Artículo original

Caracterización de los casos de violencia sexual atendidos en dos instituciones prestadoras de servicios de salud del municipio de Palmira-Valle Del Cauca, Colombia.

Ana Ligia Pino-Dominguez[1]; Cortes-Monsalve Lilia[2]; Salcedo-Cifuentes Mercedes[3]

1. Magister en Criminalística y Ciencias Forenses. EMSSANAR EPS.
2. Magister en Criminología. Especialista en Derecho Constitucional. Docente Investigadora del Grupo de Criminalística y Ciencias Forenses. Facultad de Derecho. Universidad Libre Seccional Cali. Universidad del Valle Escuela de Posgrados de Ingeniería.
3. Doctorado en Ciencias Biomédicas. Docente Investigadora del Grupo CALIMET de la Escuela de Bacteriología y Laboratorio Clínico. Facultad de Salud. Universidad del Valle. mercedes.salcedo@correounivalle.edu.co

Fecha de envío: 03/30/2017
Fecha de correcciones 09/30/2017
Fecha de aceptación 09/30/2017
Fecha de publicación 01/31/2018

Resumen

Introducción: la violencia sexual es un problema de salud pública que afecta especialmente a menores, adolescentes y mujeres. Muchos de estos casos son atendidos en servicios de salud y no son conocidos por los operadores de justicia.

Objetivo: caracterizar los casos de presuntas víctimas de delito sexual atendidas en los servicios de urgencias de dos instituciones prestadoras de servicios de salud de mediana y alta complejidad del municipio de Palmira-Valle del Cauca entre el 2012 y el 2015.

Materiales y Métodos: estudio descriptivo, realizado con el total de los casos atendidos en dos instituciones de salud durante el periodo de estudio. A las variables cuantitativas se les calcularon medidas de tendencia central y dispersión; a las variables cualitativas, se les calcularon proporciones y razones. Se uso la prueba chi2 para explorar diferencias estadísticamente significativas ($p \leq 0,05$) entre las variables.

Resultados: un total de 40 casos fueron identificados durante el periodo de estudio, el 95% fueron mujeres, 65% menores de edad. En el 70% de los casos la víctima conocía a su agresor; 50% se consumaron en la residencia de la víctima o el agresor. El uso de la fuerza, la amenaza, el chantaje y el engaño, fueron las principales formas de abordaje e inducción al silencio empleadas por el agresor.

Conclusiones: las características de los eventos contra la libertad, integridad y formación sexual en las dos instituciones, son persistentes y comparables con estudios en otros países. La mayoría de las víctimas son mujeres y adolescentes de bajos estratos socioeconómicos, usuarias del sistema de salud subsidiado, cuyo agresor era alguien conocido.

Palabras Claves: delitos sexuales, Violencia contra la mujer, Salud Sexual, Acoso sexual.

Copyright © Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Tecnológica de Pereira. 1995-2017. Todos los derechos reservados ®

Characterization of sexual violence treated at two provider of health care institutions of the municipality of Palmira-Valle Del Cauca, Colombia.

Abstract

Introduction: sexual violence is a public health problem that affects especially to children, adolescents and women. Many of these cases are treated in health services and are not known by justice office.

Objective: to characterize the alleged victims of sexual crime treated in the emergency department of two institutions providing health services in medium and high complexity in the municipality of Palmira-Valle del Cauca in 2012-2015.

Materials and Methods: we conducted a prevalence, retrospective study performed in the total of the cases attended in two institutions that provide health services during the study period. Quantitative variables were measured with central tendency and dispersion, for qualitative variables proportions and reasons were calculated as well. The chi2 test was used to explore differences between variables.

Results: 40 cases were included, 95% were women and 65% children. In 70% of cases the perpetrator was known by the victim and 72.5% of cases occurred at victim's residence. The use of physical force, threats, tricks and persuasion were the main ways used by the aggressor.

Conclusions: the characteristics of the events against liberty, integrity and sexual education are persistent and comparable with studies in other countries. Most of victims were, women and adolescents low socioeconomic status women and adolescents attended by subsidized health system centers, who knew the perpetrator.

Keywords: sexual Offenses, Violence against women, Sexual Health, Sexual harassment.

Copyright © Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Tecnológica de Pereira. 1995-2017. All rights reserved ®.

Introducción

La Organización Mundial de la Salud define la violencia sexual como: "todo acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo, la sexualidad de una persona mediante coacción, independiente de la relación de ésta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo" [1]. Este tipo de violencia es un problema de salud pública que afecta a millones de personas, principalmente a mujeres de todas las edades, niños, niñas y adolescentes, quienes terminan con secuelas físicas, emocionales y psicológicas devastadoras [2,3].

