

11237  
2eje



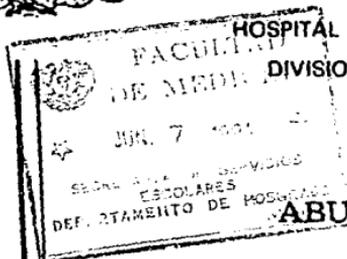
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

HOSPITAL GENERAL "DR. MANUEL GEA GONZALEZ"

DIVISION DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION



ABUSO SEXUAL EN NIÑOS Y  
ADOLESCENTES

T E S I S

QUE PARA OBTENER LA ESPECIALIDAD DE:

P E D I A T R I A

P R E S E N T A

DIANA VERONICA LOEZA FUENTES



MEXICO, D. F.

195

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



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 está 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.

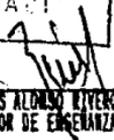
# TESIS CON FALLA DE ORIGEN

**HOSPITAL GENERAL  
DR. MANUEL GEA GONZALEZ**

**SUBDIRECCION  
DE INVESTIGACION**



**DRA. RA. DOLORES SAAVEDRA OTTIVEROS**  
SUBDIRECTORA DE INVESTIGACION



**DR. CARLOS ALONSO RIVERA LOPEZ**  
SUBDIRECTOR DE EMERGENZA



**DR. ERNESTO ESCOBEDO CHAVEZ**  
SUBDIRECTOR DE PEDIATRIA

**DRA. IRMA JIMENEZ ESCOBAR**  
MEDICO ADSCRITO AL SERVI-  
CIO DE PEDIATRIA

**DRA. ROSA ISELA GOMEZ NAJERA**  
MEDICO ADSCRITO AL SERVI-  
CIO DE PEDIATRIA

Con todo amor a mi familia:  
A mis padres Ma. Elena y René,  
y mis hermanas Ma. Elena y Minerva  
por su apoyo y estímulo constante.

Al Hospital General "Dr. Manuel  
Gea González":  
Por ser parte fundamental en mi formación.

A mis compañeros y amigos:  
Por la convivencia y apoyo recibidos.

A la niñez en general:  
Por tener un conocimiento cada vez más  
completo y profundo de ustedes.

1.0 TITULO: ABUSO SEXUAL EN NIÑOS Y ADOLESCENTES.

2.0 INVESTIGADOR PRINCIPAL:

DRA. DIANA VERONICA LOEZA FUENTES  
RESIDENTE DE 3o AÑO DE PEDIATRIA  
MEDICA.

INVESTIGADOR RESPONSABLE: DR. ERNESTO ESCOBEDO CHAVEZ.  
DIRECTOR DE AREA MEDICA.

INVESTIGADORES ASOCIADOS: DRA. IRMA JIMENEZ ESCOBAR.  
MEDICO ADSCRITO DEL SERVICIO  
DE PEDIATRIA MEDICA.

DR. ANTONIO SERENA.  
JEFE DE SERVICIO DE PROCTOLOGIA.

3.0 SEDE DE LA INVESTIGACION: DIVISION DE PEDIATRIA.  
HOSPITAL GENERAL "DR. MANUEL GEA GONZALEZ" DE LA SECRETARIA  
DE SALUD.  
CALZADA DE TLALPAN 4800.CP.14000.  
MEXICO, D.F..

#### 4.0 ANTECEDENTES: .

El abuso sexual se definió por primera vez en 1977 por Henry Kempe, como el involucro no deseado en cualquier forma de contacto sexual, manual, oral o genital, u otro comportamiento relacionado que un adulto impone a un niño ó adolescente, y que éste, por la etapa de desarrollo psicosocial no puede comprender, además de que aún no entiende la sexualidad. Lo cual limita a los niños a dar información sobre lo que ocurre, ya sea por los regímenes que marca la sociedad ó por los roles familiares. (1).

Las actividades sexuales incluyen todas las formas de contacto: Oral-genital, genital, dígito-genital, contacto anal, caricias; abusos sin contacto como son: exhibicionismo, voyeurismo, uso del niño en la producción de pornografía ó prostitución.

El abuso sexual incluye un amplio espectro de actividades que van desde una seducción sutil hasta un acto violento como el estupro. (2,3).

El abuso sexual incluye en este caso a la paidofilia, que se define como la preferencia ó adicción por tener relaciones sexuales con niños por medio de la violación ó seducción; que desde luego, incluye todas las formas de incesto.

Dentro de las diferentes formas de abuso en esta clasificación, se ha encontrado que un alto porcentaje, consiste principalmente en acariciar los genitales, contacto orogenital ú observación de los mismos (1).

El incesto se define como el contacto físico en cualquiera de las formas mencionadas anteriormente entre parientes, como son: Relación padre-hija, la cual se presenta en aproximadamente 75% de todas las formas de incesto; seguida de otras como madre-hijo, padre-hijo, madre-hija, abuelo-nieto, abuelo nieta y en un 25% aproximadamente la relación hermano-hermana. (1).

La explotación sexual se define como la práctica de actividades sexuales no deseadas en niños y adolescentes, recibiendo una gratificación por las prácticas de la misma, usando su cuerpo como "mercancía" de la cual ellos no tienen derecho a decidir. (1).

El abuso sexual puede ser diferenciado del "juego sexual" al apreciar la frecuencia y la naturaleza coercitiva del desarrollo, determinando si hay diferencias en el desarrollo psicosocial y en la edad de los participantes. Esto quiere decir que cuando los niños se miran mutuamente o tocan sus genitales entre sí y tienen un desarrollo y edad semejantes y sin haber introducción entre un cuerpo y el otro, se considera normal. (4).

Los estatutos criminales definen y clasifican al abuso sexual como un delito menor o felonía, dependiendo en todos los casos del grado de afectación o penetración por los orificios del cuerpo o de la fuerza física y/o psicológica que se haya empleado. (4).

Las investigaciones hechas a este respecto, concluyen que en un elevado porcentaje de los casos, el agresor es una persona conocida por el niño, generalmente un miembro de la familia (padre, abuelo, tío, un hermano mayor, ó algún otro miembro de la familia); aunque, desde luego pueden ser personas como el caso de las niñeras, principalmente adolescentes.

El abuso sexual se encuentra en todas las clases sociales, con predominio de la clase baja, encontrándose entre las víctimas a niños de todas las edades y de ambos sexos, con predominio de la edad pre-escolar y escolar.

Hasta el momento actual se desconoce con exactitud la magnitud real del problema, haciéndose diagnóstico erróneo en un alto porcentaje de los mismos. (1,3,4,5 ).

