

## CAPÍTULO XII

# Abuso sexual

José Luis Tarazona, MD  
Departamento de Ginecología-Obstetricia  
Fundación Santa Fe de Bogotá

### DEFINICIÓN

El término ABUSO SEXUAL se define como cualquier forma de actividad sexual no consentida, dentro de lo cual se incluye una gama de actividades sexuales no deseadas que van desde la insinuación hasta el acceso carnal, o sea la penetración. Para que un acto se pueda definir como abuso, debe cumplir con tres elementos, a saber:

1. Uso de la fuerza física o emocional y/o colocación de la víctima en incapacidad para discernir por medio de sustancias psicotrópicas.
2. Contacto sexual.
3. Desacuerdo de la víctima.

Desde el punto de vista legal y clínico, la *violación* se define como “coito forzado” que ocurre bajo fuerza física o coerción psicológica. La violación se define como el abuso sexual en el que se produce penetración vaginal, anal u oral del ofendido por el agresor; incluso puede realizarse con cuerpos extraños.

Este crimen violento coloca a la víctima en riesgo de daño físico, trastornos emocionales, enfermedades de transmisión sexual y embarazo.

### EPIDEMIOLOGÍA

La real magnitud del problema no se conoce, dado que se estima un subregistro muy alto de este delito. La prevalencia en los Estados Unidos reportada por el Departamento de Justicia mostró que en 1998 se presentaron 30.8569 violaciones en mujeres mayores de 12 años y 21.519 en hombres mayores de 12 años. Los adolescentes son el grupo de mayor riesgo. Se ha reportado una tasa anual de 3,5 por 1.000 personas para las edades entre los 12 y los 15 años, de 5,0 por 1.000 para las edades entre los 16 y los 19 años, de 4,6 por 1.000 para las edades entre los 20 y los 24 años y de 1,7 por 1.000 para las edades entre los 24 y los 29 años.

Los abusos en adolescentes menores provienen frecuentemente de personas conocidas o de familiares, lo cual se observa hasta en 75% de los casos, mientras en los adolescentes mayores se relacionan con actividades sociales que incluyen el consumo de alcohol o de agentes psicotrópicos, entre los cuales unos de los más utilizados son el flunitrazepam (Rohypnol) y la escopolamina. Hasta 40% de los casos de violación en adolescentes se asocian con el uso de sustancias psicotrópicas. Un grupo de especial riesgo son los menores con discapacidades mentales. Finalmente, en los adultos es más frecuente el uso de la fuerza física para perpetrar el hecho.

En Colombia, según informe de la Fiscalía General de la Nación, se estima que apenas 10% de los casos son denunciados. En el año 2000 fueron denunciados 17.540 casos, en el 2001 30.518 y en 2002 24.323 casos. El delito más denunciado es un acto sexual con un menor de 14 años, seguido por acceso carnal violento y acceso carnal abusivo en un menor de 14 años. Por departamentos, los Santanderes, el Valle y Cundinamarca son las regiones que reportan una mayor frecuencia.

### **RIESGO DE EMBARAZO Y PROFILAXIS**

El riesgo de un embarazo por una violación asciende hasta 5%, por lo cual se recomienda ofrecer la posibilidad de profilaxis a las pacientes, habiendo descartado previamente un embarazo por historia clínica y pruebas de embarazo en sangre.

Para la profilaxis se recomienda un anovulatorio que contenga etinilestradiol y norgestrel, lo cual equivale a 100 mg de etinilestradiol cada 12 horas por 2 tomas, por ejemplo, Ovral 2 tab. cada 12 horas, o una tableta que contenga levonorgestrol 0,75 mg y repetir en 12 horas; este tratamiento debe efectuarse dentro de las 72 horas siguientes al asalto.

La utilización del dispositivo intrauterino también está descrita para pacientes que consultan entre las 71 ó 72 horas y los 5 días siguientes al abuso; sin embargo, el riesgo de enfermedades de transmisión sexual y una posible enfermedad inflamatoria pélvica hacen que su utilización se restrinja a pacientes en quienes se pueda descartar en forma segura la infección genital. Es probable que con la utilización de los estrógenos por vía oral se presenten náusea y vómito, por lo cual se recomienda el uso simultáneo de un antiemético. El método no es infalible, y por ello se

recomienda una nueva prueba de embarazo a las tres semanas.

### **RIESGO DE ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y PROFILAXIS**

Las enfermedades de transmisión sexual más frecuentemente estudiadas son la gonorrea, sífilis, infección por clamidia, papilomavirus y otros causantes de vaginitis, como tricomonas y monilias.

