

11226

136

25;



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE
POSTGRADO DE INVESTIGACION
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS
SOCIALES PARA LOS TRABAJADORES
DEL ESTADO

UNIDAD ACADEMICA
CLINICA COYOACAN

ABUSO SEXUAL EN NIÑOS

Trabajo que para obtener el Diploma de Especialista en Medicina Familiar
Presenta

DRA. ALMA LETICIA ROSILLO SANDOVAL

México, D. F. , enero 1995



Instituto de Seguridad
y Servicios Sociales
de los Trabajadores
del Estado

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

TESIS SIN PAGINACION

COMPLETA LA INFORMACION

ABUSO SEXUAL EN NIÑOS
(TITULO DEL TRABAJO)
QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PRESENTA:

DRA. ALMA LETICIA ROSILLO SANDOVAL

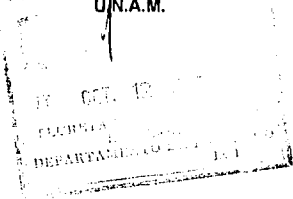
AUTORIZACIONES

DR. JUAN JOSE MANZON RAMIREZ
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA

U.N.A.M.

DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA
COORDINADOR DE INVESTIGACION
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

DRA. MA. DEL ROCIO NORIEGA GARIBAY
COORDINADORA DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
U.N.A.M.



TITULO DEL TRABAJO

"ABUSO SEXUAL EN NIÑOS"

**QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PRESENTA:**

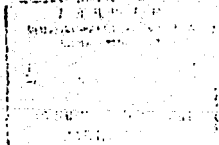
DRA. ALMA LETICIA ROSILLO SANDOVAL

AUTORIZACIONES

Hilda Lucia Martinez Gracian
**DRA. HILDA LUCIA MARTINEZ GRACIAN
PROFESOR TITULAR DEL CURSO**

**DRA. HILDA LUCIA MARTINEZ GRACIAN
ASESOR DE TESIS**

Hector Gabriel Arteaga Aceves
**DR. HECTOR GABRIEL ARTEAGA ACEVES
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
JEFATURA DE SERVICIOS DE ENSEÑANZA
I.S.S.S.T.E.**



INDICE

- 1.- ANTECEDENTES Y MARCO DE REFERENCIA
- 2.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA
- 3.- JUSTIFICACION
- 4.- OBJETIVO
- 5.- DISEÑO
- 6.- MATERIAL Y METODO
- 7.- ANALISIS DE DATOS
- 8.- PRESENTACION DE RESULTADOS
- 9.- CONSIDERACIONES ETICAS
- 10.- CONCLUSIONES
- 11.- BIBLIOGRAFIA

1. ANTECEDENTES Y MARCO DE REFERENCIA.

El maltrato al menor es un problema universal que no reconoce límites ni geográficos, ni culturales, ni ideológicos. Los padres provenientes de un país desarrollado así como los de un subdesarrollado, o de un país socialista como de una democracia, pueden maltratar a sus hijos. A través de los siglos los niños han sido mutilados, abandonados, no alimentados, descuidados, castigados con crueldad y hasta asesinados. (1)

La historia registra el fenómeno del maltrato infantil: La Biblia en el Libro del Génesis, capítulo 22 narra como Abraham está dispuesto a sacrificar a su hijo como una forma de agradar a Dios. En el Libro de San Mateo, capítulo 2 describe el infanticidio de Herodes: que "mandó matar a todos los menores de dos años, que habitaban Belén y sus alrededores."

En nuestro país tenemos suficientes rastros, para conocer un poco acerca de los antiguos pobladores de México, los Nahuas. Dentro de esos pueblos, el ideal supremo de la educación era el lograr que cada persona, pudiera darle sabiduría a su rostro y firmeza a su corazón. La instrucción era obligatoria para todos los niños y dentro de los ritos del nacimiento, se le atribuía al recién nacido un papel determinado con el que lograría a través del tiempo la incorporación del niño a su propia cultura. Los padres tenían la obligación de presentar al recién nacido en el templo para establecer un acuerdo con los dioses, según el cual se comprometían a enviarlo al templo o a alguna de sus instituciones educativas para que siguiera, ya sea el oficio de las armas o el que se le había destinado. Para confirmar este pacto, a los niños se les hacía una incisión en el labio inferior y a las niñas en la cadera y en el pecho en la que se colocaba una piedra preciosa. Los primeros seis años de vida, la educación de los niños estaba a cargo de los padres, en estos primeros años no se les permitía castigar a los hijos. A partir de los siete años, los niños se iban incorporando paulatinamente al trabajo. A partir de ese momento se aplican los castigos corporales a la desobediencia, como la aspiración de chile quemado y

el fortalecimiento del carácter a través de obligarles a soportar el dolor introduciéndoles en la piel espinas de maguey. (1,2)

