo depende de la satisfacción de necesidades básicas humanas, como el cariño y la identidad propia. Sólo al sentirse seguro de su identidad sexual, y de la manera en que ésta se expresa, un individuo puede llegar a un nivel óptimo de salud. Los derechos sexuales son uno de los derechos humanos universales, dotados a cada persona.⁷ (EPIDEMIOLOGIA Robert H. Fletcher, 2016)

“ENDESA 2006 se registra que un 48% de las mujeres alguna vez casadas o unidas han experimentado maltrato verbal psicológico, el 27 % violencia física y el 13 % violencia sexual. La mayor parte de ellas fue agredida por familiares y conocidos. Además estadísticas del MINSA refieren que es porcentaje de niñas entre 10 y 14 años que fueren embarazadas en la última década se ha elevado hasta el 47% desde el 2000 hasta el 2010.”⁹ (OPS, boletín informativo embarazo en adolescentes, 2015)

La violencia sexual representa un problema de gran dimensión en la salud pública de proporciones epidémicas y endémicas cada vez más asida en la población, la Organización Mundial de la Salud considera que estamos frente a una epidemia mundial, SIN EMBARGO Nicaragua aun no decreta las violaciones sexuales a niñas y adolescentes como una emergencia a tratar ante la salud pública. En el 2017 la **UNICEF** junto con el **Instituto de Medicina Legal de Nicaragua**, concluyeron que las niñas y niños afectados por este flagelo tenían¹³ (unicef.org/nicaragua/comunicados-prensa, 2019) principalmente en adolescentes con 62.9% y en segundo lugar niñas con el 25%, el riesgo de contraer embarazo producto del hecho violento se evidencio en el 21.4% de los casos.⁹ Por lo que conocer una proporción más actualizada de embarazos por violencia sexual dirigido únicamente al departamento de Matagalpa se vuelve una prioridad de estudio tipo epidemiológico.

El abuso sexual es un secreto angustiador con el que viven muchas niñas y adolescentes. Es un tema delicado, complejo y sumamente serio, abordarlo es exponer un tabú. El principal problema del abuso sexual infantil es la falta de documentación que existe al respecto, hay pocas estadísticas y eso hace complicado generar acciones concretas sobre esta problemática. Sin embargo lo más alarmante e importante en este tema es la desinformación que sufren las víctimas ya que el sistema de educación no aborda este tipo de temáticas con el valor, que debe ser aplicado a las mismas, un mayor énfasis sobre la educación y conocimiento de nociones básicas anatómicas y de comportamientos que aun en el círculo familiar de las niñas es inaceptable, ya que la mayoría de violaciones sexuales inician como abuso sexual en cualquiera de sus manifestaciones lo que causa que en la mayoría de los casos la víctima no sea consciente de que lo que está viviendo es una violación sexual, por lo que el acto se repite por desconocimiento y vergüenza de la víctima.

También se ha dejado de lado la educación al victimario, si se desea que las personas juzgadas por este delito tengan una correcta inserción social, si no existe seguimiento psiquiátrico o psicológico una vez que estas personas egresan del sistema penitenciario o aun estando dentro de él.

La polémica de la disminución de la productividad social del ser humano para la sociedad luego de haber sufrido este tipo de violación y transgresión de sus derechos, no es un tema abordado, las secuelas psicológicas que sufren estas víctimas interfiere en el desarrollo normal tanto psicológico como social de las mismas a largo plazo. En el caso específico de esta investigación también predispone a un desarrollo anatómico deficiente o incompleto por el hecho de los cambios morfológicos a los que induce el embarazo per sé.

Por lo que por medio de las estadísticas que recolectaremos de acuerdo a nuestra ficha de recolección pretendemos causar un estudio de impacto en el medio de la salud pública, con datos exactos de estos casos antes descritos.

X. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Describir Comportamiento epidemiológico y demográfico de las niñas y adolescentes embarazadas víctimas de violación sexual y estupro, atendidas en el Instituto de Medicina Legal sede-Matagalpa, en el periodo comprendido Enero 2014- Diciembre 2018.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Determinar las características sociodemográficas de las niñas y adolescentes embarazadas víctimas de violación y estupro, en estudio
- ✓ Caracterizar la relación entre el agresor y la víctima.
- ✓ Describir el lugar de ocurrencia de la violación.
- ✓ Señalar la presencia de factores condicionantes para la ocurrencia del delito.

XI. MARCO TEÓRICO

I. INTRODUCCIÓN.

Se denomina **niñez** a la fase del desarrollo que comprende entre el nacimiento de la misma, y la entrada en la pubertad o **adolescencia**. Adolescencia temprana se caracteriza por un desarrollo físico y crecimiento rápido iniciándose la afirmación de la independencia, surge el pensamiento correcto con cierto grado de esfuerzo. La adolescencia mediana se distingue por la capacidad para el pensamiento formal preocupación acerca de la explotación sexual y hay separación más formal de los padres. Adolescencia tardía se caracteriza porque se establece una imagen corporal segura de género.

“El Código de la Niñez y Adolescencia de Nicaragua, considera como niña y niño a los que no hubiesen cumplido los 13 años de edad y adolescente a los que se encuentren entre los 13 y 18 años de edad, no cumplidos”

Aunque la adolescencia es sinónimo de crecimiento excepcional y gran potencial, constituye también una etapa de riesgos considerables, durante la cual el contexto social puede tener una influencia determinante.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la violencia sexual como: **“todo acto sexual, la tentativa de consumir un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de esta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo”**

(who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence).

La coacción puede abarcar:

- uso de grados variables de fuerza
- intimidación psicológica
- extorsión

- amenazas (por ejemplo de daño físico o de no obtener un trabajo o una calificación, etc.)

También puede haber violencia sexual si la persona no está en condiciones de dar su consentimiento, por ejemplo cuando está ebria, bajo los efectos de un estupefaciente, dormida o mentalmente incapacitada.

La definición de la OMS es muy amplia, pero también existen definiciones más circunscritas. Por ejemplo, para fines de investigación algunas definiciones de violencia sexual se limitan a los actos que incluyen la fuerza o la amenaza de violencia física.

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

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

(Violencia sexual, OMS. Comprender y abordar la violencia contra las mujeres)

La violación a los derechos sexuales es un crimen que afecta a toda la población. Se puede observar un foco de atención en mujeres, en especial en su adolescencia y primeros años de la adultez. Kmett y colaboradores informan que 50% de los ataques sexuales ocurre entre los 12 a 24 años de edad, y una quinta parte de todos los ataques entre los 12 y 17 años de edad. Rickert y colaboradores mencionan que las mujeres adolescentes de entre 16 y 19 años son cuatro veces más propensas a sufrir ataques sexuales que las mujeres en cualquier otro grupo de edad. Además, una víctima que haya sufrido de ataques sexuales está más expuesta a sufrir otro ataque. Esto deja como evidencia que los efectos psicológicos y físicos de una violación son acumulativos, y que las secuelas afectan la vida y el futuro de la víctima. ¹ (Alberto, 2014) Fundamentos de Medicina legal.

Se considera “**embarazo adolescente**” al que se produce en mujeres menores de 19 años, generalmente, se reduce por no utilizar métodos anticonceptivos y no por ser voluntariamente buscado, y es que los jóvenes comienzan demasiado pronto a experimentar con sus cuerpos y a practicar el sexo, sin tener plena conciencia de que las consecuencias de no practicarlo con seguridad pueden condicionar el resto de su vida, dado que además de quedar embarazada demasiado pronto, puede contraer una enfermedad de transmisión sexual, algunas de las cuales pueden llegar a ser muy graves y de fatales consecuencias. Sin olvidar de las que son obligadas, como las víctimas de violación y estupro.

Aunque el embarazo se puede clasificar como un estado fisiológico normal, esta plegado de riesgos considerables tanto para la madre como par sus descendientes. Por fortuna, la mayor parte del riesgo ocurre en una minoría de las pacientes. Así pues, es prudente identificar a las mujeres que están en riesgo y tratar de prevenir la morbilidad y mortalidad en ella. (Violencia sexual, OMS. Comprender y abordar la violencia contra las mujeres)

El embarazo incrementa la probabilidad de que una mujer muera a causa de ciertas afecciones (es decir, incrementa la tasa de mortalidad).

El embarazo de una adolescente es considerado de **alto riesgo**, pues el cuerpo de la mujer a esa edad aún no está suficientemente desarrollado como para afrontar el desgaste que supone dicho proceso. Según la OMS, la edad más segura para el embarazo es de los 25 a los 34 años de edad. Algunas de las razones médicas para evitar el embarazo en menores de 18 años, es que no se ha completado el desarrollo óseo y no se ha alcanzado la masa mineral máxima, así como la relativa inmadurez del canal del parto. (Violencia sexual, OMS. Comprender y abordar la violencia contra las mujeres)

Por supuesto a menor edad, mayores complicaciones existen. Y es que la llegada de la edad fértil con la aparición de la menstruación no implica que la fisionomía de la afectada este aun suficientemente desarrollada para soportar los cambios que produce el embarazo, ni para dar a luz de forma natural, hay que recordar que la menstruación, que marca el comienzo de la fertilidad de la

mujer, suele aparecer en torno a los 11 años, a veces incluso antes. Por otra parte, y no menos importante, está el desarrollo emocional, la madurez que se necesita para ser madre, que tarda aún más en llegar, que el desarrollo físico.

(Violencia sexual, OMS. Comprender y abordar la violencia contra las mujeres)

La adolescencia es una época complicada, es el periodo en el que se está sometida a muchos cambios repentinos y bruscos entre la niñez y la edad adulta, en el que se reacciona como niño pero se pretende actuar como si ya se fuese mayor. Y ahí está la clave de esta situación, las relaciones sexuales no son un juego, no son simplemente una forma de pasarlo bien, para disfrutar de ellas es necesario tomar precauciones y ser conscientes de porque se llevan a cabo. Cuestión aparte, son los casos en los que la adolescente ha sido forzada y, a consecuencia de este hecho terriblemente doloroso, se queda embarazada, en estos supuestos lo mejor es denunciarlo cuanto antes y ponerse en manos de los especialistas. (OPS, boletín informativo embarazo en adolescentes, 2015)

I. Consecuencias Médicas y Psicológicas del Embarazo.

El embarazo en la adolescencia tiene unas consecuencias adversas tanto de tipo físico y psicosocial, en especial en las más jóvenes (15 – 16 años) y sobre todo en las pertenecientes a las clases sociales más desfavorecidas, ya que siguen una dieta inadecuada a su estado y utilizan tarde o con poca frecuencia el servicio de atención prenatal. (OPS, boletín informativo embarazo en adolescentes, 2015)

Lo que supone una dificultad mayor para aceptar la realidad, retraso de la primera visita, desconocimiento del tiempo de gestación, incumplimiento del tratamiento, pasividad, falta de respaldo, depresión y dificultad en la relación asistencial, entre otras cosas. (OPS, boletín informativo embarazo en adolescentes, 2015)

Una de las características socio demográficas de las madres adolescentes, es la particular composición de la estructura familiar; destaca que un 17,5% de las madres siguen constando como residentes en la residencia paterna, mientras que un 15% se incorpora a la residencia del padre, un 65% crea una unidad familiar independiente y un 2,5% vive sola o con otras personas (pensiones, casas de acogida, etc...). (OPS, boletín informativo embarazo en adolescentes, 2015)

En lo concerniente al aspecto psicológico, es conveniente que la madre adolescente reoriente toda su vida y asuma responsabilidades de adulto. Según numerosos estudios realizados, estas desempeñan bien su papel de madre, estableciendo buenas relaciones con su hijo, no siendo menos competentes que las adultas.

Dentro de las consecuencias biológicas negativas que afectan al embarazo en la adolescencia destacan: (Violencia sexual, OMS. Comprender y abordar la violencia contra las mujeres)

- Retaso en el crecimiento intrauterino y otras patologías durante el embarazo
- Aumento significativo de partos prematuros
- Neonatos pequeños y de bajo peso con respecto a los de las madres adultas

La literatura psiquiátrica enumera cuatro grandes patrones psicodinámicos subyacentes en la embarazada adolescente:

1. Una relación alterada con la madre, con sentimientos ambivalentes entre deseo de separación y libertad y necesidad de dependencia
2. Imagen negativa del padre.
3. Experiencias emocionales negativas durante la fase de maduración
4. Problemas en el proceso de socialización en general y concretamente una influencia específica en grupos de padres, con reacciones emocionales que tienden a evitar la soledad y el rechazo.

Aparte del embarazo en sí mismo y del hijo que va a nacer existen otros factores estresantes:

- Matrimonio precipitado
- Abandono de la escuela y de la formación profesional
- Un grave factor de stress adicional lo constituye el aborto provocado

Los jóvenes que han logrado un embarazo representan aproximadamente el 35% de la población, y para más de la mitad de ellos y ellas, el primer evento ocurrió entre los 15 y 19 años de edad. De acuerdo a las características económicas y sociales de ese grupo de edad, el arribo del primer descendiente no sucede en las mejores condiciones de desarrollo personal. (OPS, boletín informativo embarazo en adolescentes, 2015)

a. Aspectos psicosociales del embarazo en adolescentes (OPS, boletín informativo embarazo en adolescentes, 2015)

El comportamiento sexual humano es variable y depende de las normas culturales y sociales especialmente en la adolescencia, pudiendo clasificar a las sociedades humanas de la siguiente manera:

a.- Sociedad Represiva: niega la sexualidad, considerando al sexo como un área peligrosa en la conducta humana. Considera una virtud la sexualidad inactiva, aceptándola solo con fines pro creativo. Las manifestaciones de la sexualidad pasan a ser fuentes de temor, angustia y culpa, enfatizando y fomentando la castidad prematrimonial.

b.- Sociedad Restrictiva: tiene tendencia a limitar la sexualidad, separando tempranamente a los niños por su sexo. Se aconseja la castidad prematrimonial, otorgando al varón cierta libertad. Presenta ambivalencia respecto al sexo, siendo la más común de las sociedades del mundo.

c.- Sociedad Permisiva: tolera ampliamente la sexualidad, con algunas prohibiciones formales (la homosexualidad). Permite las relaciones sexuales entre adolescentes y el sexo prematrimonial. Es un tipo social común en países desarrollados.

d.- Sociedad Alentadora: para la cual el sexo es importante y vital para la felicidad, considerando que el inicio precoz del desarrollo de la sexualidad favorece una sana maduración del individuo. La pubertad es Celebrada con rituales religiosos y con instrucción sexual formal. La insatisfacción sexual no se tolera y hasta es causal de separación de pareja. Son sociedades frecuentes den África ecuatorial, la Polinesia y algunas islas del Pacífico.

Así se considera que el embarazo en adolescentes es un fenómeno causado por múltiples factores, principalmente de orden psicosocial, ocurriendo en todos los estratos sociales sin tener las mismas características en todos ellos, por lo que importan las siguientes consideraciones:

Estratos medio y alto: la mayoría de las adolescentes que quedan embarazadas interrumpen la gestación voluntariamente.

Estratos más bajos: donde existe mayor tolerancia del medio a la maternidad adolescente, es más común que tengan a su hijo.

