



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**SECRETARÍA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL
DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN**

**CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACIÓN EN
MEDICINA LEGAL**

**“CONCLUSIONES EMITIDAS EN CERTIFICADOS MÉDICO-LEGALES
REALIZADOS EN DENUNCIAS POR ABUSO SEXUAL INFANTIL, EN EL
SEMEFO DE NAUCALPAN DE JUÁREZ”**

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN
SOCIOMÉDICA.**

**PRESENTADO POR
DRA. KARINA ÁLVAREZ MILLÁN.**

**PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA LEGAL.**

**DIRECTORA DE TESIS
DRA. ANGÉLICA ÁVILA SÁNCHEZ.**

2013



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**“CONCLUSIONES EMITIDAS EN CERTIFICADOS MÉDICO-LEGALES
REALIZADOS EN DENUNCIAS POR ABUSO SEXUAL INFANTIL, EN EL
SEMEFO DE NAUCALPAN DE JUÁREZ”**

AUTOR: DRA. KARINA ÁLVAREZ MILLÁN.

Vo. Bo.

DR. VICTOR HUGO SOTO FLORES.

Profesor Titular del Curso de
Especialización en Medicina Legal.

Vo. Bo.

DR. ANTONIO FRAGA MOURET

Director de Educación e Investigación

**“CONCLUSIONES EMITIDAS EN CERTIFICADOS MÉDICO-LEGALES
REALIZADOS EN DENUNCIAS POR ABUSO SEXUAL INFANTIL, EN EL
SEMEFO DE NAUCALPAN DE JUÁREZ”**

DRA. KARINA ÁLVAREZ MILLÁN.

Vo. Bo.

DRA. ANGÉLICA ÁVILA SÁNCHEZ

Directora de Tesis
Médico Legista, Coordinadora del Servicio Médico Forense
en la zona de Tlalnepantla de Baz

AGRADECIMIENTOS

A...

Dios, por iluminar mi camino día a día...

A mi esposo, Miguel, por su amor y apoyo incondicional...

A mi madre y mis hermanos por su apoyo y cariño...

Al Dr. Federico Lazcano Ramírez, Jefe de la Unidad Departamental de Investigación de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, por su paciencia y valiosa ayuda para la realización del presente trabajo.

Al Dr. Atenodoro Valencia Baños, por enseñarme a enfrentar el más grande de mis problemas, sin su ayuda no estaría de pie concluyendo este proyecto...

A la Dra. Angélica Ávila Sánchez, Médico Legista y Coordinadora del Servicio Médico Forense en la zona de Tlalnepantla de Baz, por la asesoría brindada...

A todos mis profesores de la Especialidad de Medicina Legal, que contribuyeron a mi formación profesional...

ÍNDICE

RESUMEN

Introducción.....	1
Material y Métodos.....	19
Resultados.....	22
Interpretación de Resultados.....	28
Discusión.....	37
Conclusiones.....	48
Recomendaciones.....	50
Referencias Bibliográficas.....	52

Anexos

RESUMEN.

OBJETIVO: Evaluar la correlación entre las conclusiones y la experiencia, capacitación y habilidad en el interrogatorio y exploración de la probable víctima, exhibidos por el médico legista, y suscritos en los certificados medico legales emitidos en casos de denuncias por abuso sexual infantil en menores de 18 años, en el SEMEFO de Naucalpan de Juárez, en el periodo comprendido del 01 de marzo de 2009 al 28 de febrero de 2010.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo. El Universo de estudio fue de tipo finito, obtenido por el análisis de los Certificados Medico Legales emitidos en los casos de denuncias por abuso sexual infantil en menores de 18 años en el Servicio Médico Forense del municipio de Naucalpan, Estado de México, en el periodo comprendido del 01 de marzo de 2009 al 28 de Febrero del 2010.

RESULTADOS: se pudo observar que desde un lactante hasta un adolescente puede ser víctima de abuso sexual infantil. El grupo de edad de 10 a 14 años fue el más representativo en número, así mismo hubo prevalencia del sexo femenino sobre el masculino en todos los grupos de edad. De los 21 hallazgos objetivos considerados en el presente estudio sólo se alcanzó un máximo de seis en cuatro certificados, lo que conllevó a deficiencias en la emisión de las conclusiones. Los hallazgos subjetivos fueron poco identificados en los menores víctimas de abuso sexual. En la mayoría de los certificados no se encontró relación entre los hallazgos objetivos y las conclusiones emitidas en

los certificados, es decir, los hallazgos objetivos no se reflejaron en las conclusiones y las conclusiones no tuvieron sustento en los hallazgos objetivos. Se hizo evidente la falta de experiencia, capacitación y habilidad en el interrogatorio y exploración de la probable víctima, por parte del Médico Legista.

CONCLUSIONES: La gran mayoría de los certificados medico legales analizados carecen de elementos suficientes para dar sustento a sus conclusiones, así como sus mismas conclusiones no son sustentables, contundentes ni claras. Por lo que los certificados medico legales analizados no cumplieron los requisitos para ser un elemento auxiliar útil en la tipificación de un delito. Por lo anterior es necesaria la actualización constante de la normatividad, así como la capacitación continua de los médicos legistas en el tema que nos compete.

PALABRAS CLAVE: hallazgo objetivo, hallazgo subjetivo, conclusiones, tipificación del delito.

INTRODUCCION.

Desde su origen, una de las características distintivas del hombre ha sido la tendencia sistemática a agredir a sus congéneres; en este contexto, los menores no están exentos.

Actualmente se cuenta con información que permite afirmar que el maltrato a menores ocurre desde que la especie humana se encuentra en la faz de la tierra. Por lo tanto, debe entenderse y aceptarse que este es un fenómeno tan antiguo como la humanidad y no una característica peculiar de la sociedad moderna.

El abuso y maltrato infantil son un problema que compete a todos los países del mundo. Es importante señalar que la Declaración de los Derechos del niño en su Artículo 9° señala que “el niño debe ser protegido contra toda forma de abandono, crueldad y explotación. No será objeto de ningún tipo de trata...”¹; así mismo la Convención sobre los Derechos del Niño, establece en su 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, incluso el abuso sexual, mientras el niño se encuentre bajo la custodia de los padres, de un representante legal o de cualquier otra persona que lo tenga a su cargo”².

¹ Declaración de los derechos de los niños, niñas y adolescentes.

² Convención sobre los Derechos del Niño.

Sin embargo, este problema está presente tanto en países del primer mundo, como aquellos en vías de desarrollo. En México a partir de 1999, instituciones como el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) y el Instituto Nacional de Estadística Geográfica e Informática (INEGI) llevan un registro de las causas denunciadas y detectadas para poner de manifiesto que la problemática existe y que por desgracia va en crecimiento.

México ocupa el primer lugar en violencia física, abuso sexual y homicidios de menores de 14 años entre los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE).

Y en este sentido, hablaremos de una de las formas graves del maltrato infantil el "Abuso Sexual". El concepto y las formas existentes del abuso sexual a infantes son todavía motivo de controversia. The National Center for Child Abuse and Neglect ofrece el concepto sobre Abuso Sexual de niños como: "el contacto e interacción entre un niño y un adulto, cuando el adulto (agresor) usa al niño para estimularse sexualmente él mismo, al niño o a otra persona. Puede también ser perpetrado por un individuo menor de 18 años, cuando éste es significativamente mayor que el niño (víctima) o cuando el (agresor) está en una posición de poder o de control sobre el menor".

En la Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado el Abuso Sexual constituye una interacción sexual que puede o no ser física, entre un niño y un

individuo de una edad mayor, quien lo utiliza en forma violenta, con engaño o seducción, para su estimulación sexual, la del menor o la de otro (s).

El contacto puede ser de distintas formas: digito-genital, oral-genital, genito-genital y las mismas variantes de contacto anal. También incluye abusos sin contactos, como: exhibicionismo, “voyerismo” y la participación cada vez más difundida de niños(as) en actividades pornográficas y en la prostitución.

Desde el punto de vista médico legal el abuso sexual es la exposición de un niño a experiencias sexuales que son inapropiadas para su nivel de desarrollo físico y emocional, en forma correctiva e iniciado con el propósito de la gratificación sexual de un adulto. Tomando en cuenta el contacto físico se puede dar lo siguiente:

1.- Abuso sexual con contacto físico. Todas aquellas formas de agresión sexual en las que el agresor físicamente toca al niño. Entre éstas se encuentra el tocamiento de cualquier área corporal del menor, la penetración anal y/o vaginal, el sexo oral y el uso del menor para la excitación del agresor. En la mayoría de los casos no existe evidencia física que pueda ser útil para el diagnóstico, por lo que su ausencia no lo excluye.

2.- Abuso sexual sin contacto físico. Incluye las formas en las que el niño es utilizado para excitar al agresor o a terceras personas, como el uso del menor para la producción de material pornográfico, el voyerismo y el exhibicionismo del agresor.

La frecuencia del fenómeno no es precisa en México, su prevalencia se desconoce, probablemente es elevada, pero no se notifica; actualmente se considera como un problema de salud pública que afecta a la población infantil y adolescente sin respetar edad, sexo, clase socioeconómica o distribución geográfica.

En la Ciudad de México, según cifras de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal, hay un promedio de 300 denuncias mensuales de delitos sexuales; aproximadamente en la mitad de los casos, las víctimas son menores de edad y en más de 70%, son menores de 20 años.

Por lo expuesto es evidente que hoy en día es uno de los casos más críticos por los que atraviesa la sociedad. Cada día son más las publicaciones y anuncios en los periódicos por casos de violaciones y agresiones físicas; donde los casos más reportados son de niñas y mujeres, siendo el promedio de edad de 5.7 años, reveló Ruth González Serratos, especialista de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), y en su ponencia Síndrome Postraumático Inmediato y Mediato en Menores y Sobrevivientes de Violencia Sexual en la Infancia.

Al igual se afirma que una de cada 4 niñas es abusada de manera sexual antes de cumplir 18 años y, en los niños, es uno de cada 6 niños. Y el 35% de los casos es por algún miembro de su familia (el hermano 19%; el padrastro 18%; el tío 16% o y el padre 15%).

En los claroscuros legislativos, como llaman los investigadores a la falta de reglamentos reales y contundentes en las legislaciones estatales, se sostiene por ende, que en México, el abuso sexual, es el tipo de maltrato infantil, que menos se ha documentado en los ámbitos médicos, sociales y legales, a pesar de que la frecuencia de casos es cada vez mayor; sin embargo, son pocos los casos que se denuncian y cuando lo hacen, es cuando entra en juego la intervención del perito Médico Legista o Forense.

Por lo que cabe referir que el SEMEFO (Servicio Médico Forense) del Municipio de Naucalpan, lugar donde se realizó el presente estudio, tiene como objetivo auxiliar a las autoridades en la procuración e impartición de justicia. Para ello cuenta con peritos Médico-Forenses o Legistas, cuya función es la de analizar las evidencias que se tienen y llevar a cabo todas las diligencias necesarias, con el fin de emitir juicios que servirán a la autoridad en la confirmación o no de un hecho ilícito, en este caso el abuso sexual infantil. “Para alcanzar sus objetivos, éstos peritos deben conocer e interpretar correctamente, los preceptos legales en que se establecen conceptos o razonamientos que requieren para su integración, acreditación y aplicación del conocimiento técnico científico de ellos y así, proporcionar los elementos objetivos o externos determinados en el cuerpo de delitos, faltas administrativas o en cualquier otra norma, independientemente de su ámbito jurisdiccional”³.

³ García Garduza, Ismael. *Procedimiento Pericial Médico-Forense*. 3ª. Edición; México, Editorial Porrúa, 2009.

En su condición de perito, el médico legista está facultado dentro de su rama del conocimiento a emitir opiniones, es decir, una prueba pericial, ésta “es una actividad procesal encaminada a la demostración de la existencia de un hecho o acto, o de su inexistencia, resultado de la actividad de referencia, cuando ha sido eficaz”⁴.

“La finalidad de la prueba pericial es que el perito designado aporte elementos reales y objetivos referentes a la materia en la que se le requiera y en la que es experto, para que el juzgador cuente con mayores elementos para dictar una sentencia justa y apegada a derecho”⁵.

Fundamentado en todo lo anterior referido, tenemos que, en el caso de denuncias por abuso sexual infantil, la prueba pericial que aportara el Médico Legista o Forense, para auxiliar al Agente del Ministerio Público, en el caso mérito de estudio, será el Certificado Médico Legal y dentro de éste tendrán mayor relevancia las conclusiones emitidas.

“La denominación de Certificado proviene del latín “certificatio” (cierto, seguro, indudable) y es un testimonio escrito de un hecho después de haberlo comprobado, ajustado solamente a una regla a saber, que: **“debe ser expresión de escrita verdad”**⁶.

⁴ Carrillo Fabela, Luz. *La Responsabilidad Profesional del Médico en México*. 6ª. Edición; México, Editorial Porrúa, 2009.

⁵ Tesis 1.8ª. C.20K, Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta Novena Época, Tomo V, Febrero de 1997.

⁶ García Garduza, Ismael. *Procedimiento Pericial Médico-Forense*.

En el artículo 388 de La Ley General de Salud se define a los certificados de la siguiente manera: “para los efectos de esta ley, se entiende por certificado la constancia expedida con los términos que establezcan las autoridades sanitarias competentes, para la comprobación o información de determinados hecho.”

En el caso del Estado de México el certificado médico legal realizado en casos de denuncias por abuso sexual infantil, incluirá el examen ginecológico, proctológico y determinación de edad clínica probable, del menor. El objetivo del certificado médico legal será el de ratificar o descartar la existencia de un atentado mediante: a) la evidencia de violencia física (si la hubo) en el cuerpo y ropas de la víctima; b) lesiones genitales; c) la recolección de tejidos orgánicos o secreciones para la identificación del agresor; d) llevar a cabo medidas de protección a la víctima como son; el tratamiento de las lesiones, de enfermedades venéreas y la detección por infección de VIH, diagnóstico oportuno de un embarazo.

En tal virtud, el Perito médico legista debe de conocer cuáles son los parámetros que deben ser observados y anotados en su certificado médico legal, para su correcta realización y para poder fundamentar su conclusión, la cual servirá como elemento de suma importancia en la tipificación del delito.

“La Procuraduría General de Justicia del Estado de México en el Departamento de Servicio Médico Forense del Instituto de Servicios Periciales cuentan con

una “Guía General de Exploración Médico Legal para la Elaboración de Certificados Médicos” y la “Guía Técnica para la Determinación de Edad”; publicadas en la Gaceta del Gobierno del Estado de México de fecha 27 de Abril de 2010.

En el servicio de Medicina Forense de Naucalpan de Juárez donde se llevó a cabo el estudio en mención cuenta con un informe de junta mensual (ANEXO 4) de lugar y fecha: Tlalnepantla de Baz, México a 1 de octubre de 1997; expedido por la Dirección de Servicios Periciales Tlalnepantla; en el que se establece la forma de realizar las certificaciones solicitadas en relación a delitos sexuales, que a la fecha sigue siendo la base para la elaboración de dichos certificados.

En este sentido, sabemos que en la mayoría de las legislaciones mexicanas, el abuso sexual está adecuadamente tipificado contemplando como agravantes, la edad del niño y la relación de custodia o filiación del victimario con el mismo. Sin embargo, la práctica exhibe diversas dificultades para demostrar la existencia de un abuso sexual cuando no existen huellas físicas de la misma.

Por lo tanto, el análisis de estos casos, resulta muy importante, y requiere que el Perito Médico Legista que efectúe el estudio de la víctima, tenga la capacidad y el profesionalismo necesarios para eludir errores en el diagnóstico y así evitar violar los derechos humanos de las personas.

En todo caso, el diagnóstico médico-forense de abuso sexual de niñas y niños generalmente constituye un difícil desafío. Y las consecuencias de un error

pericial en la materia son tan graves cuando se pasa por alto el abuso sexual como cuando se realiza su diagnóstico erróneo.

En este sentido el examen físico para probar que un delito sexual ha ocurrido ha sido una de las tareas medulares en la práctica médico legal desde el inicio de la medicina forense clínica. Y aunque la mayoría de hallazgos en caso de abuso sexual son normales o inespecíficos, los hallazgos médicos positivos continúan siendo el factor más importante en las investigaciones de estos delitos, ya que con base a éstos son emitidas las conclusiones.

Para ello se cuenta con la Clasificación De Los Hallazgos De Exploración Anogenital. Que orienta al Médico Legista o Forense a determinar si un hallazgo es normal, no específico, sospechoso de Abuso Sexual (AS), sugestivo de AS o Confirmatorio de Penetración y así fundamentar la conclusión con el hallazgo.

Hallazgos Normales (Clase 1).

- Eritema en surcos.
- Cambios hormonales (estrogénicos) con himen redundante y borde engrosados.
- Bandeletas periuretrales o vestibulares.
- Arrugas, crestas longitudinales intravaginales.
- Marcas en himen.
- Orificio de himen alargado en niñas obesas.
- Margen de himen posterior amplio (entre 1 y 2mm)

- Marcas perianales.
- Diástasis del ano.
- Pliegues engrosados en la línea media.
-

Hallazgos no Específicos (Clase 2).

Anormalidades de la región anogenital que pueden ser debidas a abuso sexual, pero que se observan a menudo en niños (as) sin antecedentes de AS.

- Eritema del vestíbulo o perianal.
- Aumento de vascularidad del vestíbulo o del himen.
- Fusión de labios menores.
- Bordes del himen enrollados, sobre todo en posición genupectoral.
- Margen del himen posterior reducido, pero mayor de 1mm.
- Descargas vaginales, debidas a infecciones no debidas a transmisión sexual.
- Lesiones por el virus del papiloma humano (VPH) en niñas (os) menores de dos años.
- Carúnculas, muescas y hendiduras en los cuadrantes superiores del himen (entre las 9 y 3 horas).
- Pliegues anales atenuados, o al contrario, engrosados.
- Fisuras anales superficiales.
- Congestión venosa de tejidos anales o perianales.
- Dilatación anal con evidencia de heces en ámpula rectal.