El infanticidio estaba permitido para eliminar a los niños deformes o con enfermedades mentales, como la epilepsia. En Esparta, se arrojaban de la cima del " Taigeto " a los pequeños, viejos y deformes. En China, el límite de la familia era de tres hijos para controlar la población, el cuarto era arrojado a los animales salvajes. En la India, los pequeños nacidos con ciertos defectos físicos, eran considerados instrumentos del diablo y eran destrozados, para eliminar al diablo de los niños epilépticos eran arrojados contra los árboles. (3)

1.1 ASPECTOS GENERALES

El Centro Internacional de la Infancia, adopta para el maltrato la explicación de Gil: "Cualquier acto ejecutado o no, realizado por individuos, o por instituciones, o por la sociedad en su conjunto y todos los estados derivados de actos o su ausencia que privan a los niños de su libertad o de sus derechos correspondientes y/o dificultan su óptimo desarrollo constituyen por definición lo que se denomina maltratos".

Kempe definiría el síndrome del niño golpeado como una expresión utilizada para caracterizar un estado clínico en niños jóvenes que han sido objeto de malos tratos físicos graves por regla general, por parte de un progenitor, un padrastro o madrastra. (1,4)

En nuestro medio, el problema de maltrato ha significado que " los menores de edad enfrenten y sufran ocasional o habitualmente, actos de violencia física o emocional o ambas, ejecutadas por omisión o acción, pero siempre en forma

intencional, no accidental por padres, tutores o personas responsables de estos.

Existen múltiples formas, tanto físicas como conductuales del abuso y negligencia en el cuidado hacia los menores:

- 1.- Violencia física
- 2.- Carencia de cuidados
- 3.- Maltrato afectivo (crueldad mental)
- 4.- Violencias sexuales: violación, incesto, prostitución. (5,6)

La pedofilia es un trastorno psicosexual caracterizado por un deseo y acto sexual con un niño prepuber. El inicio del trastorno puede ocurrir desde la adolescencia hasta la edad adulta y predomina en el sexo masculino. Cerca de las dos terceras partes de los pedófilos son atraídos por el sexo opuesto. En base a evidencias de registros criminales, los pedófilos generalmente conocen al niño del que abusan. (7)

Los tipos de actividad pedófilas son variados, bien el exhibicionismo, bien la actividad homosexual o heterosexual que va desde simple tocamiento, a la violación aceptada mas o menos pasivamente y en fin a la violación agresiva. La edad del agresor se escalona de la adolescencia hasta la vejez, en los adolescentes los intentos de penetración vaginal son raros, son más frecuentes la fellatrío, la sodomía o caricias generales del cuerpo. En los viejos es mas corriente las caricias y el exhibicionismo. El verdadero ataque sexual con penetración vaginal o sodomía así como el exhibicionismo es en los sujetos adultos. En su parentesco se encuentra una fuerte carga hereditaria, psiquiátrica y predominio de niveles bajos. Frecuentemente todos estos sujetos tienen una vida sexual anormal, bien porque sean célibes, con poca experiencia sexual, casados con una mujer enferma o que obtenga poca satisfacción sexual del matrimonio, la mayoría de las veces son inmaduros desde el punto de vista sexual y afectivo.

La tendencia a tener contacto sexual con niños, puede ser considerada como un continuum que va desde el individuo para quien el niño representa el objeto sexual de elección (pedofilia), al de aquel para quien la elección de un objeto sexual inmaduro es esencialmente una cuestión de oportunidad o de coincidencia.

Las víctimas de los atentados sexuales han vivido una constelación familiar perturbada e insatisfactoria, o que carecía del valor educativo por amoralidad o inmoralidad. En casi todas las observaciones de M. Mathis, el niño ha vivido en condiciones frustrantes o angustiosas (padre brutal, madre dominada, débil o francamente desfallecida, alcoholismo, libertinaje, debilidad, abandono educativo).

La culpabilidad de los niños respecto al atentado sufrido sería diferente, en relación a la educación y el medio al que pertenecen.

Estudiando el porvenir de estos niños, A. Friedeman comprueba que los que han sufrido ultrajes al pudor en la edad preescolar o en el período prepubertario, serán menos desorganizados que los que han sufrido en la época de latencia. En casi la mitad de estas observaciones se halla como consecuencia del traumatismo sexual o una tendencia a entrar en conflictos, o bien un síndrome de abandono es excepcional que la evolución de estos niños sea normal. (8)

Al parecer las niñas son agredidas con mayor frecuencia que los niños, sin embargo, los niños pueden ser objeto de abuso sexual a cualquier edad. (9,10)

Los transgresores no son personas ajenas al mundo del niño, por el contrario la mayoría de las veces es el padre, padrastro, pariente cercano, vecino o amigo

de la familia. Así mismo, es difícil que el niño agredido denuncie al agresor, debido a que por un lado, el abusador infunde en el niño el temor, o es una persona respetada en el hogar y la comunidad y esta convencido el niño, de que no le van a creer y será castigado.