Conocer los factores pre disponentes y determinantes del embarazo en adolescentes, permite detectar las jóvenes en riesgo para así extremar la prevención. Además, las razones que impulsan a una adolescente continuar el embarazo hasta el nacimiento pueden ser las mismas que la llevaron a embarazarse. (CLINICA, 2016)

Factores predisponentes: (EPIDEMIOLOGIA Robert H. Fletcher, 2016)

1. Menarca Temprana: otorga madurez reproductiva cuando aún no maneja las situaciones de riesgo.
2. Inicio Precoz de Relaciones Sexuales: cuando aún no existe la madurez emocional necesaria para implementar una adecuada prevención.
3. Familia Disfuncional: uniparentales o con conductas promiscuas, que ponen de manifiesto la necesidad de protección de una familia continente, con buen dialogo padres – hijos. Su ausencia genera carencias afectivas que la joven no sabe resolver, impulsándola a relaciones sexuales que tiene mucho más de sometimiento para recibir afecto, que genuino vínculo de amor.
4. Mayor Tolerancia del Medio a la Maternidad Adolescentes Y/O Sola.
5. Bajo Nivel Educativo: con desinterés general. Cuando hay un proyecto de vida que prioriza alcanzar un determinado nivel educativo y posponer la maternidad

para la edad adulta, es más probable que la joven, aun teniendo relaciones sexuales, adopte una prevención afectiva del embarazo.

6. Migraciones Recientes: con pérdida del vínculo familiar. Ocurre con el traslado de las jóvenes a las ciudades en busca de trabajo y aun con motivo de estudios superiores.

7. Pensamientos Mágico: propios de esta etapa de la vida, que las lleva a creer que no se embarazan porque no lo desean.

8. Fantasías de Esterilidad: comienzan sus relaciones sexuales sin cuidados y como no se embarazan por casualidad, piensan que son estériles.

9. Falta O Distorsión de la Información: es común que entre adolescentes circulen “mitos” como: solo se embaraza si tiene orgasmo, o cuando se es más grande, o cuando lo hace con la menstruación, o cuando no hay penetración completa, etc.

10. Controversias entre sus sistemas de valores y el de sus padres: cuando en la familia hay una severa censura hacia las relaciones sexuales entre adolescentes, muchas veces los jóvenes tienden por rebeldía y, a la vez, como una forma de negarse a sí mismos que tiene relaciones no implementan medidas anticonceptivas.

11. Aumento en número de adolescentes: alcanzando el 50% de la población femenina.

12. Factores socioculturales: la evidencia del cambio de costumbres derivado de una nueva libertad sexual, que se da por igual en los diferentes niveles socioeconómicos.

Consecuencias psicológicas del embarazo en adolescentes.

En la descripción del impacto psicológico que tiene el ataque sexual sobre la víctima, desglosar las consecuencias a corto y largo plazo es lo más óptimo al abordar este aspecto, iniciaremos entonces con las consecuencias a corto plazo.

El abusador, recurre a la manipulación afectiva y a su ascendiente moral, traicionando la confianza de toda la familia y, en especial, la de su pequeña hija o hijo. La niña es recompensada por mantener un comportamiento absolutamente inapropiado para su edad, a través de una relación privilegiada con este adulto, que la aísla de sus hermanos y pares. (Psiquiatría del niño y del adolescente)

Habitualmente, la estimulación erotizada moviliza la propia sensualidad de la niña, quien comienza a participar activamente de la situación abusiva, agravando los sentimientos de culpa y suciedad corporal. Es común observar entonces, conductas de precocidad sexual que van mucho más allá de los juegos sexuales de la infancia, caracterizados por la curiosidad y la comparación de semejanzas y diferencias. (Psiquiatría del niño y del adolescente)

La negación, el descrédito o la activa culpabilización del niño por parte del perpetrador y el resto de la familia, estigmatizan fuertemente a la pequeña víctima, quien interpreta incluso el horror y el asombro que muestran las demás personas, como una señal de su deshonor y su culpa. La propia cultura tiende a liberar al abusador de su responsabilidad, depositándola en la niña que es vista como descuidada, provocativa o seductora. Vecinos y profesionales pueden también culpabilizarla o, en el mejor de los casos, verla como un producto dañado. Este proceso es reforzado por el hecho de que los adultos abusadores, suelen guardar un comportamiento social intachable, especialmente aquellos hombres pedofílicos, cuya preferencia sexual está dirigida exclusivamente a niños y niñas prepúberes, por lo cual son maestros en ganar la confianza y simpatía de los pequeños, manteniendo, al mismo tiempo, una fachada de moralidad, honestidad y rectitud que los hace acreedores de toda la aprobación y respaldo de los demás adultos de la familia y de la comunidad. (Psiquiatría del niño y del adolescente)

El embarazo en las adolescentes está cargado de una valoración negativa de diferentes actores sociales reflejándose sobre la adolescente mediante un efecto estigmatizador; entendiéndose entonces a la estigmatización durante el embarazo

como la devaluación o desacreditación de la adolescente por la sociedad. (LA ESTIGMATIZACIÓN EN LA EMBARAZADA ADOLESCENTE DE LIMA METROPOLITANA Hans Contreras Pulache)

Como consecuencia de lo antes expuesto se desarrolla Trastornos mentales tales como: Trastornos de Estrés Postraumático Crónico y Agudo, y Complejo. Trastorno de Personalidad Desorganizada.

MODELO TRAUMATOGÉNICO DE FINKELHOR: Como alternativa al modelo del stress postraumático, “Finkelhor propone el modelo traumatogénico, que es más específico y según el cual las razones explicativas del impacto psicológico son la sexualización traumática, la pérdida de confianza, la indefensión y la estigmatización. Estas cuatro variables constituyen la causa principal del trauma al distorsionar el autoconcepto, la visión sobre el mundo y las capacidades afectivas de la víctima. Estos factores se relacionan a su vez con el desarrollo, de la niña o adolescente afectada con un estilo de afrontamiento inadecuado de conducta y con el surgimiento de problemas de conducta”. (Finkelhor 1997; et al. Cortés y Cantón 1997)

- ✓ Sexualización Traumática: se refiere a la interferencia del abuso en el desarrollo normal de la sexualidad. La víctima aprende a usar determinadas conductas sexuales como estrategia para obtener beneficios o manipular a los demás y adquiere aprendizajes deformados de la importancia y significado de determinadas conductas sexuales, así como concepciones erróneas sobre la sexualidad y la moral sexual. Asimismo, tiene dificultades para establecer relaciones afectivas de intimidad y para integrar las dimensiones afectivas eróticas.
- ✓ La estigmatización es sentida como culpa, vergüenza, o como pérdida de valor. Esta serie de connotaciones negativas se incorporan a la autoimagen de la víctima y ejercen una profunda influencia en su autoestima. Todo ello puede llevar a una identificación con otros niveles estigmatizados por la sociedad (drogadicción, prostitución). Por otro lado, el mantenimiento en secreto del

abuso sexual puede reforzar la idea de ser diferente y, con ello, aumentar el sentimiento de estigmatización. (Cortés y Cantón, 1997)

- ✓ El sentimiento de indefensión se traduce en una creencia en el niño de no saber cómo reaccionar ante las diversas situaciones planteadas en la vida real y de tener poco control sobre sí mismo y sobre cuánto sucede. Todo ello crea en la víctima una sensación de desamparo y un temor de lo que pueda suceder en el futuro, provocando actitudes pasivas, poco asertivas y de retraimiento.

ABUSO SEXUAL Y EMBARAZO ADOLESCENTE COMO FACTOR DE RIESGO PSICOSOCIAL

- ✓ La minusvalía y el rechazo que se le da a la adolescente embarazada, por parte de familia, vecinos, amigos y resto de círculo social que la rodea, independientemente de las circunstancias en las que se dio dicho evento, el cambio radical que implica el cuidado del no nacido, en la vida de la adolescente, en la mayoría de los casos dejar sus estudios, su hogar y los determinantes de salud como el ambiente habitual a uno totalmente desconocido en un lapso de tiempo demasiado corto, además de la culpabilidad que se le da a la víctima y la justificación que se le da al victimario, obviamente trastornan la psicología de la víctima.

VULNERABILIDAD Y RIESGOS SOCIALES ADQUIRIDOS POR SER VÍCTIMA DE EMBARAZO POR VIOLACIÓN SEXUAL O ESTUPRO.

- ✓ En la literatura sobre vulnerabilidad sobresalen dos enfoques: aquel que la percibe vinculada a situaciones de fragilidad, precariedad, indefensión e incertidumbre, que afectan las posibilidades de integración y movilidad social ascendente (Rodríguez y Villa, 2002), y otro que la asocia al riesgo. En este segundo enfoque se plantea que la situación desfavorecida de una persona o una comunidad es resultado del efecto conjunto ejercido sobre ellas por factores de riesgo de orden múltiple (social, económico, ecológico, demográfico, epidemiológico). (Revista de Ciencias Sociales y Humanidades)

✓ Todo este ciclo vuelve a la adolescente más vulnerable, se trata de una relación compleja y polémica, pues intervienen, además de las condiciones socioeconómicas desfavorables en que viven las adolescentes, aspectos socioculturales que se traducen en prácticas sexuales y reproductivas avaladas y reforzadas por el contexto. (Revista de Ciencias Sociales y Humanidades) En nuestras sociedades existen dos esferas centrales para la construcción de la identidad y para la definición de las trayectorias de los jóvenes: la educación y el trabajo. La falta de acceso a ellos o el acceso deficitario puede dar paso a la vulnerabilidad, la marginación y la exclusión social. (Revista de Ciencias Sociales y Humanidades)

✓ La experiencia de la deserción escolar impone a muchos adolescentes embarazadas el ingreso prematuro en el mundo del trabajo, sin una formación adecuada y con pocas posibilidades de elección en el ámbito laboral. En el caso de las mujeres, la inserción es más tardía pero ellas se incorporan también tempranamente al trabajo doméstico no remunerado (Horbarth, 2004). La entrada temprana al trabajo se vincula con las condiciones de pobreza; sin embargo, esta inserción está diferenciada por sexo. Ocurre con frecuencia que las mujeres, a pesar de seguir estudiando, se hagan cargo también del trabajo doméstico y del cuidado de los niños en el hogar (Giorguli, 2006). Incluso pueden dejar la escuela para atender los quehaceres del hogar con la misma responsabilidad que una adulta; por lo tanto, suele ocurrir que ellas empiecen a trabajar antes que los varones y sin remuneración económica. En el sector popular también existe el factor de riesgo de que la víctima al unirse con una nueva pareja dejen el empleo porque ésta ya no las dejó trabajar, y esto las predispone a la violencia económica intrafamiliar. (Revista de Ciencias Sociales y Humanidades)

✓ Expone también a la víctima a nuevas experiencias de abuso sexual por parte de nuevos empleadores que aprovechan la desventaja de la misma. El suceso arriesga también a la víctima a prácticas extremas como la prostitución y todas las repercusiones que esta trae per sé.

II. MARCO MÉDICO LEGAL.

MARCO LEGAL.

La Constitución de Nicaragua, enumera los principales tratados de derechos humanos en el artículo 46, estableciendo que en el territorio nacional toda persona goza de la protección estatal y del reconocimiento de los derechos inherentes a la persona humana, del irrestricto respeto, promoción y protección de los derechos humanos.⁹ (OPS, boletín informativo embarazo en adolescentes, 2015)

En el artículo 71 se establece que la niñez goza de protección especial y de todos los derechos que su condición requiere, por lo cual tiene plena vigencia la convención internacional de los derechos del niño y la niña.

El Código de la Niñez y la Adolescencia, en su artículo 2, considera como niña y niño a los que no hubiesen cumplido los 13 años de edad y adolescentes a los que se encuentran entre los 13 y 18 años de edad, no cumplido.

En el artículo 17 se establece que corresponde al ESTADO con la participación activa de la familia, la escuela y la comunidad, desarrollar la atención preventiva de la salud dirigida a la madre y al padre en materia de educación sexual y salud reproductiva.

El artículo 44 establece que los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a recibir una educación sexual integral, objetiva, orientadora, científica, gradual y formativa, que desarrolle su autoestima y el respeto a su propio cuerpo y a la sexualidad responsable.

En el artículo 32 de la ley general de salud (ley 423) se señala que la salud de la mujer, la niñez y la adolescencia incluirán acciones para la salud sexual y reproductiva.⁵

En aras de cumplimiento de los Retos del Milenio, los cuales fueron fijados por los países miembros de la Organización de las Naciones Unidas en el año 2,000, los objetivos 3, 4 y 5 en los que se trata de Promover la igualdad entre los géneros y la autonomía de la mujer, Reducir la mortalidad infantil y Mejorar la salud materna, los países deben garantizar la acciones para que se logren estos; y entre estos está la educación y promoción de la salud de la mujer que se debe incluir desde la niñez hasta la etapa culminante de la vida de la mujer.

Al igual del 25 al 27 de septiembre de 2015, los Jefes de Estado y de Gobierno y Altos Representantes, reunidos en la Sede de las Naciones Unidas en Nueva York, acordaron los nuevos Objetivos de Desarrollo Sostenible de alcance mundial. Se acordaron 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible y 169 metas, con el lema Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo sostenible. Con ello se pretende retomar los Objetivos de Desarrollo del Milenio y conseguir lo que estos no lograron. Se pretende hacer realidad los derechos humanos de todas las personas y alcanzar la igualdad entre los géneros y el empoderamiento de todas las mujeres y niñas. Los objetivos y metas son de carácter integrado e indivisible y conjugan las tres dimensiones del desarrollo sostenible: económica, social y ambiental. Entre los relacionados al embarazo en niñas y adolescentes, tanto en acceso a salud, justicia y equidad social están: el Objetivo 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades; el Objetivo 4: Garantizar una educación inclusiva, equitativa y de calidad y promover oportunidades de aprendizaje durante toda la vida para todos; el Objetivo 5: Lograr la igualdad entre los géneros y empoderar a todas las mujeres y las niñas; el Objetivo 10: Reducir la desigualdad en y entre los países; el Objetivo 16: Promover sociedades justas, pacíficas e inclusivas.

El estado de Nicaragua, en el ámbito de proteger la integridad e indemnidad sexual de todos sus habitantes, pero en especial de grupos vulnerables como son las mujeres, niños (as) y adolescentes; ha promulgado leyes que castigan cualquier atentado contra la misma. Siendo estos: Ley No. 641 Código Penal de la República de Nicaragua, promulgado en el año 2007 y que entró en vigencia en el año 2008, así como sus posteriores reformas; y la Ley 779 Ley Integral Contra la Violencia Hacia las Mujeres y de Reforma a la Ley N°. 641, Código Penal, promulgada en el año 2012 y que entró en vigencia en el mismo año.

La **indemnidad sexual** es un **bien jurídico** que se encuentra protegido. Se trata del derecho de un **ser humano** a no sufrir interferencias en el desarrollo de su

propia sexualidad. La indemnidad sexual suele aplicarse a las personas incapaces y a los menores de edad.