Según el modelo ecológico, existen niveles del entorno en el cual se desenvuelven, tanto las víctimas como sus agresores, en los cuales, se han identificado varios factores de riesgo que interactúan entre ellos. El modelo en resumen indica que en el nivel individual, entre los factores de riesgos se consideran: la edad (ser joven), el consumo de alcohol o uso de sustancias psicoactivas, tanto por la víctima como por el agresor, tener bajos niveles de escolaridad y condición económica. En el nivel donde se llevan a cabo las interacciones personales, llamado nivel relacional, se encuentran: antecedentes de violencia intrafamilar, el maltrato, las agresiones en la infancia y la cercanía del agresor al núcleo familiar entre otros. Así mismo, contribuyen en un nivel comunitario, el apoyo familiar y el de la comunidad, el tipo de relación o vínculo que tenga la víctima con el supuesto agresor, la pobreza y las actitudes comunitarias tolerantes ante este tipo de hechos. En los niveles de Sociedad y de Estado, la subordinación de las mujeres, la cultura machista, los hechos violentos, la ausencia de justicia material y falta de aplicación de las leyes y políticas de prevención, protección y castigo de la violencia, contribuyen a la ocurrencia de nuevos casos y a su persistencia [1,4-7].

Algunos estudios han documentado la magnitud e incremento de la violencia sexual. El estudio de Jewkes y col. [1] mostró que entre el 7% y 36% de las mujeres, manifestaron haber sido víctimas de abuso sexual durante la infancia. Por otra parte, en los resultados de un estudio multicéntrico de la OMS [3], del 6% al 59% de las mujeres mayores de 15 años reportaron la agresión sexual por su pareja. Así, la revisión sistemática en 21 países diferentes, mostró que la frecuencia de abuso sexual estaba entre el 0% al 53% en niñas y 0% al 60% en niños [8]. En este sentido, la tasa más baja de violencia sexual, se informó para niños menores de 3 años de edad (162 por 100.000 habitantes), después de lo cual aumenta sustancialmente con la edad.

Con relación a las variables relacionales se ha identificado, que en la mayoría de los casos el agresor era conocido por la víctima (Test Chi, $p<0,05$). En los menores de 5 años los agresores generalmente son familiares [9-11]. Los miembros de la familia pueden hacer uso de la confianza del niño y de los mismos padres para llevar a cabo el abuso sexual e inducirlo al silencio a través del chantaje, la seducción, la amenaza y otros medios. Por su parte Olsson y col. [12], reportaron una prevalencia de agresiones sexuales contra menores cometidas por familiares del 66%, incluyendo tíos, primos y padres. En contraste, Hagras y col. [13], informaron una prevalencia mayor de agresores desconocidos (63,1%), con 13,3% causado por familiares. En contraposición a estos resultados, el estudio de Niu y col. [14], informaron que la prevalencia de abusos infantiles cometidos por desconocidos fue significativamente alto, 40,3%.

En el nivel comunitario, se involucran en un alto porcentaje el consumo de alcohol o sustancias psicoactivas [15,16]. El lugar donde se consuma el hecho es, en casos de menores de edad, con mayor frecuencia la residencia de la víctima o del agresor [17,18].

En Colombia, las estadísticas antes mencionadas, develan situaciones similares. Es así que el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INML y CF), valoró durante el 2013 a 21.506 víctimas de presunto de delito sexual y en el 2014 a 21.115 [19]. De estos el 84,44% involucraron a mujeres [20], 85,08% involucró menores de 18 años y el escenario prevalente fue la vivienda de la víctima o del agresor (76,01%). Las tasas más altas para el 2015 se presentaron en Bogotá, (57,18 por 100.000 habitantes) seguida por Medellín (48,49 por 100.000 habitantes) y Cali con 41,90 por 100.000 habitantes. La tasa para el municipio de Palmira (49,55 por 100.000 habitantes) fue superior a la del Departamento del Valle del Cauca y Cali, su ciudad capital [21]. Las estadísticas de la prevalencia de este tipo de hechos en servicios de salud, no siempre son conocidas por el INML y CF, lo cual contribuye al sub-registro [22,23], debido a que esta institución solo atiende los casos remitidos a ellos para una valoración médico-legal, y no todos los casos son enviados para dicha valoración. Por esto el objetivo de este trabajo fue caracterizar el total de los casos de presuntas víctimas de violencia sexual atendidas en los servicios de urgencias de dos instituciones prestadoras de servicios de salud de mediana y alta complejidad del municipio de Palmira-Valle del Cauca en el periodo comprendido entre 2012 y primer semestre del 2015.