El abuso sexual esta particularmente facilitado en aquellas familias donde: Un familiar fue víctima de alguna agresión sexual cuando niño; si en el matrimonio existe un sistema marital prolongado que trae como consecuencia pobre vida sexual y emocional en la pareja y hay confusión de roles en la familia; ausencia del padre o la madre por muerte o divorcio; aislamiento social en la familia, hacinamiento; alcoholismo o alguna farmacodependencia. (11,12)

Se ha admitido que los incestos eran más frecuentes en medios subculturales, rurales y urbanos aislados, así como la influencia que pueda tener una vivienda demasiado pequeña y super poblada.

La edad del padre en esta clase de relaciones oscila entre los 30 y 45 años y la edad de comienzo de las relaciones incestuosas en la hija esta comprendida entre los 5 y 14 años aproximadamente. La mayoría de las veces el padre escoge a la hija mayor como primera pareja, pero más tarde puede continuar con otras hijas mas jóvenes. (13)

El conocimiento del incesto por la madre, como tampoco la publicación oficial, no quiebra la cohesión de la familia que sobrevive siempre incluso a la inculpación del padre. (1,4)

Tal vez importe la sagacidad y la experiencia del médico sumadas a un interés particular en el síndrome, aspectos que aumenta la probabilidad de su detección. Las manifestaciones emocionales iniciales del médico pueden desencadenar actitudes hostiles por parte del núcleo familiar del niño y alejar la posibilidad de una solución para el problema.

La definición y el diagnóstico exigen la mayor competencia profesional, aunque no siempre son suficientes los datos físicos que puedan registrarse. A veces aun conociendo los antecedentes no es posible encontrar signos físicos mínimos.

El examen genital de las niñas, requiera de la utilización de técnicas distintas de las utilizadas para el examen ginecológico de una mujer adulta. A tal efecto es necesario recurrir a la fotografía con técnicas de magnificación de imágenes y patrones anatómicos de referencia. (9)

1.2 ASPECTOS MUNDIALES

El síndrome del niño maltratado es un tema que ha generado numerosas publicaciones en todo el mundo, en las que se analizan diversos aspectos de esta patología.

Muy en particular el abuso sexual de niños como un tipo de maltrato al menor, se ha estudiado en casi todos los países, sobre todo en las últimas décadas por la trascendencia que ha tenido la infección por HIV epidemia que ha invadido el dominio de la familia americana en los Estados Unidos. (14)

Uno de los primeros intentos para examinar una serie de niños con abuso sexual en el Reino Unido, encontró que en el 15% de los niños con abuso sexual hubo evidencia de daño físico, y en un 7% una historia de daño previo.

Los patrones de daños que sugerían el asalto sexual incluían rasguños, magulladuras y quemaduras, mas abajo del tronco, muslos, nalgas y partes

genitales. Se encontraron marcas de empuñamiento y pellizcos donde el niño fue agarrado. El abuso sexual seguido involucraba penetración realizada o intentada en la boca, vagina y ano.

En 4 años de estudio (1985 - 1988) se diagnosticaron 769 niños con daño físico y abuso sexual en 949 niños. (15)

En la corte francesa definen a las ofensas sexuales a niños y adolescentes, en 3 categorías: Violación, agresión indecente con violencia, y agresión indecente sin violencia, aunque el juez se encuentra frecuentemente confrontado con falta de evidencias.

El penal procede aplicando un plan de asistencia educativa, el cual tiene dos principales objetivos: Dar asistencia psicológica a los niños o adolescentes que hayan sufrido el abuso y ayudar a reconstruir a la familia como es usualmente el caso, el agresor es miembro de la familia. (16)

En el Colegio de Medicina "Albert Einstein", en Nueva York, se hacen estudios de abuso sexual en niñas en base a test de psicoanálisis para determinar el tratamiento temprano en pequeñas con esta patología. (17)

En el Hospital Pediátrico de Houston, Texas, en el período de dos años, se detectaron 16 casos de trauma ano-rectal, en 617 violaciones en niños, concluyendo que en ausencia de obvia etiología en el daño ano-rectal el abuso del niño debe sospecharse que este es frecuente sobre todo durante el período del entrenamiento para ir al baño, ya que el perineo es la fuente de las excreciones siendo el objetivo del padre o cuidador mentalmente perturbado.