- Incontinencia fecal.

Hallazgos Sospechosos de AS (Clase 3).

- Raros en niños (as) sin antecedentes de AS, comunes en víctimas de AS. Si se encuentran 2, 3 o más de ellos, se convierte en clase 4.
- Diámetro del orificio del himen aumentado, mayor de 2 desviaciones estándar de lo normal; mayor de 4 a 10mm, dependiendo de la edad.
- Abrasiones, laceraciones o evidencias de cicatrices en la cara interna de muslos, del vestíbulo o de los labios.
- Margen posterior del himen posterior atenuado o reducido; menor de 1mm.
- Bordes del himen irregulares (en himen no redundante).
- Carúnculas, muescas y escotaduras del himen en el semicuartante posterior entre las 4 y 8 horas.
- Lesiones por VPH en niñas (os) mayores de 2 años.
- Pliegues anales irregulares; edema o congestión venosa extensa de tejidos anales o perianales.
- Dilatación anal inmediata, por lo menos 15mm, sin evidencia de heces en ampolla rectal.

Hallazgos Sugestivos de AS (Clase 4).

La explicación más probable es la penetración genital o anal.

- Equimosis, laceraciones recientes o lesiones cicatriciales de fosa navicular, horquilla posterior, de bordes del himen o de ambos, sin historia de trauma accidental.
- Distorsión del borde del himen, especialmente entre las 4 y 8 horas del cuadrante.
- Atenuación pronunciada o ausencia parcial de tejido del himen.
- Laceraciones anales.
- Dilatación anal inmediata, mayor de 15mm, especialmente si es simétrica, sin presencia de heces en recto.
- Prolapso anal inmediato.
- Cualquier combinación de 2,3 o más hallazgos de la Clase 3.

Hallazgos Confirmatorios de Penetración (Clase 5); evidencias definitivas de AS con penetración.

- Ausencia completa del himen.
- Laceraciones de himen y paredes vaginales.
- Laceraciones anorectales que se extienden al esfínter externo.
- Presencia de semen.
- Embarazo.

Sin embargo, contrario a lo que las autoridades esperarían, en la edad pediátrica, la exploración física del área anogenital después de un abuso puede no mostrar anomalías en un porcentaje que varía entre 16 y 85% de las niñas y 47 a 76% de los niños examinados, aún en casos confirmados de abuso

sexual. La frecuencia de traumas o lesiones genitales documentadas se reduce de 36% si la exploración se realiza dentro de las primeras 72 horas del abuso al 11% si se hace después de tres días.

En particular, dentro de lo que involucra el realizar un certificado médico legal en casos de abuso sexual infantil la exploración de los genitales externos y del área perianal representa un reto para el médico legista. Debido a que los hallazgos de la exploración genital dependerán de una serie de elementos como son: la extrema variabilidad en la morfología normal de los genitales, especialmente prepuberales; la posición y la técnica de exploración; la edad de la víctima, con las diferencias en la morfología y el grado de estimulación estrogénica de los genitales; el tipo de abuso, desde la manipulación digital hasta la penetración o coito; el tiempo transcurrido desde la agresión y la cronicidad o no del abuso; y de igual forma todos estos factores influyen a su vez en la emisión de una conclusión concreta y correcta.

Como se había mencionado en la práctica médico-legal es muy raro encontrar signos específicos que permitan hacer diagnóstico de abuso sexual en un menor. No obstante, en ocasiones se encuentran elementos de alta especificidad que permiten por sí mismos hacer el diagnóstico o acercarlo sustancialmente por ejemplo: Gravidez.

Por lo tanto, los hallazgos genitales relevantes para el diagnóstico no son lo más frecuente en el abuso sexual, pero sí lo más importante, cuando existen,

pues adquieren gran importancia por su elevada especificidad. Y éstos son aquellos compatibles con haber sido consecuencia de la penetración del pene o por otra forma de abuso empleada.

- Signos en el himen: Los desgarros himeneales son una evidencia de penetración, por lo que son un signo relevante y de una alta especificidad.
- Otro tipo de lesiones genitales traumáticas relevantes son los desgarros y las contusiones vulvares (introito, horquilla, clítoris, labios menores, meato uretral) causadas por maniobras de frotamiento, tocamiento o intento de penetración.
- Lesiones genitales en niños varones: Es una eventualidad bastante rara. Se han descrito varias lesiones de pene y escroto (edema, equimosis, mordeduras, cicatrices) causadas por abuso sexual. También puede presentarse exudado uretral u otras manifestaciones clínicas o de laboratorio de una infección de transmisión sexual.
- Signos anales relevantes. Para lo que atañe a los hallazgos anales en casos de sospecha de abuso sexual de niños y niñas caben algunas consideraciones similares a las realizadas respecto a las lesiones genitales. El abuso sexual suele ocurrir con indemnidad de la región anal y, paralelamente, existe una variedad de lesiones anales y/o rectales que no guardan relación

alguna con abuso. Al igual que las lesiones genitales, pueden curar sin dejar secuelas. Otro aspecto a tener bien presente es la posibilidad de variantes anatómicas del ano, sin ningún significado patológico que, sin embargo, pueden inducir a error. El llamado “ano entreabierto” (al flexionar los muslos sobre el tórax se puede visualizar el ano y el canal anal) es un hallazgo bastante común en niños normales no abusados. El “ano en embudo”, que algunos textos clásicos consideraban signo de pederastia pasiva crónica, no tiene ningún valor –como dato aislado- para afirmar o descartar que haya existido actividad sexual por la vía anal. Sin embargo, tienen un valor para el diagnóstico cuando están asociadas a otros hallazgos como borramiento de los pliegues radiados, equimosis perianal, desgarro anal, disfunción esfinteriana o alegación del niño o la niña.

- Esfínter anal: La penetración anal aguda o crónica puede dar lugar a trastornos funcionales del esfínter anal. En los casos de penetración aguda suele acompañarse de lesiones traumáticas verificables a la inspección, tales como eritema, edema, equimosis o desgarro. Si el niño o la niña fue reiteradamente sodomizado puede encontrarse un engrosamiento de la piel perianal. La penetración ano-rectal podrá causar o no lesiones traumáticas en función de cómo se combinen las siguientes:

- Grado de la desproporción anatómica.
- Grado de brusquedad de la penetración.
- Existencia o no de maniobras previas de dilatación.
- Uso o no de lubricación.
- Pasividad o resistencia de la víctima.

Cuando se emite una conclusión que ayuda a descartar o ratificar un atentado sexual, la capacidad, la ética y el conocimiento integral de todos los parámetros de estudio antes referidos, por parte de los Peritos, es fundamental para arribar a un diagnóstico correcto y así contribuir en la adecuada resolución de un expediente y evitar la sobrevictimización de un supuesto agresor

Finalmente es necesario señalar que entre las mayores exigencias sociales se encuentra la necesidad de seguridad, el respeto al orden jurídico y, por ende, de una buena procuración de justicia. En este sentido, el Perito Médico Forense o Legista, como auxiliar directo del Ministerio Público, desempeña un papel fundamental en la investigación científica de los delitos y como auxiliar en la correcta administración de justicia. De la calidad de su trabajo y de la oportunidad de las intervenciones especializadas que emite, depende en gran medida el dilucidar la verdad de los hechos ya cometidos constitutivos de delito.

En este sentido, la labor que desempeñan resulta de gran valía para la procuración de justicia.

Los peritos médicos deben efectuar las pruebas periciales conducentes mediante el certificado médico legal (ginecológico, proctológico y de edad clínica probable), debiendo conocer cuáles son los parámetros que deben ser observados y anotados para fundamentar su conclusión y así aportar los elementos que apoyen al agente del Ministerio Público para integrar el cuerpo del delito y, además determine o descarte la responsabilidad del supuesto agresor. De ahí la importancia de la utilidad que representa una conclusión elaborada de forma adecuada y fundamentada, como elemento útil para la procuración de justicia.

Si bien es cierto que el diagnóstico de una agresión sexual o abuso es difícil, sobre todo en menores de edad, debido a que con frecuencia puede estar basado sólo en la historia del menor. Y Aunque la mayoría de hallazgos en caso de abuso sexual son normales o inespecíficos, los hallazgos médicos relevantes señalados en párrafos anteriores, plasmados en el certificado médico legal continúan siendo el factor más importante en las investigaciones de estos delitos. De aquí la importancia de cuáles son las conclusiones emitidas en estos casos y que porcentaje de éstas son sugerentes de abuso sexual infantil.

Todo esto nos llevo a realizar el presente estudio con el objetivo de conocer *Qué nivel de consistencia presenta las conclusiones, en correlación con la experiencia, capacitación y habilidad en el interrogatorio y exploración de la probable víctima, emitidas en los Certificados Médico Legales realizados por denuncias de abuso sexual infantil en menores de 18 años, en el Servicio Médico Forense del Centro de Justicia del Municipio de Naucalpan de Juárez, Estado de México, durante el periodo del 01 de marzo de 2009 a 28 de febrero de 2010*

Y con la finalidad ser un instrumento de referencia en la toma de decisiones en materia de prevención, control y eliminación de errores en la emisión de conclusiones en los certificados médico legales en los casos de abuso sexual infantil, priorizando la frecuencia con que se llega a tener una conclusión sugerente de abuso sexual infantil.

Así mismo ayudar a comprender que la actuación médico legal, no se ha de enfocar en las calificaciones jurídicas del delito, sino que se han de procurar aquellos elementos de prueba derivados de su adecuada intervención que, posteriormente, si permitirán dicha calificación.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo. El Universo de estudio fue de tipo finito, obtenido por el análisis de los Certificados Médico Legales emitidos en los casos de denuncias por abuso sexual infantil en menores de 18 años en el Servicio Médico Forense del Municipio de Naucalpan, Estado de México, en el periodo comprendido del 01 de marzo de 2009 al 28 de febrero de 2010. Considerándose como criterios de no inclusión Certificados Médico Legales emitidos en los casos de denuncias por abuso sexual infantil en menores de 18 años en el Servicio Médico Forense del municipio de Naucalpan, Estado de México, en el periodo comprendido del 01 de marzo de 2009 al 28 de Febrero del 2010 de menores que provenían de otro municipio y en los que no se autorizó la exploración médico legal del menor.

En ese tenor se obtuvo para el estudio una muestra de 104 Certificados Médico Legales (ginecológico, proctológico, lesiones y edad clínica), procedentes de casos de denuncias por abuso sexual infantil, en el Servicio Médico Forense de Naucalpan de Juárez en los tres turnos, en un periodo que va del 01 de marzo de 2009 al 28 de febrero de 2010.

Las variables complejas fueron: 1.- hallazgos objetivo, calificándose como presencia o ausencia de himen íntegro, dilatación himeneal que no corresponde a la edad, desgarramiento himeneal antiguo, desgarramiento himeneal reciente, equimosis himeneales, desgarramiento anal antiguo, desgarramiento anal reciente, contusiones o desgarramientos de vulva, horquilla o fosa navicular, contusiones o desgarramientos

vaginales, secreciones transvaginales, pérdida del tono del esfínter anal, borramiento de pliegues radiados, eritema, edema o equimosis anal, contusiones o desgarros perineales, equimosis o hematomas pubianos, equimosis o hematomas en cara interna de muslos, lesiones en glúteos, sin lesiones extragenitales, equimosis o hematomas extragenitales, excoriaciones extragenitales y heridas extragenitales.

2.- hallazgos subjetivos, calificándose como la presencia o ausencia de las características subjetivas encontradas en la personalidad de la víctima tales como nerviosismo, llanto, miedo, retraimiento, obnubilación, cólera, hostilidad, agresividad, replegamiento, verbalización, defensividad, vergüenza y sentimientos de culpa.

3.- conclusiones, calificándose como presencia o ausencia de los rubros de condición psicofísica, con o sin lesiones, edad clínica probable, sin desfloración, desfloración reciente, desfloración antigua, con o sin datos de coito reciente, con o sin datos de manipulación, condición puberal, con o sin datos de embarazo, con o sin datos de enfermedad de transmisión sexual y toma de muestras.

Las variables de contexto fueron: Edad, calificándola de 0 a 17 años 11 meses 30 días; sexo, ya sea masculino o femenino: fecha, determinada por la fecha en que se realizó el certificado médico legal; y turno, ya sea matutino, vespertino o nocturno.

La recolección de los datos se llevo a cabo directamente de los certificados medico legales merito de estudio (Anexo 1), en una cedula de recolección de datos planificada para el presente estudio (Anexo 2), posteriormente de la información recabada se realizó una base de datos en el programa Microsoft Excel y Epi Info 6.0.4.d, los datos se presentan en cuadros y gráficas, realizando una análisis estadístico descriptivo, con medidas de resumen para estudios descriptivos con variables cuantitativas: tendencia central (media, mediana, moda) y dispersión (rango, desviación estándar, varianza); y estudios descriptivos con variables cualitativas: distribución de frecuencias, proporciones y percentiles. De acuerdo al aspecto ético y de bioseguridad, por el tipo de investigación, área de estudio y aplicación se considero como una investigación sin riesgo.

RESULTADOS.

Se obtuvo un total de 104 Certificados Médico - Legales (ginecológico, proctológico, lesiones y edad clínica), procedentes de casos de denuncias por abuso sexual infantil, en el Servicio Médico Forense de Naucalpan de Juárez en los tres turnos, en un periodo que va del 01 de marzo de 2009 al 28 de febrero de 2010.

Con la evaluación de los 104 certificados, se apreció que el rango de edad de las probables víctimas al momento de ser examinadas fue desde seis meses hasta 16 años, la distribución del número de casos por edad se muestra en la Gráfica 1, en la que se pudo apreciar que la edad de 14 años presentó el mayor número de casos con 18 lo que representa 17%; el menor número se presentó en las de seis meses y dos años con un caso, que representa 1%; con una media de 10.4 y desviación estándar de 4.0. (Tabla 1.1).

Se conformaron grupos de edad a partir de la media y desviación estándar de la muestra, quedando de la siguiente manera: menores de 6 años, de 6 a 9 años, de 10 a 14 años y de 15 años y más.

En la Gráfica 2, se observa que el grupo de 10 a 14 años fue el más representado con 54 (52%), de los cuales 53 fueron femeninos y un masculino; el grupo de menores de 6 años se conformó por 17 (16%), con 16 femeninos y un masculino, el de 6 a 9 años con 19 (18%), con 18 femeninos y un masculino y el de 15 años y más con 14 (13%) todos del sexo femenino.

Al analizar la distribución según grupo de edad y mes al momento de la denuncia que se exhibe en la Gráfica 3, se encontró que el mes de Agosto fue el de mayor número de casos con 23 (22%), en este, el grupo de edad más representado fue el de 10 a 14 años con 14 (13%); y el menos el de mayores de 15 con 1(1%). Febrero obtuvo el menor número con 4 (4%) y en éste el grupo de edad que predomino fue el de mayores de 15 años con 2 (2%) y el menos el de seis a nueve con 1 (1%). En el mes de octubre no se presento ningún caso.

Enero presento 9 (8.5%) predominando el grupo de 10 a 14 con 4, Marzo 6 (6%) con predominio del grupo de 10 a 14 años con 5, Abril 5 (5%) con predominio del grupo de 10 a 14 con 3, Mayo 8 (7.6%) con predominio de los grupos de 6 a 9 y el de 10 a 14 con 3 cada uno, Junio 14 (13%) con predominio del grupo de 10 a 14 con 8, Julio 8 (7.6%) con predominio del grupo de 10 a 14 con 3, Septiembre 9 (8.5%) con predominio de los grupos de 10 a 14 y mayores de 15 con 3 cada uno, Noviembre 7 (7%) con predominio de los grupos de menores de 6 y de 10 a 14 con 3 cada uno; y Diciembre 6 (6%) con predominio del grupo de 10 a 14 años con 4.

La distribución según grupo de edad y turno al momento de la denuncia (Gráfica 4) mostro que el turno con mayor número de casos fue el vespertino con 42 (40%), en este el grupo de edad que predomino fue el de 10 a 14 con 20 (9%), seguida del grupo de menores de 6 con 9 (8.6%), el de 6 a 9 con 7 (7%) y el de mayores de 15 con 6 (6%); y el turno con menor número fue el nocturno con 27 (26%), en el cual predomino el grupo de edad de 10 a 14 años con 13 (12.5%),

seguido del de 6 a 9 con 7 (7%), menos de 6 con 4 (4%) y mayor de 15 con 3 (3%).

Los siguientes resultados se refieren a los criterios sustantivos. Siendo los primeros “hallazgos objetivos”.

En los 104 certificados se encontró por lo menos un hallazgo, siendo el más frecuente “sin lesiones externas” con 42%, seguido del “desgarro himeneal antiguo” con 23% y los menos frecuentes “borramiento de pliegues radiados”, “desgarro himeneal reciente”, “equimosis o hematomas pubianos”, “equimosis himeneales” y “excoriaciones extragenitales”, con el mismo porcentaje (1%). (Gráfica 5).

En 97 se obtuvieron dos hallazgos, de éstos “himen íntegro” fue el más frecuente con 43%, seguido en frecuencia “sin lesiones externas” con 13%; y los de menor frecuencia “contusiones o desgarros vaginales”, “desgarro anal reciente”, “eritema, edema o equimosis anal” y “lesiones en glúteo”, todos con 1%. (Gráfica 6).

53 certificados exhibieron tres hallazgos y de éstos el de mayor frecuencia fue “secreción transvaginal” (42%), seguido de “himen íntegro” (15%) y con menor frecuencia “contusiones o desgarros vaginales”, “equimosis himeneales” y “eritema, edema o equimosis anal” con 2% cada uno. (Gráfica 7).

22 de éstos presentaron cuatro hallazgos, con mayor frecuencia el de “contusiones o desgarros perineales” (18%), siguiendo los de “desgarro

himeneal reciente” y “perdida del tono del esfínter anal” con 14% cada uno, así como “desgarro anal reciente”, “equimosis o hematomas en cara interna de muslos”, “equimosis, hematomas extragenitales”, “excoriaciones extragenitales” y “secreción transvaginal” con 9% cada una; y los menos frecuentes “himen íntegro”, y “eritema, edema o equimosis anal” con 5% cada uno. (Gráfica 8).