Materiales y Métodos

Se realizó un estudio descriptivo, de todos los presuntos casos de violencia sexual, valorados en los servicios de urgencias de dos IPS de mediana y alta complejidad ubicadas en la ciudad de Palmira, Departamento del Valle del Cauca, entre enero del 2012 y el primer semestre del 2015. La fuente de información en las dos instituciones de salud fueron las historias clínicas [23].

El marco de análisis se apoyó en el modelo ecológico, usado por la Organización Mundial de la Salud para el abordaje de la víctima de violencia. En el nivel individual se consideraron variables sociodemográficas de la víctima y el agresor (edad, sexo, nivel de educación, vinculación al sistema de seguridad social, y ocupación). En el marco relacional se tuvieron en cuenta las variables de vínculo con el agresor, la persona quien hizo la denuncia del hecho y las estrategias utilizadas por el agresor para lograr el sometimiento y silencio de la víctima. Por otra parte, en el nivel comunitario se recolectaron datos relacionados con el lugar de ocurrencia del hecho.

Así mismo, se diseñó una hoja electrónica para la captura de los datos antes mencionados. Posteriormente estos se transfirieron al software SPSS vs 20 en el cual se llevó a cabo un análisis exploratorio con el fin de observar la distribución de los datos crudos, así como los valores perdidos. Para el análisis univariado, a las variables cuantitativas, se les calcularon medidas de tendencia central (media, moda y mediana) y de dispersión. Del mismo modo, para las variables cualitativas, se calcularon proporciones y razones. En un análisis bivariado se exploró, a través de la prueba del Chi2, si las variables presentaban una distribución diferente por institución de salud y la relación entre ellas. Las tablas y algunas gráficas fueron elaboradoras en EXCEL.

El proyecto siguió los lineamientos éticos de investigación en salud de la Resolución No. 008430 de 1993 del Ministerio de Salud, contó con la aprobación del Comité de Ética y Bioética de Investigación de la Universidad Libre Seccional Cali y el de las Gerencias de las IPS de mediana y alta complejidad, como fuentes de información.

Resultados

Durante el periodo de estudio se atendieron en las dos IPS un total de 40 usuarios que acudieron al servicio como víctimas de presunta violencia sexual. El año 2014 se registró el mayor número de casos, 25/40 (62,5%), le siguió el primer semestre del 2015 con el 20,0% y el de menor número de casos correspondió al 2012 (7,5%). La distribución según mes mostró que el mayor número de eventos (20%) ocurrieron en mayo, seguido por abril 5/40 (13%), siendo los meses de menor

ocurrencia marzo, agosto y octubre cada uno con 2,5%. Además, los días martes y el miércoles aportaron el mayor número de eventos 30% y 14%, respectivamente. Los viernes, sábados y domingos fueron los de menor proporción, 10% cada uno. Por otra parte, la hora de ocurrencia del hecho, se logró establecer a través de los relatos de las usuarias, 70% ocurrieron entre las 7:00 y las 18:00 horas, 12% entre las 00:00 y 6:00 y 18% entre las 19:00 y las 23:00 horas.

De acuerdo al modelo ecológico, en el nivel individual, los resultados mostraron que el 95% de las víctimas, fueron mujeres (38/40). Los registros de las Historias Clínicas permitieron identificar que 30/40 (75%) fueron menores de edad y 25% (10/40) mayores de edad, grupo en el cual la edad mínima fue de 18 años y la máxima 36 años, con un promedio de 15 años. Con relación a la ocupación, se encontró una razón de 5 estudiantes por cada empleado. La distribución de la variable nivel de educación, se presenta en la figura 1, donde se observa que predomina la baja escolaridad.

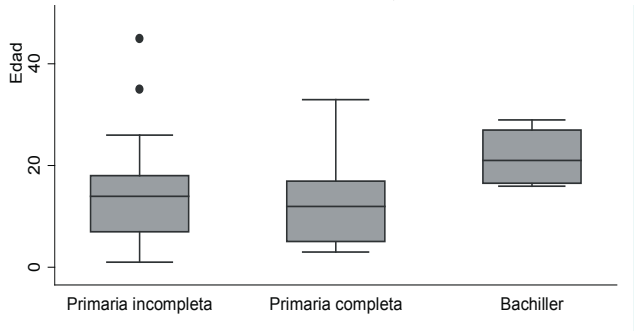

Figura 1. Distribución de la variedad edad vs el nivel de educación de los casos incluidos en el estudio. Palmira-Valle del Cauca. 2012 - y primer semestre del 2015.

La información sobre el agresor fue incompleta, solo en el 25% de los casos se informó que el agresor era conocido, con un promedio de edad de 22 años, el rango de 12 a 34 años. Con relación a la ocupación, no se tuvo acceso a esta información, en un 80% de los casos (32/40), en aquellos en los que se reportó fue muy variada, mecánico, vigilante y vendedor ambulante (5/8) y un 37,5% (3/8) de los casos fueron clasificados en la categoría de otros, en donde se incluyeron como ocupación la administración de su negocio, un establecimiento comercial, una tienda y consultorio médico.