Kempe incitó a los miembros de la comunidad médica a identificar señales adicionales del niño con abuso que podrían ayudar al diagnóstico, señalando

que aunque hay características bien conocidas del síndrome del niño maltratado, las lesiones de los genitales en el varón, deben ser agregadas en la lista creciente de las señales reconocidas, ya que el trauma peneano ocurre no solo como un evento aislado, incluyendo la irritación y abrasiones de piernas rodillas y escroto. (19)

En el Hospital de Thomas Jefferson que ha servido como un centro de estudio de asaltos sexuales pediátricos en el condado de Filadelfia, se hacen estudios que involucran lo siguiente: a) Historia clínica, b) Examen físico apropiado, c) Pruebas de cultivos sexológicos para enfermedad venerea y, d) Colección de la evidencia. La evidencia involucra lo siguiente: 1. Obtener secreción de orificios apropiados para la identificación del esperma; determinación de ácido fosfático y determinación de grupo sanguíneo. 2. Obtención del vello púbico. 3. Colección de ropa manchada o rota. Se les da apoyo psicológico y médico; se detectan 4 tipos de trauma: Físico, anal, genital y psicológico. (20)

Como se puede observar, el abuso sexual del niño ha llegado a ser un tema de preocupación frecuente, y en todos ellos se concluye que los niños no buscan, no piden ni inician la actividad sexual, aunque puedan estar involucrados en ello, como una forma de llenar sus necesidades de aspecto físico y de contacto. Es el adulto quien explota estas necesidades y la posición más débil del niño para su propia gratificación sexual. (13, 15, 20, 21)

2. PLANTEAMIENTO PROBLEMA.

El problema del maltrato al menor es más grave de lo que realmente podemos ver, de no ser por notas amarillistas en los periódicos que por reportes médicos sociales, por ser este de origen multicausal y manifestarse en nuestro país como un conflicto endémico, ya que el maltrato es una enfermedad de la sociedad y un problema del hombre mismo que se trasmite de generación en

generación y que tiene su origen en la más remota existencia del hombre mismo.

En su debilidad el niño puede ser víctima fácil del adulto que le permite satisfacer su agresividad o sus deseos. Esto puede producirse en el grupo social general o en el familiar en que el niño puede hallarse en peligro físico y moral. Las conductas a seguir solo pueden definirse después de una encuesta psicosocial, porque frecuentemente los atentados contra los niños están camuflados por un halo de respetabilidad familiar, es difícil averiguarlo, otras veces las acusaciones del niño pueden estar sujetas a causión.

La agresión sexual al niño siempre ha existido pero es factible que sea uno de los tipos de maltrato menos conocido, debido a las severas implicaciones de rechazo social que origina. (3, 9, 22)

En México el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, D.I.F., es el organismo público descentralizado que actúa en el campo del bienestar familiar y social encargado entre otras muchas de sus funciones de coordinar todas las acciones encaminadas al manejo integral del problema del niño maltratado. De esta población se estudiará el registro acerca del maltrato al menor, específicamente el abuso sexual en el niño.

En esta revisión se trata de encontrar la frecuencia de este fenómeno, dentro de las denuncias hechas en el D.I.F. de niños maltratados y los reportes en el Hospital Infantil Moctezuma.

3. JUSTIFICACION.

El abuso sexual en los niños, se ha considerado como un problema con consecuencias severas para la salud mental de los que sufren esta agresión.

En nuestro país se ha empezado a dar importancia a este problema, pues como señala Janet Rosenzweig, (1981) " La experiencia esta empezando a indicar que el incesto y el abuso sexual realmente no es un tabú y que realmente es un tabú hablar de ello".

Una de las causas del síndrome del niño golpeado es el abuso sexual en ambos sexos.

La definición y el diagnóstico exigen la mayor competencia profesional, aunque no siempre son suficientes los datos físicos que pueden registrarse. A veces aún conociendo los antecedentes, no es posible encontrar signos físicos mínimos. (5)

El presente estudio tiene como perspectiva indagar las características de los agresores del niño, del medio que propicia el abuso sexual y consecuencias del abuso, y de esta manera contribuir a la resolución de esta patología de la infancia, que se presenta en todos los estratos sociales y niveles culturales.

4. OBJETIVOS

4.1 Objetivo General.

Conocer la frecuencia en que se reporta el maltrato al menor y de estos el abuso sexual en el D.I.F., durante el año de 1993.

4.2 Objetivos específicos.

- Identificar el tipo de familia al que pertenecen los niños con abuso sexual.
- Conocer las características del agresor.
- Identificar las características del menor maltratado.
- Conocer el seguimiento que se le da al menor con abuso sexual en el DIF.
- Identificar las consecuencias a corto plazo del menor con abuso sexual.

5. DISEÑO

5.1 Tipo de estudio.

Es retrospectivo, descriptivo, observacional y transversal.

6. MATERIAL Y METODOS

6.1 Universo de Estudio

- Niños maltratados con abuso sexual, cuya denuncia se realizó en el DIF durante 1993. Archivo clínico del DIF, (expedientes)

6.2 Criterios de selección.

- Criterios de inclusión.
 - Expedientes de niños de 0 a 14 años que sean llevados por denuncia de abuso sexual en el DIF, durante el año 1993.
 - Expedientes de denuncia de agresión sexual comprobada por médicos del DIF y que se encuentren registradas.
- Criterios de exclusión.
 - Expedientes ilegibles o incompletos.