Nueve de éstos mostraron cinco hallazgos; “himen íntegro”, “desgarro anal antiguo” y “desgarro himeneal reciente”, fueron los más frecuentes con 22% cada uno; y “contusiones o desgarros perineales”, “equimosis o hematomas en cara interna de muslos” y “lesiones en glúteos” los menos frecuentes con 11% cada uno. (Gráfica 9).

Por último sólo cuatro presentaron seis hallazgos distribuidos de la siguiente forma: “heridas extragenitales” 50%; “desgarro anal antiguo” y “pérdida del tono del esfínter anal” con 25% cada uno. (Gráfica 10).

Los resultados del segundo criterio sustantivo “hallazgos subjetivos” encontrados en los certificados medico legales fueron los siguientes:

En doce certificados se presento un hallazgo subjetivo, siendo el de mayor frecuencia el “llanto” con 42%, seguido de “hostilidad” con 33% y nerviosismo con 17% siendo el menos frecuente “miedo” con 8%, (Gráfica 11);

Únicamente en 3 certificados se identificaron dos hallazgos subjetivos siendo éstos “miedo”, “nerviosismo” y “verbalización” con la misma frecuencia (33%). (Gráfica 12).

Finalmente los resultados de la categoría “conclusiones” emitidas en los certificados medico legales analizados mostraron lo siguiente:

En el total de los certificados (104) se obtuvo como primera conclusión más frecuente “condición psicofísica” con 84%, seguida de “con o sin lesiones” con 12%, “edad clínica probable con 4% y la menos frecuente fue “con o sin alteraciones anorectales” con 1%. (Gráfica 13);

Se encontró como segunda conclusión frecuente “con o sin lesiones” con 61%, seguida de “edad clínica probable” con 31%, “con o sin alteraciones anorectales” con 6%, “con o sin datos de coito reciente” con 2% y La menos frecuente “con o sin datos de embarazo” con 1%, (Gráfica 14);

Y como tercera conclusión más frecuente “edad clínica probable” con 54%, seguida de “con o sin alteraciones anorectales” y la menos frecuente “desfloración reciente” con 1%. (Gráfica 15).

En 92 certificados se encontró una cuarta conclusión, siendo la más frecuente “con o sin alteraciones anorectales” con 45%, seguida de “desfloración antigua” con 13% y la menos frecuente “toma de muestras” con 2%. (Gráfica 16).

79 presentaron cinco conclusiones de las cuales la más frecuente fue “con o sin datos de coito reciente” con 29%, seguida de “condición puberal” con 24%, “sin desfloración” con 23% y “con o sin alteraciones anorectales” con 14%; y las menos frecuentes “con o sin datos de enfermedades de transmisión sexual” con

6%, “con o sin datos de embarazo” con 3% y “toma de muestras” con 1%, (Gráfica 17).

La Gráfica 18 exhibe que 65 certificados presentaron una sexta conclusión, de éstas la más frecuente fue “con o sin datos de coito reciente” con 40% seguida de “condición puberal” con 37%; y la menos frecuente “toma de muestras” con 5%.

En los 43 certificados que presentaron una séptima conclusión fue más frecuente “condición puberal” con 56% y la menos frecuente “con o sin datos de enfermedades de transmisión sexual” con 9%. (Gráfica 19).

En 26 certificados se obtuvo una octava conclusión, donde se observó con mayor frecuencia “toma de muestras” con 39%, seguida de “con o sin datos de enfermedades de transmisión sexual” con 31%; y la menos frecuente “con o sin datos de manipulación” con 4%. (Gráfica 20);

Así mismo en los diez certificados que mostraron una novena conclusión la distribución fue la siguiente: “con o sin datos de enfermedades de transmisión sexual” con 70% y “toma de muestra” con 30%. (Gráfica 21).

Por último solo en seis certificados se observó una décima conclusión: “toma de muestra” con 83% y “con o sin datos de manipulación” con 17%. (Gráfica 22).

INTERPRETACION DE RESULTADOS.

El total de Certificados Médico Legales analizados ponen de manifiesto que la problemática del abuso sexual infantil existe y que por desgracia puede ir en crecimiento, aunque la frecuencia del fenómeno no es precisa en México.

El rango de edad de las probables víctimas de abuso sexual infantil al momento de ser examinadas de seis meses y dos años refleja la gravedad del problema ya que ofrece un panorama desalentador al dar cuenta de que cada vez se amplía el rango de edad de las personas vulnerables al abuso sexual infantil.

Al tener al grupo de edad de 10 a 14 años como el más representativo hace pensar en la relación que existe entre este grupo de edad y la edad a la que se inicia la vida sexual activa, que de acuerdo a la Encuesta Situación de la Familia y la Infancia en México, elaborada por el Centro de Estudios sociales y de Opinión Pública (CESOP) de la Cámara de Diputados, la cual destaca que el 15% de la población entrevistada entre 12 y 17 años declaró tener una vida sexual activa 84%, la iniciaron a los 15 años o antes y 32% reconocieron haber tenido su primera relación antes de esa edad. Y en base a esto se puede afirmar que se dan los casos en que al ser descubiertos tratan de encubrir el hecho diciendo que fueron víctimas de abuso sexual, en otros casos son las madres de familia las que al descubrir que sus hijas han iniciado su vida sexual activa y no estar de acuerdo con ello acuden a denunciar el abuso sexual, sobre

todo cuando estos adolescentes tienen sus relaciones sexuales con personas mayores.

Otro indicador importante de la gravedad del delito, es que se ve el predominio del sexo femenino sobre el masculino, lo que evidentemente expresa que aunque el menor del sexo masculino no está exento de ser víctima de abuso sexual, siguen siendo más los casos de violencia sexual hacia el sexo femenino. Como lo reveló Ruth González Serratos, especialista de la UNAM, en su ponencia Síndrome Postraumático Inmediato y Mediato en Menores y Sobrevivientes de Violencia Sexual en la Infancia "...Cada día son más las publicaciones y anuncios en los periódicos por casos de violaciones y agresiones físicas; donde los casos más reportados son de niñas y mujeres...", al igual se afirma que una de cada cuatro niñas es abusada de manera sexual antes de cumplir 18 años.

En el mes de Agosto se ubica el periodo vacacional que lo convierte en un mes con ciertas condiciones propicias para que se dé el delito, debido a que los menores permanecen más tiempo en casa y de acuerdo a estadísticas el 35% de casos es por algún miembro de su familia. Y por otra parte al tener tiempo libre los menores están más expuestos a realizar actividades fuera de casa, sobre todo en el caso de los adolescentes, y por lo tanto se vuelven vulnerables y al alcance de los agresores sexuales.

Los meses de Febrero y Octubre no necesariamente representan los meses con menor número de casos, ya que también existe la posibilidad de que en esos meses pueden haberse dado más casos los cuales no fueron denunciados con base en que, en México el abuso sexual, es el tipo de maltrato infantil que menos se ha documentado en los ámbitos médicos, sociales y legales, debido a que desafortunadamente en muchos casos no se notifican. Y de acuerdo a estadísticas gran parte de los menores revelan la situación sólo después que sus padres se han percatado; así únicamente en 20% de los casos se descubre el mismo día, 50% después de un mes y 32% después de seis meses.

El turno Vespertino abarca un horario que generalmente es más accesible para trasladarse a la Agencia del Ministerio Público y realizar la denuncia por el delito que nos ocupa; y refleja dos situaciones: la primera es que puede tratarse del momento en que se llevo a cabo el delito y se hizo la denuncia de forma inmediata o la segunda, tratarse únicamente del momento en que se realizó la denuncia, pues en muchas ocasiones la denuncia no se hace de inmediato.

Siguiendo con la interpretación, se contemplan los criterios sustantivos, y dentro de estos los primeros son los “hallazgos objetivos” encontrados en los certificados médicos legales evaluados. Estos hallazgos se obtienen a través del examen físico, el cual ha sido y es una de las tareas medulares en la práctica médico legal. Y aunque la mayoría de hallazgos en caso de abuso sexual son normales o inespecíficos, los hallazgos médicos positivos continúan

siendo el factor más importante en las investigaciones de estos delitos, ya que con base a estos son emitidas las conclusiones.

Dado que en el total de certificados medico legales se presento por lo menos un hallazgo, en la mayoría de éstos fue la ausencia de lesiones en el cuerpo (sin incluir la región genital) la que predomino; esto de primera instancia podría no ser considerado como hallazgo pues no es indicativo de abuso sexual, sin embargo, la ausencia de lesiones externas, es indicativo de que no existió agresión física, pero no quiere decir que no existió abuso sexual, pues debemos recordar que en muchos de los casos de abuso sexual no existen evidencias físicas de éste.

El segundo hallazgo en frecuencia fue “el desgarró himeneal antiguo” el cual indica que hubo penetración vía vaginal no reciente, lo cual podría hablar de un abuso sexual crónico.

Y en menor proporción tenemos: 1.- “borramiento de pliegues radiados”, referido en los Hallazgos no Específicos (Clase 2)de la Clasificación de los Hallazgos de Exploración Anogenital, considerado como Anormalidades de la región anogenital que pueden ser debidas a abuso sexual, pero que también se observan a menudo en niños(as) sin antecedentes de Abuso Sexual. Sin embargo cuando existe borramiento de pliegues radiados perianales así como la piel adelgazada y esto se asocia con cicatrices y fisuras, así como pérdida del tono del esfínter anal, generalmente significan cronicidad de Abuso Sexual.

2.- “desgarro himeneal reciente”, considerado en los Hallazgos Confirmatorios de Penetración (Clase 5) de la Clasificación de los Hallazgos de Exploración Anogenital; siendo estos hallazgos evidencias definitivas de Abuso Sexual con penetración, por lo que son un signo relevante y de una alta especificidad

3.- “equimosis o hematomas pubianos” y “equimosis himeneales”, referidas en los Hallazgos Sugestivos de AS (Clase 4) de la Clasificación de los Hallazgos de Exploración Anogenital, en los cuales la explicación más probable es que se trate de maniobras de frotamiento, tocamiento, intento de penetración o la misma penetración.

4.- “excoriaciones extragenitales”, que podemos encontrarlas en brazos, antebrazos, tórax o en cara y éstas pueden ser lesiones de defensa, es decir, ser producidas al oponerse al abuso sexual.

En los 97 certificados que presentaron un segundo hallazgo, en la mayoría de los casos se presentó el “himen integro” que al igual que “sin lesiones externas” podría verse no como hallazgo al no ser indicativo de abuso sexual y forma parte de la anatomía normal de una mujer que no ha tenido penetración vía vaginal, sin embargo, éste será indicativo de que no existió penetración vaginal ya que a cualquier edad, la integridad de la membrana himeneal (salvo los casos de los hímenes complacientes) descarta el coito vaginal, pero no así los otros tipos de abuso sexual que no necesariamente conllevan a la penetración vaginal. Seguido en frecuencia por el de “sin lesiones externas” ya referido en párrafos anteriores.

Del total de certificados, 53 exhibieron tres hallazgos; siendo el más frecuente “secreción transvaginal” contemplado en la Clase 2 (Hallazgos no Específicos), dentro de la Clasificación de los Hallazgos de Exploración Anogenital. Es decir, por si sola puede presentarse sin que sea indicativo de abuso sexual. Sólo cuando se asocia a otros hallazgos específicos de abuso sexual estaría indicando el abuso sexual. Seguida en frecuencia por “himen integro” el cual ya fue referido en párrafos anteriores.

De los cuatro hallazgos encontrados en 22 certificados, el que se presento en la mayoría de los casos fue “contusiones o desgarros perineales”, cuyo mecanismos de producción es similar al de las equimosis o hematomas pubianos o himeneales anteriormente descritos, e indica que existió violencia física y resistencia a la misma, o desproporción entre los genitales del agresor y la víctima. Seguida en frecuencia por “desgarro himeneal reciente” que ya fue referido en párrafos anteriores y “perdida del tono del esfínter anal”

Como ya se había hecho referencia cuando existe “pérdida del tono del esfínter anal” por si sólo o asociado a borramiento de pliegues radiados perianales y la piel adelgazada y esto se asocia con cicatrices y fisuras, generalmente significan cronicidad en el Abuso Sexual. Y esta “pérdida del tono del esfínter anal”. Se encuentra referida dentro de los Hallazgos Sugestivos de Abuso Sexual (Clase 4), de la Clasificación de los Hallazgos de Exploración Anogenital, donde la explicación más probable es la penetración anal.

En los nueve certificados que mostraron cinco hallazgos, en la mayoría de los reportes fueron “himen integro” y desgarro himeneal reciente” (ya referidos en

párrafos anteriores) y “desgarro anal antiguo” el cual se encuentra en los Hallazgos Sugestivos de Abuso Sexual (Clase 4), de la Clasificación de los Hallazgos de Exploración Anogenital, donde la explicación más probable es la penetración anal; De lo anterior se deriva que las cicatrices en región anal y las fisuras del mismo, así como la pérdida del tono del esfínter anal, generalmente significan cronicidad del Abuso Sexual.

Finalmente el máximo de hallazgos encontrados fue en cuatro certificados, ocupando el mismo porcentaje “desgarro anal antiguo”, “pérdida del tono del esfínter anal” (ya referidos en párrafos anteriores) y “heridas extragenitales” que pueden ser equimosis, excoriaciones, heridas etc. e indican que existió violencia física y resistencia al abuso sexual.

En lo referente al segundo criterio sustantivo tenemos los “hallazgos subjetivos” de los cuales fueron encontrados el llanto, el miedo, nerviosismo y verbalización. Como se pudo observar, los hallazgos objetivos son poco identificados en los menores víctimas de abuso sexual, siendo éstos un tema importante ya que son algunos de los efectos del abuso sexual en los menores que reflejan la importancia del delito por las lesiones no sólo físicas sino psicológicas, que pueden permanecer en el tiempo.

Por último: en relación con el criterio sustantivo de las conclusiones: En el total de los certificados como primera conclusión, la mayoría presento el rubro “condición psicofísica”, que es uno de los primeros rubros a tomar en cuenta para realizar el certificado médico legal, pues se determina el estado mental de

la probable víctima. Siguiendo en cuanto a frecuencia “con o sin lesiones”, frecuente también como segunda conclusión, siendo otro rubro de importancia a cubrir, implica explorar completamente a la probable víctima para determinar la presencia o ausencia de lesiones y en caso de existir emitir una clasificación médico legal de lesiones. Posteriormente “edad clínica probable”, también siendo la tercera conclusión más frecuente, al igual un rubro muy importante ya que al estar realizando un certificado médico legal a una probable víctima menor de edad es menester determinar si efectivamente se trata de un menor de edad mediante la exploración médico legal. Y con la menor frecuencia “con o sin alteraciones anorrectales”, siendo así mismo la cuarta conclusión más frecuente; que muestra si existen o no hallazgos en región anorrectal que indiquen o descarten un abuso sexual con penetración por vía anal.

“con o sin datos de coito reciente” es el rubro que apareció en la mayoría de los certificados que presentaron cinco (79) y los que presentaron seis (65) conclusiones y que como lo indica se refiere a señalar si hay o no hallazgos específicos que indiquen o descarten un coito.

Dentro de los certificados que presentaron una séptima conclusión (43) la que se apreció en la mayoría de éstos; “condición puberal”, que se refiere a si el menor es púber o no púber, es decir, si se encuentra en la adolescencia o no, con base en los caracteres sexuales secundarios.

“toma de muestra” se presentó en la mayoría de los certificados que exhibieron una octava (26) y décima (6) conclusión y se refiere a realizar la toma de muestras de las secreciones que se observen o de las que sean necesarias

(sangre, contenido vaginal o rectal) para la búsqueda de espermatozoides, fosfatasa y de igual forma auxilian en la determinación de una enfermedad de transmisión sexual.

“con o sin datos de enfermedades de transmisión sexual” fue la más representativa en los certificados que mostraron una novena conclusión (10). E indica la presencia o ausencia de hallazgos como la secreción vaginal que haga sospechar de una enfermedad de transmisión sexual.

DISCUSIÓN.

Es factible que el abuso Sexual en cualquiera de sus modalidades, sea el tipo de maltrato infantil del que menos se ha hablado en el ambiente social y legal. Este fenómeno actualmente se considera como un problema de salud pública que afecta a la población infantil y adolescente sin respetar edad, sexo, clase socioeconómica o distribución geográfica. La prevalencia se desconoce; probablemente es elevada, pero no se notifica.

Considerando los datos aquí presentados podemos señalar -con las debidas precauciones- que las estadísticas en general no discriminan por edades; en ocasiones, añaden todos los tipos de maltrato en los menores y no cada tipo particular de violencia sexual y por otro lado, no siempre se basan en el mismo concepto de violencia sexual.

En la Ciudad de México, según cifras de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal, hay un promedio de 300 denuncias mensuales de delitos sexuales; aproximadamente en la mitad de los casos, las víctimas son menores de edad (Saucedo- García, 1995) y en más del 70%, son menores de 20 años.

Aunque actualmente, su descripción en diversos foros científicos y políticos ha permitido conocerlo, investigarlo, denunciarlo y legislarlo, aún hay mucho por hacer; desde precisar un concepto de uso común para los diferentes profesionales, hasta homologar su legislación en el país. Es probable que un análisis exhaustivo e interdisciplinario, permita la obtención de un conocimiento

preciso, capaz de resolver desde el punto de vista médico legal las deficiencias en la detección de los elementos o hallazgos positivos que sirvan a las autoridades competentes para tipificar el delito.

En la Clínica de Atención Integral al Niño maltratado se ha adoptado -con base en la experiencia- el siguiente concepto de Abuso Sexual Infantil: “constituye una interacción sexual que puede o no ser física, entre un niño y un individuo de una edad mayor, quien lo utiliza en forma violenta, con engaño o seducción, para su estimulación sexual, la del menor o la de otro(s)”. Después de revisar múltiples definiciones ésta es de las más acertadas pues integra todas las variedades de Abuso Sexual infantil, en las que el contacto físico y sus evidencias pueden o no estar, así como las diversas formas a través de las cuales, el agresor alcanza su objetivo.