En el nivel relacional, los principales hallazgos indican que para las víctimas que dijeron tener vínculo familiar con el agresor (16/40), el mayor porcentaje de los delitos fue cometido por la figura paterna (padre o padrastro) (Tabla 1). Dos de las víctimas femeninas indicaron haber sido violentadas de manera recurrente por parte de familiares (padrastro y tío respectivamente).

Tabla 1. Distribución de los presuntos agresores según el vínculo con la víctima.

Agresor conocido	Frecuencia (%)	Agresor desconocido	Frecuencia (%)
Amigo	10(25%)	Desconocido	12 (30%)
Padre/Padrastro	11(28%)		
Novio(a)	4(10%)		
Tío	2(5%)		
Sobrino	1(2%)		
Total	28 (70%)	Total	12 (30%)

La distribución de la edad vs el vínculo con el agresor se presenta en la figura 2. La mayoría de los victimarios fueron adultos y jóvenes.

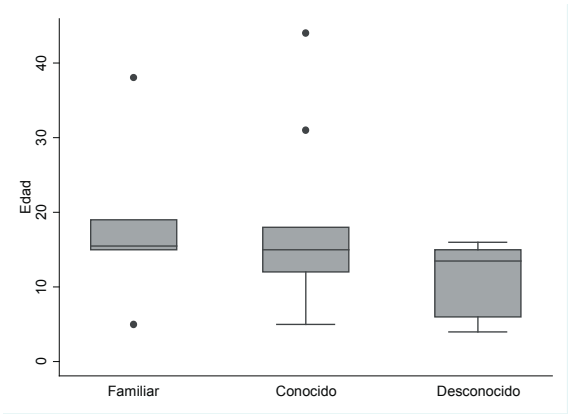

Figura 2. Distribución de los datos de la variable edad vs el vínculo con el agresor.

La situación de violencia sexual fue conocida y puesta en evidencia por un integrante de la familia en el 59,5% (21/40) de los casos. En estos, 8/21 fueron menores de edad y en 19 de los 40 casos, el hecho lo reportó ante el servicio de urgencias la propia víctima.

La modalidad de asalto de la víctima y omisión de denuncia, más común, empleada por el agresor fue la amenaza o el uso de la fuerza 12,5% (5/40) y el chantaje o engaño en el 5% (2/40). En el 82,5% (33/40) de los casos el abordaje del agresor a la víctima, fue sorpresivo, repentino y agresivo.

En el nivel comunitario se evidenció que 55% de los casos sucedieron en la residencia de la víctima o del agresor (Figura 3).

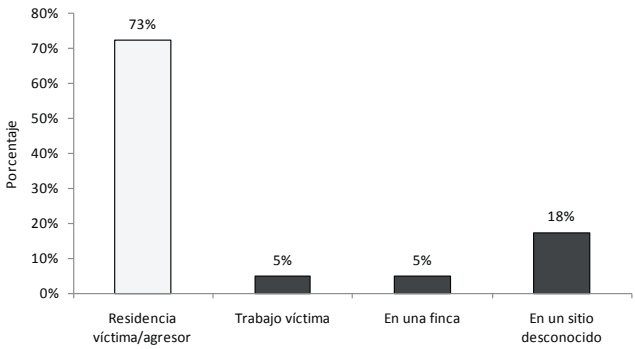

Figura 3. Distribución de los escenarios donde ocurrió el presunto delito sexual.

Los dos casos ocurridos en sector rural (finca), se sucedieron durante una fiesta de integración laboral. Los otros hechos se llevaron a cabo en un motel (5%), uno en un potrero lejos de la casa de residencia de la víctima (5%), y otro en una vía pública intermunicipal (5%). Respeto a la zona de ocurrencia de los hechos, 77,5% (31/40) se desencadenaron en la zona urbana y el 22,7% en el área rural.El 65% llegaron a ser atendidos a través de su EPS del régimen contributivo y 35% del régimen subsidiado. Según la dirección de residencia reportada por la víctima o el acompañante, el 100% de las víctimas residían en estratos socio-económicos nivel 1, 2 y 3.

Al revisar el lugar donde ocurrió el hecho, se evidenció que más del 50% de los casos fueron consumados en la vivienda de la ofendida o en la del agresor (Figura 4).