El riesgo de adquirir estas enfermedades varía de acuerdo con la edad y el sexo de la víctima. Parece que el estímulo hormonal luego de la pubertad puede alterar la transmisión de algunas enfermedades en forma no muy clara. Se estima que la prevalencia de gonorrea en mujeres violadas es de 0-26%, la de infección por clamidia de 4-17% y de sífilis de 0-5,6%. El riesgo de infección por VIH existe, pero no hay consenso sobre la necesidad de iniciar profilaxis en todos los casos.

Se recomienda el siguiente esquema de profilaxis antibiótica: ceftriaxona 250 mg IM o espectomicina 2 g IM, más metronidazol 2 g por vía oral en 1 toma más doxiciclina 100 mg por vía oral cada 12 horas por 7 días o azitromicina 1 g por vía oral en una sola dosis.

Se recomienda protección contra hepatitis B si no hay vacuna previa y se debe iniciar el esquema de vacunación en la evaluación inicial.

### **PRINCIPALES HALLAZGOS DE TRAUMA FÍSICO**

Con la inclusión del estudio colposcópico en víctimas de violación se ha determinado que más de 90% presentan algún tipo de lesión

genital que puede ser corroborada dentro de las 48 horas después del trauma. Este porcentaje es muy alto si se compara con 10% de las pacientes con lesiones leves luego de coito consentido.

Las estructuras anatómicas más frecuentemente lesionadas en su orden son: labios menores, himen, fosa navicular, ano, cérvix, vagina, periné, región periuretral, labios mayores y recto. Es necesario tener siempre en mente el riesgo de lesión intraabdominal en especial en adolescentes menores y en infantes. Otro tipo de trauma, como por ejemplo fracturas o trauma craneoencefálico, debe ser siempre tenido en cuenta y explorado exhaustivamente, especialmente en los casos en que el agresor ha usado la fuerza y la violencia física.

## **ALTERACIONES Y REACCIONES PSICOLÓGICAS POST ABUSO**

El trastorno de estrés post traumático se reconoce en cerca de 80% de las víctimas de abuso sexual. Es un síndrome que se caracteriza por una fase inicial de días a semanas de duración, durante la cual hay labilidad emocional, ansiedad, temor y sentimientos de culpa; luego aparece una fase de reorganización, en la cual la víctima entra en periodos de ajuste, recuperación e integración, fase que puede durar meses o años. Otros componentes del síndrome son la pérdida de autoconfianza que puede llevar al aumento del consumo de alcohol y de psicotrópicos, alteraciones en la actividad sexual, mala técnica en el uso de anticonceptivos, con un aumento de embarazos indeseados y/o abortos. Dado que la respuesta al trauma es diferente en cada caso, se recomienda desde el primer encuentro una valoración por personal capacitado en salud mental para su manejo inicial y posterior seguimiento.

## **VALORACIÓN INICIAL Y EXAMEN FÍSICO**

Es de gran importancia tener en cuenta las siguientes recomendaciones que hace la Fiscalía General de la Nación con el objeto de preservar las pruebas contra el o los agresores que hayan cometido el abuso:

Denuncie ante alguna autoridad: Policía Nacional, Unidades Judiciales, Oficina de Quejas y Contravenciones, DAS, Unidades de Reacción Inmediata del C.T.I., Unidad de Delitos Sexuales y Menores C.T.I., Unidad de Delitos Contra la Libertad Sexual y la Dignidad Humana de la Fiscalía y Comisarías de Familia.

La víctima no debe cambiarse de ropa o, si ya lo ha hecho, debe llevar las prendas a la autoridad que recibe la denuncia, porque en ellas pueden quedar evidencias indispensables en la investigación.

En lo posible, deben conservarse los elementos que se utilizaron para llevar a cabo la agresión (cuchillos, cuerdas, palos y armas de fuego) para entregarlos a las autoridades.

La autoridad que recibe la denuncia debe realizar una completa entrevista en la cual pregunte todas las circunstancias de tiempo, modo y lugar. Posteriormente debe remitir a la víctima al Instituto Colombiano de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Si es menor de edad, debe ser remitida directamente a la Unidad de Menores de Medicina Legal, donde se le practicarán los siguientes exámenes: examen médico para describir todas las lesiones ocasionadas durante la agresión y para determinar la incapacidad médico-legal; examen de laboratorio para toma de muestras de sangre, semen u otras sustancias; y evaluación psiquiátrica o psicológica.