6.3 Variables y parámetros de medición.

- Número de expediente.
- Edad del menor.
- Sexo del menor agredido.
- Tipo de familia del menor.
- Escolaridad del menor.
- Parentesco del agresor con el menor.
- Edad del agresor.
- Sexo del agresor.
- Escolaridad del agresor.
- Ocupación del agresor.
- Estado civil del agresor.
- Factores predisponentes del agresor.

6.4 Procedimientos de captación de la información.

La información se obtendrá utilizando el instrumento de recolección de cada uno de los expedientes. (ver anexo 1)

6.5 Cronograma.

	ENE.	FEB.	MAR.	ABR.	MAY.	JUN.	JUL.	AGO.	SEP.	OCT.	NOV.	DIC.
1	X	X	X	X	X	X	X	X	X			
2					X	X	X	X	X			
3										X	X	
4										X	X	
5											X	X

1. Realización del Protocolo.

2. Recolección de datos.

3. Agrupamiento de los datos.

4. Análisis de los datos.

5. Impresión

6.6 Recursos

- Recursos humanos: **Dra. Alma Leticia Rosillo Sandoval**

-Recursos materiales: **Archivos del DIF.**

Hojas de Máquina

Computadora

-Recursos económicos: A cargo del investigador.

7. ANALISIS DE DATOS.

Se realizará mediante tablas de frecuencias, en primer lugar se referirá a la población total que asistió al DIF a denunciar casos del maltrato al menor y de estos en los que hubo abuso sexual durante el año de 1993.

Las variables ya mencionadas se enlistarán por separado, anotando la frecuencia que a cada una corresponde.

8. RESULTADOS

Durante el año de 1993, en el DIF se registraron 1,462 denuncias de maltrato al menor, de las cuales se eliminaron 235 por ser expedientes incompletos, quedando un total de 1,247, de este total, únicamente 8 denuncias correspondieron a abuso sexual, lo que da un .65% (cuadro núm. 2) y el resto a maltrato físico (52.04%) y maltrato emocional (47.31%).

En lo que respecta a las características del agresor, se encontró lo siguiente: Todos fueron del sexo masculino, el 75% estuvo comprendido en un rango de edad de 35 a 40 años (tabla 3), con escolaridad de secundaria completa y profesionistas, correspondiendo a un 50% (tabla 4); con ocupación de obreros, en un 37.5%, siguiendo en frecuencia profesionistas y comerciantes (tabla 5). En cuanto al estado civil, el 62.5% eran casados (tabla 6). En la relación del

parentesco entre el agresor y el menor maltratado fueron el padre, padrastro o un desconocido, en porcentajes semejantes (tabla 7).

La falta de comunicación, la desorganización familiar y el alcoholismo, fueron factores predisponentes más frecuentes del agresor. (tabla 8)

Referente a las características del menor con abuso sexual, se observó un franco predominio para el sexo femenino, 7:1 (87.5%, en un grupo de edad de 8 a 14 años (tabla 9), todos ellos estudiantes, el 50% correspondió al primogénito. (tabla 10)

Dentro de las características familiares, sobresale el tipo de familia integrada desorganizada, 50% (tabla 11), contando con un número de miembros de 3 a 7 (tabla 12), los tipos de vivienda fueron: Proletaria, unifamiliar, departamento popular, vecindad en similares porcentajes (tabla 13)

En el análisis comparativo de este estudio, con las revisiones bibliográficas realizadas, se aprecian resultados semejantes (aunque en nuestro país, el número de denuncias es mucho menor); incluso el maltrato al menor a nivel mundial, ha existido desde la antigüedad y que de este, el abuso sexual, se inscribe como una forma más de abuso sexualmente tolerado por estructuras sociales caducas; ya que el hecho de que los menores y las mujeres sean fundamentalmente las víctimas así como los retardos en las denuncias; la poca importancia que se les dá (sobre todo si la agresión es producida por los progenitores).

La dinámica familiar en algunas circunstancias lo facilita, ya que en todos los estudios coincide, el hacinamiento, promiscuidad, la ausencia de algún progenitor, el alcoholismo o alguna farmacodependencia, incluso se llegan a llamar factores predisponentes. En todos ellos nos hablan de la violencia que tiene relación con el ejercicio del poder que permite tratar a las personas como objetos.

Cabe mencionar que en todos los estudios realizados, el incesto sigue siendo el más frecuente y que en la presente revisión se detectaron dos embarazos como resultado de ellos. (Los bebés fueron incorporados a la Casa Cuna DIF.)

