

11237



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO

---

FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO  
HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO "FEDERICO GOMEZ"

LESIONES FISICAS SECUNDARIAS EN GENITALES Y REGION  
ANAL EN PACIENTES CON ABUSO SEXUAL ATENDIDOS EN  
EL HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO FEDERICO GOMEZ  
(REVISION DE 5 AÑOS)

TESIS DE POSTGRADO  
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:  
PEDIATRIA MEDICA  
PRESENTA:  
DR. THEO YASSER CONTRERAS ALVARADO

0351901

TUTORES: DRA. MARIA OFELIA MENDOZA ROJAS  
M. en C. GABRIELA TERCERO QUINTANILLA



MEXICO, D. F.

2005



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

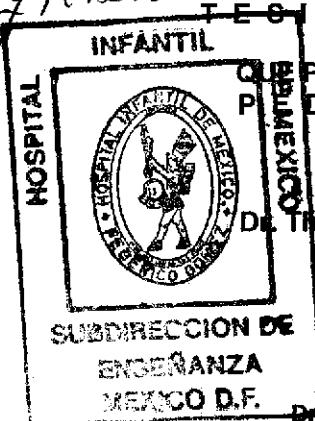
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO  
FEDERICO GÓMEZ

*[Handwritten signature]*  
SUBDIRECCIÓN DE  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA

LESIONES FÍSICAS SECUNDARIAS EN GENITALES Y REGIÓN ANAL EN PACIENTES CON ABUSO SEXUAL ATENDIDOS EN EL HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO FEDERICO GÓMEZ (REVISIÓN DE 5 AÑOS)

*YRPera*



TESIS DE POSTGRADO

PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
PEDIATRÍA MÉDICA  
PRESENTA

Dr. Theo Yasser Contreras Alvarado

TUTORES:

*[Handwritten signature]*

Dra. María Ofelia Mendoza Rojas  
Médico adscrito al servicio de Adolescentes

*[Handwritten signature]*

M en C. Gabriela Tercero Quintanilla  
Psicóloga adscrita al servicio de Adolescentes

México D.F

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

2005

NOMBRE: Dr. Theo Yasser Contreras Alvarado

FECHA: 28 - septiembre - 2005

FIRMA: [Handwritten signature]

*Dedicada a:*

*Mi madre  
Profra. María de Jesús Alvarado Flores.*

## AGRADECIMIENTOS

A Dios que me permite ser su instrumento.

A mi madre por sus oraciones y su fe en mí.

A mi esposa por su amor y apoyo incondicional.

A mis hermanos por su paciencia y comprensión.

A mi abuela por su presencia en todo momento.

A mis amigos por su fiel compañía.

Al Hospital Infantil de México Federico Gómez por darme la oportunidad de crecer como médico y como persona.

A mis pacientes por su confianza.

A mis asesoras de tesis por su tiempo y dedicación.

## ÍNDICE

1. Marco Teórico	1
2. Justificación	19
3. Objetivos	20
4. Metodología	21
5. Resultados	25
6. Discusión	27
7. Conclusiones	28
8. Bibliografía	29
9. Anexo 1	31

## I. MARCO TEÓRICO.

### INTRODUCCIÓN.

El abuso sexual infantil es un problema complejo social, histórico, universal de grandes magnitudes y de causa multifactorial que afecta el desarrollo físico y emocional del menor y su familia, es una forma de maltrato infantil de impacto mundial <sup>(1)</sup>.

La gran mayoría de la gente que ha tenido tales experiencias sexuales en su infancia, probablemente las ha mantenido como un secreto aún a sus más cercanos confidentes, viviéndose así muchas vidas donde la vergüenza y la culpabilidad son un gran peso. Es hasta muy recientemente que las actitudes moralistas sobre el sexo han disminuido lo suficiente de manera que la discusión de anomalías sexuales de varios tipos ha llegado a ser aceptable. Este ambiente sin duda ha alentado a muchas personas que de niños fueron victimados a contar y a discutir sus experiencias, logrando así un aumento de la conciencia pública. Debido a que muchas de estas personas pertenecen a una clase social media y muchas veces tienen puestos de poder y de responsabilidad, el problema ha adquirido una credibilidad que muchas veces no llegan a tener cuando se cree ampliamente que se trata de casos aislados o que están restringidos a las clases más bajas <sup>(2)</sup>.

Los pediatras muy frecuentemente son solicitados para evaluar médicamente a niños que pudieron haber sido abusados sexualmente. Quizá más importante que lo que diga la familia o el trabajador social es la objetividad requerida, porque la necesidad de un diagnóstico preciso es alta. Un error en la detección del abuso sexual puede traer serias consecuencias a un perpetrador

falsamente acusado, mientras que un falso negativo en el diagnóstico puede resultar en un niño desprotegido <sup>(3)</sup>.

#### DEFINICIÓN.

La Clínica de Prevención del Maltrato Infantil y Abuso Sexual del Hospital Infantil de México Federico Gómez de acuerdo al artículo 176 del Código Penal define el abuso sexual al que sin consentimiento de una persona y sin el propósito de llegar a la cópula, ejecute en ella un acto sexual, la obligue a observarlo o la haga ejecutarlo; se sigue de oficio y la pena establecida es de uno a seis años de prisión <sup>(4)</sup>.

El Centro Nacional del Abuso Sexual y Negligencia de los Estados Unidos de América (NCCAN), define el abuso sexual infantil como contacto o interacción entre un niño y un adulto cuando el niño está siendo utilizado para estimular sexualmente al adulto o a otra persona. El abuso sexual puede también ser cometido por otro menor cuando éste sea significativamente mayor que la víctima o cuando el abusador está en una posición de poder o control sobre el niño <sup>(3)</sup>.

De acuerdo a la Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado del Instituto Nacional de Pediatría, el abuso sexual constituye "una interacción sexual que puede o no ser física, entre un niño y un individuo de una edad mayor, quien lo utiliza en forma violenta, con engaño o seducción, para su estimulación sexual, la del menor o la de otro(s)" <sup>(5)</sup>.