Se señala que “El término de abuso Sexual implica generalmente la existencia de un episodio traumático”. Sin embargo no siempre es así, existen casos y situaciones en que la violencia no ocurre y por lo contrario, existe una manipulación gentil, besos, caricias y hasta exhibicionismo por parte del agresor. Por ello es importante señalar que la dinámica en que se desarrollan los casos de abuso sexual infantil dificulta su identificación; los agresores utilizan diversos procedimientos para silenciar a los menores.

En la población de menores mexicanos, igual que en otras poblaciones, predominan las víctimas de sexo femenino, como lo fue en el presente estudio;

con dos picos de prevalencia; la edad preescolar y la adolescencia. Otros autores señalan que las víctimas de abuso sexual predominan a nivel primaria o secundaria. En nuestro estudio como pudo verse hubo un pico de prevalencia en adolescentes de 10 a 14 años, rango que involucra estudiantes de primaria y secundaria, como se ha señalado.

Como hemos observado en nuestro trabajo la edad más frecuente suele ser en plena adolescencia. Esto pudiera ser debido a que a esta edad ya existe un desarrollo de los caracteres sexuales secundarios y sin embargo persiste inmadurez psicológica y dependencia familiar. Por otro lado, también se ha podido observar que, aunque los hechos hayan ocurrido tiempo atrás, al momento de arribar a la adolescencia salen a relucir. No obstante, se ha podido constatar que a pesar de la mayor frecuencia en estas edades, existen casos en todas las edades de la infancia.

Además es de considerarse el hecho de que un menor de edad con desarrollo sexual, es decir; un adolescente, puede entablar una relación sexual con un adulto u otro adolescente en consentimiento mutuo y sano. Este es un punto muy importante pues en ocasiones la información que proporcionan las probables víctimas o sus padres tal vez sea errónea, de manera que es posible que los hallazgos positivos encontrados hayan derivado de una relación en consentimiento mutuo, común entre adolescentes. Y también habrá que estar alerta ante una información falsa -que alguno de los padres refieren- con el objetivo de lograr un beneficio, por ejemplo; al descubrir que su hija(o) ha

iniciado su vida sexual activa, y -en el caso de las niñas-, llamar la atención para justificar la pérdida de la virginidad y un eventual embarazo.

En el trabajo efectuado en Córdoba, Argentina, sobre 298 casos de agresiones sexuales (237 mujeres y 61 hombres), se establece una interesante relación entre edad y sexo: de los 2 a los 10 años 50% son varones y 50% mujeres; de los 11 a los 12 años, 91% son mujeres y 9% varones. Es decir, a mayor edad, disminuye la incidencia de violaciones en el hombre. Hecho que se refleja en nuestro trabajo donde en los grupos de edad de menores de seis años, de seis a nueve años y de 10 a catorce años hubo presencia de sexo masculino, no siendo así en el grupo de mayores de quince años y más.

Respecto a la hora y el día en las que con más frecuencia acontecen las violaciones, las estadísticas de diversas partes del mundo señalan que es la noche. El presente estudio contrasta con lo anterior; pues el mayor número de denuncias se presentaron en el turno vespertino y la menor en el nocturno, aunque como ya se había hecho referencia no es precisamente el tiempo en que se llevo a cabo el delito, pues en muchas ocasiones la denuncia no se hace de forma inmediata.

La identificación y el diagnóstico correctos de Abuso Sexual en menores son extremadamente difíciles y requieren experiencia, capacitación y especial habilidad en el interrogatorio y exploración de la probable víctima. La frecuencia con la que un niño víctima de Abuso Sexual es examinado y que no presenta

ninguna lesión que avale esta posibilidad diagnóstica es muy alta. Como lo vimos con el hallazgo de “sin lesiones externas” e “himen íntegro” que indican que no hubo agresión física ni penetración por vía vaginal sin embargo no descarta el abuso sexual; al contrario abre el amplio abanico de las diversas formas de abuso sexual que se pueden dar sin necesidad de violencia o penetración.

En un número no despreciable de casos ocurre que el examen minucioso de todo el cuerpo no revela la existencia de lesiones extragenitales. Esta situación puede deberse a las siguientes razones: a.- se trata de una falsa denuncia. b.- no se produjeron lesiones porque el abuso se llevó a cabo bajo el efecto de amenazas o intimidación. c.- la fuerza empleada por el agresor y la resistencia ofrecida fueron insuficientes para producir lesiones y d.- las lesiones desaparecieron porque la víctima demoró la denuncia de la agresión.

Debemos tener en cuenta que la organización y la técnica del examen juegan un papel importante. Así como la calificación del personal, de ahí la necesidad de un equipo de forenses especializados en las agresiones sexuales y con una buena disposición para encontrar los signos de la evidencia.

La exploración física de un niño que ha sufrido Abuso Sexual debe ser completa y no sólo del área genital o anal. Iniciando en el área extragenital buscando en todo el cuerpo la presencia de cualquier tipo de lesiones. Finalmente, en el área genital, con el conocimiento suficiente de las diferentes etapas de desarrollo

físico sexual de los menores. Este es un punto de suma importancia ya que de la exploración física se obtienen los hallazgos objetivos que son la base medular para realizar las conclusiones: En caso de que el evento sea agudo o ante la presencia de sangrado, la exploración se debe realizar inmediatamente o antes de transcurridas 72 horas de la agresión, con la finalidad de tener evidencia de células epiteliales, semen y sangre. Y esto se obtiene a través de la toma de muestras.

En particular, la exploración de los genitales externos y del área perianal representa un reto para los profesionales de la salud, debido al insuficiente entrenamiento que se recibe sobre el tema, así como a lo inespecífico de la mayor parte de los hallazgos.

Los hallazgos de la exploración genital dependerán de una serie de elementos: la extrema variabilidad en la morfología normal de los genitales, especialmente prepuberales (McCann, 1990; Berenson, 1992); la posición y la técnica de exploración (McCann, 1990, 1993; Paradise, 1993; McCauley, 1986); la edad de la víctima, con las diferencias en la morfología y el grado de estimulación estrogénica de los genitales; el tipo de abuso, desde la manipulación digital hasta la penetración o coito; el tiempo transcurrido desde la agresión y la cronicidad o no del abuso.

Con frecuencia los hallazgos positivos dependen principalmente del tipo de abuso, del área anogenital que resulto afectada y del grado de fuerza usada.

Como hemos referido, muchas formas de abuso sexual no dejan ningún rastro y es muy raro que se use fuerza física importante, como lo reflejan nuestros resultados. Es también un factor primordial el tiempo transcurrido desde la agresión hasta que se realiza la exploración. Los indicios recientes son más fáciles de evaluar que los crónicos, pero los menores violentados raramente se presentan en la situación aguda (excepto cuando los perpetradores son desconocidos). Los signos físicos con un significado forense ocurren raramente y por lo general sólo se encuentran hasta 72 horas después de la agresión.

En atención a las lesiones genitales en los menores hay que tener en cuenta que el coito es anatómicamente imposible por debajo de los seis años debido a que el ángulo subpúbico es muy agudo. Entre los seis y los once años puede producir la rotura del periné o incluso el tabique rectovaginal, siendo a partir de los once años la aparición de lesiones genitales ligeras, limitándose casi exclusivamente a la rotura del himen.

Los tejidos del ano y el recto son elásticos; lo cual justifica que no siempre se encuentran lesiones. La presencia de lesiones, se relacionan con la brusquedad, violencia en el acto o desproporción anatómica. Los cambios en el área anal se encuentran con más frecuencia en varones que en niñas; dependen de las características del objeto introducido, de la frecuencia del acto, de la edad del menor, del empleo de lubricantes, etc. la presencia de pequeñas hemorragias, hematomas, laceración y petequias en la ampolla rectal dependerá de la intensidad y frecuencia del acto. Las cicatrices y fisuras, así

como la pérdida del tono del esfínter anal generalmente significan cronicidad de la Agresión Sexual. Igual es cuando ha desaparecido la rugosidad del área perianal y la piel se ha adelgazado.

Otra entidad que inmediatamente debe ser investigada como posible consecuencia de Abuso Sexual, es una enfermedad de transmisión sexual en un niño y también en un adolescente. La presencia de semen, esperma o fosfatasa ácida; un cultivo positivo de gonorrea; o una prueba serológica positiva, para la infección por sífilis o el virus de inmunodeficiencia humana (HIV) le dan al diagnóstico de violencia sexual, una evidencia clínica, incluso en la ausencia de un historial positivo, siempre y cuando se excluyan las formas congénitas de gonorrea, sífilis y HIV adquirido por transfusión o alguna otra forma. No obstante la mayoría de las veces no se pueden recoger muestras de semen, entre otros factores por haber transcurrido mucho tiempo, no existir eyaculación o porque ésta ha ocurrida por fuera del cuerpo de la menor y no saber indicarlo. En nuestro estudio la mayor parte de los certificados no indican la toma de muestras, y se desconoce el motivo.

En este sentido cabe hacer mención de que en el servicio de Medicina Forense de Naucalpan de Juárez, donde se llevó a cabo el estudio en mención, se cuenta con un informe que a la letra dice: "Tlalnepantla de Baz, México a 1 de octubre de 1997"; expedido por la Dirección de Servicios Periciales Tlalnepantla y que establece la forma de realizar las certificaciones solicitadas en relación a delitos sexuales en general, sin un apartado que considere específicamente a

los menores y que a la fecha sigue siendo la base para la elaboración de dichos certificados. Lo cual refleja la falta de actualización, de los médicos legistas que realizan las revisiones en estos casos.

Debido a la necesidad constante de capacitación y actualización en este tema, se consideró oportuno y útil presentar las propuestas más recientes de clasificación de los hallazgos de la exploración anogenital, en la introducción; donde los hallazgos están subdivididos en cinco clases: normales, no específicos, sospechosos, sugestivos y confirmatorios.

Y en el presente estudios se obtuvieron hallazgos confirmatorios como desgarró himeneal reciente y desgarró anal reciente; así como sugestivos tales como equimosis o hematomas pubianos, equimosis himeneales y desgarró anal antiguo. También se obtuvieron hallazgos no específicos como la secreción transvaginal, aunque esta última puede ser sugestiva o incluso confirmatoria si se asocia a otros factores.

El conjunto de los hallazgos de la exploración del área anogenital, aunados a otros elementos como los cambios de conducta, la coexistencia de factores de riesgo (Loredo-Abadalá, 1999), la evidencia por laboratorio de infecciones de transmisión sexual y los informes sugestivos o testimonios objetivos del abuso, permitirán integrar una evaluación completa de la probabilidad del evento. Esto será tarea de un equipo interdisciplinario y capacitado.

Por otra parte, se señala que las conclusiones se sustentan en los hallazgos objetivos encontrados durante la exploración física, sobre todo del área anogenital, y en el presente estudio al querer determinar si las conclusiones emitidas están sustentadas en los hallazgos encontrados y descritos en cada uno de los certificados medico legales analizados, se tomo el hallazgo objetivo “himen integro”, hallado en 64 certificados y que con lógica debería haber sido plasmado en la conclusión como “sin desfloración”, sin embargo estos datos no coinciden ya que sólo en 29 certificados se concluyo “sin desfloración”.

Así mismo los hallazgos objetivos “desgarro himeneal antiguo” presente en 24 certificados y “desgarro anal antiguo” en siete certificados, dieron un total de 31 certificados que arrojarían la conclusión de “desfloración antigua”, pero sólo se identificaron 19 certificados con esta conclusión, aun sólo tomando el hallazgo de “desgarro himeneal antiguo” como concluyente de “desfloración antigua” no coinciden el número de certificados con esta conclusión.

De igual forma los hallazgos objetivos de “desgarro himeneal reciente” con once y “desgarro anal reciente” con nueve, dieron un total de 20 certificados con este hallazgo que se reflejarían en la conclusión “desfloración reciente” y ésta sólo fue referida en cinco certificados.

Otros hallazgos objetivos como “contusiones o desgarros de vulva, horquilla o fosa navicular”, “dilatación himeneal que no corresponde a edad”, “equimosis o hematomas pubianos”, “equimosis himeneales”, “contusiones o desgarros vaginales”, “eritema, edema o equimosis anal”, “lesiones en glúteos”, “equimosis o hematomas en cara interna de muslos”, “contusiones o desgarros

perineales” y “pérdida del tono del esfínter anal”, que se reflejarían en las conclusiones: “con o sin datos de coito reciente” o “con o sin datos de manipulación”, de igual forma no coinciden.

Como podemos observar la gran mayoría de los certificados medico legales realizados en casos de probable abuso sexual infantil carecen de elementos suficientes para dar sustento a sus conclusiones, así como sus mismas conclusiones no son sustentables, contundentes ni claras y por lo tanto en ellas no se determina de manera completa lo que señala la literatura médico legal actual en los casos merito de estudio y por lo anterior es necesaria la actualización constante de la normatividad, así como la capacitación continua de los médicos legistas.

CONCLUSIONES.

- ❖ Desde un lactante hasta un adolescente puede ser víctima de abuso sexual infantil.
- ❖ El grupo de edad de 10 a 14 años fue el más representativo en número, así mismo hubo prevalencia del sexo femenino sobre el masculino en todos los grupos de edad, ya que sólo se documentaron tres certificados realizados a menores del sexo masculino.
- ❖ La prevalencia del grupo de edad de 10 a 14 años puede estar asociado al inicio de vida sexual activa de los adolescentes.
- ❖ De los 21 hallazgos objetivos considerados en el presente estudio sólo se alcanzó un máximo de seis en cuatro certificados, lo que conlleva a deficiencias en la emisión de las conclusiones ya que éstas se efectúan en base a los hallazgos objetivos, así como un examen físico y sobre todo genital inadecuado ya que los hallazgos objetivos se obtienen a partir de éste.
- ❖ Los hallazgos subjetivos son poco identificados en los menores víctimas de abuso sexual, lo cual es atribuido a que el médico legista no los considera o no tiene la experiencia para identificarlos como elementos de importancia.
- ❖ No existe correlación entre los hallazgos objetivos y las conclusiones emitidas en los certificados.

- ❖ Del total de once conclusiones que debe contener un certificado médico legal en casos de abuso sexual infantil, se encontró un máximo de tres conclusiones en el total de certificados, lo cual hace evidente que la mayoría de los certificados no cumplen con lo establecido en lo referente a las conclusiones. No son sustentables, contundentes, ni claras y como se esperaba no son elementos útiles para la integración del delito.
- ❖ No se evidencia la capacidad y el profesionalismo necesarios para eludir errores en sus conclusiones, por parte de los médicos legistas que realizaron los certificados medico legales analizados.
- ❖ Es evidente la falta de experiencia, capacitación y habilidad en el interrogatorio y exploración de la probable víctima, por parte del Médico Legista.
- ❖ No hay una actualización en lo referente al tema de la revisión medico legal en casos de abuso sexual infantil en el Estado de México, y por lo tanto no hay una revisión en cuanto a la forma en que se están realizando los certificados médico legales; pues no hay documento alguno en que se indique especificaciones en cuanto a la forma de actuar del médico legista en su intervención con menores de edad probables víctimas de abuso sexual.
- ❖ Los certificados medico legales analizados no cumplen los requisitos para ser un elemento auxiliar útil en la tipificación de un delito.

RECOMENDACIONES.

- ❖ El Médico Legista que realiza los certificados medico legales deberían estar específicamente capacitados para trabajar con menores víctimas de abuso sexual.
- ❖ En tal virtud, el Perito médico legista debe de conocer cuáles son los parámetros que deben ser observados y anotados en su certificado médico legal, para su correcta realización y para poder fundamentar su conclusión. Ya que servirá como elemento de suma importancia que contribuirá en la resolución de un probable hecho delictuoso.
- ❖ El Médico Legista debe considerar que los hallazgos de la exploración genital dependerán de una serie de elementos como son: la extrema variabilidad en la morfología normal de los genitales, especialmente prepuberales; la posición y la técnica de exploración; la edad de la víctima, con las diferencias en la morfología y el grado de estimulación estrogénica de los genitales; el tipo de abuso, desde la manipulación digital hasta la penetración o coito; el tiempo transcurrido desde la agresión y la cronicidad o no del abuso; y que además todos estos factores influyen a su vez en la emisión de una conclusión concreta y correcta.
- ❖ Los médicos legistas deben seguir un protocolo durante el examen y deberían entender y tener los instrumentos básicos de derechos humanos y tener presente sus propias obligaciones profesionales para

asegurar una conducta imparcial y profesional durante los exámenes y que los prejuicios propios no afecten su conducta.

- ❖ Por lo tanto es indispensable que exista un documento actual el cual indique al Médico Legista el procedimiento a seguir en los casos merito de estudio.
- ❖ Deben realizarse supervisiones para detectar las deficiencias en los certificados médico legales realizados en casos de probable abuso sexual infantil.

BIBLIOGRAFIA.