9. CONCLUSIONES

1. El problema del maltrato al menor existe en nuestro país con una frecuencia desconocida.
- 2.- El abuso sexual en el menor, es uno de los tipos de maltrato menos denunciado
3. Los transgresores en la mayoría de las veces no son personas ajenas al mundo del niño.
4. En nuestro medio, el agresor mas frecuente es el padre o padrastro.
5. Las niñas son agredidas con mayor frecuencia que los niños.
6. Los patrones de daño que sugieren el asalto sexual, van desde simples tocamientos hasta la penetración, realizada algunas veces acompañados con rasgos de violencia.
7. El medio familiar en algunas condiciones favorece el abuso sexual.
8. Las consecuencias del abuso sexual van desde trastornos emocionales inmediatos (temor, ansiedad, masturbación, trastornos psicósomáticos) y tardíos (aislamiento social, conducta homosexual y depresión y suicidio).
9. La protección y rehabilitación requieren de la participación del equipo multidisciplinario. Solicitando apoyo de las Instituciones pertinentes.
- 10.- Y forma parte de la prevención, una adecuada educación sexual.

9. CONCLUSIONES

1. El problema del maltrato al menor existe en nuestro país con una frecuencia desconocida.
- 2.- El abuso sexual en el menor, es uno de los tipos de maltrato menos denunciado
3. Los transgresores en la mayoría de las veces no son personas ajenas al mundo del niño.
4. En nuestro medio, el agresor mas frecuente es el padre o padrastro.
5. Las niñas son agredidas con mayor frecuencia que los niños.
6. Los patrones de daño que sugieren el asalto sexual, van desde simples tocamientos hasta la penetración, realizada algunas veces acompañados con rasgos de violencia.
7. El medio familiar en algunas condiciones favorece el abuso sexual.
8. Las consecuencias del abuso sexual van desde trastornos emocionales inmediatos (temor, ansiedad, masturbación, trastornos psicósomáticos) y tardíos (aislamiento social, conducta homosexual y depresión y suicidio).
9. La protección y rehabilitación requieren de la participación del equipo multidisciplinario. Solicitando apoyo de las Instituciones pertinentes.
- 10.- Y forma parte de la prevención, una adecuada educación sexual.

10. COMENTARIO

Este problema ha pasado desapercibido y es un fenómeno de frecuencia desconocido en México, que afecta a niños cuando más desprotegidos están.

Agredidos física y emocionalmente por las personas encargadas de su cuidado y desarrollo y como se mencionó anteriormente, quedando con secuelas en su vida adulta, no solo física sino psicológicas principalmente y tal vez en un futuro sean los nuevos padres maltratadores.

Los niños no buscan, no piden, ni inician la actividad sexual, aunque pueden llegar a estar involucrados en ello como un medio de llenar sus necesidades de afecto físico. Es el adulto quien explota estas necesidades y la posición más débil del niño para su propia satisfacción sexual. Ojalá pudiéramos intervenir oportunamente para evitar este suceso y en los casos extremos la rehabilitación del niño y de su familia.

A continuación transcribo la declaración universal de los derechos del niño, la cual fue aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas:

- PRINCIPIO I.- DERECHO A LA IGUALDAD, SIN DISTINCION DE RAZA, RELIGION O NACIONALIDAD.
- PRINCIPIO II.- DERECHO A UNA PROTECCION ESPECIAL PARA SU DESARROLLO FISICO, MENTAL Y SOCIAL.
- PRINCIPIO III.- DERECHO A UN NOMBRE Y UNA NACIONALIDAD.
- PRINCIPIO IV.- DERECHO A ALIMENTACION, VIVIENDA Y ASISTENCIA MEDICA ADECUADAS PARA EL NIÑO Y LA MADRE.
- PRINCIPIO V.- DERECHO A EDUCACION Y CUIDADOS ESPECIALES PARA EL NIÑO FISICA O MENTALMENTE IMPEDIDO.

PRINCIPIO VI.- DERECHO A AMOR Y COMPRENSION POR PARTE DE LOS PADRES Y DE LA SOCIEDAD.

PRINCIPIO VII.- DERECHO A EDUCACION GRATUITA Y ESPARCIMIENTO INFANTIL.

PRINCIPIO VIII.- DERECHO A SER AUXILIADO EN PRIMER LUGAR EN CASO DE CATASTROFES.

PRINCIPIO IX.- DERECHO A SER PROTEGIDO CONTRA EL ABANDONO Y LA EXPLOTACION.

PRINCIPIO X.- DERECHO A CRECER DENTRO DE UN ESPIRITU DE SOLIDARIDAD, COMPRENSION, AMISTAD Y JUSTICIA ENTRE LOS PUEBLOS.