El abuso sexual se define como una actividad sexual que un niño no puede comprender, que se lleva a cabo sin su consentimiento, para la cual no está preparado físicamente o que viola la ley o tabúes sociales. El abuso se puede

presentar sin contacto, como el exhibicionismo, voyeurismo, exposición del niño a materiales pornográficos o fotografías pornográficas del niño. Los tipos de abuso sexual con contacto van desde tocamiento de senos, genitales o ano, hasta contacto urogenital, genital-genital o genital-anal <sup>(6)</sup>.

El incesto representa una subcategoría mayor del abuso sexual. Describe una conducta sexual inadecuada en el contexto de una relación familiar preexistente e incluye a parientes de ambos tipos y grados de relación, e individuos del mismo sexo o el opuesto. La actividad sexual establecida entre parientes políticos suele colocarse en la categoría del incesto. Los compañeros sexuales de un padre, como la esposa desde el punto de vista legal o una amante que vive en casa, se incluyen en la categoría incestuosa sólo cuando hay una relación prolongada y tal persona funciona como padre subrogado <sup>(7)</sup>.

Se conoce como indicadores de maltrato sexual a los síntomas y signos físicos –lesiones o infecciones genitales, anales, del tracto urinario u orales- o psicológicos –baja autoestima, ideas, y actos autodestructivos, trastornos sexuales, del estado de ánimo, de ansiedad, de la conducta alimenticia, por estrés posttraumático; abuso o dependencia a sustancias, entre otros-, alteraciones en el funcionamiento social e incapacidad para ejercer la autonomía reproductiva y sexual <sup>(8)</sup>.

Algunas de las similitudes entre el abuso sexual de los niños y la violación son obvios. 1) Es un crimen de sexo (aunque no necesariamente sea un crimen provocado por motivos sexuales). Esto es, involucra los genitales y las regiones sexuales del ofensor o de la víctima. 2) Los ofensores son casi todos hombres. 3) Las víctimas experimentan una especie de trauma privativo de las ofensas sexuales. Se sienten humillados y estigmatizados; se preguntan si tienen

alguna culpa de su situación y con frecuencia no aciertan a contarle a alguien sobre su experiencia debido a la vergüenza y la incertidumbre que les provoca.

4) La sociedad ha tratado en el pasado ambas ofensas de modo similar, de hecho, negando que pudieran ser importantes y culpando a la víctima por su acaecimiento <sup>(2)</sup>.

Finkelhor <sup>(2)</sup>, menciona algunos aspectos del abuso sexual infantil que hacen que sea muy diferente de la violación:

- Las víctimas son tanto hombres como mujeres.
- Las personas que abusan sexualmente de los niños son con mayor frecuencia amigos y miembros familiares de sus víctimas. El patrón en el abuso sexual es típicamente uno de una relación mucho más cercana entre el ofensor y la víctima que en el caso de la violación.
- El caso de abuso sexual de niños consiste, más frecuentemente que en la violación, de incidentes repetidos, donde un amigo ó pariente se aprovecha del niño en diversas ocasiones. No es raro que las relaciones comiencen a temprana edad y que continúen ocurriendo ya sea con frecuencia o a intervalos dentro de un período de tiempo de cinco a diez años sin que sean descubiertas o rotas. La violación ocurre típicamente una sola vez.
- El abuso sexual de niños involucra una violencia y fuerza física menor que la violación, la cual frecuentemente va acompañada de un ataque físico. Los niños son pequeños y dóciles y por lo mismo se pueden obtener los mismos resultados sin el uso de violencia. Basta la autoridad y el poder de persuasión que un adulto sostiene para que por lo general se establezca el contacto sexual.

- El acto sexual que ocurre en el abuso sexual no es un coito sino más bien tocar los genitales, la masturbación y la exhibición. Una violación involucra un coito.
- El abuso sexual infantil implica a más personas que las que llevan a cabo la violación, la cual típicamente involucra uno o dos atacantes y a la víctima.
- El abuso sexual de los niños compromete una clase diferente de ayuda social. Los casos de violación son reportados generalmente a la policía. En cambio, la responsabilidad en cuanto al tratamiento de casos de niños de los que se han abusado sexualmente está más distribuida en diversos puntos, aunque los organismos sociales por lo general juegan un papel importante <sup>(2)</sup>.

#### EPIDEMIOLOGÍA.

Hasta la actualidad en México no existen cifras exactas y confiables en cuanto al número de niños y niñas que han sido abusados sexualmente, ya que en la mayoría de los casos es un familiar el agresor y el delito se guarda como secreto de familia, optando por ocultar y tratar de olvidar el suceso.

En México, organismos oficiales y organizaciones no gubernamentales calculan que sólo poco más de 10% de los casos de abuso sexual contra menores se denuncia, y en 67% de las agresiones, éstas son cometidas por personas del mismo núcleo familiar, parientes cercanos, amigos o conocidos de la víctima <sup>(1)</sup>.

En la Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado del Instituto Nacional de Pediatría, 14% de los niños víctimas de maltrato que ahí se atienden corresponden a abuso sexual. También en México, cada año nacen en promedio dos y medio millones de niños, de los cuales cerca de 20% son hijos

de madres adolescentes. En este grupo de edad, se estima que 8 a 9% de los embarazos derivan de abuso sexual, lo que constituiría 41,000 casos más de este fenómeno cada año <sup>(5)</sup>.

La Academia Americana de Pediatría reporta que durante 1996 en Estados Unidos, de tres millones de denuncias de posible maltrato a niños, se corroboró su presencia en un millón de los casos, y 9% de ellos, es decir 90,000 niños correspondieron a víctimas de abuso sexual. En el mismo reporte, los autores estiman que hasta 25% de las niñas y 10% de los niños en Estados Unidos han sufrido de abuso sexual antes de cumplir 18 años <sup>(9)</sup>.

Los reportes de abuso sexual infantil han ido creciendo de manera estable durante los últimos años. Los investigadores no coinciden en si este aumento se debe a una mayor disponibilidad para denunciar contactos sexuales inapropiados o a un incremento en la victimación o ambas. El abuso sexual infantil no es poco común; un estimado razonable es que 20% de las niñas y 9% de los niños esta involucrados en actividades sexuales inapropiadas durante la infancia para la estimulación sexual de otra persona <sup>(5)</sup>.