Los cuales presentaban disminución del rendimiento escolar, masturbación excesiva, introversión, agresividad o enuresis, detención de la curva de crecimiento y desarrollo.

La sintomatología presentada entre los adolescentes, revisada por Brooks (8-3), Burgess, , Hartman, McCausland & Powers (8-4), Gómez Schwartz (8-5) entre otros; encontrando que este es el grupo más afectado, ya que tiene más repercusiones en la vida adulta, con tendencia a presentar cuadros depresivos, que alternan con cuadros esquizoides y psicóticos; drogadicción, liberalismo, abuso de drogas y alcohol, promiscuidad, alteraciones de la personalidad y en la edad adulta ideas de autodestrucción, homosexualidad (48%), bisexualidad (10%).

Alteraciones a corto plazo por Adams & Tucker (8-8), entre otros, los cuales encontraron una sintomatología de tipo esquizoide; algunos autores han denominado un cuadro de "Alteración de estrés postraumático", que implica las secuelas biopsicológicas, que se presentan de acuerdo a la severidad de los ataques y los eventos sufridos.

En el estudio que realizó Peters (8-14), se encontró que en un 50% de los casos, el agresor es el padre ó padrastro, siendo este tipo de relación el que más secuelas deja; 78% por otro familiar, 58% por personas extrañas.

Dinámica familiar: Por Mian y colaboradores (8-17) entre otros; encontrándose un alto porcentaje de separación y divorcios entre la pareja; en un 79% aproximadamente, problemas psicológicos, alcoholismo, abuso de drogas, tendencia suicida, problemas económicos; 5-8% de las madres con antecedente de abuso sexual en la infancia; 72% antecedentes de incesto, y en menor grado, antecedentes de abuso sexual en el padre. (8).

Existen algunos antecedentes de importancia que predisponen al abuso sexual como son:

- Antecedentes de incesto previo en algún otro miembro de la familia.
- Nuevos miembros en la casa del sexo masculino con antecedente de alteraciones sexuales.
- Alcoholismo.
- Pérdida de la libido materna o rechazo sexual por parte del padre.
- Una tendencia hacia la pайдofilia en relación especial a las exhibiciones sexuales y la pornografía.

La mayor parte de las veces, los niños denuncian el hecho a alguna persona ajena al núcleo familiar y después de un largo tiempo de que ha ocurrido la agresión, situación que está muy relacionada con la presencia de secuelas que se presentan en todas las etapas del desarrollo, repercutiendo principalmente en la adolescencia, y si no han recibido una atención adecuada, se prolonga hasta la vida adulta. (4,5).

#### 5.0 MARCO TEORICO:

Como el "síndrome del niño maltratado", hace 20 años provocó una respuesta importante entre el círculo pediátrico; el abuso sexual ha creado una inquietud creciente, denominando a este grupo de pacientes con el nombre de "Síndrome del niño atemorizado". (1).

A partir de esto, se han hecho múltiples investigaciones en el extranjero a partir de 1977, destacándose entre ellas las que realizaron Tucker, Elwell y Ephross (8-1), en relación a la población más afectada, encontrándose los pacientes en edad escolar y pre-escolar, en un 32 a 85% respectivamente.

Dentro de las alteraciones físicas y los problemas infecciosos encontrados en estos pacientes, principalmente se encuentran las enfermedades sexualmente transmisibles, siendo las vulvovaginitis e infecciones anorectales por clamidia trachomatis y neisseria gonorrhoeae, IVU, faringoamigdalitis de repetición y sífilis, así como HIV, el cual se ha incrementado en forma importante, siendo en la actualidad un 6-10% adquirido en esta forma. (5-6).

Algunos estudios sugieren la toma de cultivos en las 72 horas posteriores al abuso, sin embargo, dados los antecedentes y el tiempo de conocimiento del problema, se determinan de manera convencional en todos los pacientes, independientemente del tiempo que haya pasado. (1). Dentro de las lesiones físicas presentadas, es necesario hacer una exploración física generalizada, con especial énfasis en las partes del cuerpo que se involucran en relaciones sexuales como son la boca, senos, glúteos, genitales, región perineal y ano.

En las mujeres, hacer además de lo anterior, revisión de genitales en busca de escoriaciones, abrasiones, alteraciones del himen y vestíbulo.

En los niños, revisión de muslos, pene y escroto en busca de lesiones como son escoriaciones y cicatrices. Y en ambos sexos; exploración de región perianal, ya que es una de las áreas de mayor afectación con presencia de contusiones, laceraciones, dilatación perianal y pérdida del esfínter anal. (4).

En nuestro país, se han realizado pocos estudios en relación a esta problemática, aunque se cuenta con mucha información en los centros de Apoyo en Defensa del Menor, en diversas instituciones privadas y Centros Asistenciales, así como en los Hospitales de la Mujer y el Siquiátrico Infantil "Juan N. Navarro", que brindan ayuda específicamente a este tipo de pacientes.

Una investigación realizada en el Hospital Siquiátrico Infantil " Juan N. Navarro", de abril de 1989 a octubre de 1991, describe un análisis de 150 casos de niños con antecedente de abuso sexual, describiendo lo siguiente:

- Medio socioeconómico:

Medio: 45%.

Bajo : 55% (10).

- Sintomatología presentada:

- a) Disminución del rendimiento escolar.
- b) Disminución del apetito.
- c) Enuresis.
- d) Introversión.
- e) Agresividad.
- f) Dolor abdominal crónico.

6.0 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

¿Los niños que son víctimas de abuso sexual, necesitan atención médica integral?

7.0 JUSTIFICACION:

Se ha visto que el número de niños, víctimas de abuso sexual reportados a las Instituciones de Beneficencia ó a las autoridades se ha incrementado en forma alarmante , un ejemplo de ello, lo tenemos en E.U., con un promedio de 15-20% anual.

Determinar la incidencia en México es difícil, ya que la mayoría de los casos no se informan a las autoridades correspondientes debido a un diagnóstico inadecuado ó porque se oculta el problema al considerar que no tiene solución. (4,5).

Dados estos antecedentes, es necesario conocer en nuestro medio, las alteraciones físicas; de la dinámica familiar y la frecuencia de este problema en pacientes en edad pediátrica; así como realizar estudios de extensión encaminados a determinar la frecuencia con la que estos pacientes presentan procesos infecciosos como consecuencia del abuso, lo cual sirve de orientación para todo aquel personal que esté en contacto con este tipo de pacientes.

En nuestro país, se cuenta con Centros de Apoyo, creados especialmente para la atención de estos pacientes, así como de los Centros de Defensa del Menor.