**CUADRO NUM. 1
PROCEDENCIA DE LAS DENUNCIAS
1993**

PROCEDENCIA	DENUNCIAS	PORCENTAJE
INSTITUCIONAL	149	10.20%
ANONIMA	140	9.57%
VOLUNTARIA	1,173	80.23%
TOTAL:	1,462	100.00%

FUENTE: Legajos de Denuncias de la Sección DIF - Preman

**CUADRO NUM. 2
TIPO DE MALTRATO
1993**

TIPO DE MALTRATO	MENORES	PORCENTAJE
MALTRATO FISICO	649	52.04%
MALTRATO EMOCIONAL	590	47.31%
ABUSO SEXUAL	8	.65%
TOTAL:	1,462	100.00%

FUENTE: Expedientes del Archivo
Departamento de Servicios Sociales.

**CUADRO NUM. 3
EDAD DEL AGRESOR
1993**

EDAD	PERSONAS	PORCENTAJE
35	3	37.50%
38	1	12.50%
40	2	25.00%
52	1	12.50%
DESCONOCIDO	1	12.50%
TOTAL:	8	100.00%

FUENTE: Expedientes del Archivo
Departamento de Servicios Sociales.

**CUADRO NUM. 4
ESCOLARIDAD DEL AGRESOR**

ESCOLARIDAD	PERSONAS	PORCENTAJE
PRIMARIA INCOMPLETA	1	12.50%
PRIMARIA	1	12.50%
SECUNDARIA	2	25.00%
SECUNDARIA INCOMPLETA	1	12.50%
PROFESIONISTA	2	25.00%
DESCONOCIDO	1	12.50%
TOTAL:	8	100.00%

FUENTE: Expedientes del Archivo
Departamento de Servicios Sociales.

**CUADRO NUM. 5
OCUPACION DEL AGRESOR**

OCUPACION	PERSONAS	PORCENTAJE
COMERCIANTE	1	12.50%
OBRAERO	3	37.50%
EMPLEADO	1	12.50%
PROFESIONISTA	2	25.00%
DESCONOCIDO	1	12.50%
TOTAL:	8	100.00%

FUENTE: Expedientes del Archivo
Departamento de Servicios Sociales.

**CUADRO NUM. 6
EDO. CIVIL DEL AGRESOR**

EDO. CIVIL	PERSONAS	PORCENTAJE
CASADO	5	62.50%
SOLTERO	1	12.50%
CONCUBINATO	1	12.50%
DESCONOCIDO	1	12.50%
TOTAL:	8	100.00%

FUENTE: Expedientes del Archivo
Departamento de Servicios Sociales.

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

**CUADRO NUM. 7
RELACION DEL PARENTESCO ENTRE EL AGRESOR
Y EL MENOR MALTRATADO**

AGRESOR	DENUNCIAS	PORCENTAJE
PADRE	3	37.50%
PADRASTRO	2	25.00%
DESCONOCIDO	3	37.50%
TOTAL:	8	100.00%

FUENTE: Legajos de Denuncias de la Sección DIF-Preman

**CUADRO NUM. 8
FACTOR PREDISONENTE DEL AGRESOR**

FACTORES	MENORES	PORCENTAJE
FALTA DE COMUNICACION	2	25.00%
DESORGANIZACION FAMILIAR	2	25.00%
ALCOHOLISMO	2	25.00%
PROBLEMAS DE SALUD	1	12.50%
FARMACODEPENDENCIA	1	12.50%
TOTAL:	8	100.00%

FUENTE: Expedientes del Archivo
Departamento de Servicios Sociales.

**CUADRO NUM. 9
EDAD Y SEXO DEL MENOR CON ABUSO SEXUAL**

EDAD	MASCULINO	FEMENINO	PORCENTAJE
8	1		12.50%
9		1	12.50%
13 a 14		6	75.00%
TOTAL:	1	7	100.00%

FUENTE: Expedientes del Archivo
Departamento de Servicios Sociales.

**CUADRO NUM. 10
LUGAR QUE OCUPA EL MENOR MALTRATADO EN EL SENO
DE LA FAMILIA DE ACUERDO AL ORDEN DE NACIMIENTO**

ORDEN DE NACIMIENTO	MENORES	PORCENTAJE
PRIMOGENITO	4	50.00%
SEGUNDO HIJO	3	37.50%
TERCER HIJO	1	12.50%
TOTAL:	8	100.00%

FUENTE: Expedientes del Archivo
Departamento de Servicios Sociales.

**CUADRO NUM. 11
CARACTERISTICAS FAMILIARES**

TIPO DE FAMILIA	FAMILIAS	PORCENTAJE
INTEGRADA ORG.	2	25.00%
INTEGRADA DESORG.	4	50.00%
DESINT. DESORG.	2	25.00%
TOTAL:	8	100.00%

FUENTE: Expedientes del Archivo
Departamento de Servicios Sociales.