#### FACTORES DE RIESGO.

Los factores de riesgo más frecuentemente encontrados son: disfunción familiar, violencia intrafamiliar, antecedentes de abuso sexual en la familia, inadecuada comunicación familiar, padres ausentes y poco afectivos, aislamiento social, drogadicción, alcoholismo, pobreza, ignorancia, discapacidad, accesos a medios de comunicación donde se exhibe pornografía (televisión, cine, videos, revistas, internet, etc.) <sup>(1)</sup>.

Es más probable que un menor sea abusado sexualmente durante la preadolescencia, entre las edades de 8 a 12 años. Es común que las niñas sean abusadas sexualmente con mayor frecuencia que los niños, aunque es poco común que los niños reporten el abuso. Los factores de riesgo familiares incluyen pobre relación padre-hijo, pobre relación entre padres, ausencia de un padre protector, y presencia de un hombre en casa no relacionado biológicamente <sup>(3)</sup>.

#### ASPECTOS CLÍNICOS PARTICULARES DE LAS VÍCTIMAS.

Existen circunstancias clínicas muy particulares que se asocian a la posibilidad de un abuso sexual en la infancia. Una entidad que inmediatamente debe de ser investigada como posible consecuencia de abuso sexual en los niños, es una enfermedad de transmisión sexual. En los adolescentes debe considerarse la adquisición de su enfermedad mediante una relación sexual compartida y aceptada, lo que podría descartar la posibilidad de la agresión sexual. En relación con la edad, Pierce encontró en una muestra de 304 casos de abuso sexual, que el promedio de edad de las víctimas era de 10.4 años <sup>(5-10)</sup>.

Teorías sobre la víctima. Repetidamente se ha apuntado en la literatura que los niños hacen cosas para contribuir a su victimación; actúan sugestivamente, acceden a las proposiciones del ofensor, permiten que la situación continúe, y no aciertan a decirle a nadie que pudiera tomar providencias para parar la situación. Freud (referido por Finkelhor) dio las bases para esta orientación con su teoría de que todo niño o niña en su vida de fantasía desea tener sexo con sus padres y, por extensión, con otros adultos y que algunas veces esta fantasía se vierte sobre la realidad <sup>(2)</sup>.

La teoría del niño sexualmente provocativo donde algunos niños actúan de maneras que animan activamente a los adultos a un acercamiento sexual. Estos son niños que tienen relaciones muy pobres con sus padres, que han descubierto que pueden obtener atención y afecto por parte de un adulto al incitar sus impulsos sexuales <sup>(2)</sup>.

La teoría del niño sexualmente indefenso donde muchos de ellos parecen colaborar con el ofensor en la victimación cuando éste se les acerca, al no tomar acciones que puedan ser autoprotectoras. Se cree que estos niños tienen problemas, tienen conflictos sexuales, pocos amigos, una visión pasiva, todo lo cual los hace particularmente vulnerables. Cualquier cosa que un niño pueda hacer que no vaya de acuerdo con los estándares de una víctima ideal es probable que haga que el niño sea considerado un cómplice <sup>(2)</sup>.

#### ASPECTOS CLÍNICOS PARTICULARES DEL AGRESOR.

Generalmente el agresor es familiar o conocido de la víctima. Por ello se insiste en que cualquier hogar donde habite un varón junto con un menor, independientemente del sexo, este último corre el riesgo de sufrir abuso sexual. Estos datos obligan a conocer las características psicológicas y sociales del agresor con objeto de predecir situaciones de alto riesgo en México <sup>(5)</sup>.

Teorías sobre el ofensor. La teoría de que los abusivos sexuales de los niños eran vistos como psicópatas, débiles mentales, degenerados físicos y morales, actualmente es poco aceptado, ya que la mayoría de los estereotipos eran falsos. Ahora sabemos que más frecuentemente se trata de amigos, vecinos o parientes del niño victimado; no son ni brutales ni sádicos, usan su autoridad o encanto para ganar la confianza, cooperación o por lo menos la aprobación

pasiva del niño. Muchos perturbadores de niños eran vistos como hombres que poseían madres excesivamente seductoras, cuyas insinuaciones despertaron la ansiedad incestual. La ansiedad incestual a su vez produjo un miedo por la mujer adulta y por la sexualidad adulta, y dirigiéndose entonces hacia los niños quienes no representaban tal amenaza <sup>(2)</sup>.

Otras teorías siguen el modelo freudiano, se centran en el trauma sexual infantil temprano como fuente de esa conducta desviada <sup>(2)</sup>.

Estas teorías psicoanalíticas, no han tenido una buena dosis de confirmación empírica. Solamente en una minoría de los ofensores se encuentran los traumas infantiles y la relación paternal torcida que el acercamiento psicoanalítico pediría <sup>(2)</sup>.

Las cinco proposiciones siguientes (propuestas por Finkelhor <sup>(2)</sup>) son generalidades empíricas sobre los ofensores sexuales contra los niños, en su mayoría explican algunas de las dificultades en establecer una teoría sobre la victimación sexual.

- a) Solamente una minoría de los perturbadores de niños (25-33%) encarcelados tienen un interés primordial y relativamente permanente de tipo sexual hacia los niños, algo que pudiera describirse como una característica de la personalidad (pedofilia). La mayoría se involucraron por lo que parecen ser motivos transitorios: una oportunidad fuera de lo normal, estrés, frustración hacia otros desahogos sexuales.
- b) El interés sexual hacia los niños, particularmente cuando tiene bases durables, parece estar conectado con un miedo hacia los adultos ó hacia la sexualidad adulta (los niños son inocentes, no exigentes y no poseen características físicas adultas).

- c) Edad del ofensor, edad del niño y la actividad involucrada.
- d) El alcohol parece tener una conexión consistente con los patrones de abuso sexual de niños.
- e) En algunos hombres, se trata de una gratificación sexual, pero en otros expresa una necesidad de acercamiento o una necesidad de agresión.