Así como la formación de Clínicas de Apoyo que se encuentran en algunos Hospitales, como son el Hospital de la Mujwer y el Hospital Siquiátrico "Juan N. Navarro".

#### **8.0 HIPOTESIS:**

No requiere por tratarse de un estudio descriptivo.

#### **9.0 OBJETIVOS:**

Determinar los problemas médicos que presentan los niños que son víctimas de abuso sexual.

#### **10.0 DISEÑO:**

Se trata de un estudio descriptivo, abierto, prospectivo, longitudinal, observacional.

## **11.0 MATERIAL Y METODOS:**

### **11.1 UNIVERSO DE ESTUDIO:**

Se estudiarán a los pacientes en edad pediátrica que acudan al Hospital General "Dr. Manuel Gea González" y/o que sean referidos del "Hospital Siquiátrico Infantil", con antecedente de abuso sexual; se estudiarán 100 pacientes ó a realizarse durante un año, del 10 de septiembre 1992 al 31 de agosto de 1993.

### **11.2 TAMANO DE LA MUESTRA:**

Todos los pacientes que acudan al Servicio de Urgencias Pediátricas del Hospital General "Dr. Manuel Gea González" y del Hospital Siquiátrico Infantil "Juan M. Navarro".

### **11.3 CRITERIOS DE SELECCION:**

#### **11.3.1. CRITERIOS DE INCLUSION:**

- Pacientes con edad de 0-18 años.
- Ambos sexos.
- Antecedente de abuso sexual en cualquiera de sus formas.
- Consentimiento para ingresar al estudio por parte del padre ó tutor.
- Hospitalización del paciente durante el estudio.

#### 11.3.2. CRITERIOS DE EXCLUSION:

- Ninguno.

#### 11.3.3. CRITERIOS DE ELIMINACION:

- Realización de un diagnóstico erróneo.
- Eliminación.

#### 14.4. VARIABLES:

- Lesiones físicas localizadas.
- Repercusión psicológica.
- Complicaciones tardías psicobiológicas.
- Medio socioeconómico.
- Escolaridad.
- Dinámica familiar.

#### 11.6. PROCEDIMIENTO DE CAPTACION DE LA INFORMACION:

A los pacientes que presenten las características mencionadas anteriormente, ingresarán por el Servicio de Urgencias Pediátricas, donde serán recibidos por un residente que ha sido adiestrado previamente para el manejo de estos pacientes, a los cuales se les realizará historia clínica completa, asentando los datos en una hoja diseñada para ello (anexo 1 y 2).

Se internará al paciente para realizar exploración física completa, valoración psicológica y para toma de los siguientes estudios de laboratorio: (anexo 1).

- EGO.
- CULTIVO DE SECRECION VAGINAL.
- CULTIVO DE SECRECION ANAL.
- UROCULTIVO.
- EXUDADO FARINGEO.
- VDRL.
- HIV.

Valoración del estado síquico al momento del ingreso (anexo 2).

Posteriormente el manejo integral del paciente se continuará en un centro de apoyo ó en el Hospital Siquiátrico Infantil, de acuerdo al lugar en que fué captado inicialmente.

#### 11.7. PARAMETROS DE MEDICION:

- 1.- Se considerará urocultivo positivo a aquel que tenga más de 100,000 colonias de un tipo de bacteria.
- 2.- Se considerará en el resto de los cultivos positividad al aislamiento del germen.
- 3.- Se considerará paciente infectado con HIV a aquel que cuente con exámenes confirmatorios.

#### 11.8. CRONOGRAMA:

Revisión bibliográfica: Junio y julio de 1992.  
Elaboración protocolo: Agosto de 1992.  
Captación de la información: Septiembre de 1992 a agosto 1993.  
Análisis de resultados: Septiembre de 1993.  
Presentación de resultados: Octubre- noviembre 1993.

#### 11.9. RECURSOS:

##### 11.9.1. RECURSOS HUMANOS:

Nombre	Actividad
Dr. Ernesto Escobedo Chávez	Coordinación y supervisión.
Dra. Ma. Josefa Díaz Aguirre	Coordinación y supervisión.
Dra. Irma Jiménez Escobar	Coordinación y supervisión.
Dra. Diana Verónica Loeza Fuentes:	Historia clínica, toma de muestras y llenado de hojas.

##### 11.9.2. RECURSOS MATERIALES:

No requiere nada extra, ya que el Hospital cuenta con todo lo necesario a saber; guantes, jeringas, torundas, medios de cultivo.

### **11.9.3. RECURSOS FINANCIEROS:**

No requiere apoyo financiero, ya que los estudios serán pagados por los familiares de acuerdo a la clasificación.

### **12.0. VALIDACION DE DATOS:**

Por tratarse de un estudio descriptivo, sólo se utilizarán promedios, frecuencias y porcentajes.

### **13.0. PRESENTACION DE RESULTADOS:**

Los resultados se presentarán en gráficas y tablas.

### **14.0. CONSIDERACIONES ETICAS:**

Todos los procedimientos estarán de acuerdo con lo estipulado en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Título segundo, Capítulo I, Artículo 17, Fracción: Investigación con riesgo mínimo.

## RESULTADOS.

- Se estudiaron un total de 153 pacientes durante un periodo de un año, la distribución por sexo, se muestra en la gráfica número 1, donde podemos observar que predominó el sexo femenino (71%), en relación al masculino (29%).

- La edad de los pacientes fué muy variable, predominando desde luego, el grupo de escolares (52.8%), seguido de pre-escolares (37.7%) y adolescentes (9%); la distribución por edad en forma individual, se presenta en la gráfica número 2, llamando la atención 2 picos de presentación, el primero entre 3 y 5 años y el segundo entre 9 y 10 años.

- Las características generales de la familia, se presentan en los cuadros 1, 2 y 3, donde podemos observar que los niños, víctimas de abuso, eran miembros en su mayoría de familias disfuncionales (39.2%), desintegradas (10.4%), además de que la mayoría de sus padres se encontraban en unión libre (30%) o no contaban con el padre original (21.5%). Y por último, se muestra el antecedente de abuso

sexual en algún miembro de la familia, que como puede verse fue del (18.9%).

- Como puede verse en la gráfica número 3, el abuso sexual se dió con más frecuencia en los 2 primeros hijos de la familia, con diferencias estadísticamente significativas (89.9%), al compararlo con el tercero o más de los hijos.

- En la gráfica número 4, se presenta el periodo de tiempo que transcurrió entre el primer evento del abuso y el conocimiento de los padres, destacando que solo en 40 casos (26.1%), los padres lo supieron en la primera semana, y aunque es difícil de creer, en 24 casos (11.1%), los padres lo supieron después del año de transcurrido el evento.