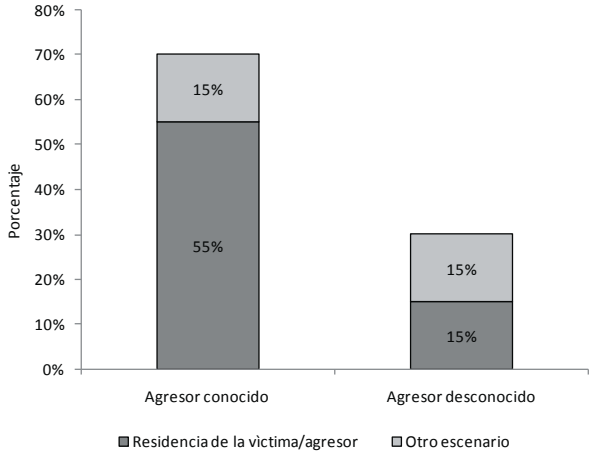

Figura 4. Lugar de ocurrencia del hecho según vínculo con el supuesto agresor.

Discusión

El presente estudio permitió caracterizar el total de los casos de presunto delito sexual atendidos en los servicios de urgencias de dos instituciones de salud de mediana y alta mediana complejidad ubicadas en la ciudad de Palmira, Departamento del Valle del Cauca, durante el periodo comprendido entre enero del 2012 y primer semestre del 2015.

Según el modelo teórico que orientó el estudio, los factores individuales que prevalecieron en la muestra fueron el género femenino, el bajo estrato socioeconómico, principalmente menores de edad, un alto porcentaje de bajo nivel educativo.

Estos resultados coincidieron con los de Gilbert y col. [24] en cuyo estudio identificaron como grupo vulnerable a las niñas y adolescentes residentes en estratos socio-económicos bajos. Sarkar y col. [25], reportaron los resultados de un estudio en 90 presuntas víctimas de violencia sexual, valoradas en el instituto de ciencias de la salud en Nueva Delhi, 88,9% fueron mujeres cuyo rango de edad fue el de 11 a 20 años. El 33,3% de los casos presentaron bajo nivel de escolaridad y residían en estratos socioeconómicos bajos (92,2%). En este mismo sentido Haider y col. [26] en Pakistán estudiaron 23 casos de presuntas víctimas de violencia sexual atendidas en tres hospitales públicos, la mayoría de las víctimas fueron del sexo femenino (77,3%) y menores de edad (63,3%). Estos resultados son consistentes con los de estudios de encuestas. Así Mwangi y col. [27], Breiding y col. [28] y Reza y col. [29] mostraron como población vulnerable a los menores de edad, adolescentes y jóvenes; del sexo femenino y con bajo nivel de escolaridad.

Si bien un alto porcentaje de las agresiones sexuales ocurren en adolescentes y adultos jóvenes, quienes por sus propios medios ponen en conocimiento el caso, ya sea en servicios de salud o en el sector justicia, los resultados de este estudio y otros como los de Hagras y col. [13] y Gilbert y col. [24] coincidieron con Pereda y col. [8] y los reportes de las estadísticas canadienses [9], en los cuales a edades muy tempranas el hecho es denunciado en la mayoría de los casos por el padre o tutor del menor. Aunque esto no quiera decir que cuando este es cometido hacia el interior del hogar por un familiar, el subregistro de hechos de violencia sexual en menores no sea considerado alto. [9]

La relación entre el riesgo de ser víctima de violencia sexual y nivel socioeconómico fue establecida por Clarke y col. [30] a través de indicadores de desventaja socioeconómica. Los resultados mostraron que más de la mitad (52,9%) de su población de estudio, había consumido menos de tres comidas el día anterior y el 34,8% (1.287/3.706) eran menores trabajadores que no estudiaban. Así mismo Mwangi y col. [27] y Breiding y col. [28] reportaron prevalencia en menores de edad que se desarrollan en hogares con bajos ingresos, reflejado en bajo nivel de escolaridad. En el presente estudio el indicador de desventaja fue el estrato socioeconómico (BAJO O ALTO) en el cual residía la víctima, así como su vinculación al sistema de seguridad social, representado en el 10% por el régimen subsidiado.

En cuanto a la relación de la víctima con el agresor se evidenció que este frecuentemente era conocido por la víctima. Los hallazgos de estos casos institucionales fueron semejantes a los reportados por el gobierno canadiense, los niños con edades entre 9 y 11 años, así como los jóvenes de 12 a 14 y 15 a 17 años, eran más propensos a ser víctimas de asalto sexual por conocidos (33%, 40% y 33% respectivamente) que por un desconocido (11%, 14% y 17 % respectivamente) [9]. Por otra parte, el estudio de Sarkar y col. [25], mostró que 44,4% de las víctimas atendidas conocían a su agresor, el 30% eran amigos cercanos, el resto familiares consanguíneos, mientras que en el 18,8% el agresor fue un extraño. Mwangi y col. [27] reportaron, en mujeres con hechos recurrentes, que entre los principales autores de su primera agresión sexual fue su pareja sexual y en el domicilio de su agresor.