La gran mayoría de los ofensores, los que no se han detectado, pueden ser de una casta totalmente diferente <sup>(2)</sup>.

#### ASPECTOS CLÍNICOS PARTICULARES DEL AMBIENTE.

La convivencia con padrastros o madrastras; la estancia de un niño en una casa ajena como ocurre cuando ambos padres trabajan y encargan a sus hijos, el hacinamiento y la permanencia prolongada en escuelas o internados, son condiciones que han sido resaltadas entre las características del ambiente en donde un niño es víctima de abuso sexual <sup>(5)</sup>.

Teorías sobre el contexto familiar. Existe la teoría del aislamiento social, donde por ejemplo el incesto ocurre en familias caracterizadas por un alto grado de aislamiento social. Dentro del estereotipo, tales familias vienen de lugares muy apartados; son pobres y de carácter híbrido. En comunidades autocontenidas, la tolerancia al incesto puede transmitirse de generación en generación, sin cambiar relativamente. La teoría de acuerdo a los papeles de confusión, en donde en el sexo adulto-niño, los adultos colocan a los niños en un papel sexual adulto, hermanos y hermanas se tratan como si fueran amantes y no parientes. Los padres usualmente tienen matrimonios infelices y el sexo entre los cónyuges es desagradable o simplemente no existe. Con frecuencia los padres son autoritarios y abusan físicamente dentro de la familia pero son

incompetentes como suministradores. Las madres están enfermas o dominadas por sus propias familias, son miembros periféricos de la familia. Según otra teoría, el abuso sexual puede ocurrir como respuesta a un agudo clima emocional dominado por el miedo al abandono. Con frecuencia los padres de tales familias tienen estilos de vidas nómadas y están lejos de la familia por periodos de tiempo largos <sup>(2)</sup>.

Los conflictos maritales pueden provocar en el niño una vulnerabilidad hacia la victimación sexual por parte de cualquier persona. Los niños son vulnerables al abuso sexual cuando tienen una supervisión deficiente. El abuso sexual es algo común en esta sociedad debido al creciente aislamiento de individuos y de familias <sup>(2)</sup>.

#### LUGARES DE MAYOR RIESGO.

Hogares disfuncionales, guarderías infantiles, internados escolares, orfanatos y tutelares para menores <sup>(1)</sup>.

#### CUADRO CLÍNICO.

Establecer un cuadro clínico del maltrato infantil es laborioso y en muchas ocasiones complejo. Determinar la existencia de abuso sexual en la infancia es más difícil aún <sup>(5)</sup>.

El daño y las manifestaciones clínicas dependerán de la etapa de desarrollo del menor, así como de la relación con el agresor, y de la duración y la frecuencia del abuso sexual; se sospecha este último cuando el niño o la niña muestran cambios en el comportamiento habitual <sup>(1)</sup>.

Se puede clasificar de la siguiente forma las lesiones por abuso sexual:

I. Cambios en la conducta ó manifestaciones conductuales: estos cambios pueden deberse a otro tipo de estrés y no son diagnóstico exclusivo de abuso sexual infantil. Una conducta sexual explícita inapropiada o perpetrar abuso sexual en otros son los indicadores mas específicos de victimación sexual en el pasado. Estas conductas no son fantasía; se aprenden <sup>(3)</sup>.

Faller en 1990, reporta que la conducta del menor víctima de abuso sexual suele ser el blanco del fenómeno <sup>(11)</sup>.

En forma práctica podemos dividir los cambios de conducta derivados del abuso sexual en dos grupos <sup>(5)</sup>:

a) Indicadores sexuales. Incluyen tres grupos de manifestaciones que se asocian con la conducta sexual de los menores:

- Conductas sexuales. Se reportan hasta seis diferentes tipos de conductas asociadas al abuso sexual: masturbación excesiva, interacción sexual con iguales, agresiones sexuales a otros niños más pequeños o vulnerables, conductas sexuales con adultos y conductas seductivas.
- Conocimientos sexuales. Como cuando el menor sabe lo que es la penetración digital, la erección, la eyaculación; lo que es "*fellatio*" o "*cunnilingus*", o presume conocer el sabor o color del semen.
- Afirmaciones sexuales. Un menor puede afirmar que fue víctima de manipulación o de hostigamiento, por lo que habrá de dar respuesta a su afirmación.

b) Indicadores no sexuales. Incluyen un amplio número de manifestaciones clínicas que en la práctica diaria son y deben ser atribuidas, en primer lugar, a otros padecimientos, y que, sin embargo, el médico siempre habrá de incluir en su diagnóstico diferencial como causa del problema. Tres grupos de

manifestaciones pueden describir las alteraciones conductuales en un menor víctima de esta forma de maltrato:

- Desórdenes funcionales. Trastornos del sueño, enuresis, encopresis y trastornos del apetito.
- Problemas emocionales. Depresión, ansiedad, fantasías, conductas de regresión, falta de control emocional y fobias. El abuso sexual es un factor de riesgo para el desarrollo de depresión en niños y adolescentes <sup>(12)</sup>. Los pacientes con desorden de conversión muestran una incidencia más alta y un tipo más severo de abuso sexual que los pacientes con desordenes afectivos <sup>(13)</sup>.
- Problemas del desarrollo cognitivo. Retrasos del lenguaje, déficit de atención y bajo rendimiento académico.

II. Manifestaciones físicas. Es más frecuente la ausencia de lesiones físicas en el abuso sexual, en ocasiones es posible que el profesional identifique alguna huella <sup>(4)</sup>. Clasificación de las manifestaciones físicas <sup>(3)</sup>:

a) Manifestaciones específicas/diagnósticas de abuso sexual, aún en la ausencia de historia de abuso.

- Evidencia de eyaculación. Presencia de semen, esperma o antígenos, embarazo (en ausencia de consentimiento de contacto con una pareja).
- Enfermedades específicas de transmisión sexual no adquiridas de forma perinatal, como sífilis, gonorrea, SIDA, infección por *Trichomonas vaginalis* y *Chlamydia trachomatis*, condiloma acuminado, herpes simple.
- Lesiones genitales o anales recientes en ausencia de adecuada explicación de accidente previo. Laceraciones, fisuras, escoriaciones, desgarros,

edema, abrasiones, contusiones, hematomas, equimosis, petequias, marcas de mordida.