- Mención aparte requiere el lugar donde se llevó a cabo el abuso (gráfica número 5); destacando que en la mayoría de los casos (49.7%), el abuso se llevó a cabo en el domicilio de la víctima y desafortunadamente en (17.6%), el evento fué en la guardería ó en la escuela.

En la gráfica número 6, se muestra el parentesco del agresor con la víctima, resaltando de inmediato, que el principal agresor fue el vecino (41%), seguido del padrastro (12.2%) y solamente en 19 casos, el agresor fué desconocido (13.6%).

- En las gráficas 7 y 8, se muestran la forma de abuso y el número de veces que fué abusada la víctima, destacando que predominaron las caricias (29.2%), seguidos de la penetración rectal (22.2%) y vaginal (21%). En cuanto al número de ataques, destaca que el (49%) fué mayor de 2 eventos.

- El aspecto psicológico, fué valorado por padosiquiatría, encontrando que la respuesta de los padres (gráfica número 9), fué de preocupación (43.2%), seguida de sobreprotección hacia su hijo, e inclusive; algunos padres desafortunadamente (5.9%), culpaban al niño del evento, de igual forma, también valoraron los cambios emocionales en la víctima (gráfica número 10), destacando la gran variedad de reacciones que fueron desde enuresis, hasta agresividad, sin dejar de mencionar que un alto porcentaje de las víctimas (36.7%) no presentaron ningún cambio.

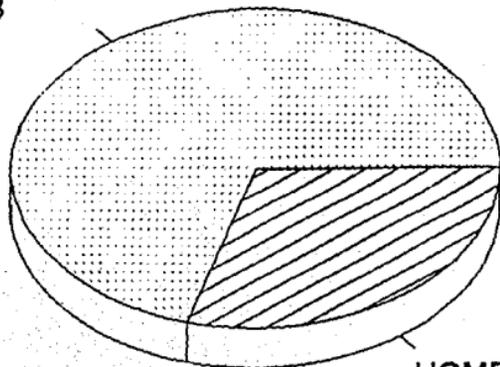
- A todos los pacientes se les realizó valoración por ginecología y proctología, además de la toma de estudios de laboratorio, con la finalidad de determinar hallazgos físicos y repercusión médica en los niños víctimas de abuso sexual. Como puede observarse en el cuadro número 4, en la mayoría de los pacientes no se encontró lesión física demostrable; y en los que sí hubo predominaron las lesiones himeneales y la leucorrea

El resultado de los exámenes de laboratorio se presentan en el cuadro número 5, donde observamos que la gran mayoría (80.4%) de los pacientes estudiados no tuvieron cultivos positivos ó resultados alterados, destacando que una paciente resultó embarazada como víctima del abuso, y que en ningún caso el HIV fué positivo. El mayor número de cultivos positivos, los obtuvimos de secreción vaginal (33.3%), donde predominó e. coli.