**CUADRO NUM. 12
NUMERO DE MIEMBROS QUE INTEGRAN
AL GRUPO FAMILIAR**

NUM. DE MIEMBROS	FAMILIAS	PORCENTAJE
3	1	12.50%
4	2	25.00%
5	2	25.00%
6	1	12.50%
7	2	25.00%
TOTAL:	8	100.00%

FUENTE: Expedientes del Archivo
Departamento de Servicios Sociales.

CUADRO NUM. 13
CARACTERISTICAS DE LA VIVIENDA DONDE HABITAN

VIVIENDA	FAMILIAS	PORCENTAJE
VIVIENDA PRELETARIA	2	25.00%
UNIFAMILIAR	2	25.00%
DEPTO. POPULAR	2	25.00%
VECINDAD	2	25.00%
TOTAL:	8	100.00%

FUENTE: Expedientes del Archivo
Departamento de Servicios Sociales.

BIBLIOGRAFIA.

- 1.- Torregrosa F.L.
El Niño Maltratado.
Mem. 2o. Simposio Interdisciplinario e Internacional " El Maltrato a los Niños y sus Repercusiones Educativas.
FICOMI, UNICEF, OEA, UNAM.
Dic. 1992, pág. 55 - 69.
- 2.- Ajujiaguerra J.
Los Niños, víctimas de agresión en el grupo social y familiar.
Manual de pediatría Infantil.
4a. Edición Masson.
Barcelona - México 1983.
Pág. 945 - 959.
- 3.- Foncerrada, MM.
El niño, víctima del maltrato físico.
Rev. Med. IMSS (México) 1982, 20 (5): 457.
- 4.- Garralda H.M.E.
Teorías de la agresión humana y la etiología del maltrato al niño.
Simposio internacional sobre el niño maltratado.
Año Internacional del Niño, pág. 35, publicado por el D.I.F.,
México 1979.
- 5.- Gordillo, P.
El abuso sexual en los niños.
Bol. Méd. Hospital Infantil México. Vol. 39 (3) 1982: 155.
- 6.- Agoustinos, M.
Developmental effects of child abuse. Recent findings. 1987
Child abuse negl 11:15.

- 7.- Rutter Michael
Fundamentos científicos de psiquiatría de desarrollo.
Salvat Editores 1985, pag. 52 - 60.
- 8.- Finkelhor, David.
Child sexual abuse 1984.
- 9.- Castiglia, P. T.
Abuso sexual en niños.
British Medical Journal 1991 302: 1244 - 1245.
- 10.- Gellert, G.A.
Abuso sexual y castigo ejercido sobre el niño.
Pediatrics 1990; 56: 428 - 438.
- 11.- Berliner L., Conte J.R. 1990.
The Process of victims action; the victims perspective.
Child abuse and Neglect. 14, 29 - 40.
- 12.- Montero Nancy, 1983.
Los menores como víctimas del abuso sexual.
Vol. XXIV 1984. No. 68 pp. 28 - 34.
- 13.- Hobbs C.J. Wynne.
The sexually abused gattered child.
Archives of Disease in Childhood 1990, 65: 423 - 427.
- 14.- Mangos J.A., Doran T.
Pediatric AIDS; Prevention of HIV Infection in Infants and children.
Tex. Méd. 1990 Feb. 86 (2) 46 - 49

- 15.- McClelland A, Tollume M.
Abuso sexual en niños; casos reportados en el Hospital General de Port Moresby.P.N.G. Med. J. 1990 Sup. 33 (3) 203 - 6.
- 16.- Klaynberg M.
The Judge facing physical and Sexual abuse in children.
Pediatre 1990 45 (1) 793 - 9
- 17.- Sher Kow S.P.
Evaluation and Diagnostics of sexual abuse of little girls.
J. Am. Psychoanal - Assoc. 1990, 38 (2), 347 - 69
- 18.- By C Thomas; Pokorny W.J.
Ano-Rectal Trauma in Children.
Journal of Pediatric Surgery Vol. 17 No. 5 1982, pag. 501 - 504.
- 19.- Slosberg Erick J. Ludwing Stephen
Penile Trauma as a sign of Child Abuse
Am J. Dis Child Vol. 132 July 1978
Pag. 719 - 721.
- 20.- De Jong MD Emmett Gary A.
Sexual Abuse of Children.
Am J. Dis Child Vol. 136, Feb. 1982, pag. 132 - 137.
- 21.- Loreda A.A. Reynes M.J.
El Maltrato al menor una realidad creciente.
Bol. Med. Hosp. Inf. Mosc. Vol. 43 No. 7, Jul. 1986 pag. 425 - 433.
- 22.- Lonsdale M.D., Evarts Charles.
Guide to the Battered Child Syndrome.
Dic. 1984 pag. 8-24.

- 23.- Rosen B. Stein Martin.
Women who abuse their children.
A.M. Dis Child. Vol. 134 Oct.1980.