- Himen amplio para la edad con manifestaciones asociadas o disrupción himenal en ausencia de una explicación quirúrgica. Ausencia de himen, remanente de himen, cicatrices.
  - Cambios específicos en el ano. Cicatrices anales, dilatación mayor de 15 mm con materia fecal en el ámpula, irregularidad en el orificio anal después de la dilatación completa.
- b) Manifestaciones algunas veces vistas después del abuso sexual, pero también después de otras causas: la historia y otras investigaciones son importantes en el diagnóstico de abuso.
- Vaginosis bacteriana

#### DIAGNÓSTICO.

La agresión sexual se detecta de maneras muy distintas: examen médico de rutina del niño, petición de los padres de un menor bajo sospecha de haber sido víctima de abuso sexual, solicitud de una autoridad legal o trabajadora social como parte de un proceso de tipo judicial o en la sala de urgencias con la referencia de haber sufrido la agresión <sup>(5)</sup>.

La exploración física de un niño que ha sufrido abuso sexual debe ser completa y no solo del área genital y anal; debe evitarse un trauma adicional y considerarse siempre la edad y el sexo del pequeño. De acuerdo con la edad y capacidad de comprensión del niño, debe explicarse en que consiste el examen y los motivos por los cuales se le realizará, antes de proceder a la revisión <sup>(14)</sup>.

Al examinar el área genital, el explorador debe colocar a las niñas en decúbito dorsal, con los muslos flexionados y las piernas en abducción. En el caso de las niñas púberes y las adolescentes, el examen se debe llevar a cabo también en decúbito dorsal, pero con las piernas separadas, flexionadas con los talones apoyados en la mesa <sup>(5)</sup>.

Dos de las razones más comunes para malinterpretar el examen del himen son la inadecuada tracción de la piel de los labios mayores necesaria para exponer el himen y la dificultad para entender que la relajación del paciente, su postura y la técnica de evaluación pueden alterar de manera importante la apariencia del himen y su orificio <sup>(15)</sup>.

En las niñas la exploración genital debe incluir: vello púbico, labios mayores, y menores, clítoris, uretra, tejido periuretral e intraoito vaginal para visualizar mucosa vaginal. En los niños incluye vello púbico, pene, escroto y búsqueda de mordeduras y excoriaciones en genitales. En ambos sexos se debe hacer una evaluación de la región anal, revisando el tono del esfínter y las características de la mucosa <sup>(5)</sup>.

Es indispensable tener presente la anatomía de la región genital para evaluar correctamente la situación de las diferentes estructuras <sup>(16-17)</sup>.

La presencia de lesiones agudas en el área genital como contusión, petequias, equimosis, edema localizado etc., son fáciles de detectar y permiten suponer que tienen como origen un traumatismo; la existencia de hiperemia puede ser el resultado de irritación, inflamación, abrasión o de cambios en la vascularidad; la presencia de una cicatriz entre el himen y el tejido perihimeneal puede ser la consecuencia de una lesión previa. Otro dato que debe buscarse es la descarga vaginal, la cual puede ser líquida, mucosa o purulenta y en

ocasiones se acompaña de sangre. Las lesiones de condiloma acuminado señalan la posibilidad de un abuso sexual <sup>(16-17)</sup>.

En la exploración de varones en la fase aguda del traumatismo se observan mordeduras o escoriaciones del pene hasta en 70% de los casos <sup>(16)</sup>.

Los niños con abuso sexual crónico pueden presentar una erección sostenida durante la exploración, esto habla de que muy probablemente el menor está sobreestimulado eróticamente <sup>(18)</sup>.

Las cicatrices y fisuras, así como la pérdida del tono del esfínter anal generalmente significan cronicidad del abuso sexual <sup>(19)</sup>.

Cuando ha desaparecido la rugosidad del área perianal y la piel se ha adelgazado y liquenificado hasta adquirir un aspecto psoriasiforme, generalmente significa cronicidad de abuso sexual <sup>(20)</sup>.

La exploración anal requiere colocar al paciente en posición genupectoral, lo que facilita la visualización del ano. El tacto rectal y la valoración del esfínter anal permiten definir el tono muscular y la búsqueda de sangrados o lesiones en dicha zona <sup>(5)</sup>.

Laboratorio. Solicitar cultivos y pruebas específicas para detectar enfermedades de transmisión sexual, como gonorrea, sífilis, SIDA, virus del papiloma humano (una de las infecciones de transmisión sexual más comunes en adolescentes jóvenes <sup>(21)</sup>), etc. <sup>(1)</sup>.

Ingram <sup>(22)</sup> reporta que de entre 1538 niños de 1 a 12 años de edad víctimas de abuso sexual, menos del 3% tuvo *Neisseria gonorrhoeae*, condiloma acuminado, *Chlamydia trachomatis*, sífilis o herpes simple.

La relación de la infección genital con el papiloma virus humano y un posible abuso sexual es muy controversial, se cree que la infección perinatal latente y

la autoinoculación con tipos no genitales de papiloma virus humano son las fuentes predominantes de lesiones genitales entre niños en edad escolar <sup>(23)</sup>.

El cultivo de secreciones permite descubrir agentes patógenos como *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*, *Trichomonas vaginalis*, *Candida*, VHS etc. Cuando se sospecha lesión intravaginal debe solicitarse vaginoscopia <sup>(1)</sup>.

En los casos en que la agresión sea reciente (primeras 72 horas) se efectúan los estudios respectivos para semen (fosfatasa ácida, grupos sanguíneos, fosfoglucomutasa, peptidasa A) la cual hace más factible la identificación del agresor. En adolescentes se solicita prueba de embarazo <sup>(1)</sup>.

#### DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.

Alteraciones que pueden ocasionar lesiones similares a las del abuso sexual.