En el Código Penal, Título II, **CAPÍTULO II, DELITOS CONTRA LA LIBERTAD E INTEGRIDAD SEXUAL** se enumeran los delitos que se cometen, contra la libertad e integridad sexual y son:

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 prevaleciendo 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
- d) Resulte un grave daño en la salud de la víctima.
- e) Que la víctima resulte embarazada a consecuencia de la violación (esta es una

adición de la Ley 779 que reforma al Código Penal).

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

Art. 170. ESTUPRO

Quien estando casado o en unión de hecho estable o fuera mayor de edad, sin violencia o intimidación, acceda carnalmente o se haga acceder por una persona mayor de catorce y menor de dieciséis años, será sancionado con pena de dos a cuatro años de prisión.

Art. 171. ESTUPRO AGRAVADO

Cuando el estupro sea cometido por quien esté encargado de la educación u orientación espiritual, guarda o custodia de la víctima o por persona que mantenga con ella relación de autoridad, dependencia o familiaridad o comparta permanentemente el hogar familiar con ella, se impondrá la pena de prisión de cinco a diez años.

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 ésta sea menor de catorce años de edad, o persona con discapacidad o enfermedad mental.

Art. 173 INCESTO

Se impondrá prisión de uno a tres años a quien, conociendo las relaciones consanguíneas que lo vinculan y mediante consentimiento, tenga acceso carnal con un ascendiente, descendiente, o colateral dentro del segundo grado de consanguinidad mayor de dieciocho años de edad. Lo anterior, sin perjuicio de la pena que se pueda imponer por la comisión de otros delitos.

En este caso el perdón del ofendido extingue el ejercicio de la acción penal.

Art. 174. ACOSO SEXUAL

Quien de forma reiterada o valiéndose de su posición de poder, autoridad o superioridad demande, solicite para sí o para un tercero, cualquier acto sexual a cambio de promesas, explícitas o implícitas, de un trato preferencial, o de amenazas relativas a la actual o futura situación de la víctima, será penado con prisión de uno a tres años.

Cuando la víctima sea persona menor de dieciocho años de edad, la pena será de tres a cinco años de prisión.

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.

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, pornografía y acto 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 concurra 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, la pena que se impondrá será de siete a nueve años de prisión. Se impondrá la pena máxima cuando sea persona con discapacidad o menor de catorce años de edad.

Art. 177. Promoción del turismo con fines de explotación sexual

Los que dentro o fuera del territorio nacional, en forma individual o a través de operadores turísticos, campañas publicitarias, reproducción de textos e imágenes,

promuevan al país como un atractivo o destino turístico sexual, utilizando personas menores de dieciocho años, serán sancionados con la pena de cinco a siete años de prisión y de ciento cincuenta a quinientos días multa.

Art. 178. PROXENETISMO

Quien induzca, promueva, facilite o favorezca la explotación sexual, pornografía y acto sexual remunerado de persona de cualquier sexo, las mantenga en ella o las reclute con ese propósito, será penado con prisión de cuatro a seis años y de cien a trescientos días multa.

Art. 179. PROXENETISMO AGRAVADO

La pena será de seis a ocho años de prisión y de trescientos a seiscientos días multa cuando:

- a) La víctima sea menor de dieciocho años o con discapacidad;
- b) Exista ánimo de lucro;
- c) Medie engaño, violencia, abuso de autoridad o cualquier medio de intimidación o coerción;
- d) El autor cometa el delito prevaleándose de una relación de superioridad, autoridad, parentesco, dependencia o confianza con la víctima, o de compartir permanentemente el hogar familiar con ella.

Art. 180. RUFIANERÍA

Quien por medio de amenazas o coacciones, se haga mantener económicamente, aun de manera parcial, por una persona que realice acto sexual mediante pago, será penado con prisión de tres a cinco años y de sesenta a doscientos días multa.

Si la víctima fuere menor de dieciocho años o con discapacidad, la sanción será de cinco a siete años de prisión y doscientos a cuatrocientos días multa.

La misma pena se aplicará cuando el autor estuviere unido en matrimonio o en unión de hecho estable con la víctima.

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.

Si la víctima es una persona menor de dieciocho años, o persona con discapacidad, o el hecho fuere cometido por algún familiar, tutor o encargado de la educación, guarda o custodia, guía espiritual o comparta permanentemente el hogar familiar 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 aplicará 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 castigados 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.

CONVENCIÓN SOBRE LOS DERECHOS DEL NIÑO

La Convención sobre los Derechos del Niño es un tratado internacional que reconoce los derechos humanos de los niños y las niñas, definidos como personas menores de 18 años. La Convención establece en forma de ley internacional que los Estados Partes deben asegurar que todos los niños y niñas —sin ningún tipo de discriminación— se beneficien de una serie de medidas especiales de protección y asistencia; tengan acceso a servicios como la educación y la atención de la salud; puedan desarrollar plenamente sus personalidades, habilidades y talentos; crezcan en un ambiente de felicidad, amor y comprensión; y reciban información sobre la manera en que pueden alcanzar sus derechos y participar en el proceso de una forma accesible y activa. UNICEF-CONVENCIÓN DE LOS DERECHOS DEL NIÑO.

Referente al presente estudio se leen los siguientes artículos:

Artículo 16. 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. UNICEF-CONVENCIÓN DE LOS DERECHOS DEL NIÑO.

Artículo 19. 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. UNICEF-CONVENCIÓN DE LOS DERECHOS DEL NIÑO.

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: UNICEF-CONVENCION DE LOS DERECHOS DEL NIÑO

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. UNICEF-CONVENCION DE LOS DERECHOS DEL NIÑO.

MARCO MÉDICO

Para dar respuesta a lo establecido en el Código Penal y en la Ley Integral Contra la Violencia Hacia las Mujeres y de Reforma a la Ley N°. 641, Código Penal; el Instituto de Medicina Legal ha redactado Normas para la atención médico legal y psicológico forense (por que no se debe obviar el concepto de salud –completo estado de bienestar físico, mental y social), haciendo énfasis no solo en lo médico, sino también en los sexual.

EXAMEN MÉDICO LEGAL:

DESCRIPCIÓN

El examen médico se realizará de forma minuciosa e integral, previo registro fotográfico (de ser posible), el cual debe acompañar las diferentes etapas de la valoración. A falta de cámara fotográfica se debe hacer uso de diagramas.⁵

El examen incluye la ejecución de los siguientes procedimientos:

- ✓ Inspección ocular: de prendas de vestir y del cuerpo.
- ✓ Recolección de evidencias: Físicas y biológicas.
- ✓ Examen físico integral: áreas extra genitales, para genital y genital.

Inspección De prendas de vestir. Es frecuente encontrar en la ropa elementos o fluidos del agresor: pelos, manchas semen, sangre, etc. y evidencia proveniente de la escena, así como alteraciones que orienten sobre la manera cómo ocurrieron los hechos (orificios, rupturas, desgarros, salpicaduras, etc.)⁵

Del Cuerpo: La inspección externa del cuerpo sirve para establecer la presencia (o ausencia) de lesiones e identificar lesiones patrón, así como para recuperar evidencia biológica (vellos, fluidos y células) que el agresor pudiera haber dejado sobre el cuerpo de la persona examinada o que pudieran haber quedado en la zona subungueal de las manos de ésta al defenderse; esta evidencia hace posible realizar un estudio de ADN que permita identificar al agresor. ⁵

El examen externo permite además, evaluar criterios clínicos del desarrollo corporal, identificar signos clínicos de embarazo u otros que hagan sospechar la presencia de una infección de transmisión sexual.⁵

Revisar inicialmente la zona subungueal de las manos para asegurar la detección y recolección oportuna de la evidencia que pueda estar presente a este nivel (piel, sangre, pelos).⁵

DOCUMENTACIÓN DE LOS HALLAZGOS:

Los hallazgos físicos en el cuerpo humano deben ser documentados en los diferentes diagramas establecidos y por medio de fotografías. Para garantizar la calidad de las fotografías se debe asegurar una buena fuente de luz, de ser posible de origen natural y debe aparecer la identificación del caso médico legal: número de dictamen, en panorámica y en detalle, siempre se debe incluir un testigo métrico. Los calcos de lesiones patrón se pueden realizar con acetato, plástico o papel calcante.⁵ (Corte Suprema de Justicia-Instituto de Medicina Legal, 2014)

Si se sospecha que producto de la agresión sexual puede generarse un embarazo, se debe tomar muestras de sangre u orina, tomando en cuenta el periodo de ovulación. En la norma ECMAC 099 está contemplada la anticoncepción inmediata en estos casos.

Examen Físico

Inicialmente se debe hacer una exploración general, para pasar luego a una exploración por regiones anatómicas en todos los casos. Examen médico legal según regiones anatómicas del cuerpo humano.⁵

El examen físico se debe realizar en orden por lo que se ha dividido en las siguientes áreas:

- ✓ Extra - genital
- ✓ Para - genital
- ✓ Génito - anal

(Ver Anexos).

Examen del área extra genital:

Se debe realizar el examen físico completo para establecer la presencia de lesiones que indiquen agresión física, lesiones asociadas a maniobras sexuales (principalmente en los senos, glúteos, etc.), lesiones producidas durante el forcejeo. De igual manera se debe documentar la ausencia de lesiones. Se debe buscar huellas de presión en cuello y brazos, signos de atadura en las extremidades, señales de bofetadas o abrasiones en cara y orejas, huellas de mordedura o succión en los senos o la región pectoral, cuello, azotes en la espalda, equimosis y lesiones patrón. Se debe realizar según las siguientes pautas:

- ✓ Hallazgos sugestivos de violencia sexual en cavidad oral.
- ✓ Recolección de evidencia.
- ✓ Examen de tejidos blandos.
- ✓ Examen de estructuras dentales, procesos alveolares y maxilares.⁵ (Corte

Suprema de Justicia-Instituto de Medicina Legal, 2014)

Examen del área para genital:

La región para genital involucra la cara interna de los muslos en su tercio proximal, tercio superior de pubis, glúteos y periné. Las lesiones y hallazgos deben ser debidamente identificados, descritos (dimensión, ubicación anatómica, color y forma), y documentados. De igual manera se debe documentar su ausencia.⁵

Examen del área genital.

En general la evaluación genital se realiza mediante la inspección visual externa. La especuloscopia no se hace en forma rutinaria, salvo que exista sospecha de

lesión cérvico vaginal y/o se deban tomar muestras para estudios complementarios, si el caso lo amerita. ⁵

Posición para el examen

En general se describen cuatro posiciones prácticas para la exploración del paciente:

- a) Posición de Litotomía o Ginecológica: es la más usada en mujeres. No se recomienda en menores de edad impúberes el uso de los estribos de la camilla ginecológica. (Ver Anexos).⁵
- b) La denominada posición de rana: es recomendable en niñas pequeñas. Con la menor en decúbito dorsal, se le pide y se le ayuda a que separe las rodillas hacia fuera, uniendo los talones de manera simultánea. Esta posición favorece la exposición requerida de la región genital, permitiendo una adecuada valoración del himen. (Ver Anexos).⁵
- c) Exploración en el regazo de la madre: en algunos casos es conveniente valorar a los menores en el regazo de su madre o acompañante, porque ahí están confortables y más tranquilos. Esta posición también permite un adecuado examen genital. (Ver Anexos).⁵
- d) Posición genupectoral: generalmente utilizada para el examen de la región anal, consiste en que el paciente se arrodilla flexionando su cuerpo y apoyándose sobre los antebrazos, elevando la región glútea. La posición genupectoral también permite la visualización de los genitales externos en las niñas, pero no es la más aconsejable para tal efecto. (Ver Anexos).

Inicialmente se realiza la inspección del área genital con sus estructuras en reposo para establecer la presencia o ausencia de lesiones, recuperar evidencia traza a este nivel. Incluye los siguientes procedimientos:

Examinar la zona púbica y cara interna de los muslos en busca de secreciones secas, pelos sueltos o cualquier otro elemento que pueda relacionarse con el hecho, en cuyo caso se tomarán las respectivas muestras.⁵

Técnica de exploración: se sigue la misma técnica utilizada en la práctica del examen ginecológico convencional; inicialmente, con una gasa o algodón, se realiza una ligera separación lateral de los labios mayores y se traccionan hacia el examinador (maniobra de las riendas) (Ver Anexos) hasta que el área del himen quede claramente visible.⁵ (Corte Suprema de Justicia-Instituto de Medicina Legal, 2014)

Se solicita entonces a la examinada que puje, si es posible, para que se abombe el himen y se pueda observar la zona de implantación y el borde libre.⁵

En ocasiones, a nivel del himen se observan algunas variantes anatómicas de su borde libre, las cuales deben ser claramente identificadas. Dentro de ellas están las escotaduras, que son invaginaciones del borde libre del himen y están recubiertas de epitelio. Tienen disposición simétrica o asimétrica, bordes regulares y no profundizan hasta la base de implantación del himen; puede ser única o múltiple. (Ver Anexos).⁵ (Corte Suprema de Justicia-Instituto de Medicina Legal, 2014)

Integridad: cuando no existen soluciones de continuidad en su superficie o bordes.

Himen desgarrado: el desgarró, se caracteriza porque usualmente es asimétrico y compromete hasta el borde de implantación. Sin embargo pueden encontrarse desgarró parciales, que no comprometen hasta el borde de implantación.

Cuando sea necesario explorar el borde libre del himen se debe usar un aplicador para exponerlo cuidadosamente, de manera que no pase desapercibido un desgarro por la presencia de tejido superpuesto.⁵

Los desgarros presentan enrojecimiento de los bordes, sangrado, edema, infiltración hemática perilesional, equimosis, y si están en proceso de cicatrización, sus bordes son blanquecinos. Todas estas características deben ser descritas en el informe pericial indicando la ubicación de los desgarros, según las manecillas del reloj, así como documentarlos.⁵ (Corte Suprema de Justicia-Instituto de Medicina Legal, 2014)

El proceso de reparación de los desgarros del himen es diferente al de las lesiones en la piel, en las cuales se produce un afrontamiento de los planos afectados; en el himen los bordes no se vuelven a unir, sino que cada uno cicatriza por separado, alterando la integridad de la membrana.⁵

Según se ha establecido la cicatrización de los bordes del desgarro ocurre aproximadamente a los nueve o diez días después de haberse producido y a partir de entonces microscópicamente se verá igual a las 10 semanas, 10 meses, 10 años o más. Por lo tanto, un desgarro después de 10 días macroscópicamente se verá, es decir a la inspección ocular, siempre de la misma forma.⁵

Características a examinar	Escotadura	Desgarro
Profundidad.	No llega a la pared.	Llega a la pared de vagina.
Bordes.	Regulares.	Irregulares.
Disposición.	Simétrico.	Asimétrico.
Revestimiento.	Pavimentoso estratificado.	Escleroso cicatricial.
Reacción de la zona.	Sin infección ni cicatriz.	Infiltración, infección.