1. Carrillo Fabela, Luz. *La Responsabilidad Profesional del Médico en México*; 6ª Edición; México, Editorial Porrúa, 2009.
2. Echeburúa, E. y de Corral, P. *Secuelas emocionales en víctimas de abuso sexual en la infancia*. Cuadernos de Medicina Forense, 12(43-44), Enero-Abril 2006.
3. García Garduza, Ismael. *Procedimiento pericial Médico-Forense*. 3ª Edición; México, Editorial Porrúa, 2009.
4. Gasman, Nadine, Villa-Torres, Laura, Billings, Deborah L., Moreno, Claudia. *VIOLENCIA SEXUAL EN MEXICO*; Informe Nacional sobre la Violencia y la Salud en México.
5. Grettchen Flores, Sandí. *Importancia de la entrevista médico forense en la evaluación del abuso sexual en el paciente pediátrico*. AMC, vol. 49 (3), julio-septiembre 2007.
6. Jiménez Cortés y Martín Alonso; *Valoración del testimonio en abuso sexual infantil (A.S.I.)*; Cuadernos de Medicina Forense, 12, Enero-Abril 2006.
7. Kvitko, Luis Alberto. *La Violación. Peritación Médico Legal en las presuntas víctimas del delito*. 1ª. Edición; Editorial Trillas, México, 1986.
8. Larraín, Soledad y Bascuñán, Carolina; Consultoras UNICEF Chile. *Maltrato infantil: una dolorosa realidad puertas adentro*; Desafíos, Boletín

de la infancia y la adolescencia sobre el avance de los objetivos de desarrollo del Milenio, Número 9, julio del 2009

9. Lencioni, Leo Julio. *Los delitos sexuales. Manual de investigación pericial para médicos y abogados; 1ª. Edición, 2002 (reimpresión 2008)*, Editorial Trillas; México, 2008.
10. Loredó Abdalá, Arturo. *Maltrato en niños y adolescentes*; Editores de Textos Mexicanos; México, 2004.
11. Llanos Samaniego, Raúl. *Aumenta la violencia sexual contra menores en la ciudad*. Periódico La Jornada; Viernes 1º de octubre de 2010.
12. Otero, Silvia. *Alertan sobre vida sexual precoz de adolescentes*. El Universal; lunes 16 de enero de 2012.
13. RODRÍGUEZ ALMADA, H. *Evaluación médico-legal del abuso sexual infantil. Revisión y Actualización*. Cuadernos de Medicina Forense 2010;16(1-2).
14. Sánchez Ugena, F., et. al. *La Exploración De La Víctima De Una Agresión Sexual Con Fines Periciales*. Emergencias, vol. 9, Núm. 5, Septiembre-Octubre 1997.
15. Dra. Schiavon Ermani, Raffaella y Dr. Jiménez Villanueva, César H. *Importancia de la exploración anogenital en la evaluación del niño y del adolescente con sospecha de abuso sexual. Revisión de la Clasificación Internacional*. Acta Pediátrica de México, vol. 22, Número 6, noviembre-diciembre 2001.

16. Suárez Solá y González Delgado. *Importancia de la exploración médico forense en las agresiones sexuales a menores*; Cuadernos de Medicina Forense N° 31- Enero 2003. vol. 49 (3).
17. Suárez Solá y González Delgado; *Estadísticas y trascendencia de la violencia sexual en menores*; Cuadernos de Medicina Forense N° 32- Abril 2003.

TRATADOS Y LEGISLACIÓN.

18. *Declaración de los Derechos de los Niños, Niñas y Adolescentes*. Aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de Noviembre de 1959.
19. *Convención sobre los Derechos del Niño*, entrada en vigor el 2 de septiembre de 1990, de conformidad con el artículo 49.
20. *Ley General de Salud*.
21. *Gaceta del Gobierno del Estado de México*, de fecha 27 de Abril de 2010. No. 78.
22. *Tesis 1.8o. C.20k*, Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta Novena Época, Tomo V, Febrero de 1997.

ANEXOS.

1.- EJEMPLO DE CERTIFICADO MÉDICO LEGAL ANALIZADO.

2.- EJEMPLO DE CÉDULA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

3.- GRÁFICOS.

4.- INFORME DE JUNTA MENSUAL DE LUGAR Y FECHA: TLALNEPANTLA DE BAZ, MÉXICO A 1 DE OCTUBRE DE 1997; EXPEDIDO POR LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS PERICIALES TLALNEPANTLA; EN EL QUE SE ESTABLECE LA FORMA DE REALIZAR LAS CERTIFICACIONES SOLICITADAS EN RELACIÓN A DELITOS SEXUALES.

5.- ABREVIATURAS.



CERTIFICADO MEDICO: PSICOFISICO, LESIONES, GINECOLOGICO, PROCTOLOGICO, EDAD CLINICA

AGENCIA DEL MINISTERIO PUBLICO:	AVERIGUACION PREVIA	FECHA			HORA
NAUCALPAN DE JUAREZ	10-87	02	01	2010	20:50

LOS SUSCRITOS PERITOS MÈDICOS LEGISTAS, ADSCRITOS AL INSTITUTO DE SERVICIOS PERICIALES, ÒRGANO DESCONCENTRADO DE LA PROCURADURÌA GENERAL DE JUSTICIA DEL ESTADO DE MEXICO CERTIFICAMOS HABER REALIZADO EXAMEN A:

NOMBRE: LUISA PRISILA MALAGON BUITRON

OCUPACION: ESTUDIANTE	SEXO: <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> FEM	EDAD: 15 AÑOS	ESTADO CIVIL: SOLTERA
-----------------------	---	------------------	--------------------------

DIRECCION CALLE/No./COLONIA/LOCALIZACIÒN/MUNICIPIO/ ESTADO:
FRESNO 16 COL. LOMA LINDA, NAUCALPAN

SE TRATA DE FEMENINO LA CUAL SE LE INFORMA DE EL EXAMEN MEDICO SOLICITADO POR MINISTERIO PUBLICO PARA LO CUAL FIRMA DE ENTERADA Y AUTORIZA AL SUSCRITO SE REALICE DICHO EXAMEN.-----

CONSCIENTE, ORIENTADA EN LAS TRES ESFERAS MENTALES, TIEMPO, ESPACIO Y PERSONA, DIALOGO POCO COOPERADORA ANTE EL INTERROGATORIO, CON RESPUESTAS CON MONOSILABOS, ALIENTO SIN OLOR CARACTERISTICO, POSICION LIBRE, MARCHA Y COORDINACION MOTRIZ SIN ALTERACIONES, ROMBERG NEGATIVO. A LA EXPLORACION FISICA SIN HUELLAS DE LESIONES AL EXTERIOR. ANTECEDENTES GINECOLOGICOS: MENARCA ONCE AÑOS, RITMO IRREGULAR, FECHA DE ULTIMA MENSTRUACION: DIEZ DE DICIEMBRE DEL DOS MIL NUEVE, INICIO DFE VIDA SEXUAL ACTIVA, NIEGA GESTAS, NIEGA ´PARTOS, NIEGA CESAREAS, NIEGA ABORTOS, NO PROPORCIONA MAS DATOS. A LA EXPLORACION GINECOLOGICA: CARACTERESSEXUALES PRIMARIOS BIEN DEFINIDOS, CARACTERESSEXUALES SECUNDARIOS EN DESARROLLO, VELLO AXILAR ESCASO LACIO Y DE COLORACIÒN CLARA, GLANDULAS MAMARIAS EN DESARROLLO, PEZON PLANO DE COLORACION CLARA, , VELLO PUBICO CON DISTRIBUCION GINECOIDE , ESCASO DE COLORACION OSCURA , RIZADO, LABIOS MAYORES CUBRIENDO A LOS MENORES, HIMEN DE FORMA SEMILUNAR CON DESGARRO ANTIGUO A LAS DOCE COMPARADO CON LA CARATULA DEL RELOJ, SIN DATOS DE COITO RECIENTE. A LA EXPLORACION PROCTOLOGICA Y EN POSICION GENOPECTORAL CON GLUTEO Y SURCO INTERGLUTEO SIN ALTERACIONES, PLIEGUES ANALES DISMINUIDOS EN SU PERIFERIA, ESFINTER ANAL CONSERVADO, PERINE INTEGRO. ARCADEA DENTARIA CON AUSENCIA DE TERCEROS MOLARES.-----

CONCLUSION: PSICOFISICO SIN ALTERACIONES, SIN LESIONES A CLASIFICAR, EDAD CLINICA MAYOR DE CATORCE AÑOS Y MENOR DE DIECISEIS AÑOS, SI PUBER, GINECOLOGICAMENTE CON DATOS DE DESFLORACION ANTIGUA, SIN HUELLAS DE COITO RECIENTE. PROCTOLOGICAMENTE CON DATOS DE DESFLORACION ANTIGUA SIN HUELLAS DE COITO RECIENTE.-----

DRA.DASY FABIOLA VARGAS SANCHEZ. _____ NOMBRE Y FIRMA DEL MEDICO LEGISTA	_____ NOMBRE Y FIRMA DEL MEDICO LEGISTA
--	--

CÉDULA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

FOLIO. 09-08		
MES. ABRIL		TURNO. VESPERTINO
EDAD. 7 AÑOS		SEXO. FEMENINO
<u>HALLAZGOS</u>		<u>OBJETIVOS</u>
HIMEN INTEGRO	X	BORRAMIENTO DE PLIEGUES RADIADOS
DILATACIÓN HIMENEAL QUE NO CORRESPONDE A EDAD		ERITEMA, EDEMA O EQUIMOSIS ANAL
DESGARRO HIMENEAL ANTIGUO		CONTUSIONES O DESGARROS PERINEALES
DESGARRO HIMENEAL RECIENTE		EQUIMOSIS O HEMATOMAS PUBIANOS
EQUIMOSIS HIMENEALES		EQUIMOSIS O HEMATOMAS EN CARA INTERNA DE MUSLOS
DESGARRO ANAL ANTIGUO		LESIONES EN GLUTEOS
DESGARRO ANAL RECIENTE		SIN LESIONES EXTRAGENITALES
CONTUSIONES O DESGARROS DE VULVA, HORQUILLA O FOSA NAVICULAR		EQUIMOSIS O HEMATOMAS EXTRAGENITALES
CONTUSIONES O DESGARROS VAGINALES		EXCORIACIONES EXTRAGENITALES
SECRECIONES TRANSVAGINALES		HERIDAS EXTRAGENITALES
PERDIDA DEL TONO DEL ESFÍNTER ANAL		
<u>HALLAZGOS SUBJETIVOS</u>		<u>CONCLUSIONES</u>
NERVIOSISMO		CONDICIÓN PSICOFISICA
LLANTO		CON O SIN LESIONES
ANSIEDAD		EDAD CLINICA PROBABLE
MIEDO		SIN DESFLORACIÓN
RETRAIDA		DESFLORACION RECIENTE
LIGERA OBNUBILACIÓN		DESFLORACION ANTIGUA
CÓLERA		CON O SIN DATOS DE COITO RECIENTE
HOSTILIDAD		CON O SIN DATOS DE MANIPULACION
AGRESIVIDAD		CONDICION PUBERAL
REPLEGAMIENTO		CON O SIN DATOS DE EMBARAZO
VERBALIZACIÓN		CON O SIN DATOS DE ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL
DEFENSIVIDAD		TOMA DE MUESTRAS
VERGÜENZA		CON O SIN ALTERACIONES ANORRECTALES

FRECUENCIAS SIMPLES:
VARIABLES DE CONTEXTO

GRAFICA 1
Distribución según edad
Al momento de la denuncia

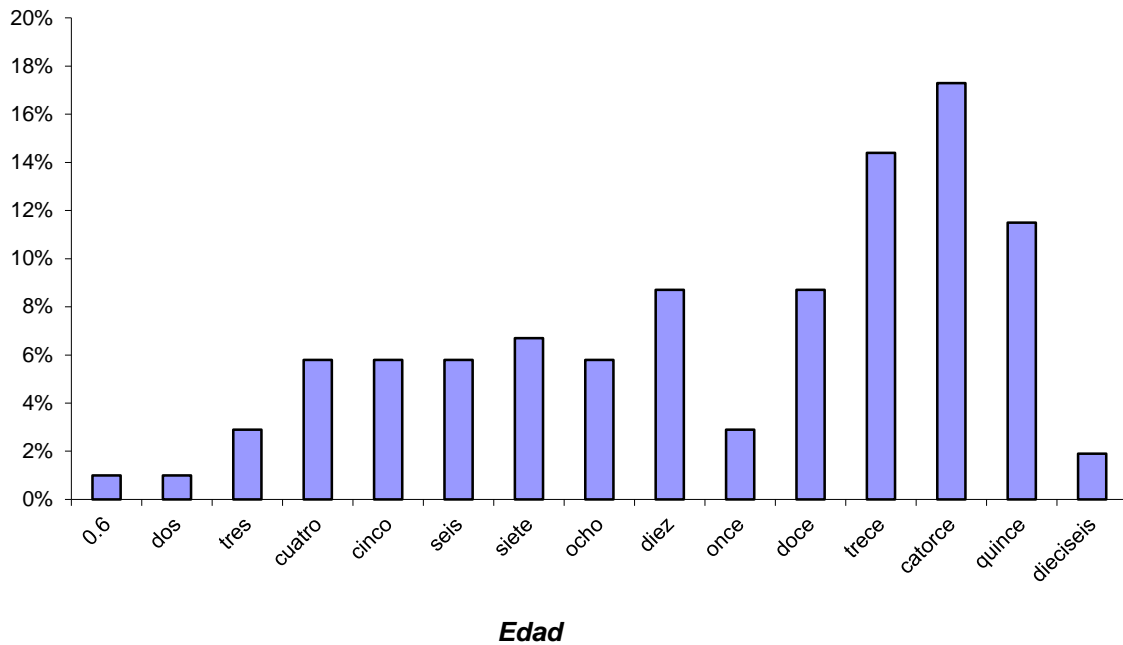
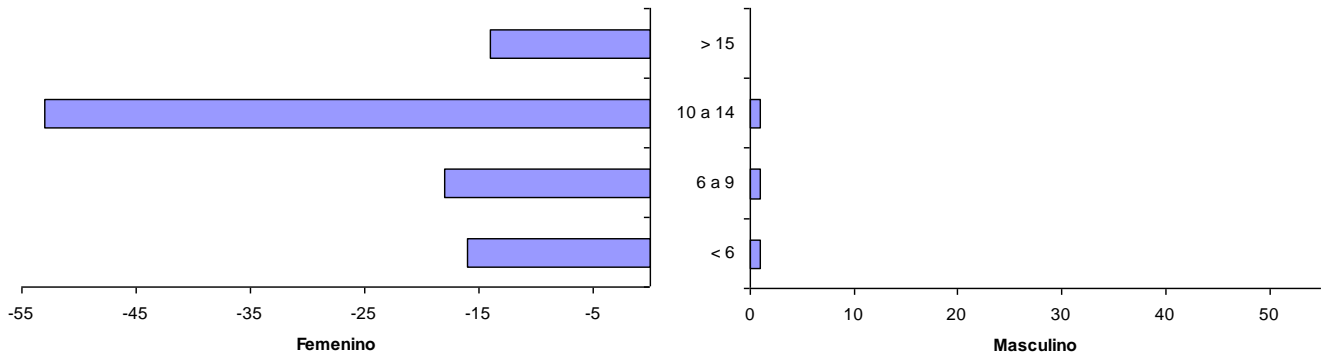


Tabla 1.1
EDAD

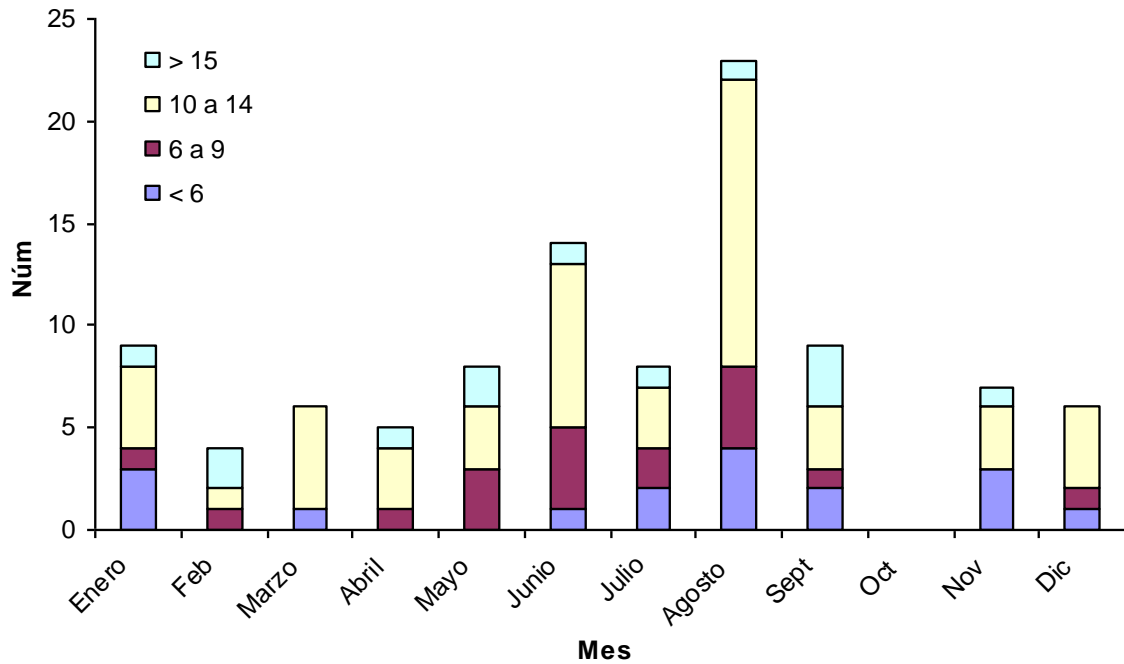
Total	Suma	Media	Varianza	Des vest	Error est
104	1089	10.467	16.113	4.014	0.394
Mínimo	Percen.25	Mediana	Percen.75	Máximo	Moda
0.600	7.000	12.000	14.000	16.000	14.000