Congénitas: hemangioma congénito, bandas periuretrales, malformaciones de genitales, diástasis del ano, variación del músculo bulbocavernoso, carúnculas uretrales y prolapso <sup>(5)</sup>.

Dermatológicas: liquen, esclerosis, dermatitis por *Candida albicans*, irritación por jabón u otros productos o ropas <sup>(5)</sup>.

Infecciosas: infecciones estreptocócicas, por otros agentes.

Otras: síndrome hemorrágico, lesión baja de la médula espinal, estreñimiento crónico, hemorroides <sup>(5)</sup>.

#### TRATAMIENTO.

Las siguientes acciones idealmente constituyen el algoritmo de atención integral para todo niño que sufre cualquier forma de maltrato, sin embargo cada

centro de atención deberá desarrollar sus funciones de acuerdo a las condiciones académicas, físicas, económicas y sociales prevalentes <sup>(24)</sup>.

- Reconocimiento del caso.
- Brindar protección al menor.
- Iniciar el tratamiento médico, quirúrgico o médico-quirúrgico según se requiera básicamente en un servicio de urgencias.
- Hacer una notificación de las lesiones a la autoridad correspondiente.
- Hospitalización del menor en un servicio dedicado a esta patología.
- Se inicia el trabajo de campo del Trabajador Social quien entrevista a todos los miembros de la familia y se hace una visita a la casa del paciente para certificar con otros familiares y vecinos la versión que han aportado los familiares.
- Evaluación del estado psicológico del menor, de los padres y del agresor para determinar qué tratamiento es conveniente implementar y así evitar la repetición del problema cuando el padre es el agresor.
- Análisis multidisciplinario de cada caso.
- Favorecer el egreso del menor a un sitio seguro.
- Seguimiento del caso.

## JUSTIFICACIÓN.

El aumento poblacional desmedido que se reporta a nivel mundial en la actualidad, ha favorecido que las manifestaciones de violencia e inseguridad sean expresiones cotidianas, tanto entre los adultos como con la población infantil. Tal es el caso del abuso sexual el cual se ha incrementado de forma alarmante en todo el mundo.

En nuestro país, pese a los esfuerzos que se han hecho en las últimas décadas por legislar este tipo de delito contra los niños, continúa habiendo temor por parte de las víctimas y sus familiares para denunciar estos hechos, provocando que las estadísticas nacionales no reflejen la realidad.

Es necesario tener bien identificadas las lesiones físicas secundarias de los menores víctimas de abuso sexual para evitar que, este problema que actualmente ya es considerado un problema de salud pública, continúe extendiéndose y dañando a la población infantil.

Es preponderante tratar de evitar al máximo este tipo de maltrato a los niños para favorecer su óptimo desarrollo biológico, psicológico y social que se refleje en una vida adulta saludable en todos los sentidos.

#### OBJETIVO DE LA INVESTIGACIÓN:

-Describir las lesiones físicas secundarias en genitales y región anal en pacientes con abuso sexual atendidos en el Hospital Infantil de México Federico Gómez.

#### OBJETIVOS SECUNDARIOS:

- Determinar si las víctimas de abuso sexual tenían antecedente de retraso en el desarrollo psicomotor.
- Determinar el parentesco del agresor.
- Determinar el lugar más frecuente donde ocurrió el abuso sexual.

## II. METODOLOGÍA.

### LUGAR.

El estudio se llevó a cabo en la consulta externa del servicio de adolescentes del Hospital Infantil de México Federico Gómez, situada en el segundo piso del edificio Arturo Mundet, donde la atención es predominantemente de tercer nivel.

### DISEÑO.

Estudio transversal retrospectivo.

### POBLACIÓN.

Se revisaron todos los pacientes víctimas de abuso sexual del año 2000 hasta el 2005 reportados en la Clínica de Prevención del Maltrato Infantil y Abuso Sexual del Hospital Infantil de México Federico Gómez la cual se encuentra en la consulta externa de adolescentes.

### CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

- Pacientes que tengan edad entre 1 y 17 años.
- Pacientes víctimas de abuso sexual.
- Pacientes con expediente clínico completo.

### CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

- Pacientes víctimas de violación.

## CRITERIOS DE ELIMINACIÓN.

- Abandono del tratamiento por los pacientes.
- Muerte de los pacientes durante el periodo de estudio.

## MUESTREO.

No probabilístico de casos consecutivos.

## VARIABLES DEL ESTUDIO:

**Sexo:** condición orgánica que distingue el macho de la hembra en los organismos heterogaméticos. Cualitativa nominal con dos categorías, masculino y femenino.

**Edad:** tiempo que una persona ha vivido desde su nacimiento. Cuantitativa discreta expresada en años y meses.

**Agresor:** persona involucrada en el abuso sexual. Cualitativa nominal con nueve categorías: padres, padrastros, hermanos, tíos, primos, abuelos, vecinos otros (maestro, compañero, monja, hermanastra, suegro del tío materno) y desconocido.

**Sexo del agresor:** cualitativa nominal con tres categorías: masculino, femenino y desconocido.

**Lugar:** sitio donde se llevó a cabo el abuso sexual. Cualitativa nominal con ocho categorías: casa donde vive el paciente, casa del padre, casa de abuelos, casa de tíos, vecindad, escuela, trabajo de los padres y desconocido.

**Lesión:** cualquier anomalía local, herida, daño, o cambio patológico en la vagina, genitales (pene y testículos) y ano. Cualitativa nominal con dos categorías: (presente y ausente).

Las lesiones tomadas en cuenta son:

1) Hiperemia: aumento de la sangre en una parte del cuerpo, causado por el aumento del flujo sanguíneo, como en la respuesta inflamatoria, por relajación local de las arteriolas ó por obstrucción del flujo de retorno de la sangre desde un área.

2) Laceración: herida desgarrada, dentada.

3) Condiloma: verruga cerca del ano, de la vulva o del prepucio.

4) Fisura: lesión de la piel en forma de surco o hendidura.

5) Combinación de lesiones: (hiperemia/flujo transvaginal (salida excesiva de líquido de la vagina), hiperemia/sangrado, hiperemia/vesícula (ampolla o vejiga), hiperemia/laceración, hiperemia/condiloma, condiloma/laceración, condiloma/fisura.