Elasticidad: el carácter “elástico” del himen está dado por la presencia de la cantidad de fibras colágenas y elásticas presentes en esta estructura; así como los efectos hormonales de acuerdo a la edad. La elasticidad se valora mediante la

realización de las maniobras de las riendas y del balón (Sonda de Foley). (Ver Anexos).⁵ (Corte Suprema de Justicia-Instituto de Medicina Legal, 2014)

La anterior revisión nos permitirá responder aspectos específicos:

Para dar respuesta a lo solicitado en el código penal se deberá concluir sobre los siguientes aspectos:

- a) Si existe o no evidencia de penetración.
- b) Si existe o no evidencia de uso de fuerza, violencia, intimidación.
- c) Si existe o no evidencia de uso de medio privativo de voluntad, razón o sentido.
- d) Si existe o no evidencia biológica de la participación de dos o más personas, una vez obtenidos los análisis correspondientes.
- e) Si la víctima padece de enfermedad o discapacidad física o psíquica.
- f) Si la persona está embarazada.
- g) Si por el hecho violento resulta un grave daño en la salud física.
- h) Si como resultado del hecho violento se produce un embarazo.
- i) Si al momento de la valoración existe o no evidencia de infección de transmisión sexual.
- j) Si existe evidencia o no de actos lascivos o lúbricos tocamientos.
- k) Si al momento de la valoración se encuentra evidencia de lesiones físicas, se debe concluir sobre las mismas de acuerdo a lo establecido en la “Norma técnica para la valoración médico legal de lesiones físicas” (NTON IML-002/02/15).⁵ (Corte Suprema de Justicia-Instituto de Medicina Legal, 2014). Ver en anexo Formato de Dictamen Médico Legal.

XII. HIPOTESIS

Los embarazos por violación sexual y estupro en niñas y adolescentes del departamento de Matagalpa, tienen mayor incidencia el área rural que en el área urbana.

XIII. MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio: Descriptivo, retrospectivo, de corte transversal.

Universo de trabajo: Niñas y adolescentes embarazadas, víctimas de violación atendidas en el Instituto de Medicina Legal-Sede Matagalpa, en el periodo comprendido Enero 2014- Diciembre 2018.

Tamaño de la muestra: La muestra corresponderá a niñas y adolescentes embarazadas, víctimas de violación atendidas en el Instituto de Medicina Legal-Sede Matagalpa, en el periodo comprendido Enero 2014- Diciembre 2018.

Lugar de estudio: Instituto de Medicina Legal-Sede Matagalpa.

Periodo de estudio: Enero 2014- Diciembre 2018.

Criterios de inclusión:

Niñas y adolescentes embarazadas a consecuencia del delito de violación atendidas durante el período de estudio.

Criterios de exclusión:

Mujeres Adultas embarazadas, a consecuencia del delito de violación.

Niñas y adolescentes, víctimas de violación, delito, que no implicó embarazo como consecuencia del mismo.

Niñas y adolescentes embarazadas a consecuencia del delito de violación que no sean del Departamento de Matagalpa.

Instrumento de investigación: Se diseñará una ficha de recolección con acápites congruentes a nuestra investigación, dicha información será obtenida de los expedientes archivados en el Instituto de Medicina Legal-Sede Matagalpa, que correspondan a la información que se requiere para alcanzar los objetivos del estudio.

Dicho instrumento será sometido a validación al aplicarlo a la muestra. En ella se plasman variables en estudio. Ver Anexos.

Recolección de la información: Se realizará por las autoras a través del trabajo de campo, por medio de la ficha de recolección elaborada, aplicada en el Instituto de Medicina Legal Sede-Matagalpa.

Tipo de Fuente: Primaria, que serán los expedientes médico legales de las niñas y adolescentes embarazadas, víctima de violación atendidas en el período de estudio. Secundaria: que serán revisiones documentales y datos estadísticos.

Procesamiento de datos: Los datos una vez recolectados, se procesaran en el programa Epi-Info versión 7.2.3.0 donde se realizará una base de datos, sometiendo a las variables a una organización correcta, óptima, minuciosa y objetiva, con un intervalo de confianza de 95% (IC 95%).

Aspectos éticos: En la presente disertación, por ser un estudio retrospectivo, donde se tendrá trabajar con expedientes de casos de las usuarias del servicio del Instituto de Medicina Legal-Sede Matagalpa, se solicitara por escrito un permiso para tener acceso a dichas instalaciones, así como la autorización y aprobación de las autoridades correspondientes para aplicación de nuestro material de recolección de información. Como profesionales de la salud, con ética, garantizaremos el sigilo, respeto y la confidencialidad de las usuarias participantes del estudio; la información, nombre, ni ningún acápite de nuestra ficha de recolección será divulgado, ni utilizado para ningún otro fin, única y exclusivamente para nuestro estudio.

XIV. RESULTADOS

En el rango de edad de las víctimas de embarazo por violación sexual de 11 a 17 años se obtienen los siguientes datos (Edad referida/Frecuencia/Porcentaje; respectivamente); 11 años con una frecuencia de 4.40%, 12 años con una frecuencia de 15.38%, 13 años con una frecuencia 19.78%, 14 años con una frecuencia 21.98%, 15 años con una frecuencia 13.19%, 16 años con una frecuencia 12.09%, 17 años con una frecuencia 11.99%. (Tabla 1 Anexo 14).

Con respecto a la procedencia de las víctimas; la procedencia rural tiene una frecuencia de 69 y un porcentaje de 75.82%, y la procedencia urbana 22, con un porcentaje de 24.18%. (Gráfico 1 Anexo 15)

En el acápite escolaridad se reflejan los siguientes resultados Escolaridad: Ninguna con una Frecuencia de 11 y un Porcentaje de 12.09%. Primaria con una Frecuencia de 49 y un Porcentaje de 53.85%. Secundaria con una Frecuencia de 29 y un Porcentaje de 31.87%.: Universitario con una Frecuencia de 2 y un Porcentaje de 2.20%. (Tabla 2 Anexo 16)

La ocupación de las víctimas era la siguiente; ocupación Ama de casa con una frecuencia de 17 y un porcentaje de 18.68%. Estudiante con una frecuencia de 52 y un porcentaje de 57.14%. Ninguno con una frecuencia de 5 y un porcentaje de 5.49%. Trabajo de servicio 17 y un porcentaje de 18.68%. (Tabla 2 Anexo 17).

Según el lugar de ocurrencia de la violación sexual; Casa de la Víctima con una frecuencia de 38 y un porcentaje de 41.76%. Casa del Victimario con una frecuencia de 30 y un porcentaje de 32.97%. Hotel/Hospedaje/Motel con una frecuencia de 3 y un porcentaje de 3.30%. Predio Baldío con una frecuencia de 17 y un porcentaje de 18.68%. Otros, con una frecuencia de 3 Predio Baldío c 17 y un porcentaje de 18.68%. (Gráfico 2 Anexo 18).

En contexto con la relación existente se encuentran dos subclasificaciones; Relación existente Afinidad con una frecuencia de 32 y un porcentaje de 35.16%. Relación existente: Ninguna con una frecuencia de 6 y un porcentaje de 6.59%. Relación existente Otros con una frecuencia de 20 y un porcentaje de 21.98%. Relación existente Parentesco: con una frecuencia de 33 y un porcentaje de 36.26%. (Tabla 3 Anexo 19).

En contexto con relación de autoridad se obtienen los siguientes resultados; Empleador con una frecuencia de 2 y un porcentaje de 5.26%. Hermano con una frecuencia de 5 y un porcentaje de 13.16%. Líder religioso con una frecuencia de 1 y un porcentaje de 2.63%. Padrastro con una frecuencia de 13 y un porcentaje de 34.21%. Padre con una frecuencia de 5 y un porcentaje de 13.16%. Profesor con una frecuencia de 2 y un porcentaje de 5.26%. Tío con una frecuencia de 10 y un porcentaje de 26.32% (Grafico 3 Anexo 19).

En el caso de la pregunta ¿Usó el agresor medios violentos?; Si con una frecuencia de 66 y un porcentaje de 71.33% y No con una frecuencia de 25 y un porcentaje de 27.67%. (Gráfico 3 Anexo 20).

En el caso de la selección de que medios violentos específicos que usó el agresor se concluyen las siguientes cifras; Amenaza/ Chantaje/Promesa con una frecuencia de 47 y un porcentaje de 71.21%. Arma Blanca con una frecuencia de 4 y un porcentaje de 6.06%. Objeto Contuso con una frecuencia de 15 y un porcentaje de 22.73%. (Gráfico 4 Anexo 21).

Trimestre de gestación al momento de la pericia médico legal; con una frecuencia de: Primer Trimestre con una frecuencia de 6 y un porcentaje de 6.59%. Segundo Trimestre con una frecuencia de 40 y un porcentaje de 43.95%. Tercer Trimestre con frecuencia de 42 y un porcentaje de 46.15%. Puerperio Inmediato con una frecuencia de 3 y un porcentaje de 3.29% (Gráfico 5 Anexo 22).

9) Persona que se dio cuenta de la violación; Abuela con una frecuencia de 2 y un porcentaje de 2.25%. Hermana con una frecuencia de 3 y un porcentaje de 3.37%.

Madre con una frecuencia de 64 y un porcentaje de 71.91%. Padre con una frecuencia de 3 y un porcentaje de 3.37%. Tía con una frecuencia de 10 y un porcentaje de 11.24%. Otro Familiar con una frecuencia de 7 y un porcentaje de 7.87%. (Grafico 6 anexo 23).

10) Factores de Riesgo: Menor de 12 años: Frecuencia 11, Porcentaje 12.09%. Falta de un Progenitor Protector: Frecuencia 38, Porcentaje 41.76%. Abandono del Hogar: Frecuencia 19, Porcentaje 20.88%. Aislamiento de los padres: Frecuencia 33, Porcentaje 36.26%. Presencia de un varón sin parentesco en la familia: Frecuencia 22, Porcentaje 24.18%. Nivel de Educación: Menor de Primaria: Frecuencia 29, Porcentaje 31.87%. (Tabla 4 Anexo 24).

11) Con respecto a las estadísticas según los 5 años de estudio el año con más incidencia de casos fue el 2017 con un porcentaje de 27.47% y el año con menor incidencia fue el 2018 con un porcentaje de 8.79%. (Grafico 8 Anexo 24).

XV. DISCUSIÓN Y ANALISIS

En referencia a la frecuencia del embarazo según grupo etario se deduce que el mayor índice de periodicidad se encuentra a los 14 años, llegando a la conclusión de que la maduración folicular ovárica se comienza a alcanzar a esta edad iniciando el pico de vida fértil lo que provee un folículo óptimo para la ovulación y por ende para la fecundación del mismo, en comparación a pacientes con menor edad, haciendo énfasis en que la mayoría de las violaciones sexuales de vieja data se conocen a esta edad por el embarazo en curso.

En relación a la hipótesis confirmamos que el área rural es la más afectada por este flagelo con un 75.82% de frecuencia, sobre un 24.18% de embarazos por violación sexual en el área urbana, la carencia de educación acerca de este tema y la dificultad para el acceso a sectores salud, educación y judiciales hacen que esta frecuencia continúe en aumento en el área rural.

En referencia a la escolaridad encontramos que un 65.94% de nuestra muestra total, no ha cursado la primaria completa y un 12.09% de este grupo no está alfabetizada. Cabe destacar que solo un 2.20% de esta muestra tiene estudios superiores, no culminados. Las cifras arrojadas tras este estudio acerca de la escolaridad de las víctimas, coincide con las estadísticas anuales del instituto de medicina legal de los últimos 5 años⁸ INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL. Al realizar cruce de variables entre la procedencia y la escolaridad se obtienen datos que revelan que la tasa de analfabetismo se encuentra 15% por encima del área urbana que no reporta ninguna víctima analfabeta, así como la mayor cantidad de víctimas tanto en educación primaria y secundaria en comparación al área rural. El 2% de nuestra muestra que presentaba estudios superiores era del área urbana. Destacamos que el nivel de escolaridad menor de primaria o ninguno, es un factor de riesgo planteado antes en este estudio.

Las cifras con relación a la ocupación concluyen que el mayor porcentaje de víctimas son estudiantes, mismos datos que concuerdan con el historial publicado por el Instituto de Medicina Legal en los últimos 5 años⁸ INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL asociados a que el repunte de víctimas se da en edades de 14 a 17 años. Seguido a estas cifras tenemos

que las siguientes con mayor periodicidad son en víctimas que se dedican al trabajo de servicio en hogares comunes y en amas de casa.

En su mayoría existe relación de parentesco entre la víctima y el victimario siendo un 36.26% con relación de autoridad y de este porcentaje los datos más relevantes 35.16% corresponde al padrastro de la víctima el 26.32% referente a un tío de la víctima y el 13.16% referente a un hermano de la víctima. El 32% corresponde a una relación de afinidad en su mayoría pareja sentimental de la víctima y solo un 6% corresponde a un desconocido.

La sumatoria de los resultados en equivalencia a las víctimas que comparten una relación de parentesco con el victimario, encontramos que un 86,85% de los victimarios, forman parte del círculo familiar cercano de la niña o adolescente, interpretando que en más del 85% de ocasiones el agresor se encuentra dentro de la casa de la víctima. Si correlacionamos el dato antes mencionado con el lugar de ocurrencia de la violación encontramos información congruente ya que la casa de la víctima corresponde al lugar más frecuente donde acontece el delito, seguido de la casa del victimario con un 33% de porcentaje. Al realizar cruce de variables entre el lugar de ocurrencia y la procedencia encontramos que en el área rural predominan los lugares públicos como predios baldíos o calles con un 82% sobre un 17% en el casco urbano, debido a las distancias que deben atravesar las niñas para el acceso a los servicios de educación, salud o transporte público, entre otros.

Los resultados ante el planteamiento ¿Usó el agresor medios violentos?; la mayoría de agresores (porcentaje de 71.33%) utilizan coacción en contra de la víctima consistiendo mayormente en que si las víctimas confiesan, el victimario arremetería contra la vida de la madre, hermana, tía, abuela u otro familiar a cargo o contra la misma víctima, en esta misma categoría pero con menor frecuencia se encuentran las promesas a cambio del acto sexual, como dinero, una relación sentimental a largo plazo, o simplemente objetos materiales (teléfonos móviles, ropa, entre otros) se incluían también promesas de trabajo. Se incluye también en este acápite la violencia con objetos contundentes en los que se incluyen golpes con los puños hacia la víctima con mayor frecuencia sobre objetos romos, sólidos o uso de arma blanca.

Con respecto a las semanas de gestación al momento de la pericia médico legal encontramos mayor frecuencia en el 2do y 3er trimestre del embarazo vemos que a las 15, 30 6/7 y 36 4/7 respectivamente. Existe notable repunte de cifras de las 15 a las 15 6/7 semanas de gestación, ya que a esta edad gestacional inician las manifestaciones objetivas del embarazo y los signos presuntivos del mismo, el otro repunte a las 30 semanas se explica por los signos de certeza y un embarazo que ya no puede ser ocultado por la menor por lo que se acude a las autoridades de salud y judiciales.

La víctima normalmente va acompañada a la pericia médico legal por su madre, con menor porcentaje con tías, hermanas o abuelas. Un dato importante de destacar es que en la mayoría de casos en los que el victimario es el padrastro de la víctima la acompañante no es la madre de la víctima y en el relato de la pericia médico legal esta misma afirma habérselo dicho a su progenitora pero esta no creyó que el abuso fuese cierto acusando a la víctima de mentir, y estas acuden años después de la primera violación hasta que se encuentran en estado de embarazo.