Reportes estadísticos en encuestas de base poblacional para Colombia han mostrado que "en el país cerca de 722.000 niñas y mujeres, entre 13 a 49 años de edad, habían sido violadas una o más veces a lo largo de su vida y la mitad de las afectadas fueron violentadas antes de cumplir los 15 años". Este mayor riesgo, en los grupos etarios mencionados, puede deberse al hecho que los adolescentes y adultos jóvenes pasan más tiempo fuera de la esfera de la familia [31]. Además, como lo ha reportado Breiding y col. [28] hay un mayor riesgo a ser víctima de violencia sexual en la infancia entre las niñas cuya relación con sus madres biológicas no es muy cercana, sugiriendo que una fuerte relación materna podría ser un factor protector. Sin embargo, Mwangi y col. [27] reportaron perfiles de agresores diferentes según rangos de edad y sexo de la víctima. La mayoría de las mujeres entre 18 y 24 años que respondieron su encuesta afirmaron que el primer incidente de contacto sexual no deseado antes de los 18 se produjo en la escuela, durante el viaje a pie y en el domicilio del demandado en contraste cuando la víctima era un hombre en el mismo rango de edad, quienes indicaron que el escenario más común de agresión fueron sus propios hogares y las escuelas.

En el presente estudio, dos de los casos atendidos dieron evidencia de abuso sexual recurrente. En este sentido un informe en Canadá mostró que entre 8-10% de los niños y entre 12-25% de las niñas han sido víctimas de abuso sexual de manera frecuente antes de cumplir los 18 años de edad [32]. Los ambientes donde se cometen estos hechos recurrentes son favorecidos por la privacidad del escenario del hecho, la residencia de la víctima o del agresor, pero de igual forma los resultados del estudio de Reza y col. [29] así como el de Jewkes y col. [33] sugieren que esta recurrencia puede estar dentro del ambiente escolar o en la rutas camino al colegio, por lo cual las medidas de prevención deben considerar estos entornos.

Estrategias como el chantaje o el engaño para someter o inducir al silencio a la víctima se identificaron en un bajo porcentaje. Spraggon [34], indicó que la seducción, el chantaje o el engaño estuvieron en el 12,5% de los casos incluidos en su estudio. Para el autor esto es visto como una forma fácil en que el adulto agresor se acerca al menor, incluyendo finalmente el componente sexual en la relación con él sin que este logre identificar que está siendo abusado. Las estadísticas de INML y CF muestran que el abordaje más común empleado por el agresor es la amenaza o uso de la fuerza 40,2% [20-22]. Resultados consistentes con el estudio de Aguilar y Salcedo [35] llevado a cabo en casos de adolescentes atendidos en el servicio de clínica forense del INML y CF en donde la forma de abordaje más común empleada por el agresor fue la amenaza o uso de la fuerza 40,2% (74/183), chantaje o engaño 27,5% (50/183). En el 22% (40/183) de los casos el abordaje

fue sorpresivo.

En conclusión, un número importante de presuntas víctimas de violencia sexual acuden a los servicios de salud, por lo cual es necesario analizar los eventos conocidos en el sector para dar una mayor aproximación a las características del mismo [10,14] y hacer hincapié en la necesidad de formular políticas e intervenciones que se dirijan a los niños, niñas, adolescentes y mujeres jóvenes que son la población más frecuente en este tipo de hechos [36,37].

Aunque en este estudio no se encontraron diferencias con relación a la distribución según tiempo, lugar y persona en comparación con las estadísticas forenses, los resultados permitieron dar una aproximación a la forma como el agresor aborda y silencia a su víctima, sobre todo en el caso de menores de edad. La inducción al silencio contribuye a la victimización recurrente y al mismo subregistro. Estos datos fueron extraídos a partir de la narración que hace la víctima del hecho, que no siempre estuvo presente y cuando se registró la información en las historias clínicas no fue muy precisa, razón por la cual se hace necesario hacer énfasis en la buena recolección de los datos, dado que a partir del relato se pueden extraer variables que ayuden a explicar el fenómeno y los contextos familiares de los hechos, las formas de abordaje e inducción al silencio y la identificación de otros factores de riesgos que hacen de la vivienda de niñas, niños y adolescentes un escenario potencial para la presentación de este tipo de hechos violentos.

Conflicto de Interés:Los autores declaran que no existe conflicto de interés en la elaboración de este artículo.