6) Sin lesión.

**Retraso en el desarrollo psicomotor:** enlentecimiento de cualquier actividad física o mental. Cualitativa nominal con dos categorías: presente y ausente.

**Área afectada:** localización topográfica de las diversas estructuras anatómicas, a las que se les reconoce una particular constitución o función. Cualitativa nominal con seis categorías: vagina, ano, genitales (pene y testículos), vagina/ano, genitales/ano y no referido.

## DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO.

Se revisaron todos los expedientes clínicos de los pacientes que cumplieron los criterios de selección (inclusión y exclusión) y la información se vació en la hoja de recolección de datos diseñada para este estudio (anexo 1).

## ANÁLISIS ESTADÍSTICO.

El análisis de los datos se realizó con el paquete estadístico para las ciencias sociales (SPSS) versión 11.0. Se llevó a cabo una estadística descriptiva (proporciones y medianas como medida de tendencia central); También se realizó la prueba  $r^o$  de Spearman para buscar asociación entre las variables de estudio.

## ASPECTOS ÉTICOS.

Al ser este un estudio retrospectivo que se llevó a cabo de la revisión de los expedientes, no se modificaron ni las variables fisiológicas, psicológicas ni sociales, por lo que se considera una investigación sin riesgo. Por este motivo no fue necesario el consentimiento informado de participación ni de los pacientes ni de sus padres.

## RESULTADOS.

Se revisaron 58 expedientes, de los cuales 4 fueron casos de violación, y en 8 expedientes no había suficiente información.

De los 46 pacientes que conformaron la muestra 12 fueron hombres (26.1%) y 34 mujeres (73.9%) de 1 año 5 meses a 14 años con mediana de 6 años 2 meses.

El agresor más frecuente encontrado fue desconocido y otros (maestro, compañero, monja, hermanastra, suegro del tío materno), en el 21.7%, los tíos 19.6%, el padrastro 10.9%, los padres 8.7%, vecinos y primos 6.5% y los menos involucrados los hermanos y abuelos en un 2.2%. El sexo del agresor en 67.4% fue masculino, desconocido 21.7% y 10.9% femenino.

El lugar de la agresión más frecuente con un 30.4% de los casos fue en la casa del paciente, desconocido en el 28.3%, en la escuela 15.2%, en la casa de los abuelos 13%, en casa del papá y de los tíos 4.3% y el menos frecuente con 2.2% fue en la vecindad y en el trabajo de la madre del paciente.

En la mayoría de los pacientes no existían lesiones (28.3%), se encontraron condilomas en el 26.1%, hiperemia en el 19.6%, combinación de lesiones en un 21.7%, laceración y fisura en el 2.2%. El área mas afectada en un 43.5% fue la vagina, el ano con 28.3%, vagina/ano en un 8.7%, genitales (pene y testículos) 8.7%, genitales y ano en 8.7%, y sin referir 2.2% (Tabla 1).

La mayor parte de los pacientes no presentaban retraso en el desarrollo psicomotor 82.6%, en 17.4% si estaba presente.

Para ver si había relación entre las variables se aplicó una  $r^s$  de Spearman encontrándose lo siguiente: nueve correlaciones las cuales fueron débiles con valores de -0.623 a 0.644. Agresor con edad ( $r^s$ -0.297,  $p$ 0.045), sexo del

agresor con el agresor ( $r^2=0.557$ ,  $p=0.000$ ), lugar con agresor ( $r^2=0.644$ ,  $p=0.000$ ), lesión con sexo del paciente ( $r^2=0.351$ ,  $p=0.017$ ), lesión con edad ( $r^2=0.345$ ,  $p=0.019$ ), lesión con agresor ( $r^2=0.443$ ,  $p=0.002$ ), área con sexo del paciente ( $r^2=0.623$ ,  $p=0.000$ ), lugar con sexo del agresor ( $r^2=0.559$ ,  $p=0.000$ ), área con lugar ( $r^2=0.377$ ,  $p=0.010$ ).

Tabla 1. Porcentaje de lesiones físicas secundarias encontradas en 46 pacientes con abuso sexual

Tipo de lesión	Porcentaje
Hiperemia	19.6%
Laceración y fisura	4.4%
Condiloma	26.1%
Combinación de lesiones	21.5%
Sin lesiones	28.3%
Total	100%

## DISCUSIÓN.

En el presente estudio se demostró que en el 50.1% de los casos el agresor pertenece al núcleo familiar, y agregando a ese porcentaje los agresores que corresponden a conocidos del paciente se obtuvo un total de 78.3%; esto es acorde a lo reportado en la literatura donde el 67% de las agresiones son cometidas por personas del mismo núcleo familiar, parientes cercanos, amigos o conocidos de la víctima <sup>(1)</sup>.

Hubo un predominio de pacientes del sexo femenino (73.9%) con respecto al sexo masculino (26.1%) semejante a lo reportado en la literatura donde el 25% de las niñas y 10% de los niños han sufrido abuso sexual antes de los 18 años <sup>(9)</sup>.

Se demostró que el lugar mas común donde se llevó a cabo la agresión sexual fue en la casa del paciente (30.4%), y en la mayoría de los casos no se encontraron lesiones (28.3), seguida por los condilomas (26.1%) y la hiperemia (19.6%), el área afectada más frecuente fue la vagina (43.5%), seguida del ano (28.3%), la mayoría de las victimas no presentaron retraso en el desarrollo psicomotor (82.6), no se encontraron reportes en la literatura sobre la frecuencia de estas variables.

## CONCLUSIONES.

El abuso sexual infantil es un fenómeno de alcance mundial. En México no existen estadísticas exactas en cuanto al número de víctimas de abuso sexual. Su frecuencia es cercana a 25% en niñas y 10% en niños antes de cumplir 18 años. Los preadolescentes son los más vulnerables y aunque el sexo femenino es el más involucrado, los varones tienen el mismo impacto emocional y probablemente físico, por tal motivo la prevención debe ser similar en ambos géneros. El paciente en la mayoría de los casos conoce al agresor y en gran porcentaje es miembro de la familia.