Con respecto a los factores de riesgo para que ocurra el delito seleccionamos los de mayor relevancia y concluimos que la falta de un progenitor protector en el hogar de la víctima es el factor más importante en un 41% de los casos seguido de la presencia de un varón sin parentesco en la familia o abandono del hogar, por último tenemos factores como el nivel de educación menor de primaria y la edad menor de 12 años con un 12.09%. Se concluye con que, ante la falta de un progenitor protector en el hogar y el hecho de que en el área rural, muchas niñas, apenas aprenden a realizar oficios en el hogar incluido el preparar alimentos; esta se quedan solas en el hogar, momento que aprovechan los agresores para cometer este tipo de delito, ésta afirmación está respaldada por las estadísticas del victimario con relación de parentesco antes detallada (padrastro, padre, hermano, tío).

XVI. CONCLUSIONES

La edad más común para el embarazo son 14 años con un porcentaje de 21.98%, de estas adolescentes la procedencia rural es más común con un porcentaje de 75.82%, la escolaridad de estas adolescentes es ninguna con una Frecuencia de 11 y un Porcentaje de 12.09%. Y escolaridad; primaria incompleta con una Frecuencia de 49 y un Porcentaje de 53.85%. La mayoría son estudiantes con una frecuencia de 52 y un porcentaje de 57.14%. Según el lugar de ocurrencia de la violación sexual la casa de la víctima es la más común con una frecuencia de 38 y un porcentaje de 41.76%. En contexto con la relación existente existe relación de autoridad en un 38.9% entre las cuales destaca el padrastro como victimario. Afinidad (Novios) con una frecuencia de 32 y un porcentaje de 35.16% y Parentesco: con una frecuencia de 33 y un porcentaje de 36.26%. En el caso del uso el agresor de medios violentos; Si con una frecuencia de 66 y un porcentaje de 71.33%. En el caso de la selección de que medios violentos específicos que usó Amenaza/ Chantaje/Promesa fue el más común con una frecuencia de 47 y un porcentaje de 71.21%. En el caso del trimestre de gestación al momento de la pericia médico legal, repuntan las cifras del segundo y tercer trimestre; Segundo Trimestre con una frecuencia de 40 y un porcentaje de 43.95%. Tercer Trimestre con frecuencia de 42 y un porcentaje de 46.15%. En el caso de persona que se dio cuenta de la violación fue la madre con una frecuencia de 64 y un porcentaje de 71.91%. En el caso del factor de riesgo más predominante fue la falta de un Progenitor Protector con un porcentaje de 41.76%

XVII. RECOMENDACIONES

La principal recomendación va dirigida al aspecto preventivo, como es bien sabido la medicina preventiva es la más eficaz en el medio de la salud pública y epidemiológica por lo que la forma óptima para evitar este tipo de abuso es usar la educación como herramienta, tanto en la víctima como en el victimario.

Un denominador común en el mayor porcentaje de violaciones en el área rural es la escolaridad menor de la primaria completa, aún más alarmante la desinformación que se puede cotejar en los relatos del delito, las niñas no saben describir los nombres anatómicos de sus genitales y en la mayoría de los casos desconocen que es una violación, no saben cómo describir lo que les sucede y no representan la situación que viven como un escenario negativo, aunado a que la mayoría de violaciones se dan en el círculo familiar de confianza, lo que hace que las violaciones sexuales se extiendan por años en este caso hasta terminar en un embarazo producto de esta transgresión. Para lo antes descrito, una enseñanza temprana de la anatomía del cuerpo humano debe ponerse en práctica para que hablar del tema no sea difícil ni tomado a manera de tabú, más que solo enseñar el cuerpo con la naturalidad que debe ser abordado, debe enseñarse y explicarse la definición de una violación sexual, que áreas del cuerpo no deben ser tocadas por nadie aun si fueran parte del círculo familiar de la misma. Sin restarle importancia a la educación emocional de los niños (que podrían convertirse en potenciales violadores) y las niñas para que se den el valor y respeto que merecen y no dejen a nadie acceder a su cuerpo ni a su espacio personal de igual forma para los niños unificado con educación para respetar el espacio y cuerpo de las demás personas. Nos referimos a niñas y niños porque es más fácil captarlos en los primeros años de la escala primaria que es la que la mayoría de estas personas alcanzan.

Siempre en referencia a la educación constante es recomendable investigar canales endémicos de la violación sexual en menores de edad, para decretar este acto como emergencia epidemiológica nacional y se dé a la problemática la importancia que amerita, se brinden charlas educativas en centros de educación y centros que brindan

atención de salud, concientización casa a casa, brigadas que brinden información, afiches en las escuelas, campañas de prevención agresivas que despierten conciencia en la población en general pero sobre todo en la población más vulnerable ante este tipo de delitos.

En correspondencia con la educación a los victimarios, y la atención psiquiátrica de los victimarios que ya están en prisión por este tipo de delitos deben reforzarse los medios para la adecuada reinserción de estos sujetos a la sociedad.

En cuanto al sistema de salud dar un seguimiento psicológico a estas víctimas es fundamental para que sean mujeres productivas para la economía y la sociedad así como que se garantice un adecuado ambiente de crianza para él o la bebe de la víctima. También planteamos los siguientes puntos referentes a la víctima:

- ✓ Realizar un análisis del impacto emocional del episodio de abuso, validar si estas víctimas están aptas para la crianza del no nacido y que su vida no corra peligro.
- ✓ Evaluar el control del efecto hacia el agresor y la ambivalencia afectiva hacia este y cómo afectaría esto al producto del embarazo.
- ✓ Evaluación de la revictimización.
- ✓ Manejo de la culpa.
- ✓ Manejo de las distorsiones cognitivas.
- ✓ Manejo de la ira.

En referencia con el sistema judicial las condenas a adolescentes deben ser regidas y dictadas como si se tratara de un adulto ya que la tipificación del delito es la misma y las secuelas que deja en la víctima son independientes de la edad del agresor, el daño causado debe ser penado equitativamente.

Tomar medidas administrativas civiles y penales a los padres o tutores que no garantizan el derecho de educación que tiene cada niña en Nicaragua, siendo que uno

de los mayores factores de riesgo en estos casos es la baja escolaridad en las víctimas, la que es sustituida por trabajos de hogar o fuera de este.

Por último el sistema judicial podría instaurar programas de reinserción social con tratamiento psiquiátrico y psicológico a los victimarios.

XVIII. BIBLIOGRAFÍA

1. Alberto, H. O. (2014). *Fundamentos de medicina legal*. Mexico DF: McGraw Hill Education.
2. Alvarado, E. V. (2012). *Medicina Legal*. Mexico DF: Trillas, S.A de C.V.
3. ASAMBLEA NACIONAL DE LA REPUBLICA DE NICARAGUA. (1998). *CODIGO DE LA NIÑEZ Y LA ADOLESCENCIA*. Managua, Niacragua.
4. Biblioteca Nacional de Salud © MINSA. (2009). “*NORMAS Y PROTOCOLOS PARA LA PREVENCIÓN, DETECCIÓN Y ATENCIÓN DE LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y SEXUAL*”. Managua, Nicaragua.
5. Corte Suprema de Justicia-Instituto de Medicina Legal. (2014). *NORMA TÉCNICAABORDAJE MÉDICO LEGAL INTEGRALEN LA INVESTIGACIÓN DE LA VIOLENCIA SEXUAL*
6. CLINICA, E. (2016). *H Fletcher Robert, Fletcher W Suzzane et al, Fletcher S Grant*. Philadelphia: Wolters Kluwer.
6. *EPIDEMIOLOGIA CLINICA Fletcher Robert H ,W. Fletcher Suzanne W. Fletcher et al FletcherGrant S*. (2016). Philadelphia: Wolters Kluwer.
7. INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL, INFORME ANUAL CORTE SUPREMA DE JUSTICIA AÑOS 2014 al 2018.
8. OPS, boletin informativo embarazo en adolescentes. (2015). *OPS, boletin informativo embarazo en adolescentes,paho.org/nic*. Managua: OPS.
9. Pediatría Boletín El abuso sexual infantil. (2005). Pediatría Boletín El abuso sexual infantil,C. REDONDO FIGUERO, et al M.R. ORTIZ OTERO. *Pediatría Boletín El abuso sexual infantil*, 16. http://sccalp.org/boletin/191/BolPediatr2005_45_003-016.pdf

10. SEXUAL, N. T. (2014). *Corte Suprema de Justicia-Instituto de Medicina Legal*. Managua: Corte Suprema de Justicia.
11. unicef.org/nicaragua/comunicados-prensa. (3 de MAYO de 2019).
12. unicef.org/nicaragua/comunicados-prensa. *LA PRENSA*, pág. 2.
<https://www.unicef.org/nicaragua/act%C3%BAa>
13. Centro de Salud Somoto. Clínica del adolescente. Datos Estadísticos de adolescentes embarazadas. Archivos 2003 al 2006.
- 14.

XIX. ANEXOS

ANEXO 1

FICHA DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Comportamiento epidemiológico y demográfico de las niñas y adolescentes embarazadas, víctimas de violación atendidas en el Instituto de Medicina Legal Sede Matagalpa, en el periodo comprendido Enero 2014- Diciembre 2018

I.DATOS DE SOLICITUD

No. del dictamen: _____ Fecha: _____ Hora _____

Autoridad Solicitante: _____

II. DATOS DE LA PERSONA EXAMINADA

Iniciales de Nombres y apellidos de la examinada: _____

Edad referida: _____

Procedencia: 1. Urbana

2. Rural

Escolaridad: 1. Primaria

2. Secundaria.

3. Universitario

4. Técnico

5. Ninguna

Ocupación: 1. Ninguna.

2. Estudiante.

3. Ama de casa.

4. Trabajo de servicio.

III. DATOS DE LA ENTREVISTA

Lugar de ocurrencia de la violación: 1. Casa de la víctima

2. Casa del Victimario.

3. Calle/Carretera.

4. Predio baldío.

5. Hotel/Hospedaje/Motel

6. Otros. Describir _____

Presunto agresor: Inicial de Nombre del presunto agresor(es), _____

Edad referida: _____

Relación existente: 1. Parentesco.

2. Afinidad.

3. Otros.

Existe relación de autoridad: 1. Sí,

2. No

En caso de que sea si, que tipo de autoridad: 1. Padre.

2. Padrastro.

3. Tutor.

4. Profesor.

5. Empleador.

6. Líder religioso.

Lesionó al agresor: 1. Si.

2. No.

¿Usó el agresor medios violentos?: 1. Si.

- a. Arma blanca-
- b. Objeto contuso-
- c. Arma de fuego.
- d. Amenazas/chantajes/promesas-

2. No.

Semanas de gestación al momento de la pericia médico legal: _____

Persona que se dio cuenta de la violación: 1. Madre.

2. Padre.

3. Hermano/a-

4. Abuela/o

5. Hermano/a

6. Otro familiar.

7. Profesor.

Factores de riesgo detectados. 1. Menor de 12 años.

2. Aislamiento de sus padres.

3. Malos vínculos de progenitor-hijo y entre los padres.

4. Falta de un progenitor protector.

5. Presencia en la familia de un varón sin parentesco biológico.

6. Retraso mental.

7. Confinamiento.

8. Antecedentes de Violencia intrafamiliar.

9. Abandono del hogar.

ANEXO 2

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE DEPENDIENTE	VARIABLE INDEPENDIENTE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES O CATEGORIAS	ESCALA DE MEDICIÓN
DATOS DE SOLICITUD	NUMERO DE EXPEDIENTE	Código numérico del dictamen médico legal que individualiza un caso agresión sexual		NOMINAL
	MUNICIPIO	Nombre correspondiente al municipio de la delegación policial que gira la solicitud oficio de valoración de agresión sexual		NOMINAL
DATOS SOCIO - DEMOGRÁFICOS	EDAD	Años cumplidos desde el nacimiento hasta el registro en el dictamen médico legal de agresión sexual		RAZÓN
	ESCOLARIDAD	Grado o nivel académico cursado o que cursa la víctima de agresión sexual	Primaria. Secundaria. Universitaria. Ninguna.	ORDINAL
	OCUPACIÓN	Trabajo u oficio desempeñado por la víctima de la agresión sexual.	1. Ninguna. 2. Estudiante. 3. Ama de casa. 4. Trabajo de servicio.	ORDINAL
	PROCEDENCIA	Lugar donde habita la víctima de agresión sexual.	Urbano Rural	ORDINAL
DATOS DE ENTREVISTA	LUGAR DE OCURRENCIA	Lugar donde ocurrió la agresión sexual.	1. Casa de la víctima 2. Casa del agresor	NOMINAL

			Victimario. 3. Calle/Carretera 4. Predio valdío. 5. Hotel/Hospedaje 6. Otros.	
AGRESOR	Persona del sexo Masculino que agredió a la víctima de violación sexual.			NOMINAL
EDAD DEL AGRESOR	Años cumplidos desde el nacimiento hasta el registrado en el dictamen médico legal de agresión sexual			RAZÓN
RELACIÓN EXISTENTE	Interacción o conexión existente entre las personas.	1. Parentesco 2. Afinidad. 3. Otros.		NOMINAL
RELACION DE AUTORIDAD	Interacción o conexión de jerarquía existente entre las personas.	1. Sí 2. No		NOMINAL
TIPO DE AUTORIDAD	Persona que tiene a su cargo a otra persona, y que tiene la potestad de mandarle u ordenarle realizar algo.	1. Padre. 2. Padrastro. 3. Tutor. 4. Profesor. 5. Empleador. 6. Líder religioso.		NOMINAL
LESIONES PRODUCIDAS AL AGRESOR	Característica del daño registrado en la entrevista que se le produjo al	1. SI. 2. NO.		NOMINAL

		agresor sexual.		
USO DE MEDIOS VIOLENTOS	Objetos externos capaces de producir lesiones.	1. SI. 2. NO.		NOMINAL
TIPO DE MEDIOS VIOLENTOS	Clasificación de los objetos externos capaces de producir lesiones.	Arma blanca. Objeto Contundente. Arma de fuego. Amenaza, chantajes, promesas.		NOMINAL
Semanas de gestación al momento de la pericia médico legal	Semanas ocurridas desde la fecha de última menstruación hasta el peritaje médico legal.			ORDINAL
Persona que se dio cuenta de la violación	Individuo que se entera de La violación.	1. Madre. 2. Padre. 3. Hermano/a- 4. Abuela/o 5. Hermano/a 6. Otro familiar. 7. Profesor.		NOMINAL
Factores de riesgos detectados	Componente que hace más fácil la probabilidad de ocurrencia de violación sexual en adolescentes.	1. Menor de años. 2. Aislamiento sus padres. 3. Malos vínc de progenitor-hi		NOMINAL