CRUCES DE VARIABLES

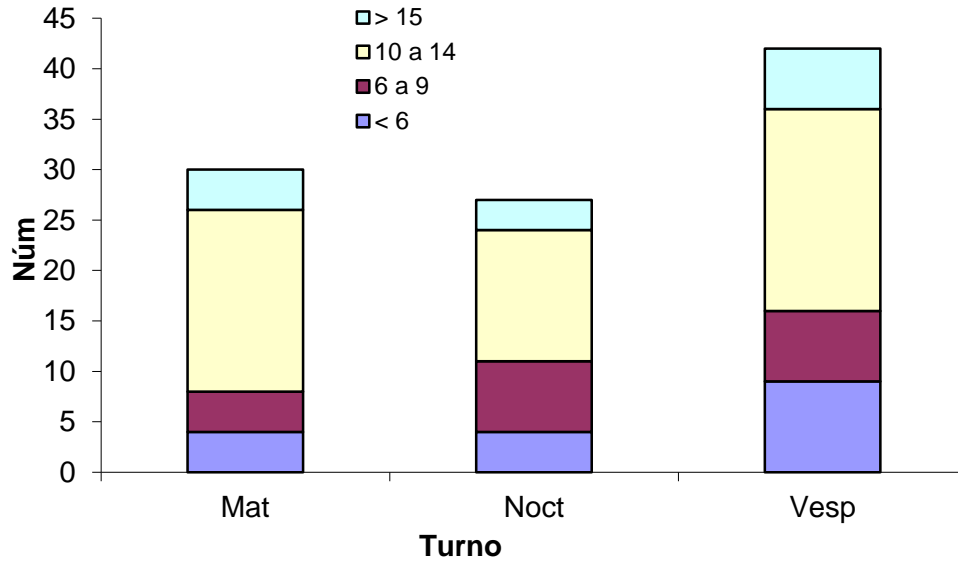
Grafica 2
Distribución según grupo de edad y sexo
Al momento de la denuncia



Grafica 3
Distribución según grupo de edad y mes
Al momento de la denuncia

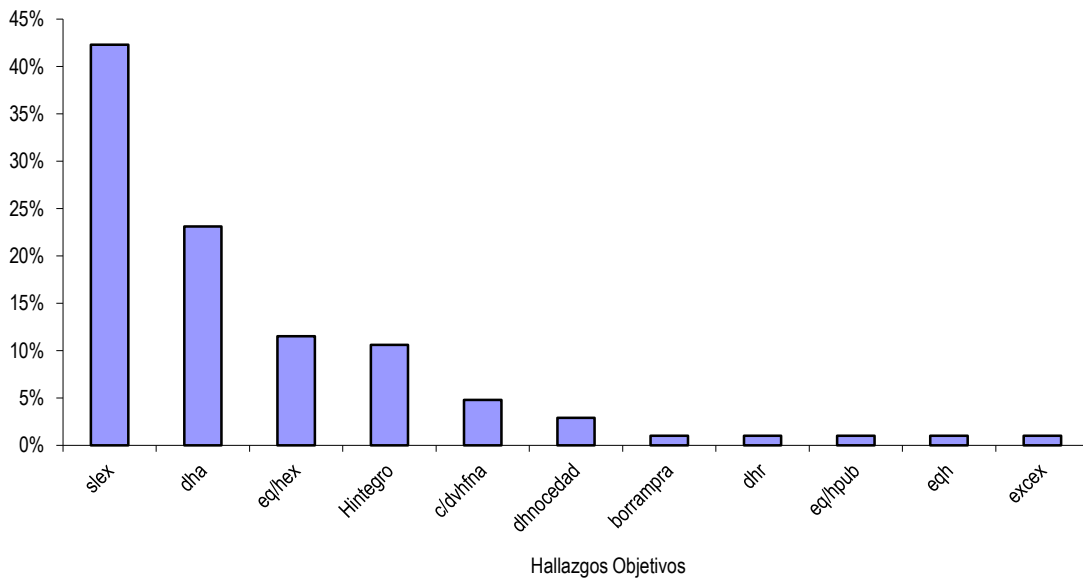


Grafica 4
Distribución según edad agrupada y turno
Al momento de la denuncia

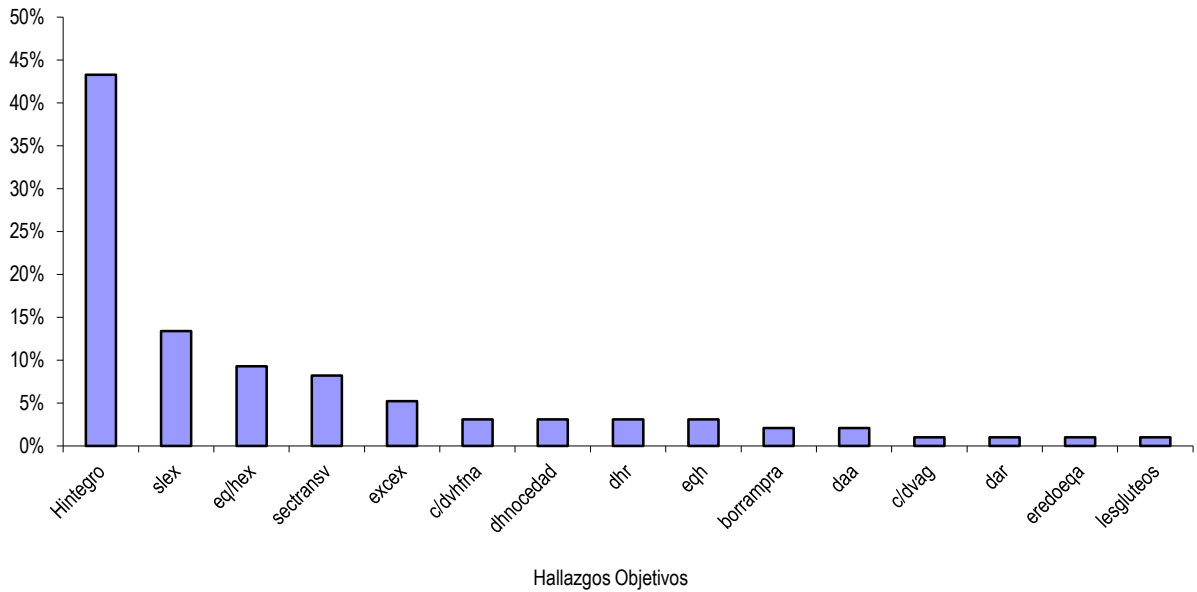


CRITERIOS SUSTANTIVOS

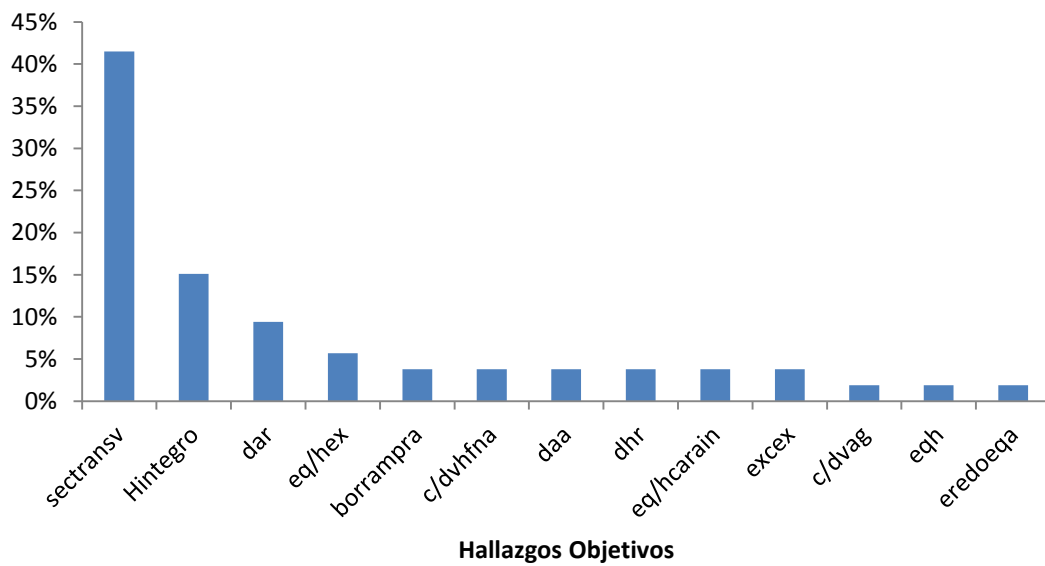
Grafica 5
Distribución en orden descendente de hallazgos objetivos
En certificados que contienen uno de éstos



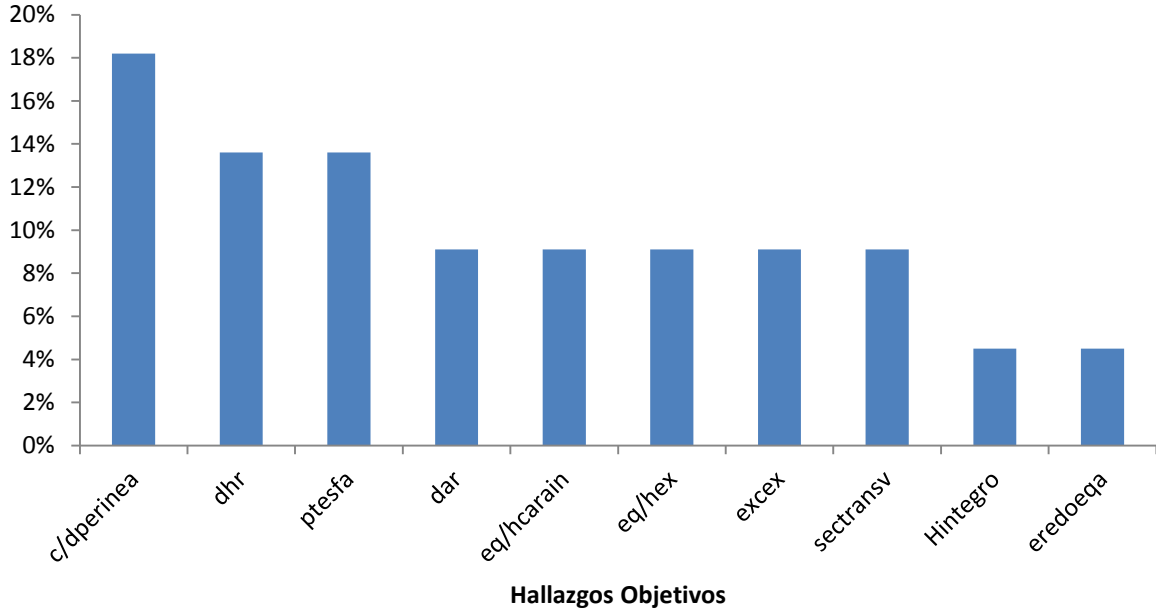
Grafica 6
Distribución en orden descendente de hallazgos objetivos
En certificados que contienen dos de éstos



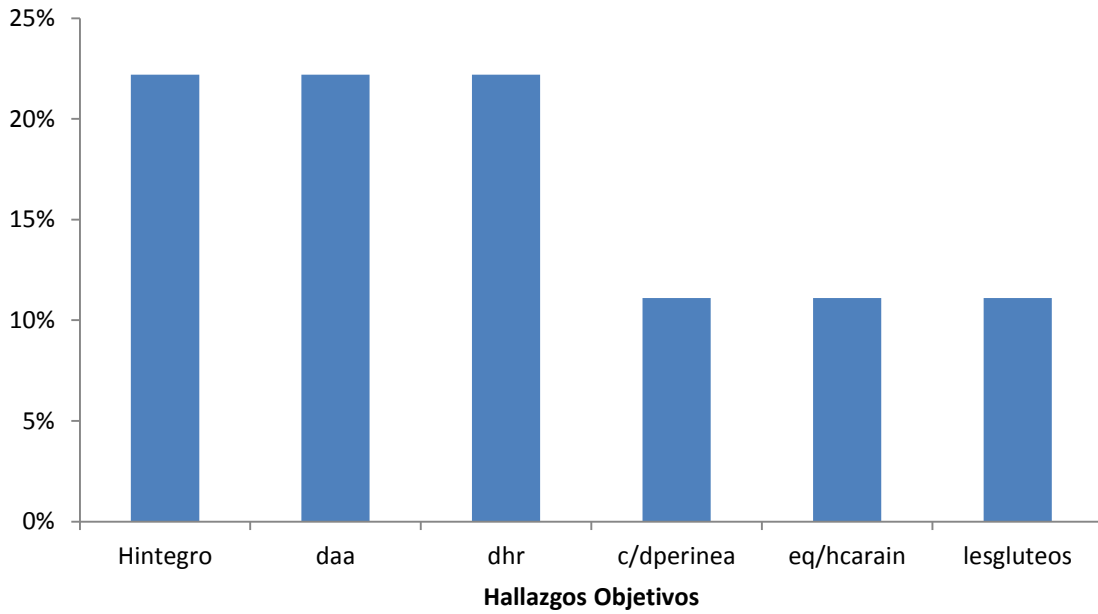
Grafica 7
Distribución en orden descendente de hallazgos objetivos
En certificados que contienen tres de éstos



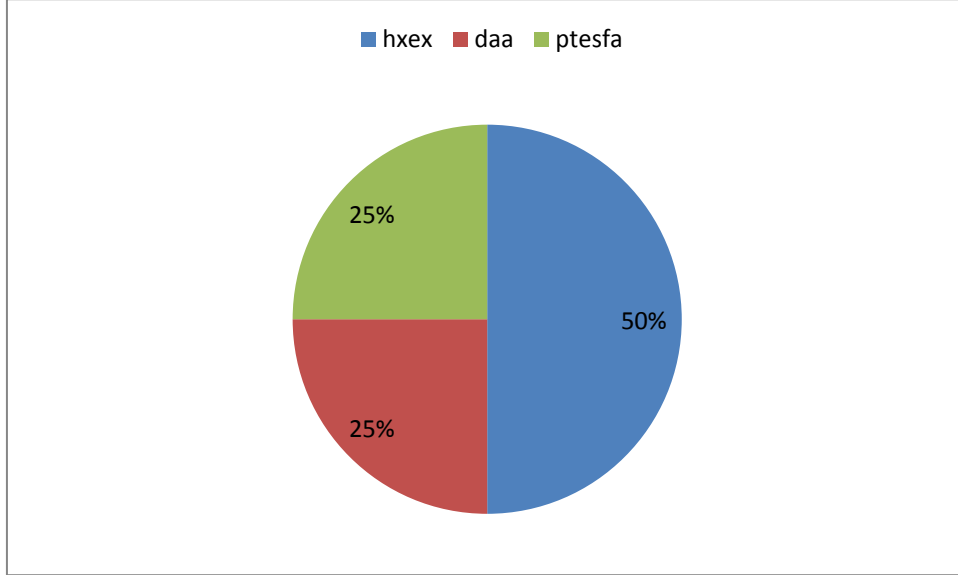
Grafica 8
Distribución en orden descendente de hallazgos objetivos
En certificados que contienen cuatro de éstos



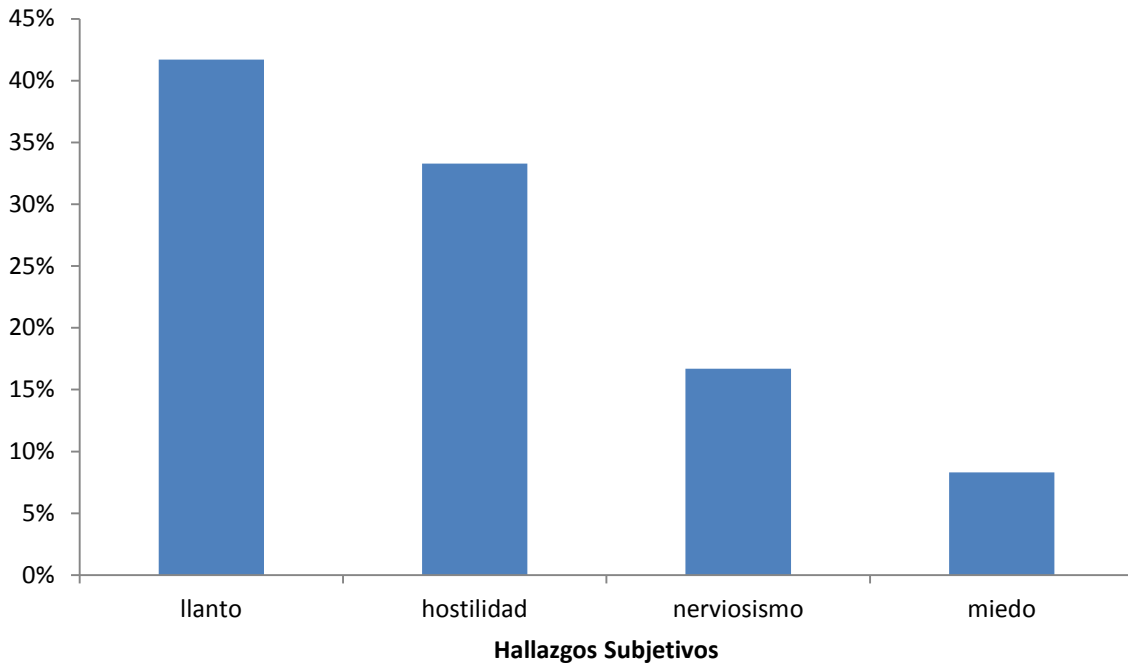
Grafica 9
Distribución en orden descendente de hallazgos objetivos
En certificados que contienen cinco de éstos



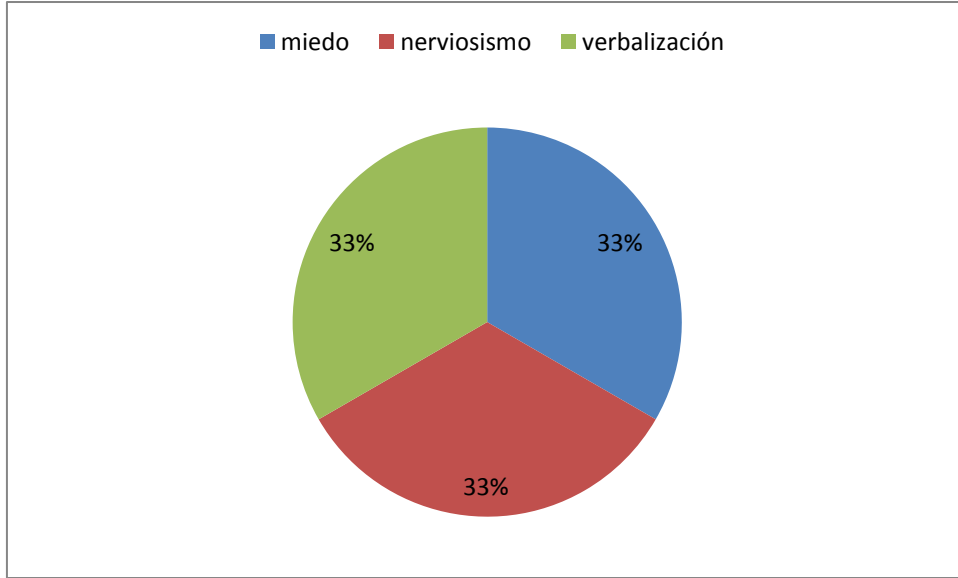
Grafica 10
Distribución de hallazgos objetivos
En certificados que contienen seis de éstos