Es importante preservar la mayor cantidad de evidencias que puedan conducir a la ubica-

ción del agresor: prendas, elementos, y sustancias orgánicas.

El proceso debe ser remitido a la Unidad Especializada en Delitos Contra la Libertad Sexual y la Dignidad Humana. Allí el fiscal cita nuevamente a la víctima con el objeto de que aporte nuevos datos que pueden ser de gran importancia para el avance del proceso y el esclarecimiento de los hechos.

La víctima o sus acudientes (en caso de menores de edad) y los testigos son citados por la Unidad de Delitos Sexuales y Menores del Cuerpo Técnico de Investigación, donde se entrevista a la víctima y a los testigos. Si es necesario, se realiza intervención por parte del psicólogo, quien es el enlace entre la víctima y el investigador en la obtención de información cuando se trata de menores de edad o de víctimas en crisis. En este estado de la investigación se practican diligencias tales como reconocimiento del lugar de los hechos, trabajo de vecindario, labores de inteligencia, vigilancias, realización de pruebas técnicas con la colaboración de la Sección de Criminalística (elaboración de retratos hablados, transcripción de casetes, revelado y ampliación de fotografías) y demás pruebas que sean solicitadas por el Fiscal de conocimiento.

En Bogotá, las víctimas de estos delitos pueden acudir al Centro de Atención Integral a Víctimas de Delitos Sexuales, ubicado en la Diagonal 34 No. 5-18, Teléfonos: 2880557, 2324011 o 2322478.

Una vez que ha ingresado una posible víctima de violación a un servicio de urgencias, se deben poner en práctica todas las recomendaciones legales.

El interrogatorio debe desarrollarse en un ambiente muy tranquilo, siempre en compañía de un familiar o una persona de sexo femeni-

no, enfermera, trabajadora social, que promueva una sensación de confianza y seguridad a la víctima.

Se realiza un examen físico completo, recordando las implicaciones legales que puede tener, siempre en compañía de una enfermera y si es posible de un familiar de la víctima.

La toma de muestra de laboratorio está encaminado a descartar embarazo y enfermedades de transmisión sexual: VDRL, VIH, hepatitis B, infección por clamidia, por frotis y cultivos de vagina, recto o faringe, según el caso, para gonococo, tricomonas, monilia y otros gérmenes como ureaplasma y micoplasma. Se toman muestras de sangre para alcoholemia y psicotrópicos.

Las heridas físicas se manejan según los hallazgos. Se debe aplicar profilaxis antitetánica si hay heridas expuestas.

Se inicia profilaxis para embarazo y para enfermedades de transmisión sexual.

Se hace una valoración psicológica inicial y la correspondiente remisión a terapia psicológica especializada.

Se recomienda que la paciente asista a la consulta externa para practicar nuevamente exámenes de laboratorio, prueba de embarazo a las tres semanas y VDRL-VIH y pruebas de hepatitis B a las seis semanas.

## LECTURAS RECOMENDADAS

1. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG educational bulletin: sexual assault. No.242, November 1997.
2. Bechtel K, Podrazik M. Evaluation of the adolescent rape victim. *Pediatr Clin North Am* 1999; 46: 809-823.

3. Beck-Sague CM, Solomon F. Sexually transmitted diseases in abused children and adolescent and adult victims of rape: review of selected literature. *Clin Infect Dis* 1999; 28:74S-83S.
4. Campbell JC. Health consequences of intimate partner violence. *Lancet* 2002; 359:1331-1336.
5. Committee on Adolescence American Academy of Pediatrics. Care of the adolescent sexual assault victim. *Pediatrics* 2001; 107:1476-1479.
6. Fiscalía General de la Nación. Boletín de prensa 0028. [www.fiscalia.gov.co](http://www.fiscalia.gov.co)
7. Fong C. Post-exposure prophylaxis for HIV infection after sexual assault: when is it indicated?. *Emerg Med J* 2001; 18:242-245.
8. Hansen-Flaschen J, Adler BS. Allegations of sexual abuse in an intensive care unit. *Crit Care Med* 1999; 27:437-440.
9. Hutson LA. Development of sexual assault nurse examiner programs. *Nurs Clin North Am* 2002; 37:79-88.
10. Kaplan DW, Feinstein RA, Fisher MM, et al. Care of the adolescent sexual assault victim. *Pediatrics* 2001; 107:1476-1479.
11. Linden JA. Sexual assault. *Emerg Med Clin North Am* 1999; 17:685-697.