			<p>entre los padres</p> <p>4. Falta de progenitor protector.</p> <p>5. Presencia en familia de un varón sin parentesco biológico.</p> <p>6. Retraso mental.</p> <p>7. Hacinamiento</p> <p>8. Antecedentes de Violencia intrafamiliar.</p> <p>9. Abandono de hogar.</p>	
--	--	--	--	--

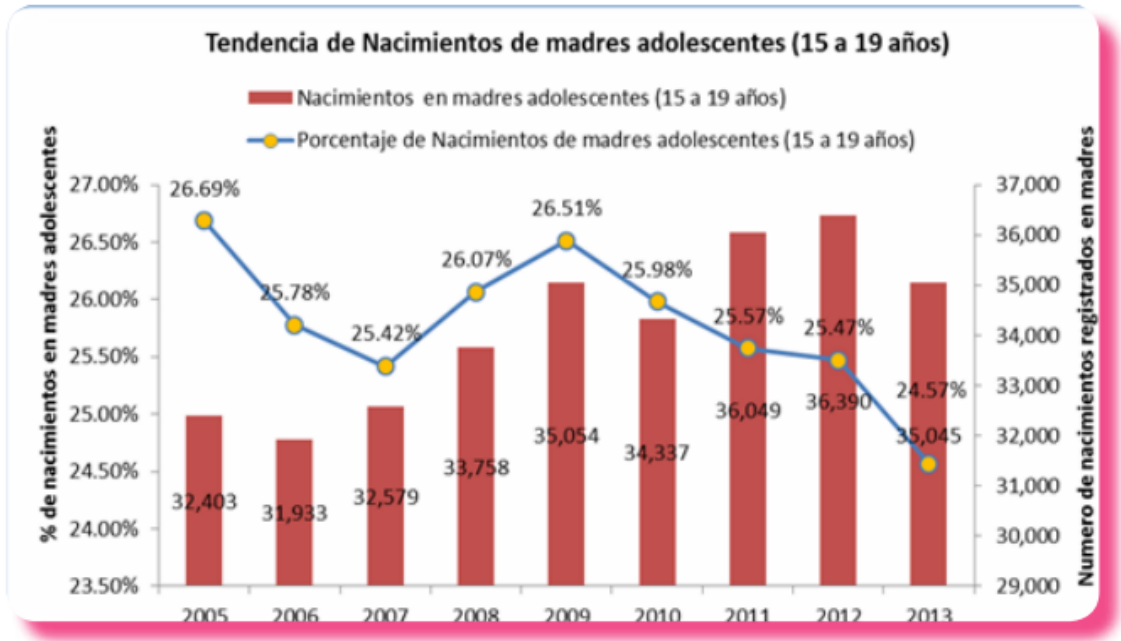
Anexo 3

Tabla 1. Estratificación de SILAIS y municipios según riesgo de embarazo en adolescentes 2013

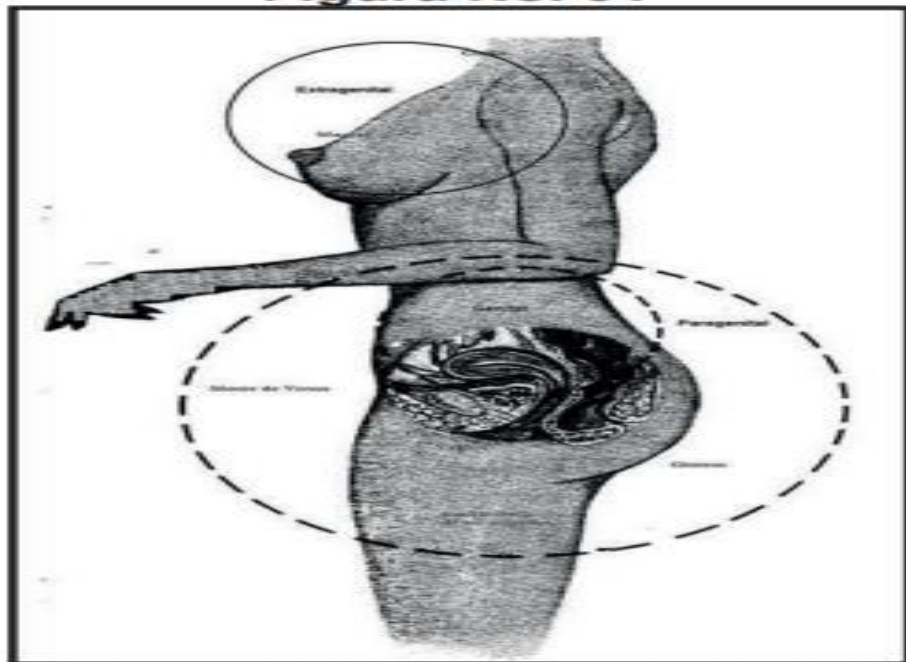
SILAIS	Muy Bajo Riesgo	Bajo Riesgo	3Q (Mediano Riesgo)	4Q (Alto Riesgo)	Muy Alto Riesgo	Total Municipios	Total Nacimientos en Adolescentes 2013	% Nacimientos en adolescentes del total del país
Bilwi	0	0	1	1	1	3	1,240	3.39
Boaco	0	3	1	1	1	6	1,034	2.82
Carazo	5	2	0	1	0	8	856	2.34
Chinandega	4	4	2	3	0	13	2,432	6.64
Chontales	0	1	4	4	5	14	2,541	6.94
Estelí	1	5	0	0	0	6	1,165	3.18
Granada	2	0	1	1	0	4	1,029	2.81
Jinotega	0	0	2	4	2	8	3,410	9.31
Las Minas	0	0	0	1	4	5	2,435	6.65
León	3	4	2	1	0	10	1,939	5.29
Madriz	0	2	5	2	0	9	804	2.20
Managua	4	5	0	0	0	9	6,626	18.09
Masaya	3	3	2	1	0	9	1,765	4.82
Matagalpa	5	1	1	4	3	14	4,173	11.39
Nueva Segovia	1	1	3	3	4	12	1,506	4.11
RAAS	1	0	0	2	4	7	1,848	5.05
Rio San Juan	0	0	0	0	6	6	949	2.59
Rivas	5	2	2	1	0	10	872	2.38
Total Municipios	34	33	26	30	30	153	36,624	100

ANEXO 4

Ilustración 1. Tendencia de nacimientos en madres adolescentes



ANEXO5



Áreas de revisión en el examen físico.

ANEXO 6



Posición de Litotomía.

ANEXO 7



Posición de rana.

ANEXO 8

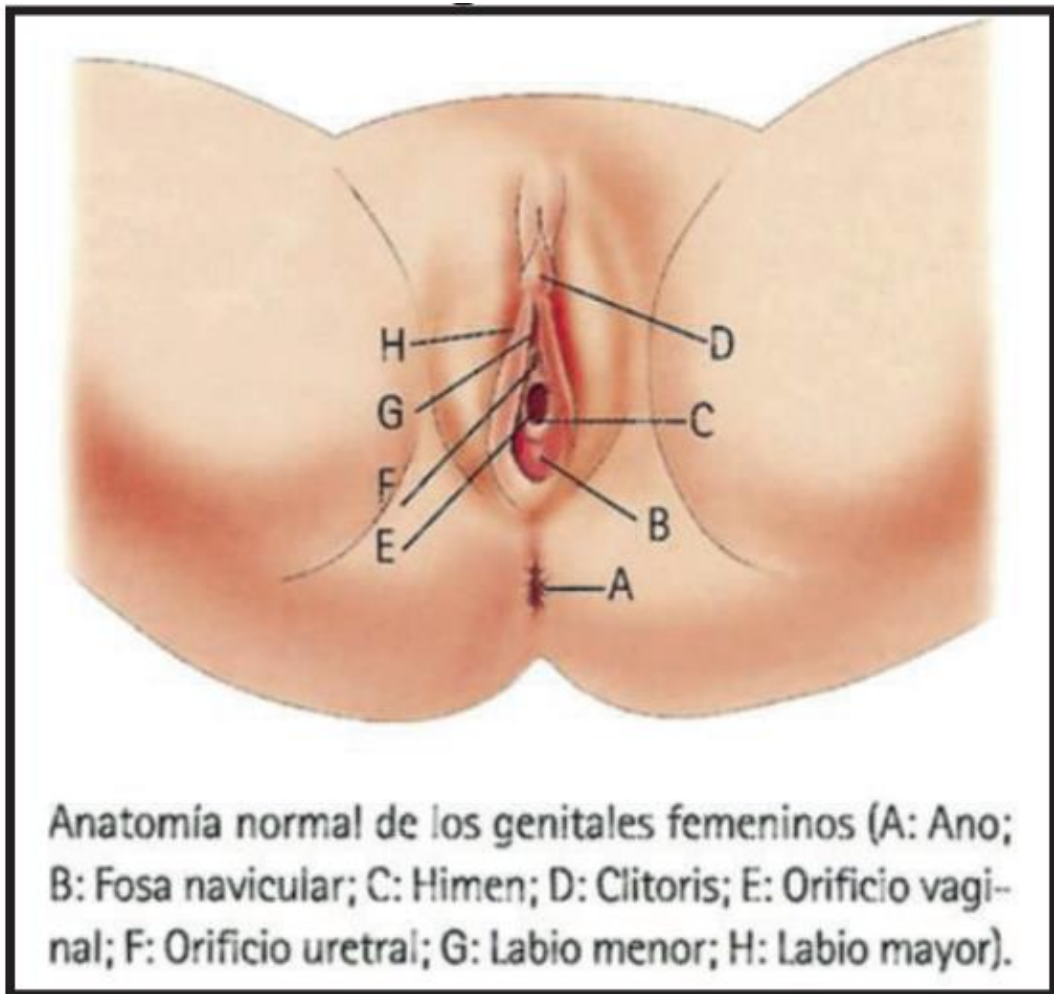


Posición de rana en el regazo.

ANEXO 9



Posición Genupectoral.

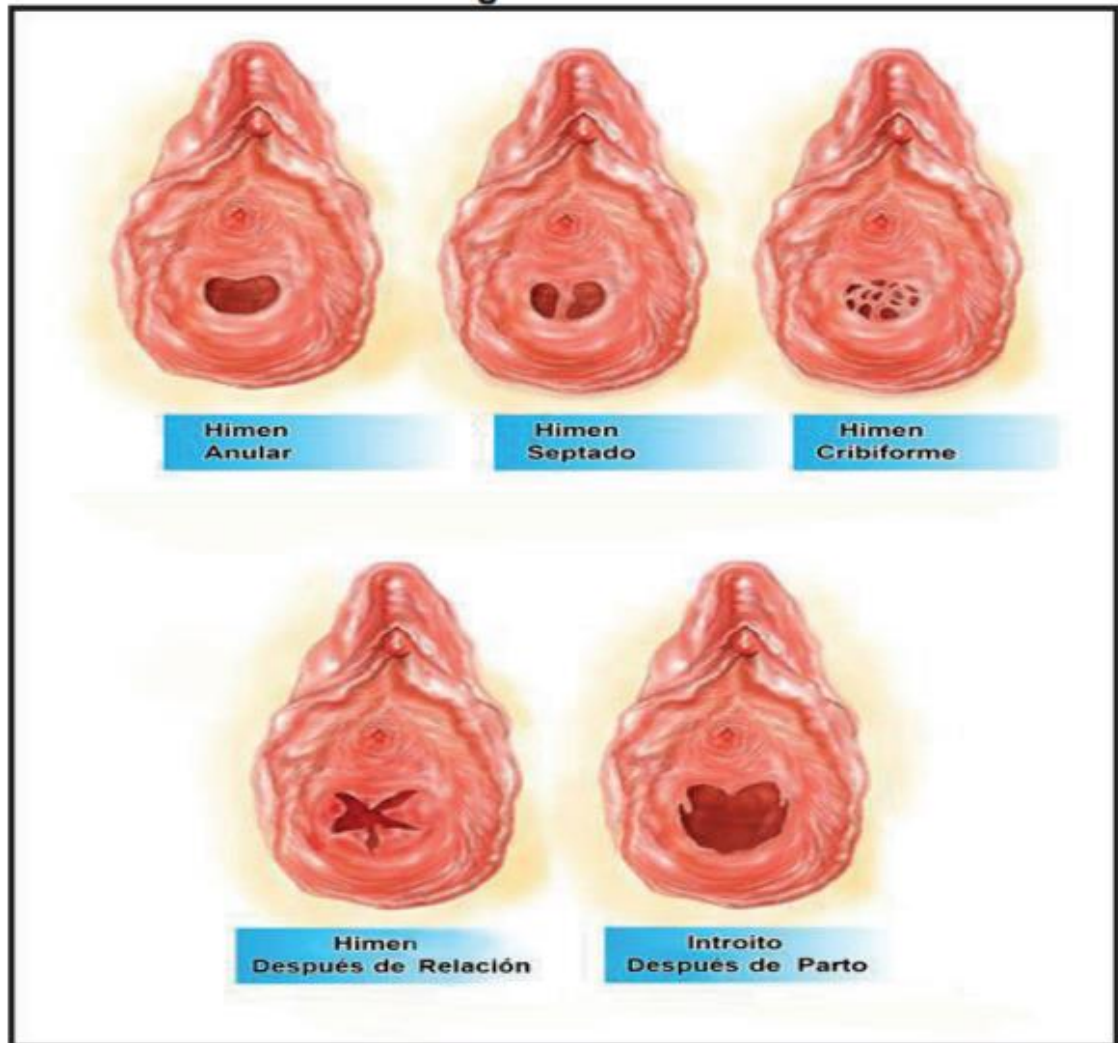


Genitales externos femeninos.



Maniobra de las riendas.

ANEXO 12



Tipos de Himen.

ANEXO 13



Maniobra del balón.

Tabla 1 Anexo 14

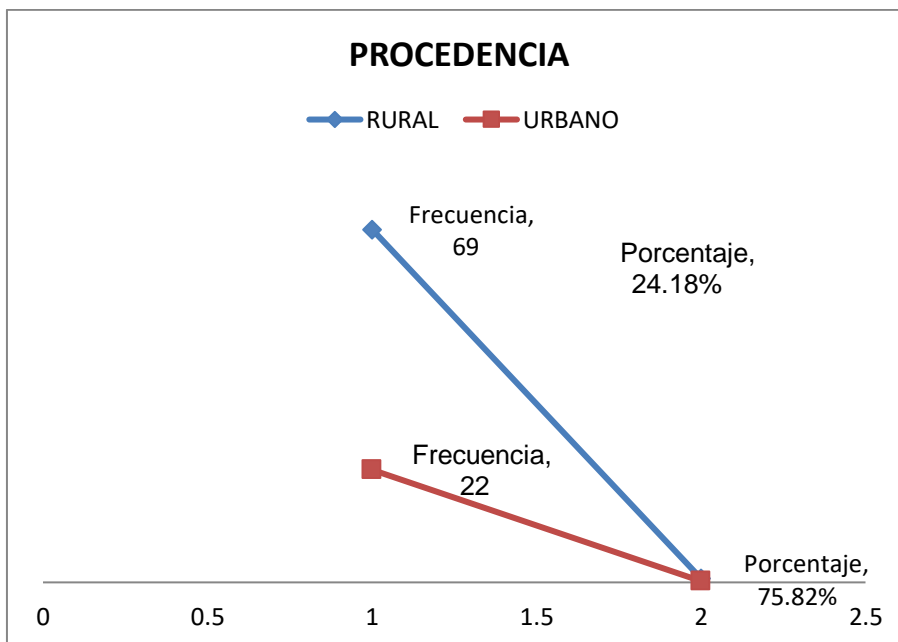
Edad de la Víctima de Embarazo por Violación Sexual

Edad referida	Porcentaje
11	4.40%
12	15.38%
13	19.78%
14	21.98%
15	13.19%
16	12.09%
17	11.99%
Total	100.00%

Fuente: Ficha de Recolección de Información

Grafico 1 Anexo 15

Procedencia de la Víctima de Embarazo por Violación Sexual



Fuente: Ficha de Recolección de Información

Tabla 2 Anexo 16

Escolaridad de la Víctima de Embarazo por Violación Sexual

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Ninguna	11	12.09%
Primaria	49	53.85%
Secundaria	29	31.87%
Universitario	2	2.20%
Total	91	100.00%

Fuente: Ficha de Recolección de Información

Tabla 3 Anexo 17.