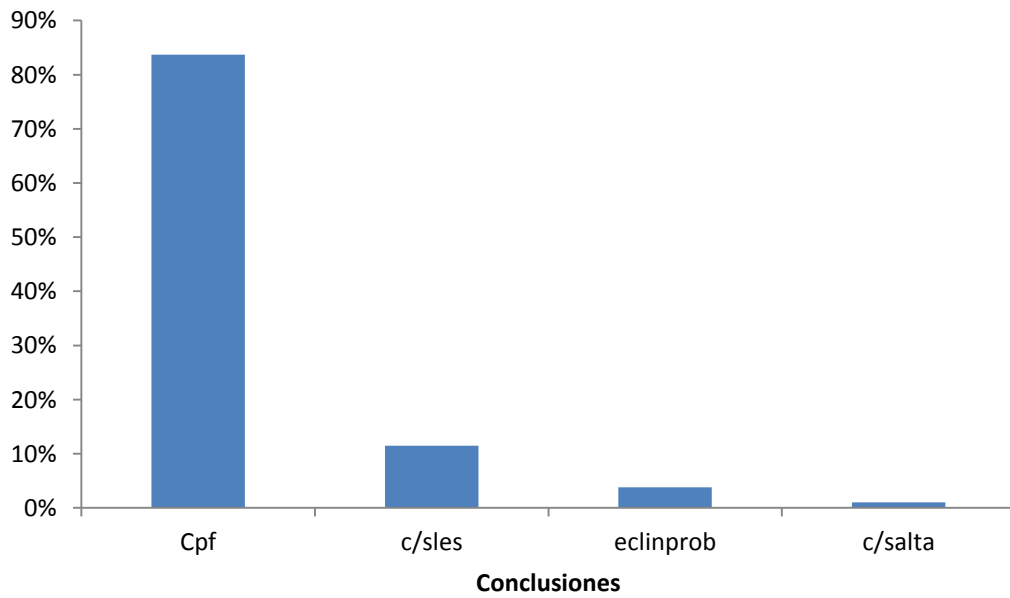
Grafica 11
Distribución en orden descendente de hallazgos subjetivos
En certificados que contienen uno de éstos



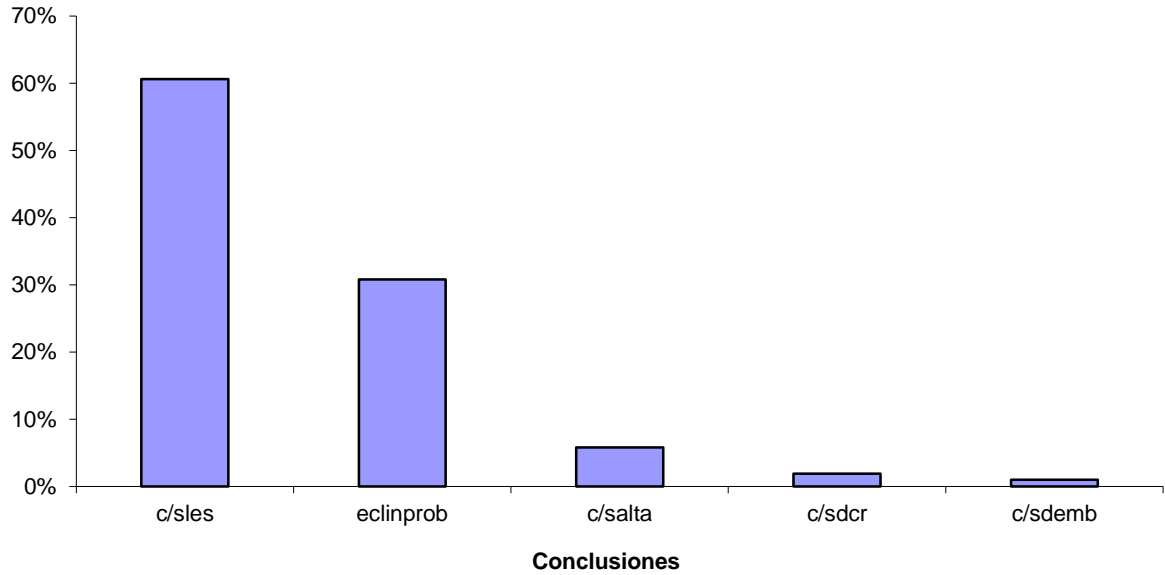
Grafica 12
Distribución de hallazgos subjetivos
En certificados que contienen dos de éstos



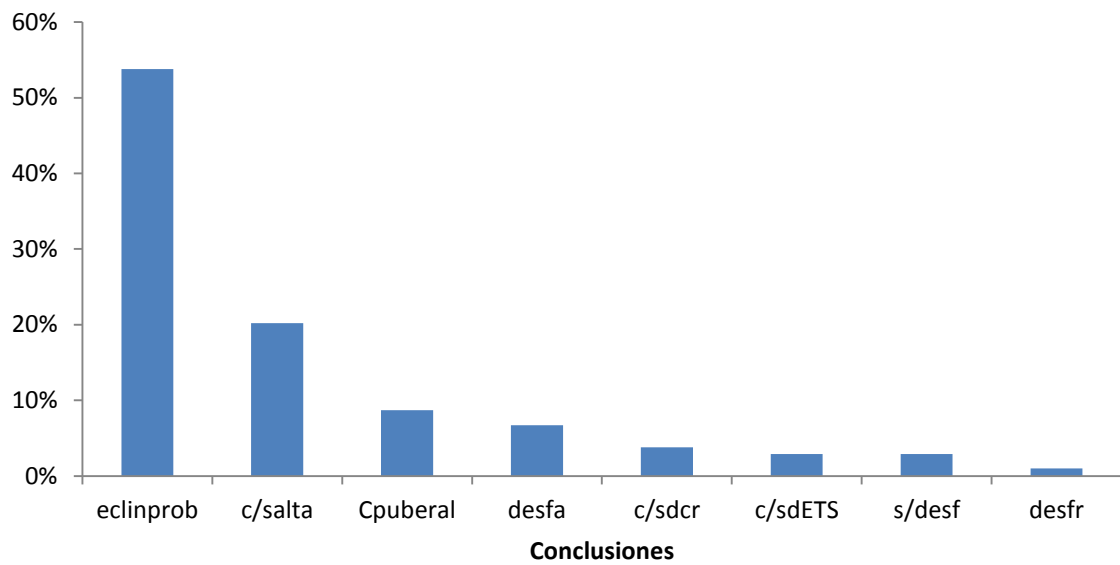
Grafica 13
Distribución en orden descendente de conclusiones emitidas
En certificados que contienen una de éstas



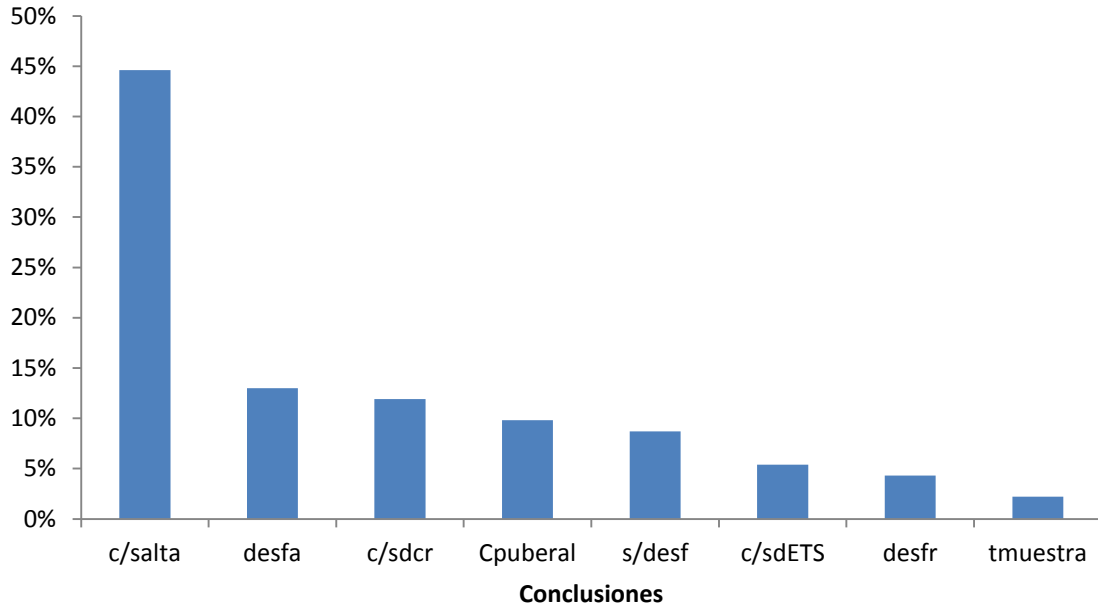
Grafica 14
Distribución en orden descendente de conclusiones emitidas
En certificados que contienen dos de éstas



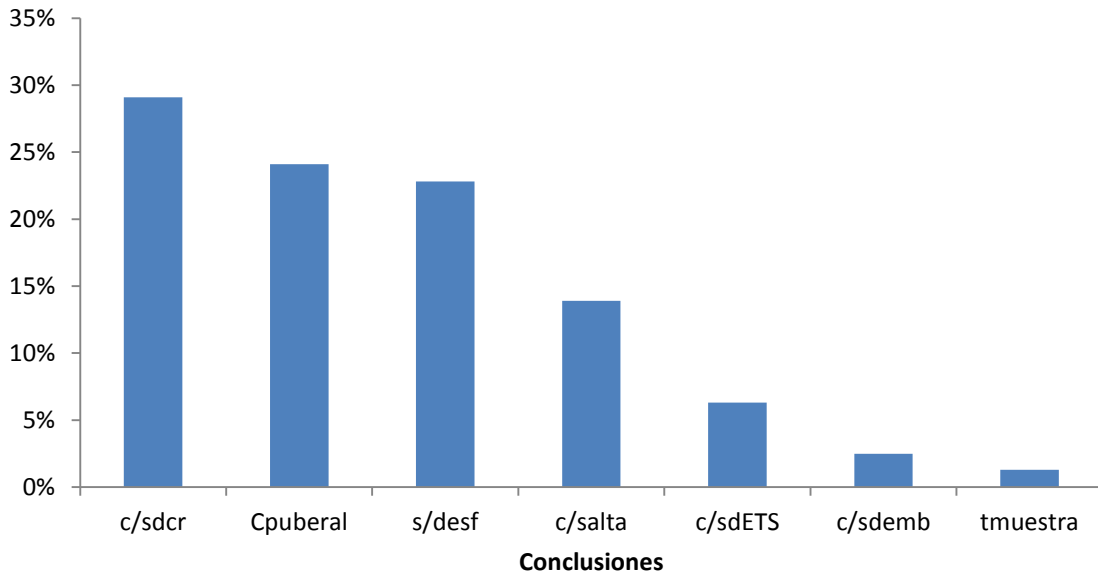
Grafica 15
Distribución en orden descendente de conclusiones emitidas
En certificados que contienen tres de éstas



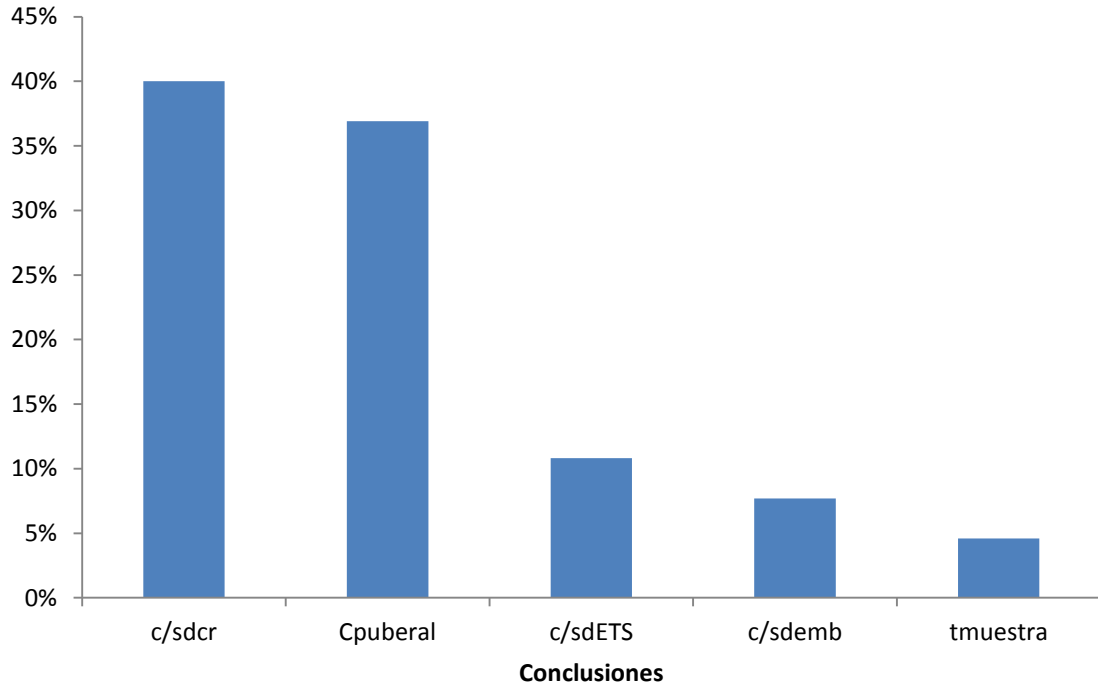
Grafica 16
Distribución en orden descendiente de conclusiones emitidas
En certificados que contienen cuatro de éstas



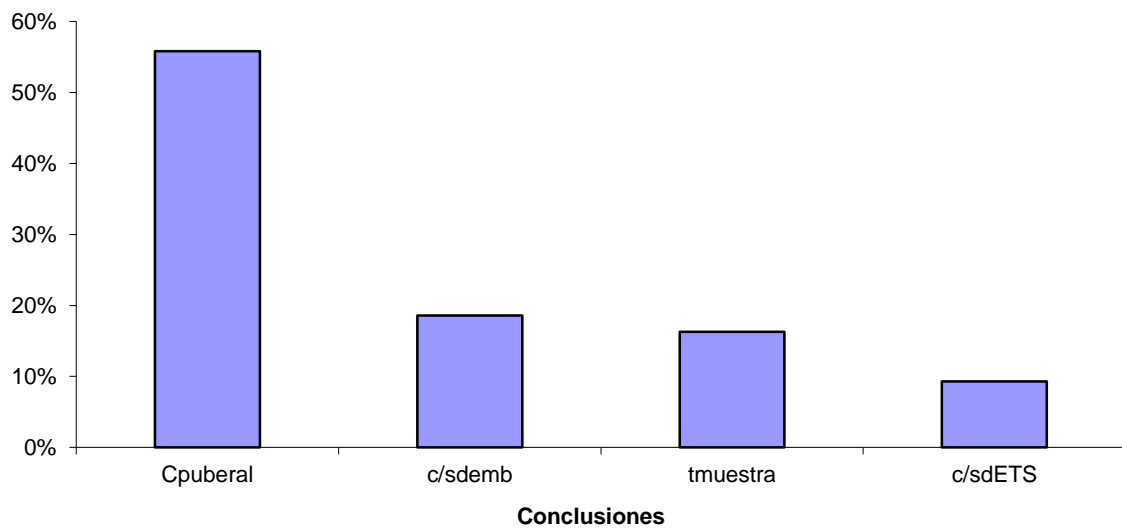
Grafica 17
Distribución en orden descendiente de conclusiones emitidas
En certificados que contienen cinco de éstas



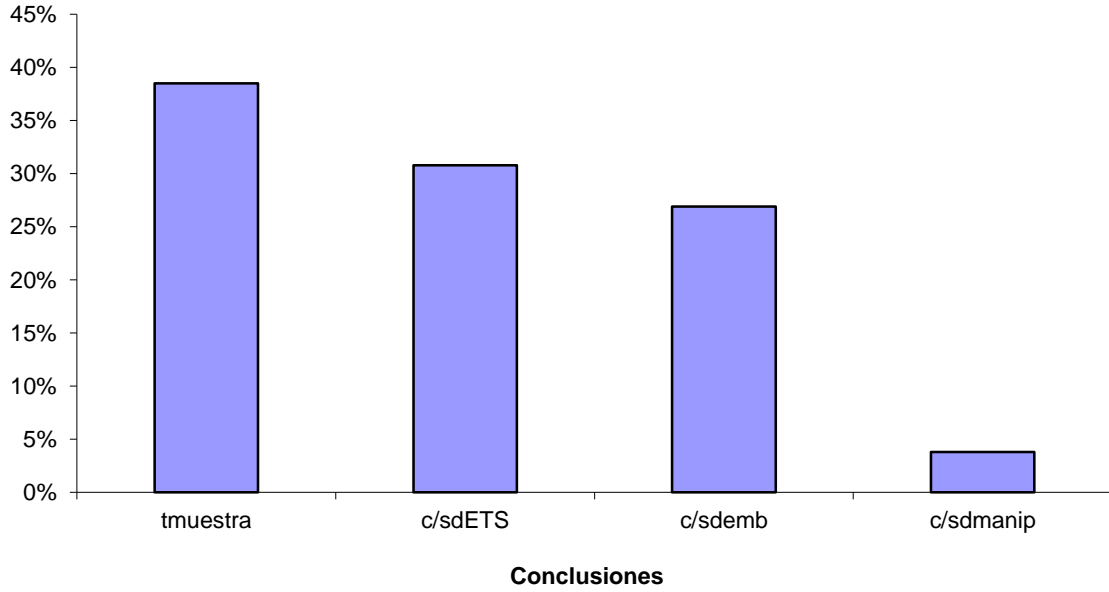
Grafica 18
Distribución en orden descendente de conclusiones emitidas
En certificados que contienen seis de éstas