El diagnóstico y tratamiento necesarios requieren de un alto índice de sospecha por parte del profesional que atiende al menor.

El dar prioridad al tema de la victimación sexual significa actuar sobre el problema directamente, enseñando a los niños que pueden ser víctimas potenciales, cómo evitarlo y reenfazando, para beneficio de abusadores sexuales potenciales, que tal tipo de conducta es dañina e incorrecta.

Es importante hacer conciencia en los padres de familia y la sociedad en general de la existencia de este problema a través de difusión de materiales didácticos informativos, pláticas de orientación en la comunidad, talleres de sexualidad infantil, cursos en escuelas, formulación de políticas públicas preventivas, actualización de la legislación a favor de la infancia y continuar fomentando la cultura de respeto hacia los derechos de los niños y las niñas.

No hay razón alguna por la que no podamos educar a nuestros hijos para reconocer tanto los peligros como los deleites de la sexualidad, que pueden ser realistas sobre la posibilidad de ser victimados, y al mismo tiempo conservar una actitud positiva y exploratoria.

## BIBLIOGRAFÍA.

1. Izcarraga G, Muñoz F. Abuso sexual infantil. En Romeo SR, Valencia MP (editores). Urgencias en pediatría. Hospital Infantil de México Federico Gómez. 5a edición Editorial McGraw-Hill Interamericana 2002; 715-719.
2. Finkelhor. Abuso sexual al menor. Causas, consecuencias y tratamiento psicosexual. Editorial Pax México 1980; 9-52.
3. Hymel MD, Jenny MD. Child sexual abuse. Pediatrics in Review 1996; 17: 236-249.
4. Delitos contra la libertad y la seguridad sexuales y el normal desarrollo psicosexual. Título quinto. En Agenda Penal del D.F, novena edición. Ediciones Fiscales ISEF 2004: 42-44.
5. Loredó Abdalá, Perea M, Monroy V. Abuso sexual: del silencio ignominioso a una realidad estigmatizante. Maltrato en niños y adolescentes. Editores de textos mexicanos 2004; 75-102.
6. Girardet MD, Lahoti MD, Parks RN, McNeese MD. Issues in pediatric sexual abuse- What we think we know and where we need to go. Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care 2002;32: 216- 246.
7. Muram MD. Abuso sexual de niñas. Clínicas de Ginecología y Obstetricia. Editorial Interamericana, McGraw Hill 1992; 201-215.
8. Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999. Prestación de servicios de salud. Criterios para la atención médica de la violencia familiar. Diario Oficial Secretaría de Salud 2000.
9. American Academy of Pediatrics. Guidelines for the evaluation of sexual abuse of children: subject review. Pediatrics 1999; 103: 186-190.
10. Pierce RL, Pierce LH . The sexually abuse child a comparison of male and female victims. Child Abuse and Neglect 1985; 9: 191-199.
11. Faller KC. The spectrum of sexual abuse in day care. An exploratory study. J Family Viol 1988; 3: 283-298.
12. Richardson MD, Katzenellenbogen MD. Childhood and adolescent depression: The role of primary care providers in diagnosis and treatment. Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care 2005; 35: 6-24.
13. Roelofs Ph.D, Keijsers Ph.D, Hoogduin MD. Childhood Abuse in Patients With Conversion Disorder. Am J Psychiatry 2002; 159: 1908- 1913.
14. Cowel C. The gynecologia examination of infants, children and young adolescents. Pediatr Clin North Am 1981; 28: 247-266.

15. Block MD. Child Abuse- Controversies and imposters. *Curr Probl Pediatr* 1999; 29: 253- 272.
16. Spencer MI, Dunklee P. Sexual abuse of boys. *Pediatrics* 1986; 78: 133-138.
17. Woodling BA, Heder A. The use of the colposcope in the diagnosis of sexual abuse in the pediatric age group. *Child Abuse and Neglect* 1986; 10: 111-271.
18. Yates A. Children eroticized by incest. *Am J Psychiatry* 1982; 139: 482-508.
19. Woodling BA, Kossoris PD. Sexual misuse: rape, molestation, and incest. *Pediatr Clin North Am* 1981; 28: 481-499.
20. Bays J, Chadwick D. Medical diagnosis of the sexually abused child. *Child Abuse and Neglect* 1993; 17: 91-110.
21. Kahn, MD. An update on human papillomavirus infection and Papanicolaou smears in adolescents. *Current Opinión in Pediatrics* 2001; 13: 303-309.
22. Ingram DL, Everett D, Lyna PR. Epidemiology of adult sexually transmitted disease agents in children being evaluated for sexual abuse. *Pediatr Infect Dis J* 1992; 11: 945-950.
23. Wissow MD. Child abuse and neglect. *The New England Journal Of Medicine* 1995; 332: 1425-1431.
24. Loredó-Abdalá, Trejo- Hernández. El fenómeno de maltrato a los niños: aspectos sociales y clínicos del síndrome. *Bol Med Hosp Infant Mex* 1998; 55: 410-415.

(ANEXO 1)

**LESIONES FÍSICAS SECUNDARIAS EN GENITALES Y  
REGIÓN ANAL EN PACIENTES CON ABUSO SEXUAL ATENDIDOS EN EL  
HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO FEDERICO GÓMEZ**

Nombre: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Registro hospitalario: \_\_\_\_\_

Año: \_\_\_\_\_ Caso: \_\_\_\_\_

Sexo: Masc  Fem

AGRESOR

Papá/Mamá

Hermano(a)

Padrastro

Abuelos

Primo(a)

Tío(a)

Otros

Desconocido

<input type="checkbox"/>

LUGAR

Casa pac

Casa papá

Casa abue

Casa tíos

Escuela

Vecindad

Trabajo fam

Desconocido

<input type="checkbox"/>

LESIÓN

Hiperemia

Laceración

Sangrado

Fisura

Flujo

Condiloma

Combinación

Sin lesión

<input type="checkbox"/>

Area: Genitales (pene-testiculos)  Vagina  Ano

RDPM: Si  No