# ABUSO SEXUAL DISTRIBUCION POR SEXO

---

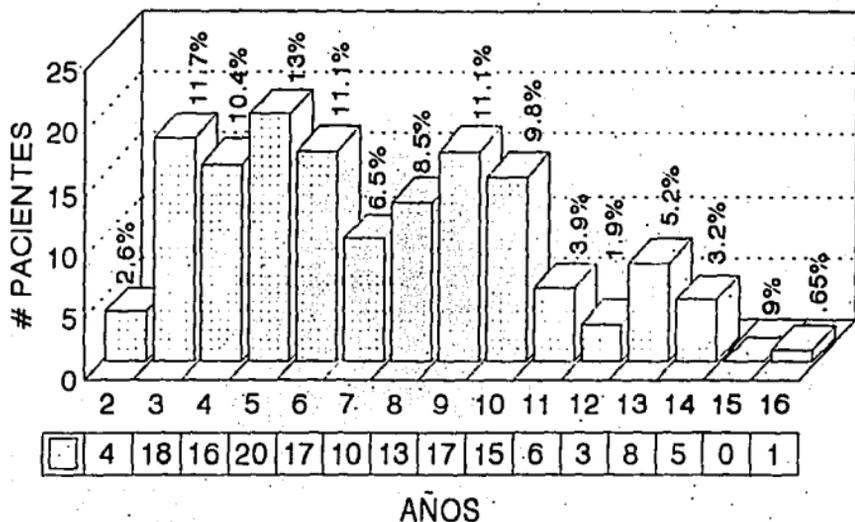
MUJERES 71%  
108



HOMBRES 29%  
45

GRAFICA 1

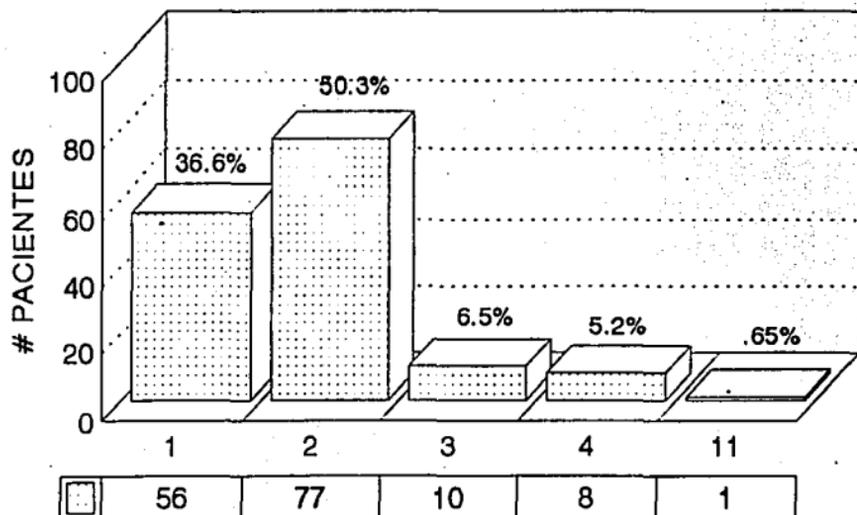
# ABUSO SEXUAL DISTRIBUCION POR EDADES



GRAFICA 2

N= 153

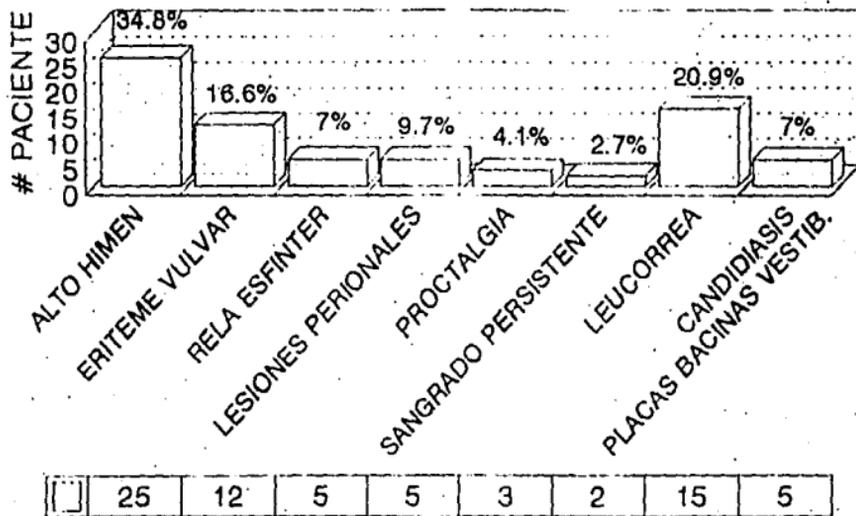
# ABUSO SEXUAL # HIJO



GRAFICA 3

N= 153

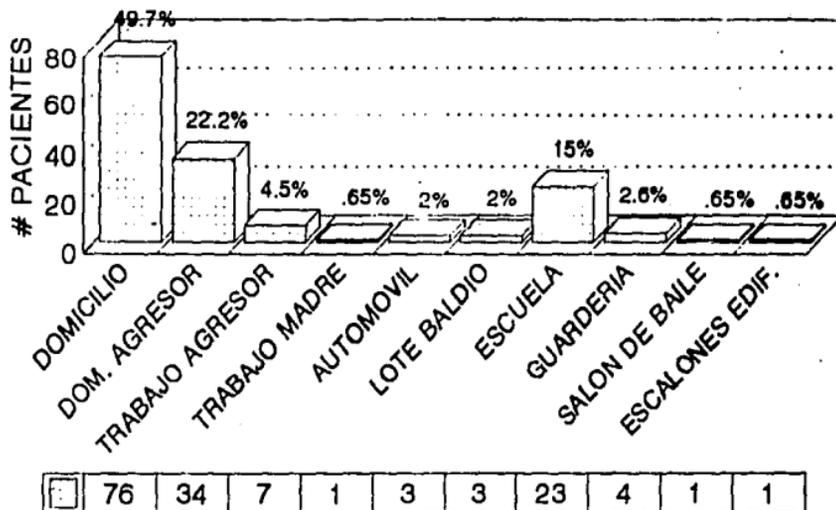
# ABUSO SEXUAL LESIONES FISICAS



GRAFICA 4

N= 72

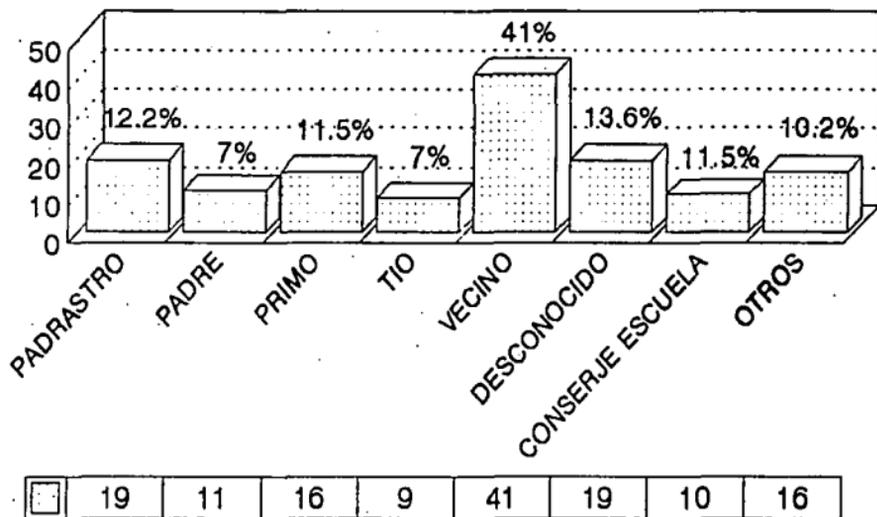
# ABUSO SEXUAL LUGAR DE LA AGRESION



GRAFICA 5

N= 153

# ABUSO SEXUAL SOSPECHOSO DE LA AGRESION

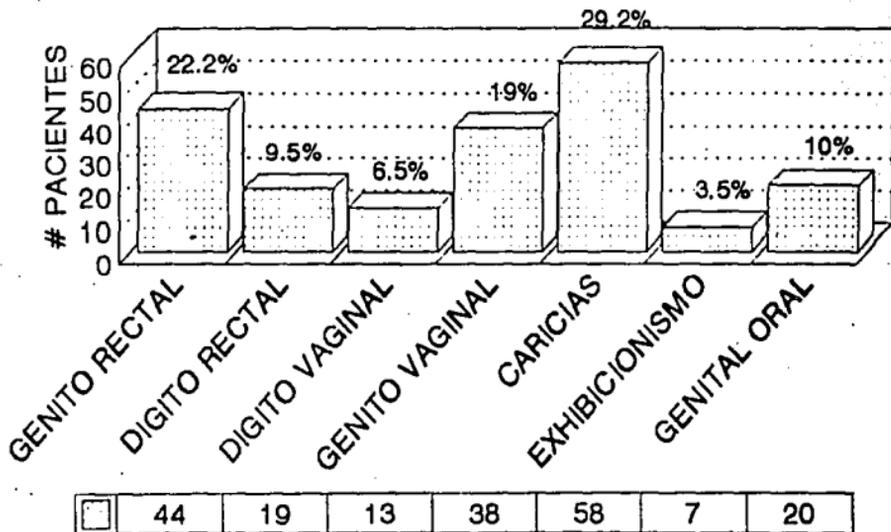


GRAFICA 6

N= 156

# ABUSO SEXUAL

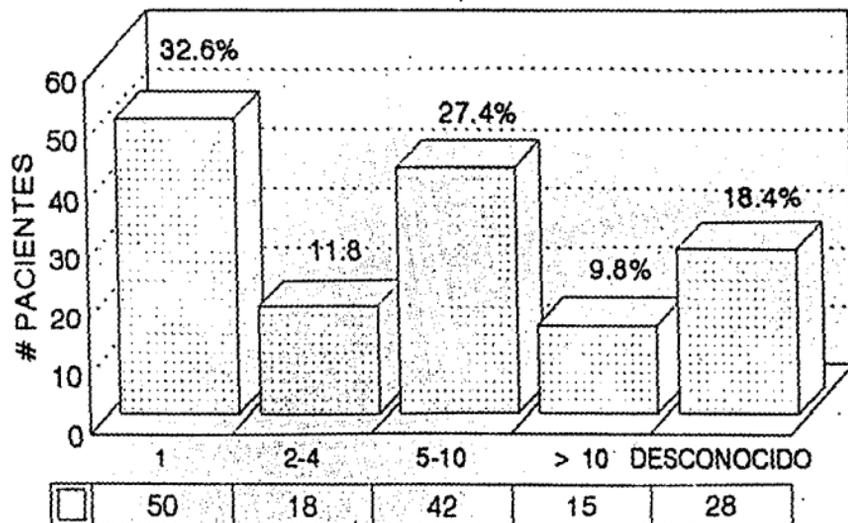
## FORMAS DE ABUSO



GRAFICA 7

N= 199

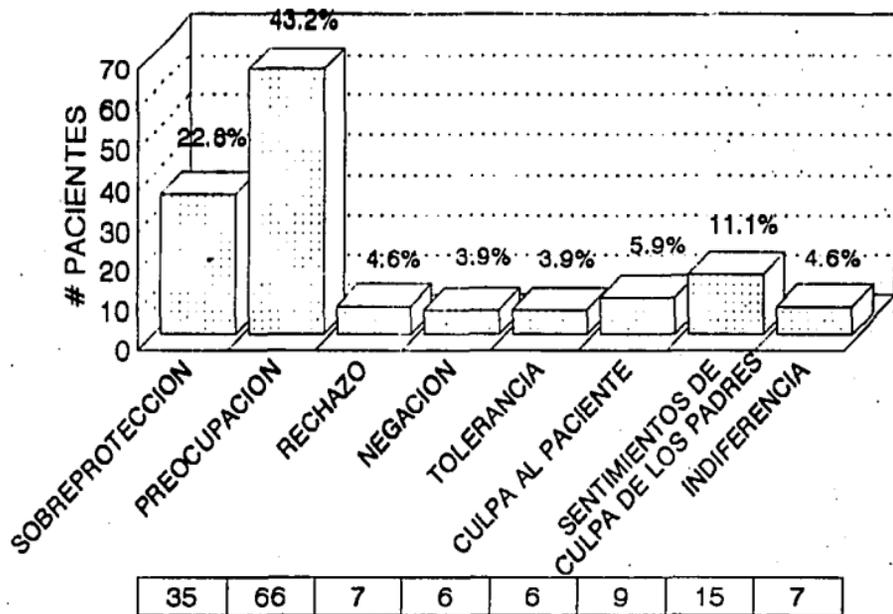
# ABUSO SEXUAL NUMERO DE ATAQUES



GRAFICA 8

N=153