Agradecimientos

Agradecemos a las Directivas de las dos Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) que autorizaron el estudio, su personal de las áreas asistenciales y estadística quienes colaboraron en el acceso y gestión de la información. Así mismo a los integrantes de los grupos de investigación de Criminalística y Ciencias Forenses de la Facultad de Derecho de la Universidad Libre Seccional Cali y CALIMET de la escuela de Bacteriología y Laboratorio Clínico de la Facultad de Salud de la Universidad del Valle, quienes apoyaron el diseño, el proceso de recolección de datos y su análisis.

Intereses de conflicto: las autores refieren no tener ningún interés de conflicto.

Bibliografía

1. Jewkes R. Intimate partner violence: Causes and prevention.The Lancet. 2002; 359:1423-1429.
2. Dartnall E, Jewkes R. Sexual violence against women: the scope of the problem. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2013; 27(1): 3-13.
3. See Harway M, O'Neil J. What causes men's violence against women (Thousand Oaks Sage Publications, 1999); WHO Multi-Country Study on Women's Health and Domestic Violence Against Women: Initial Results on Prevalence, Health Outcomes and Women's Responses (Geneva, WHO, 2005); and WHO, World report on violence and health (Geneva, WHO, 2002).
4. Instituto Nacional de Mujeres en México. Violencia sexual contra las mujeres en el seno de la pareja conviviente.2004. [Consultado 2016 Jun 24]. Disponible en: http://cedoc.inmujeres.gob.mx/cendoc/documentos_download/100790.pdf .
5. González I, Echeburúa E. Variables significativas en las relaciones violentas en parejas jóvenes: una revisión. Behavioral Psychology. 2008;16(2): 207-225.
6. See Heise L. Violence against women: An integrated, ecological framework (New York, St. Martin's Press, 1998); note 39; Heise L, Ellsberg M, Gottemoeller M. "Ending violence against women", Population Reports. 1999; 27 (11): 8-38.
7. Watts C, Zimmerman C. "Violence against women: global scope and magnitude". Lancet. 2002; 359: 1232-1237.
8. Pereda N, Guilera G, Forns M, Gómez Benito J. The international epidemiology of child sexual abuse: A continuation of Finkelhor. Child Abuse Negl. 2009; 33(6):331-42.
9. Ogrodnik L. Child and Youth Victims of Police-reported Violent Crime; 2008. [Consultado 2016 Ago 25]. Disponible en: http://www.statcan.gc.ca/pub/85f0033m/2010023/part-partie1-eng.htm.
10. Organización Panamericana de la Salud ; Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Violencia contra la mujer en América Latina y el Caribe: Análisis comparativo de datos poblacionales de 12 países. Washington, DC : OPS, 2013. [Consultado 2015 Feb 26]. Disponible en: http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=8175%3A2013-violence-against-women-latin-america-caribbean-comparative-analysis&catid=1505%3Aviolence-against-women&lang=en.
11. Haj-Yahiaa M, Tamish S. The rates of child sexual abuse and its psychological consequences as revealed by a study among Palestinian university students. Child Abuse Negl. 2001; 25(10):1303–1327.
12. Olsson, E. Ellsberg, S. Berglund, A. Herrera, E. Zlaya, R. Peña, et al. El abuso sexual durante la infancia y la adolescencia entre los hombres y las mujeres de Nicaragua: una encuesta anónima basada en la población Niño. NEGL Abuso 2008; 24: 1579-1589.
13. Hagras AMM, Moustafa SM, Barakat HN, Azza H, El-Elemi AH. Médico-Legal evaluation of child sexual abuse over a six-year period from 2004 to 2009 in the Suez Canal area, Egypt. Egypt J Forensic Sci. 2011; 1: 58–66.
14. Niu H, Lou C, Gao E, Zuo X, Feng Y. Analysis of childhood sexual abuse among 1099 university, students in Shanghai. J Reprod Contracept. 2010; 21(1): 53–61.
15. ABS, Personal safety survey Australia 2005 (reissue), op. página 29. Selected characteristics of the different types of violence.
16. Gretch K, Burgess M.' Trends and patterns in domestic violence assaults: 2001 to 2010. NSW Bureau of Crime Statistics and Research. 2011;61:4.
17. Ramsay S. Breaking the silence surrounding rape. Lancet. 1999; 354(9195): 2018.
18. Douglas EM, Finkelhor D. Childhood sexual abuse fact sheet. Crimes against Children Research Center. University of New Hampshire, 2005. [Consultado 2016 Oct 30]. Disponible en: http://www.unh.edu/ccrc/factsheet/pdf/CSA-FS20.pdf.
19. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Forensis: datos para la vida. 2014. [Internet] 2015 Febr [Consultado 2016 Oct 30]. Disponible en: www.medicinalegal.gov.co/.../Forensis...2014.../9085ad79-d2a9-4c0d-a17].
20. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Forensis: datos para la vida. 2013. [Internet] 2014 Mar [Consultado 2016 Oct 30]. Disponible en: http://www.medicinalegal.gov.co/documents/10180/188820/FORENSIS+2013+8-+delito+sexual.pdf/b733218a-c476-4215-989d-e490635af6c6].
21. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Forensis: datos para la vida. 2015. [Internet] 2016 Mar [Consultado 2016 Oct 30]. Disponible en: http://www.medicinalegal.gov.co/documents/88730/3418907/6.+VIOLENCIA+SEXUAL.pdf/6c8bff03-1ec8-4c24-955a-393e28255398].
22. República de Colombia. Procuraduría General de la Nación. Situación de la violencia contra las mujeres. Ley 1257 de 2008. [Consultado 2016 Oct 30]. Disponible en: https://sinergiasong.