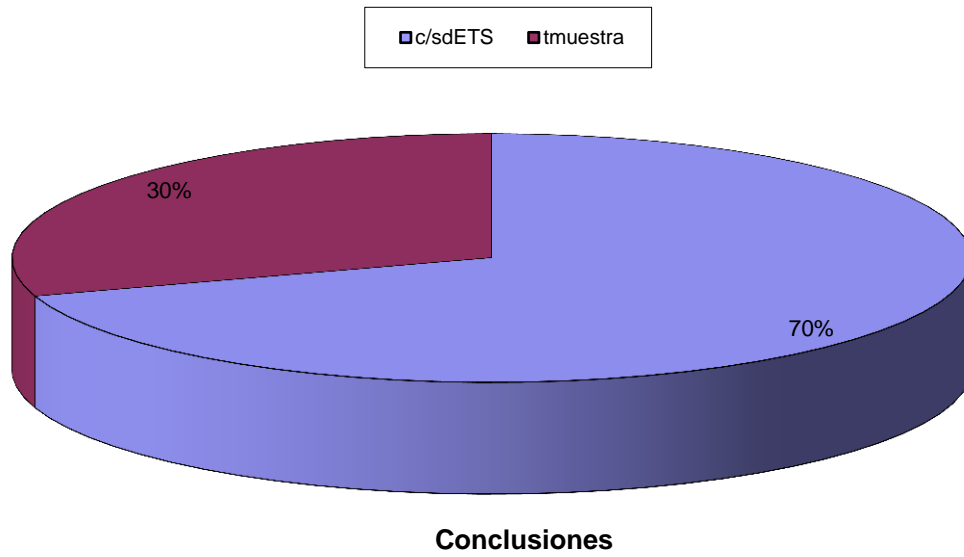
Grafica 19
Distribución en orden descendente de conclusiones emitidas
En certificados que contienen siete de éstas



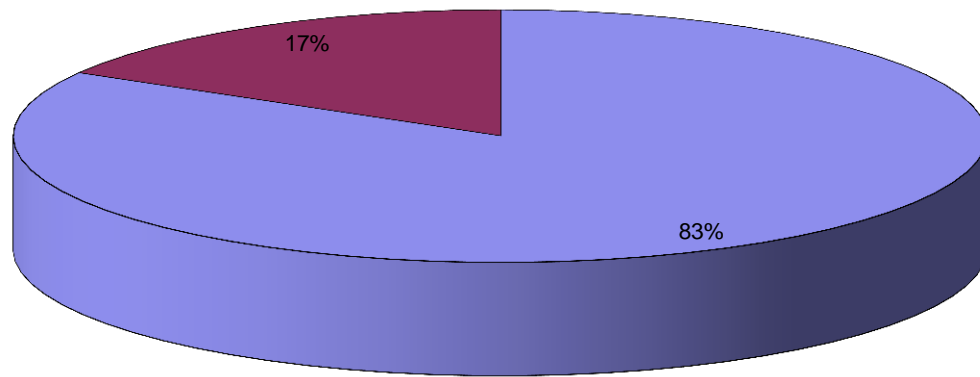
Grafica 20
Distribución en orden descendiente de conclusiones emitidas
En certificados que contienen ocho de éstas



Grafica 21
Distribución de conclusiones emitidas
En certificados que contienen nueve de éstas



Grafica 22
Distribución de conclusiones emitidas
En certificados que contienen diez de éstas



Conclusiones



Gobierno del Estado de México
Procuraduría General de Justicia

DIRECCION : SERVICIOS PERICIALES
DELEGACION : TLALNEPANTLA
OFICINA : JEFATURA DEL SERVICIO
MEDICO FORENSE
OFICIO NO. : 213060103-295/97
ASUNTO : INFORME DE JUNTA MENSUAL

Tlalnepantla de Baz, Méx., a 1º de Octubre de 1997.

AL C.
DR. ANGEL GUTIERREZ CHAVES
JEFE DEL SERVICIO MEDICO FORENSE
EN EL ESTADO DE MEXICO
I R E S E N T E

Por medio del presente informo a Usted que el día 30 de Septiembre del año en curso, se llevó a cabo la Junta Mensual del Servicio Médico a mi cargo, tratándose los siguientes puntos.

I.- Se acordó que a partir del día de la fecha las Certificaciones solicitadas en relación a los DELITOS SEXUALES se harán de la siguiente forma; con la finalidad de aportar al Ministerio Público la información necesaria para una correcta Determinación.

I.- INSECCION GENERAL.- En la cual se referirá el Estado de ánimo que presenta la víctima de agresión sexual (angustia, temor, desconfianza, tristeza, llanto, indiferencia, etc.) Marcha y actitud que adopta.

II.- INTERROGATORIO.- Estado de conciencia, orientación en tiempo, lugar y persona; lenguaje (coherente-congruente). Relato de hechos ocurridos.

ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS: Menarca, ritmo, alteraciones en la menstruación, Cesta, FARA, Abortos, Cesáreas, Fecha de última menstruación; inicio de vida sexual activa, número de parejas sexuales; Uso de métodos anticonceptivos. Fecha de hechos.

III.- EXPLORACION FISICA GENERAL.- Exploración por áreas EXTRAGENITAL Y PARAGENITAL, para determinar la existencia o no de lesiones y para:

DETERMINACION DE EDAD CLINICA PROBABLE.- Desarrollo físico (estado de masas musculares, nutricional); Exámen de areolaria para determinar la presencia o ausencia de terceros molaros; desarrollo de caracteres sexuales secundarios (vello axilar y púbico, crecimiento de glándulas mamarias, si estas son incipientes, en desarrollo ó bien desarrolladas).

EXPLORACION GINECOLOGICA.- En posición ginecológica se describe: Vello púbico de implantación de acuerdo a edad y sexo, ausente ó incipiente; labios mayores cubriendo a los menores (en la mayoría de los casos, aún cuando pueden existir malformaciones ó hipertrofia de labios menores), se describirá si presentan alguna alteración, lesiones (edema, hiperemia, zonas equimóticas, laceraciones, anorecibnes, etc.). HIMEN.- De qué tipo es (anular, semilunar, bilabiado más frecuentes); atípicos como el coloriforme, polipoideo, setado, cribiforme, imperforado, dilatado) ESTA INTEGRO ó CON DESGARROS (si existen éstos especificar si son recientes o antiguos) localizandolos en comparación a la carátula del reloj; presencia de lesiones, necreciones o edema de sus bordes). Toma de muestras de exudado vaginal para estudio SEMINOLÓGICO (el Perito Químico determinará si únicamente se realizó determinación de fosfatasa ácida ó si también se visualizan espermatozoides; éste dependerá de el lapso transcurrido entre la época de los hechos y la toma de la muestra). Referir si se aprecian signos clínicos de enfermedad venérea (secreción, tipo y color; condilomas ó cualquier otra lesión de piel o mucosa); si encontramos datos compatibles con una vulvovaginitis se solicitará exámen de Laboratorio para determinar etiología. Signos clínicos de embarazo especificando cuales: crecimiento o descenso de glándula mamaria, hiperpigmentación de areólas, presencia de secreciones (colorido), crecimiento abdominal, --

CONTINUA HOJA DOS...



Gobierno del Estado de México

Procuraduría General de Justicia

HOJA DOS.

Línea morena, etc.; se deberá solicitar estudios de Laboratorio cuando no existan datos clínicos evidentes pero se nos manifieste una amenorrea. Se solicitará Ultrasonografía para determinación de edad gestacional cuando haya antecedente de ésta, cuando no se tenga fecha de última menstruación para establecer semanas de gestación; ó cuando haya el antecedente de lesiones traumáticas o ajenas de aborto se solicitará determinación de vitalidad Feto-placentaria.

V.- EXPLORACION DE REGION ANO-RECTAL.- En posición genupectoral se describe: glúteos con o sin alteraciones, Surco interglúteo con o sin alteraciones (presencia de secreciones, tierra, punto etc.). Esfínter ano-rectal: integridad, si sus pliegues están conservados y redondeados, o borrados por edema o lesiones existentes; tono muscular conservado o disminuido ó perdido; si hay DILATACION en ésta se de tipo antálgico ó por penetraciones habituales (cuando la penetración es consentida no necesariamente existirán desgarros, a menos que se ay base la relajación muscular normal. Si existen desgarros recientes ó presencia de cicatrices se describirán en comparación de la cartúla del reloj. Si hay secreciones se describirán sus características y se tomara muestra para estudio seminológico. Es importante que cuando encontremos una disminución del tono del esfínter anal en menores de edad, solicitar ESTUDIO COPROPARASITOSCOPICO EN SERIES DE TRES, para descartar parasitosis.

VI.- CONCLUSIONES.- Se deberá concluir en los siguientes rubros:

- A.- EDAD CLINICA.- La persona certificada es menor de edad, adolescente, adulta, anciana.
- B.- SI ES PUERA O IMPURUM.
- C.- SI EL RIMOR ES INTERNO O DESPLORADO.
- D.- SI HAY DESGARROS, SI ESTOS SON RECIENTES O ANTIGUOS
- E.- SI EXISTEN SIGNOS CLINICOS DE COITO RECIENTE (Edema, hiperemia, desgarros o contusiones himenales, desgarros de horquilla; lesiones en labios mayores ó menores, presencia de secreciones).
- F.- SIGNOS CLINICOS DE ENFERMEDAD VENEREA.
- G.- SIGNOS CLINICOS DE EMBARAZO.
- H.- SIGNOS PROCTOLOGICOS CON ALTERACIONES: signos de coito anal reciente o habitual.
- I.- CLASIFICACION DE LESIONES SI LAS HAY.

VII.- CUANDO SE REALICE UNA EXPLORACION ANDROLOGICA DE UN PRESUNTO RESPONSABLE, SE DESCRIBIRA LO SIGUIENTE:

- A.- Estado de conciencia y orientación.
- B.- Marcha, palabra y lenguaje.
- C.- Referir si hay algún tipo de intoxicación alcohol, estrohuana, solvente, etc.
- D.- Exploración física de acuerdo a las áreas extragenitales para determinar la presencia o ausencia de lesiones.
- E.- exploración área genital: vello púbico tipo de implantación si es incipiente o bien implantado. Bolsa escrotal si los testículos están descendidos, - presencia de secreciones (células vaginales). Pene prepucio si es redundante o retraído surco balano prepuccial presencia de secreciones ó lesiones ó alteraciones) toma de muestra de exudado uretral, de surco balano-prepuccial, o de limpieza de bolsa escrotal, para estudio seminológico. Exploración de reflejo cremasteriano y bulbouretral.

CONTINUA HOJA TRES...



Gobierno del Estado de México

Procuraduría General de Justicia

CONCLUSIONES .

- La persona certificada es mayor o menor de edad.- Edad Clínica probada.
- Signos de coito recientes: Dilatación de vasos penescap; edema, hiperemia de glande; laceraciones de frenillo, escuraciones uretrales; sacrocloas en bolsa escrotal.
- Anatómica y físicamente apto para el coito
- Signos clínicos de enfermedad venérea
- Clasificación de lesiones
- El Personal del Departamento de Química Forense hizo algunas observaciones con respecto a la toma de muestras y empaque de las mismas. Se recomendó que la solicitud de exámen toxicológico, debería hacerse con especificación del tóxico a determinar, caso contrario únicamente se terminaría alcohol. Se le solicitó que proporcionara una lista de los principales tóxicos y la muestra biológica idónea para su búsqueda

Posterior a la llegada del Subdirector de Periciales y de Usted se comentó lo siguiente:

I.- Anunció para el día 23 de Octubre de 1967, la Primera Junta Estatal del Servicio Médico Forense.

II.- Se informó sobre la creación de la Oficina de Trabajo Social y de las actividades conjuntas que se llevarán a cabo: Atención de familiares de los cadáveres que ingresen al anfiteatro, auxilio al servicio para localización de familiares en cadáveres desconocidos, etc.

III.- Se verificó el uso de brazaletes en cadáveres desconocidos.

IV.- Se ratificó la autorización para seguir expedir los Certificados de Defunción por Fallecimientos Médicos, con base técnica y con historia clínica del mismo.

V.- Se recomendó la colocación de anuncio del Servicio Médico Forense Estatal, en relación a los servicios gratuitos del Servicio en lugar visible.

VI.- Se notificó de futuras supervisiones en los Servicios Médicos Forenses de esta Subprocuraduría, recomendando el uso de bata blanca en su horario laborable. Se comunicó que a la brevedad se nos iba a proporcionar una bata.

VII.- Se recordó la notificación oportuna de "Asuntos Relevantes" a la Jefatura Estatal proporcionando su teléfono particular y a la Coordinación para la Nota Informativa correspondiente.

VIII.- Se hizo de su conocimiento de la carencia de material de consultorio y anfiteatro en todos los Servicios; así como de los desperfectos en las instalaciones, que a pesar de ser reportados a la Delegación Administrativa correspondiente, no se solucionan de manera satisfactoria, fallas en las máquinas de escribir, siendo un instrumento indispensable en las actividades del Servicio. Se solicitó se proporcionara la papelería suficiente.

IX.- Se convocó a proponer ideas para dignificar la personalidad del Médico Legista, así como de las actividades que se realizan en el Servicio.

X.- Se convocó a que el personal prepare temas relacionados con el Área con el fin de exponerlo ante los medios de comunicación; para informar al público de las actividades y funciones que tiene el Servicio Médico Forense, como auxiliar en la Procuraduría de Justicia.

XI.- Se informó de acceso libre a los Jefes Superiores cuando la Coordinación no resuelva problemas personales del Servicio.



XII.- Se le informó de las fallas técnicas que se han detectado en el servicio de la papelería nueva. Informé Usted que dicha papelería ya estaba autorizada por el Gobierno del Estado y que probablemente en un futuro, se podrían hacer las correcciones correspondientes. A mi vez hago de su conocimiento que la papelería que se fue proporcionada en fecha 2 de Septiembre del año en curso, únicamente cubrió las las necesidades en un periodo de 10 a 15 días en los Servicios, al término de lo cual se está usando la papelería antigua.

XIII.- Se solicita de Usted que se estableciera comunicación con el Ministerio Público para la preservación del lugar del levantamiento de cadáver, así como la asistencia de personal autorizado para acudir en compañía del personal de Servicios Periciales a los mismos.

XIV.- Se recomendó al personal Médico no proporcionar ningún tipo de información a los medios de comunicación; canalizando a dichos medios a la oficina de Comunicación Social de la Subprocuraduría haciendo énfasis en que la autoridad responsable de todas las actividades es el Ministerio Público.

XV.- Verificar las instrucciones que se reciban de las diferentes oficinas de la Subprocuraduría; Secretaría Particular, Auxiliares, Jefe de Departamento y Ministerio Público, con la Delegación de Servicios Periciales, Coordinación del Servicio o Jefatura Estatal antes de efectuar alguna acción.

Sin otro particular aprovecho la ocasión para enviarle un cordial saludo.

~~A T E N T A M E N T E~~
LA C. COORDINADORA DEL SERVICIO MEDICO FORENSE
VALLE CUANTITLAN DEL ESTADO DE TLAMATEPEC.

~~DR. MONTESSA DE LA ROCA ROMERO.~~



JEFE DEL SERVICIO MEDICO FORENSE

- C.c.p. DR. MARIC DE JESUS ETERNOD AGUILAR, Subdirector de Servicios Periciales en Toluca, México.- para su conocimiento.
- C.c.p. SR. GUSTAVO LOYOLA RAMIREZ, Delegado de Servicios Periciales en Tlaxiaco, México.- para su conocimiento.
- C.c.p. SERVICIOS MEDICOS FORENSES Adscritos a esta Coordinación para su conocimiento.
- C.c.p. ARCHIVO.

ABREVIATURAS.

- 1.- Hintegro. _____ himen íntegro.
- 2.- borrampra _____ borramiento de pliegues radiados.
- 3.- c/dvhfna _____ contusiones o desgarros de vulva, horquilla o fosa navicular.
- 4.- dha _____ desgarro himeneal antiguo.
- 5.- dhnocedad _____ dilatación himeneal que no corresponde a edad.
- 6.- dhr _____ desgarro himeneal reciente.
- 7.- eq/hex _____ equimosis, hematomas extragenitales.
- 8.- eq/hpub _____ equimosis o hematomas pubianos.
- 9.- eqh _____ equimosis himeneales.
- 10.-excex _____ excoriaciones extragenitales.
- 11.-slex _____ sin lesiones extragenitales.
- 12.-c/dvag _____ contusiones o desgarros vaginales.
- 13.-daa _____ desgarro anal antiguo.
- 14.-dar _____ desgarro anal reciente.
- 15.-eredoeqa _____ eritema, edema o equimosis anal.
- 16.-lesgluteos _____ lesiones en glúteos.
- 17.-sectransv _____ secreción transvaginal.
- 18.-eq/hcarain _____ equimosis o hematomas en cara interna de muslos.
- 19.-c/dperinea _____ contusiones o desgarros perineales.
- 20.-ptesfa _____ pérdida del tono del esfínter anal.
- 21.-hxex _____ heridas extragenitales.
- 22.-Cpf _____ Condición psicofísica.
- 23.-c/s alta _____ con o sin alteraciones anorrectales
- 24.-c/s les _____ con o sin lesiones.
- 25.-eclinprob _____ edad clínica probable.
- 26.-c/s demb _____ con o sin datos de embarazo.

- 27.-c/s dcr_____ con o sin datos de coito reciente.
- 28.-Cpuberal_____ condición puberal.
- 29.-c/s dETS_____ con o sin datos de enfermedades de transmisión sexual.
- 30.-desfa_____ desfloración antigua.
- 31.-desfr_____ desfloración reciente.
- 32.-s/desf_____ sin desfloración.
- 33.-tmuestra_____ toma de muestras.
- 34.-c/s dmanip_____ con o sin datos de manipulación.