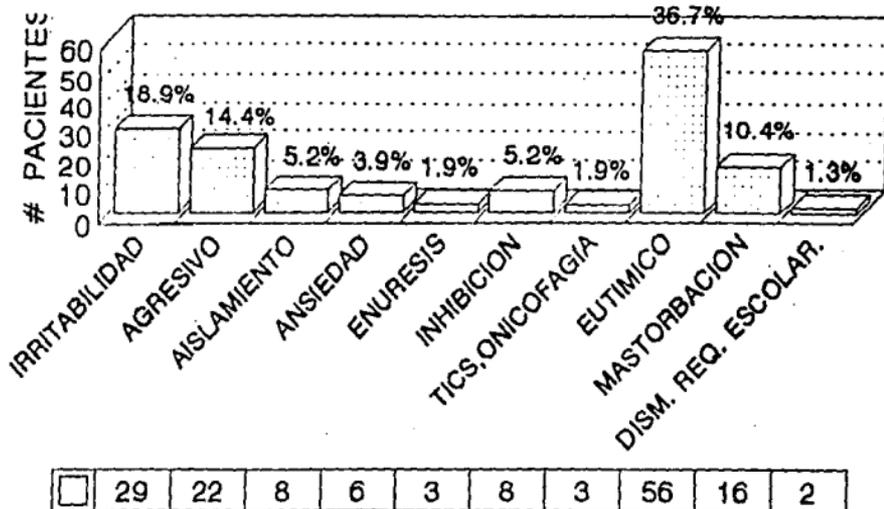
# ABUSO SEXUAL ACTITUD DE LOS PADRES ANTE LA SITUACION



GRAFICA 9

N=153

# ABUSO SEXUAL CAMBIOS EMOCIONALES POSTAGRESION EN EL PACIENTE



GRAFICA 10

# ABUSO SEXUAL DINAMICA FAMILIAR

DISFUNCIONAL	60	39.2%
INTEGRADA	23	15%
DESINTEGRADA	16	10.4%
RECONSTRUIDA	14	9.1%
FUNCIONAL	40	26.1%

CUADRO 1  
N= 153

# ABUSO SEXUAL

## ANTECEDENTES DE ABUSO EN LA FAMILIA

---

SI	18.9	MADRE	48.2
NO	71.1	HERMANA	31
		PRIMA	17.2
		PADRE	3.4

# ABUSO SEXUAL

## ESTADO CIVIL DE LOS PADRES

CASADOS	52	34%
U/L	46	30%
HUERFANOS (ALBERGE TEMPORAL)	4	2.6%
SEPARADOS	7	4.5%
MADRE SOLTERA	11	7.2%
2a. UNION O +	33	21.5%

CUADRO 2  
N= 153

ABUSO SEXUAL  
ANTECEDENTE DE ABUSO EN PADRES O HERMANOS

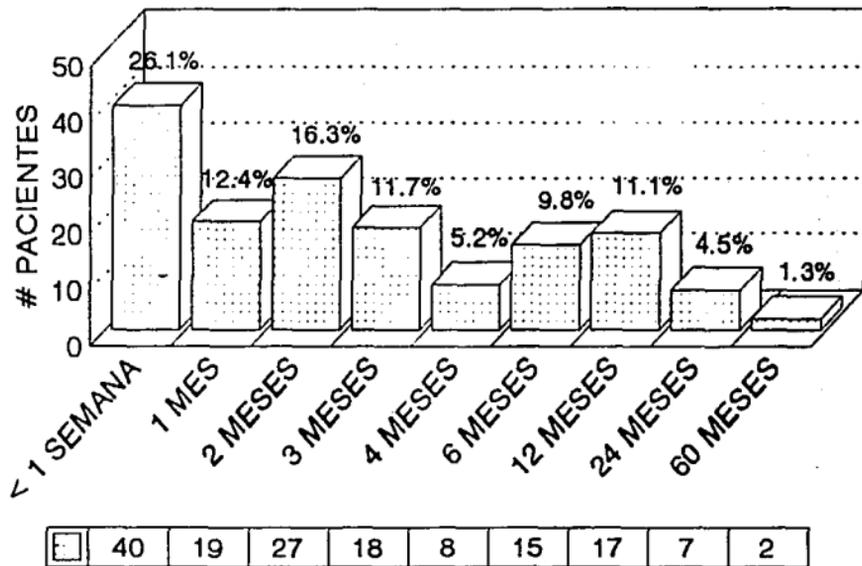
MADRE	14	48.2
HERMANA	9	31
PRIMA	5	17.2
PADRE	1	3.4