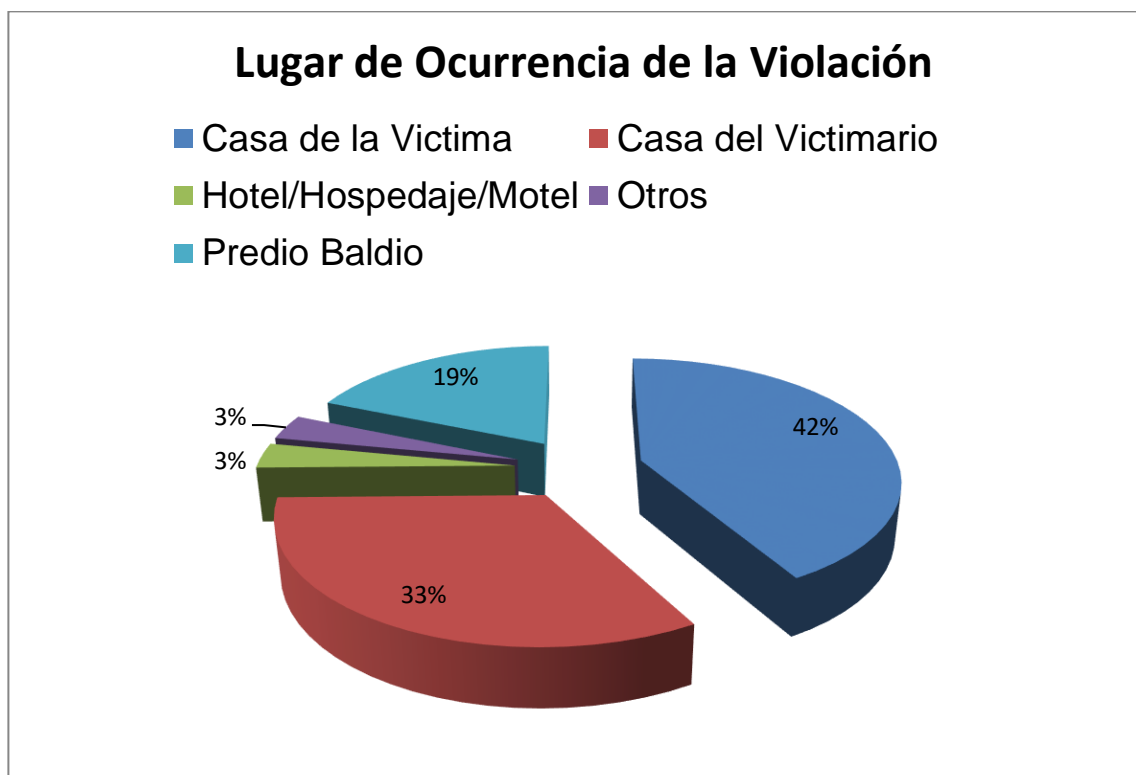
Ocupación de la Víctima de Embarazo por Violación Sexual

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Ama de casa	17	18.68%
Estudiante	52	57.14%
Ninguno	5	5.49%
Trabajo de servicio	17	18.68%
Total	91	100.00%

Fuente: Ficha de Recolección de Información

Grafico 2 Anexo 18

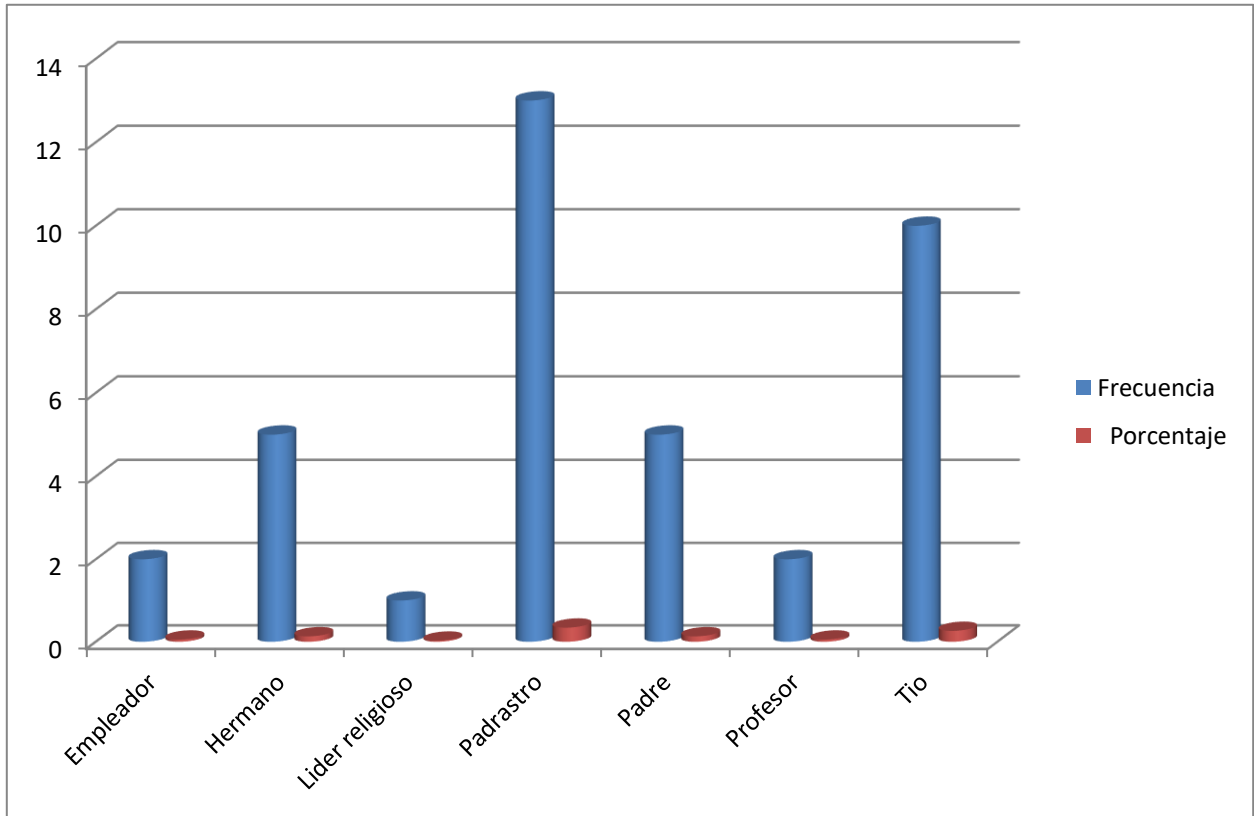
Lugar de Ocurrencia Violación Sexual



Fuente: Ficha de Recolección de Información

Gráfico 3 Anexo 19

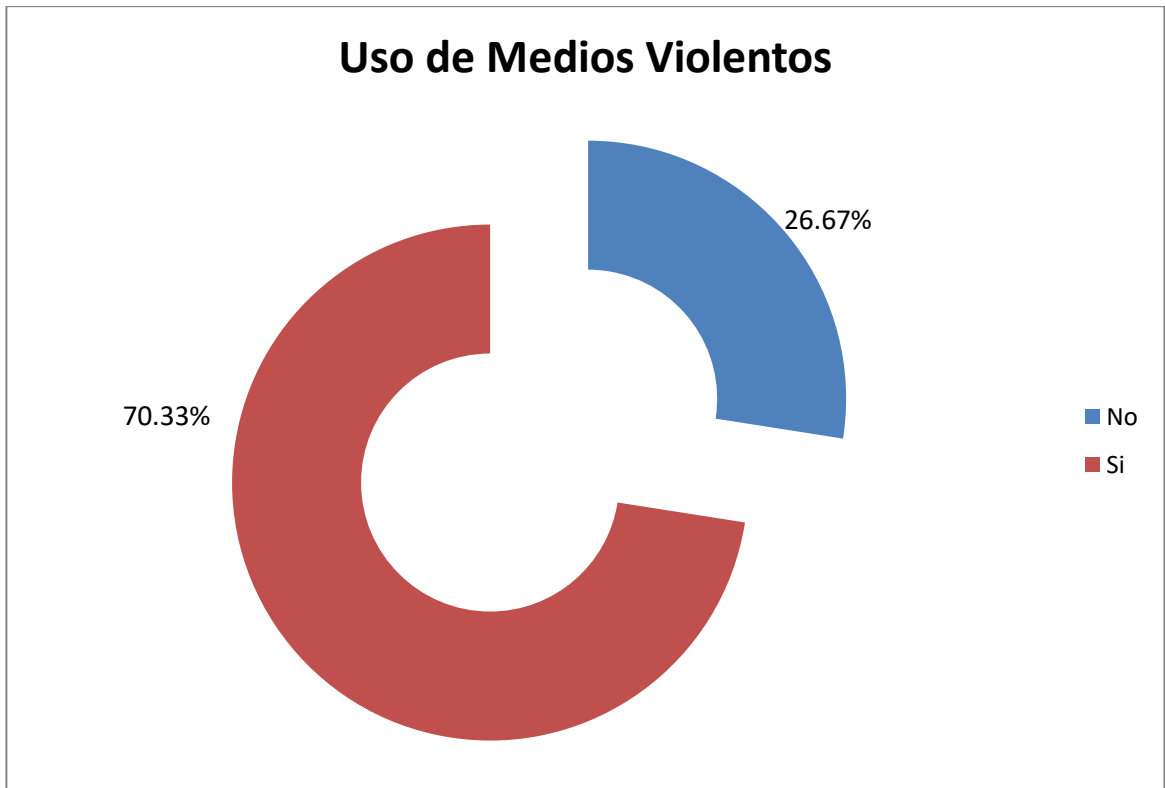
Relación de autoridad con la Víctima de Embarazo por Violación Sexual



Fuente: Ficha de Recolección de Información

Grafico 4 anexo 20

Uso de Medios Violentos del Agresor para Perpetuar la Violación Sexual



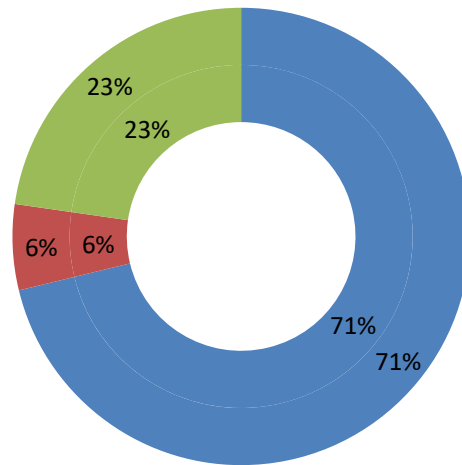
Fuente: Ficha de Recolección de Información

Grafico 5 Anexo 21

Medios Violentos del Agresor para Perpetuar la Violación Sexual

Medios Violentos Especificos que Usó el Agresor

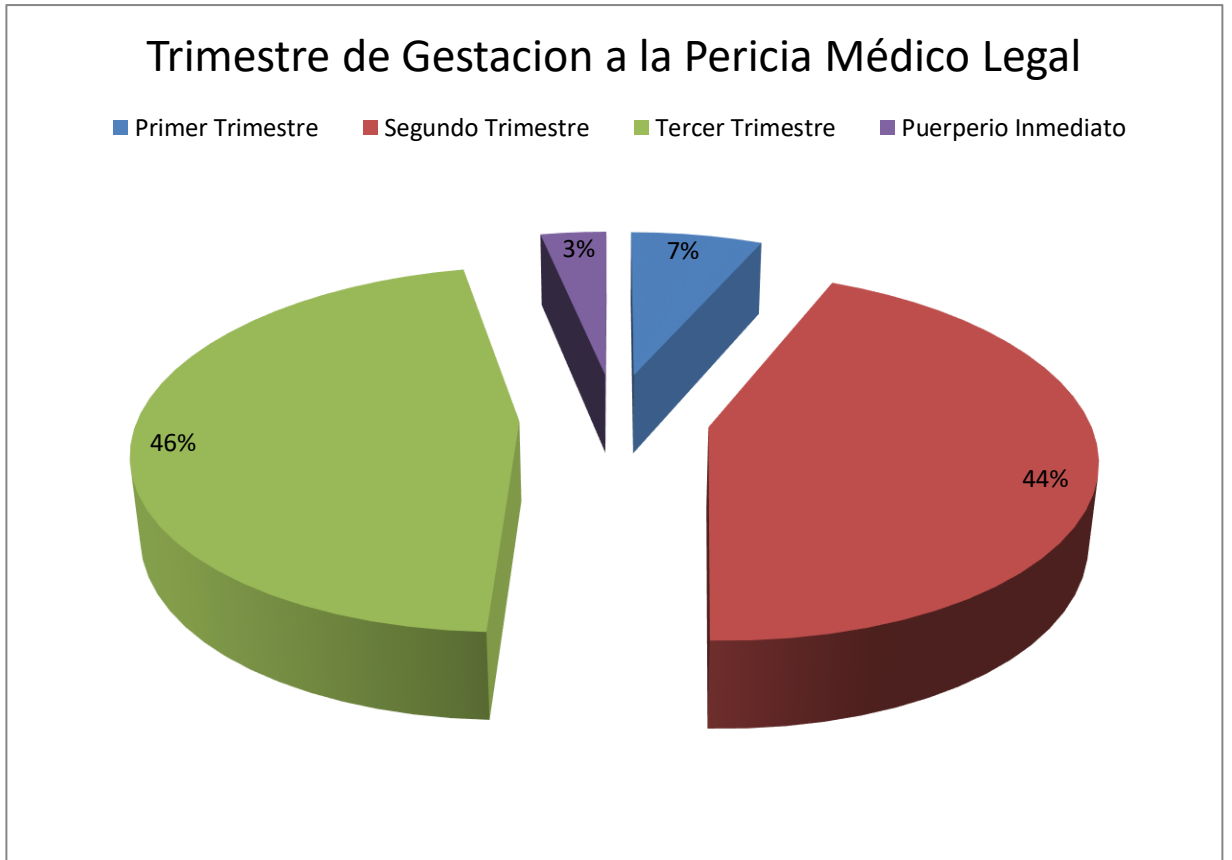
■ Amenaza/ Chantaje/Promesa ■ Arma Blanca ■ Objeto Contuso