org/cajasdeherramientas/prenatal/vinculos/ref29-Situacion-violencia-contra-las-mujeres.pdf].

23. República de Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 0459 de marzo 9 del 2012 Por la cual se adopta el Protocolo y Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual. [Consultado 2016 Oct 30]. Disponible en: http://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/resolucion_minsaludps_0459_2012.htm].
24. Gilbert R ,Widom CS ,Browne K , et al. Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. Lancet 2009;373:68–81.
25. Sarkar SC, Lalwany S, Rautji R, Bhardwaj DNY. A study on victims of sexual offences in South Delhi. (2005). [Consultado 2016 Oct 30]. Disponible en: internet:http://medind.nic.in/jah/t05/i1/jaht05i1p60.pdf.
26. Haider A, Sohail K, Jahanzeb K, Shemaila S. A Study of Female Sexual Offences in the Year 2013 at DHQ Hospital Dera Ismail Khan. Ann. Pak. Inst. Med. Sci. 2014; 10(4);187-192.
27. Mwangi MW, Kellogg TA , Brookmeyer K, Buluma R, Chiang L, Otieno-Nyunya B, Chesang K. Perpetrators and context of child sexual abuse in Kenya. Child Abuse Negl. 2015; 44: 46–55.
28. Breiding MJ, Reza A, Gulaid J, Blanton C, Merced JA, Dahlberg LL, Dlamini N, Bamrah S. Risk factors associated with sexual violence towards girls in Swaziland. Bulletin of the World Health Organization 2011;89:203-210.
29. Reza A, Breiding MJ, Gulaid J, Mercy JA, Blanton C, Mthethwa Z, Bamrah S, Dahlberg LL, Anderson M. Sexual violence and its health consequences for female children in Swaziland: a cluster survey study. Lancet 2009; 373: 1966–72.
30. Clarke K, Patalay P, Allen E, Knight L, Naker D, Devries K. Patterns and predictors of violence against children in Uganda: a latent class analysis. BMJopen 2016; 6 : e010443 doi: 10.1136 / bmjopen-2015-010443
31. PROFAMILIA. Encuesta Nacional de Demografía y Salud: Salud sexual y reproductiva; (2005). [Consultado 2016 Oct 30]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/Base%20de%20datos%20ENDS%202005%20informe.pdf.
32. Lambert G, Haley N, Jean S, Tremblay C, Frappier Y-I, et al. Sexual Health of Adolescents in Quebec Residential Youth Protection Centres Can. J Public Health. 2013;104 (3):216-221.
33. Jewkes R, Sen P, Garcia-Moreno C. Sexual violence. In: Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R, eds. World Report on Violence and Health. Geneva: World Health Organization. 2002: 147–82.
34. Spraggon C. Violencia sexual en Bogotá. Bogotá: Centro de Investigaciones Sociojurídicas (CIJUS), Facultad de Derecho, Universidad de los Andes, Bogotá; 2000.
35. Aguilar A, Salcedo M. Caracterización de la violencia sexual en adolescentes de 10 a 19 años, 2001-2003. Cali: Colombia Médica. 2008; 39(4): 356-363.
36. Sumner SA, Mercy JA, Saul J, Motsa-Nzuza N, Kwesigabo G, Buluma R, MarcelinLH, Lina H, Shawa M, Moloney-Kitts M, Kilbane T, Sommarin C, Ligiero DP, Brookmeyer K, Chiang L, Lea V, Lee J, Kress H, Hillis SD. Prevalence of Sexual Violence Against Children and Use of Social Services — Seven Countries, 2007–2013. MMWR Morbidity Mortality Weekly Rep, 64 (2015), pp. 565–569.
37. República de Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Instructivo para el uso del kit de profilaxis post exposición para VIH, ITS y anticoncepción de emergencia en víctimas de violencia sexual. [Consultado 2016 Oct 30]. Disponible en: www.valledelcauca.gov.co/salud/descargar.php?id=14052.