CUADRO 3  
N=29

ESTA TESIS  
SALIR DE LA  
BIBLIOTECA  
NO DEBE

# ABUSO SEXUAL

## TIEMPO DE INICIO Y CONOCIMIENTO DE LOS PADRES



GRAFICA 4

N=153

# ABUSO SEXUAL EXAMENES DE LABORATORIO

UROC +	4	13.3%
SEC. ANAL.	4	13.3%
SEC. VAG.	10	33.3%
EX. FAM.	9	30%
H. V.	0	
VDRL	1	3.3%
CPS	1	3.3%
PIE	1	3.3%

CUADRO 5  
N= 30

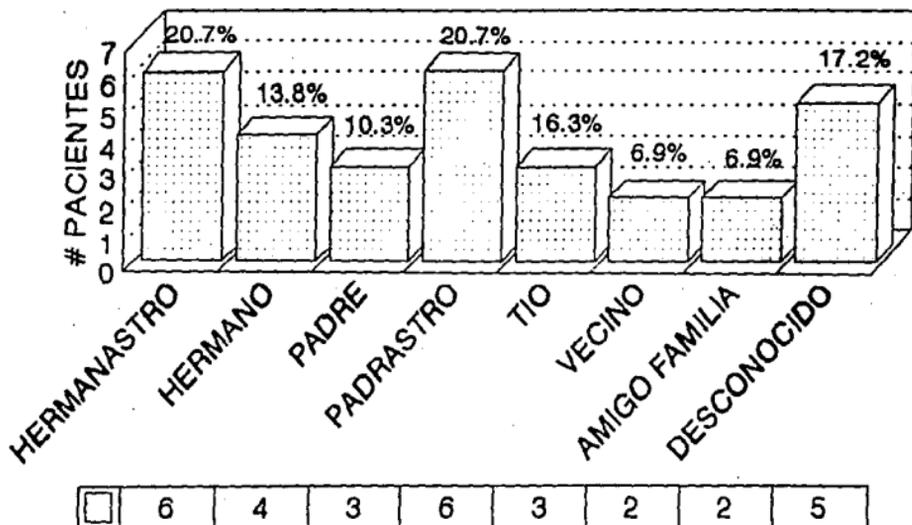
# ABUSO SEXUAL

## EXAMENES DE LABORATORIO

	%	GERMENES	%
UROCULTIVO	13.3	E. COLI	
SECRECION ANAL	13.3	E. COLI	
SECRECION VAGINAL	33.3	E. COLI	80%
		SETAP. AVREUS	20%
EXUDADO FARINGEO	30.0	E. COLI	22.2
		B. CATHARRALIS	55.6
		STAP. AUREUS	33.3
HIV	0		
VDRL	3.3		
CPS	3.3	E. HISTOLYTICA,	
		G. LAMBLIA	
PIE	3.3		

CUADRO 5  
N= 30

# ABUSO SEXUAL AGRESOR DE FAMILIARES



## DISCUSION.

Independientemente de la posición ideológica que se tenga, es mucho lo que aún desconocemos acerca de las costumbres sexuales de la familia contemporánea; por lo tanto, es útil enunciar los criterios que usamos para definir el abuso sexual en pediatría. Entre muchas definiciones, deseamos mencionar la que usa el National Center of Child Abuse & Neglect, que menciona que el abuso sexual consiste en contactos ó interacciones entre un niño y un adulto, cuando el primero se utiliza para estimulación sexual del segundo ó de otra persona, (12); sin embargo es difícil que diferentes personas coincidan en lo que debe considerarse abuso sexual, de tal forma que creemos pertinente mencionar algunos criterios de coincidencia, que nos permitan comparar nuestros resultados con los de otros autores.

El primer criterio, es el uso de la violencia para obtener el contacto sexual con el menor, debiendo aclararse que dicha violencia puede ser física ó emocional, ya que en ambos casos al niño le es difícil rechazar la acción aunque así lo desee, debido a la influencia psicológica que utiliza el adulto para seducir al niño. En nuestra investigación, encontramos que la fuerza física solo se utilizó en una paciente, aunque en otros casos se realizó el abuso, mediante amenazas con armas de fuego ó punzocortantes; en la mayoría de los casos el método utilizado fué el engaño, que se vió favorecido por la relación habitualmente familiar directa ó política de el abusador con su víctima, resultados que ya han sido descritos por otros investigadores como Finkelhor y cols. (11), quienes demostraron que el riesgo de sufrir abuso sexual en los niños, es mayor en casa que en la guardería.

Otro criterio que debemos utilizar para sospechar o no el abuso sexual, es la repercusión del evento sobre la conducta del niño y su adaptación social, de tal forma que dicha repercusión está condicionada en gran parte por los valores culturales del grupo familiar ó por la manera en que enfrenta la situación una vez conocida. En estar apartado, cabe mencionar que el diagnóstico de abuso sexual probable, casi siempre se basa en la información proporcionada por la víctima, y esto desafortunadamente puede no hacerse de inmediato; como sucedió en la mayoría de nuestros pacientes,

ya que el tiempo que transcurrió entre el primer evento del abuso y el conocimiento de los padres, se dió a partir del primer mes en adelante (74%), comparado contra solo un 26% de los casos en que la denuncia se hizo en la primera semana; esto desde luego, guarda relación con la edad de las víctimas, ya que a menor edad la información se conoció mucho más tarde, como ya también fué reportado por el National Center of Child Abuse & Neglect.

Es claro que el informe del abuso lo puede hacer la víctima, como hemos mencionado, sin embargo, existen indicadores tanto somáticos como de conducta que han sido descritos en los niños que presentan abuso, como serían trastornos del sueño, dolor abdominal, enuresis, rendimiento escolar deficiente y conducta suicida (47,52,74 de 22).