Fuente: Ficha de Recolección de Información

Grafico 6 anexo 22

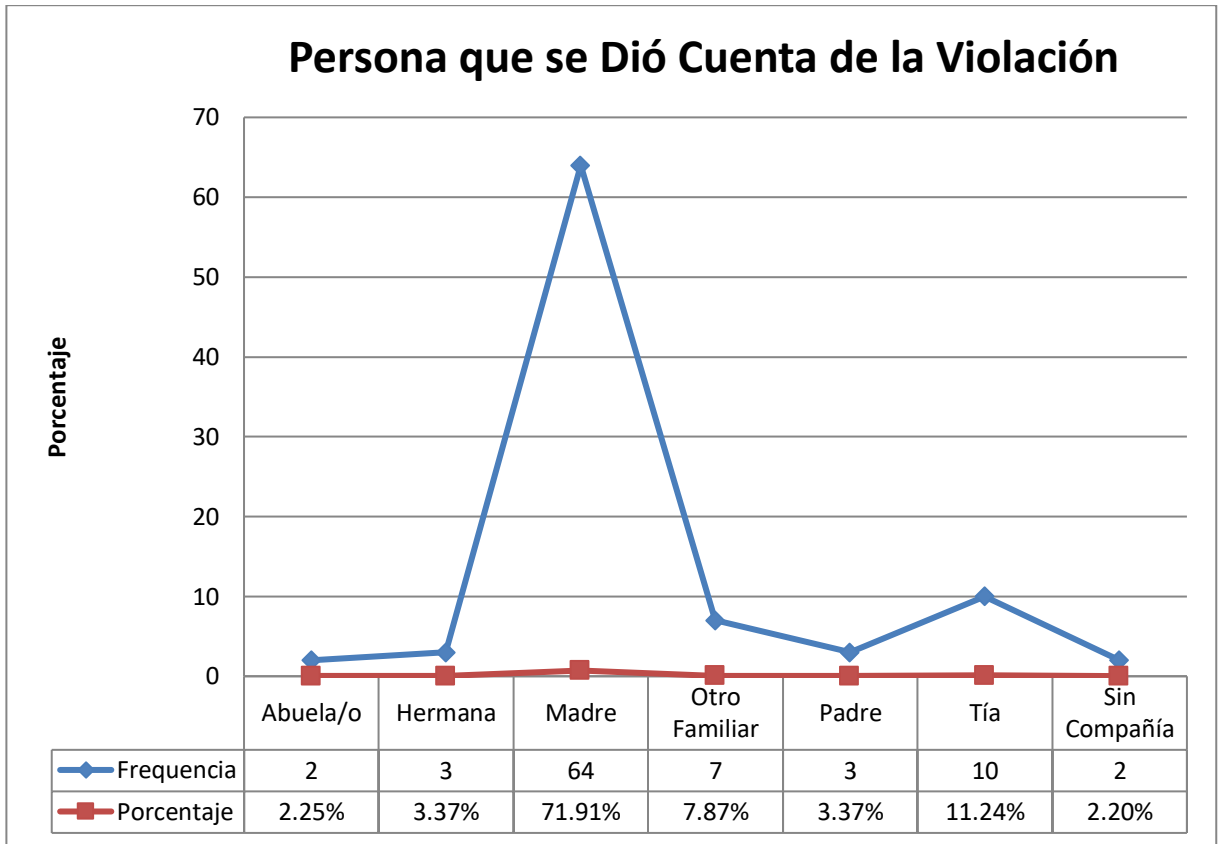
Trimestre de Gestación a la Pericia Médico Legal de la Víctima de Violación Sexual



Fuente: Ficha de Recolección de Información

Persona que se Dió Cuenta de la Violación Sexual de la Víctima

Grafico 7 anexo 23



Fuente: Ficha de Recolección de Información

Tabla 4 Anexo 23

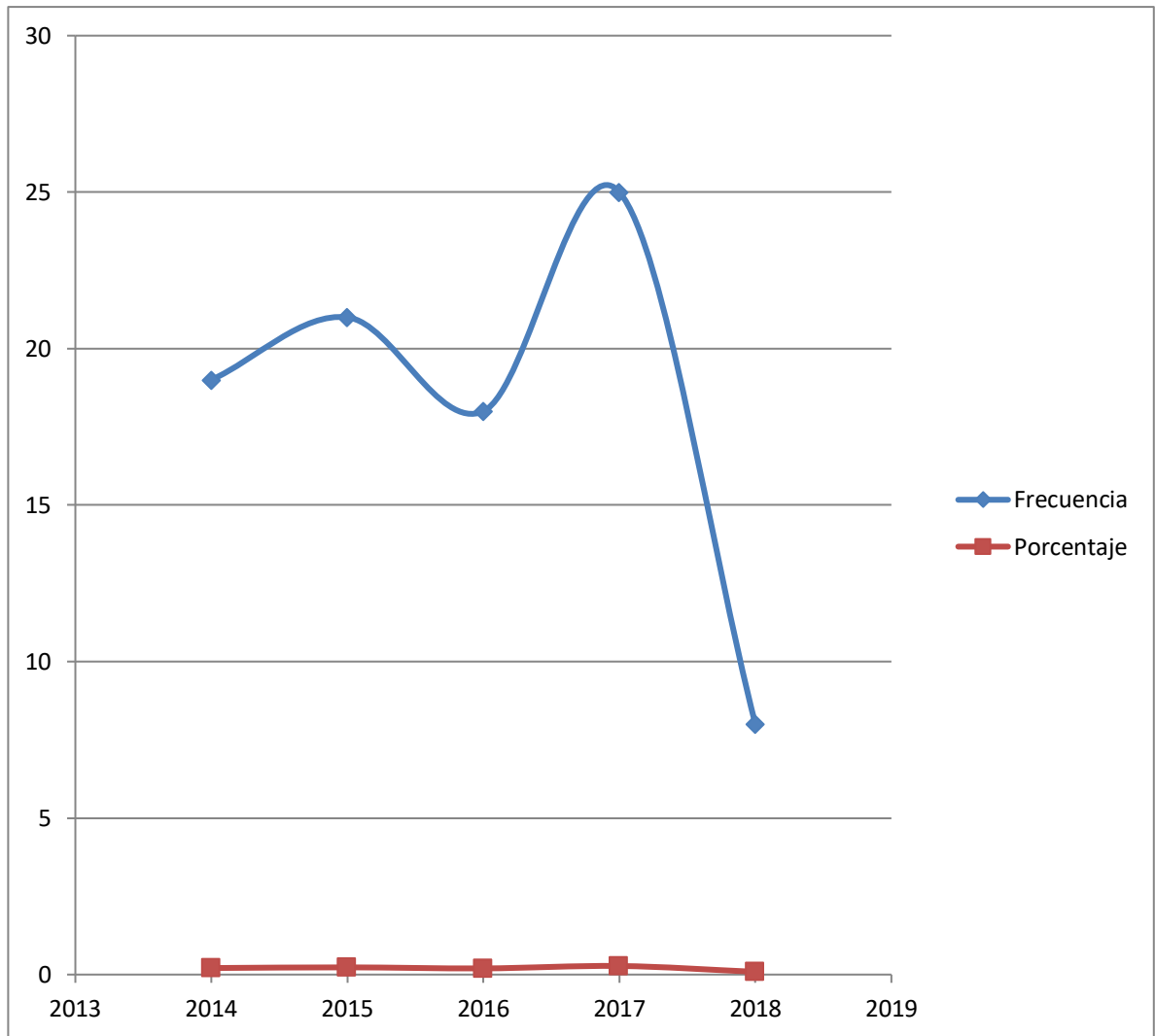
Factores de Riesgo para la ocurrencia de la Violación Sexual

Menor de 12 años	Frecuencia	Porcentaje
No	80	87.91%
Si	11	12.09%
Falta de un Progenitor Protector		
No	53	58.24%
Si	38	41.76%
Abandono del Hogar		
No	72	79.12%
Yes	19	20.88%
Aislamiento de los padres		
No	58	63.74%
Si	33	36.26%
Presencia de un varón sin parentesco en la familia		
No	69	75.82%
Si	22	24.18%
Nivel de Educación: Menor de Primaria		
No	62	68.13%
Si	29	31.87%
Total	91	100.00%

Fuente: Ficha de Recolección de Información

Grafico 8 Anexo 24

Frecuencia de Casos por Año



Fuente: Ficha de Recolección de Información

ANEXO 25-FORMATO DE DICTAMEN MÉDICO LEGAL

PROTOCOLO PARA ABORDAJE INTEGRAL MÉDICO LEGAL EN LA INVESTIGACIÓN DE VIOLENCIA SEXUAL.

Este anexo incluye la información básica requerida y las instrucciones generales a seguir para la realización del peritaje médico legal a personas, víctimas de violencia sexual.

I. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Explique brevemente en qué consiste la entrevista, el examen médico forense, su importancia dentro de la investigación de la violencia sexual, ejecute el formato de consentimiento informado.

II. INFORMACIÓN GENERAL

Nombre de la Delegación Forense o Unidad de Salud que realiza el examen:

Número del dictamen: _____

Fecha _____ Hora _____
Día Mes Año

Autoridad Solicitante: _____

Número de expediente de la autoridad solicitante: _____

Datos de identificación

Persona Examinada

Nombres y apellidos del examinado(a): _____

Edad referida: _____

Documento de identidad: _____

(Si no lo presenta colocar la huella del primer dedo de la mano derecha en el oficio o solicitud).

Sexo: Femenino _____ Masculino _____

Procedencia: _____

Lugar de Residencia: _____

Escolaridad: Primaria _____ Secundaria _____ Universitario _____ Técnico _____ Ninguna _____

Ocupación actual y/o actividad: _____

Estado Civil: _____ Religión _____

Nacionalidad: _____

Presunto agresor:

Nombre del presunto agresor(es), (as): _____

Edad referida: _____

Sexo: Femenino _____ Masculino _____

Relación existente: _____

Existe relación de autoridad: si _____ no _____

Lesionó al agresor: no () si () Como? _____

Uso el agresor medios violentos?: (describir: tipo de arma, objeto contuso etc.)

Antecedentes de consumo de alcohol o de otras drogas psicoactivas:

Existen testigos del hecho ocurrido: _____

Persona que suministro la información: _____

II. ABORDAJE DEL CASO

Entrevista (Relato de los hechos): En este punto se pretende conocer el hecho que motivó el actual peritaje.

Describa el relato del evento referido por la o el examinado, inicie haciendo preguntas cortas y abiertas, ¿Qué?, ¿Quién?, ¿Cómo?, ¿Dónde?, ¿Cuándo?, ¿Quiénes estaban?, ¿Qué hacían esas personas? Escriba entre comillas lo expresado textualmente por la persona.

Pregunte y consigne que otras situaciones se puedan relacionar con el hecho actual.

Escena del hecho: Hogar _____ Otro lugar _____

Fecha y hora de los hechos: _____

Actos descritos por la persona examinada

Hubo Penetración: Si _____ No _____

Objeto con que fue penetrada(o): (especifique pene, dedos, otro (s) objeto(s))

Vía de penetración: Vaginal _____, anal _____, oral _____

Tocamientos impúdicos o lúbricos (describir si fue con el pene, dedos u otro tipo de objeto)

Sexo oral: si _____ no _____

Si existió eyaculación, especificar lugar anatómico u otro lugar _____

Resumen de información disponible:

Información adicional al comenzar el abordaje forense (documentos del solicitante, historia clínica, entrevista con psicología o trabajo social, etc.):

Antecedentes: A continuación están señalados los antecedentes que se deben indagar en estos casos:

Médico-legales:(Si se le han realizado valoraciones médico legales anteriores, anotar fecha, motivo y principales conclusiones)

Clínicos:(Médicos, quirúrgicos, hospitalizaciones anteriores, traumáticas, tóxicas, alérgicas y farmacológicas).

Gineco-obstétricos y sexuales:

Menarquía: _____ FUR: _____ Ocurrió el hecho en Periodo ovulatorio: Si/no _____ Gesta: _____. Para: _____. Aborto: _____. Cesárea: _____. Legrado: _____. Uso de métodos anticonceptivos: Si/no _____. La víctima se encuentra embarazada en el momento de la agresión si/no _____ Si: cuantas semanas: _____ Edad de inicio de vida sexual activa: _____. No. de compañeros sexuales: _____. Fecha de la última Relación voluntaria: _____. Fecha de último Papanicolaou: _____. Antecedentes de enfermedad de trasmisión sexual: _____. Antecedentes de estreñimiento: _____. Historia de hemorroides: _____. Hábitos sexuales: _____.

Descripción de elementos físicos aportados por la o el solicitante (Prendas de vestir, entre otros):

Examen externo:

Área extra genital:

Peso _____ Talla _____ Presión Arterial _____ Frecuencia Cardíaca _____ Frecuencia Respiratoria _____ Temperatura: _____ Aspectos Generales: Conciencia, orientación, hidratación, coloración de piel y mucosas, _____

Describir lesiones: (en caso de existir lesiones a este nivel, describir tamaño, forma, color, bordes, extremos, nivel de reparación y ubicación topográfica: conforme norma técnica para La Valoración Médico Legal de Lesiones Físicas IML-002)

Cabeza y rostro: _____

Cavidad oral: _____

Cuello _____

Tórax _____

Abdomen: _____

Extremidades superiores e inferiores: _____

Glándulas mamarias: describir el grado de desarrollo y lesiones. Si presenta patrón de lesión que sugiera el objeto causante, si presenta huellas de mordeduras etc.

Área para genital: Esta zona comprende: cara interna de muslos tercio superior, glúteos, periné, y tercio superior del pubis.

Área genitoanal

Genitales femeninos:

Valorar y describir lesiones en vulva, labios mayores, horquilla vulvar, labios menores, área vestibular, clítoris, meato urinario, Himen (forma, integridad, y elasticidad)

Describir la forma del himen: (anular, semilunar, bilabiado, festoneado, cribiforme, imperforado u otro)

Describir lesiones en el himen y data de estas _____

Dilatación del orificio del himen: _____

Presencia de carúnculas mirtiformes: _____

Genitales externos masculinos:

(describir las lesiones que se encuentren en esa área anatómica)
Escroto, testículos, pene, prepucio, frenillo, surco balano prepucial, glande y meato urinario. _____

Ano:(Valorar tono, forma, pliegues anales y presencia o ausencia de lesiones: borramiento de pliegues, depresiones, hemorroides externas, secreciones secas, pelos sueltos, chancros, condilomas)

Recolección de muestras y elementos para estudio:

(Debe de asegurarse llenar el formato de cadena de custodia de las evidencias y muestras recolectadas)

Documentación de hallazgos:

Fotografías:

Calcos:

Diagramas:

Descripción de hallazgos en Radiografías:

Descripción de hallazgos en Ecografías:

Otros Hallazgos:

Estado neurológico y emocional al momento de la valoración:

Permite conocer el estado emocional actual de la persona y orienta sobre la necesidad de remisión a psicología.