En nuestro estudio, sin embargo, predominaron los cambios de conducta, ya que la irritabilidad, aislamiento y agresividad intempestivas fueron lo más frecuente, destacando el que 16 pacientes de los estudiados manifestaron su problema mediante masturbación ó equivalentes que demostraban una conducta sexualizada, ya que los padres, mencionaban que sus hijos se desnudaban fácilmente ó querían jugar con los genitales de sus hermanitos ó que los padres jugaran con los propios; existen estudios anteriores que apoyan nuestros hallazgos como es el estudio (87 de 22), quienes en un estudio controlado de casos problema y controles, demostraron que los niños abusados mostraban juegos sexuales con muñecas, a diferencia de los controles que mostraron poco interés por las muñecas.

Mención aparte requiere la actitud de los padres ante la agresión, ya que mientras la mayoría se mostraba preocupada, otros sobreprotegían al niño ó incluso rechazaban ó culpaban al paciente. Llama la atención que el 11% de los padres, presentaban sentimientos de culpa y esto quizás estuvo directamente relacionado con el antecedente de abuso en alguno de ellos, que en nuestro estudio resultó positivo en el 19%, siendo la madre principalmente abusada en la infancia; lo anterior muy probablemente refleja el poco apoyo ó tratamiento equivocado que se siguió con ellas cuando sufrieron el abuso.

Al estudiar las familias afectadas, encontramos que el 50% de las mismas se encontraban desintegradas ó eran disfuncionales, hallazgo que se encuentra íntimamente relacionado con el sospechoso de la agresión, que si bien es cierto, ha sido descrito en trabajos previos que es el padrastro el que lo realiza con más frecuencia (11), hay otros como Filkelhor y cols. que han encontrado a los profesores como los agresores más frecuentes, resultados que son muy distintos a los que presentaron nuestros pacientes, ya que en ellos el agresor más frecuente fué el vecino (41%), ocupando un lugar mucho menor el padrastro (12%) y los profesores (11%). Lo anterior pudiera estar relacionado con el nivel socioeconómico de nuestros pacientes, ya que la mayoría de ellos vivían en vecindades ó conjuntos habitacionales; lo que también explicaría que los lugares más frecuentes de agresión fueron el domicilio de la víctima (49%) y del agresor (22%).

Por todo lo anterior, nuestros resultados hacen evidente que cualquier niño puede ser abusado sexualmente, que existen indicadores que se presentan en el niño que deben hacer sospechar el diagnóstico, y es ahí donde la labor del médico general y/o pediatra es muy importante, ya que si se diagnostica oportunamente, se podrá limitar el daño y será más factible un abordaje psicológico adecuado. Desde luego que hacen falta estudios de seguimiento a largo plazo en estos niños para determinar si el manejo instituido ha sido el adecuado, sin dejar de mencionar que pensamos que el apoyo psicológico al paciente y a la familia deberá ser en las diferentes etapas del desarrollo de la víctima, logrando con ello su integración tanto a nivel personal, familiar y social.

## 15.0. BIBLIOGRAFIA:

- 1.- Kempe HC. Sexual abuse, another hidden pediatric problem: The 1977 C. Anderson. Aldrich Lecture Pediatrics. 1978; 62:382-389.
- 2.- Gutman TL, MD, St. Claire KK, MD, Weedy C, MSW, Herman EM, PA, Giddens, MPH, Lane AB, MSN, Niemeyer GJ, MSW, McKinney ER, Jr., MD. Human Immunodeficiency Virus Transmission by Child Sexual Abuse. AJDC 1991; 145:137-141.
- 3.- Krugman S, Mata L, MPH, Krugman R, MD. Sexual Abuse and Corporal Punishment During Childhood: A Pilot Retrospective Survey of Students in Costa Rica. Pediatrics 1992; 90, 1: 157-161.
- 4.- Guidelines for the Evaluation of Sexual Abuse of Children. Committee on Child Abuse and Neglect. American Academy of Pediatrics. Pediatrics 91; 87, 2: 254-260.
- 5.- Bamford F, Roberts R. Child Sexual Abuse. BMJ 1989; 299, 29: 312-313.
- 6.- Bays J, MD, Jenny C, MD. Genital and Anal Conditions Confused with Child Sexual Abuse Trauma. AJDC, 1990; 144: 1319-1322.
- 7.- Cavaiola AA, PH.D. Schiff M, M.D: Behavioral Sequelae of Physical and/or Sexual Abuse in Adolescents. Child Abuse & Neglect 1988; 12: 181-188.
- 8.- Beitchman HJ, Zucker JK, Hood EJ, daCosta AG, Akman D. Review of the Short-Term Effects of Child Sexual Abuse. Child Abuse & Neglect 1991; 15: 537-556.
- 9.- Gellert AG, M.D.C.M., MPH, Durfee JM, MD. HIV Infections and Child Abuse. The N. Eng. J. of Med. 1991; 321, 10: 685.
- 10.- Simposio Regional de la Asociación Mexicana de Siquiatría XII Congreso Nacional de la Asociación Mexicana de Siquiatría. A.C: Resumen de Trabajos 53-54; carteles 99-100.

- 11.- Finkelhor David: Epidemiological Factors in the Clinical Identification of Child Sexual Abuse. National Center of Child Abuse & Neglect. 1993; 17.
- 12.- Kelley J. Susan. Sexual Abuse Children in Day Care Centers. Child Abuse & Neglect. 1993;17:71-89.
- 13.- Jan E. Paradise: Valoración Médica del Niño que ha Sufrido Abuso Sexual. Clínicas Pediátricas de Norteamérica. 1990;4:889-912.
- 14.- Jan Dams. Medical Diagnosis of the Sexually Abuse. Child Abuse & Neglect. 1993;17:91-110.
- 15.- Montero Sánchez Nancy: La Familia del Niño Víctima de Abuso Sexual. Revista Niños 1991;26:73-90.
- 16.- P. Kienberger Jaudes et Al: Problems for Physicians Dealing with Sexual Abuse Evaluations. Clinical Pediatrics. 1990.
- 17.- Carol D. Berkowitz. Child Sexual Abuse. Pediatrics in Review. 1992;13: 12-24.
- 18.- Leslie Young: Sexual Abuse & the Problem of Embodiment. Child Abuse & Neglect. 1992;16:89-100.
- 19.- David P.H. Jones: Ritualism & Child Abuse & Neglect. 15, 163-170.
- 20.- Cheryl Ann Black et Al: Sexual Abuse in Male Children and Adolescents: Indicators, Effects & Treatments. Adolescence 1993;28:109. 123-131.
- 21.- William N. Friedrich: Sexual Victimization & Sexual Behavior in Children: A Review of Recent Literature. Child Abuse & Neglect. 1993;17:59-66.