



GOBIERNO DEL DISTRITO FEDERAL
México • La Ciudad de la Esperanza



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACION

SECRETARIA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL
DIRECCION DE EDUCACION E INVESTIGACION
SUBDIRECCION DE FORMACION DE RECURSOS HUMANOS

CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACION EN PEDIATRIA

**“FACTORES DE RIESGO EN EL PACIENTE PEDIATRICO CON
ABUSO SEXUAL DEL HOSPITAL PEDIATRICO IZTAPALAPA”**

TRABAJO DE INVESTIGACION EPIDEMIOLOGICO

**PRESENTA
DR. ALBERTO LEON CRUZ**

PARA OBTENER DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN PEDIATRIA

**DIRECTOR DE TESIS
DR. MOISES VILLEGAS IVEY**

2004



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

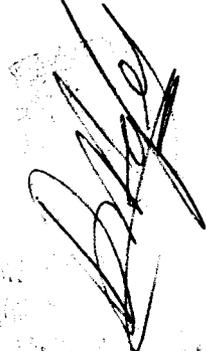
DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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.

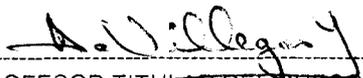
**"FACTORES DE RIESGO EN EL PACIENTE PEDIATRICO CON
ABUSO SEXUAL
DEL HOSPITAL PEDIATRICO IZTAPALAPA"**

AUTOR: DR. ALBERTO LEON CRUZ



SUBDIRECCION
DIVISION
PEDIATRIA

Vo. Bo.
DR. MOISES VILLEGAS IVEY



PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE
ESPECIALIZACION EN PEDIATRIA

Vo. Bo.
DR ROBERTO SANCHEZ RAMIREZ



DIRECTOR DE EDUCACION E INVESTIGACION
SALUD DEL DISTRITO FEDERAL



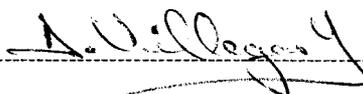
DE UNIDOS MEXICANOS
SECRETARIA DE SALUD
DISTRITO FEDERAL

**"FACTORES DE RIESGO EN EL PACIENTE PEDIATRICO CON
ABUSO SEXUAL
DEL HOSPITAL PEDIATRICO IZTAPALAPA"**

AUTOR: DR. ALBERTO LEON CRUZ

Vo. Bo

DR. MOISES VILLEGAS IVEY



DIRECTOR DE TESIS

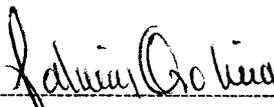
Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la
UNAM a difundir en línea y archivar a impulso el
contenido de mi tesis doctoral.

NOMBRE: Alberto León Cruz

FECHA: 08/01/07

Vo. Bo.

DRA. CAROLINA SALINAS OVIEDO



ASESORA METODOLOGICA

DEDICATORIA

A MI FAMILIA

Por su apoyo incondicional,
amor y ayuda.

A DIOS

Por permitirme vivir este día en que finalizo
este gran proyecto
y estar conmigo en todo momento.

CONTENIDO

DEDICATORIA

INDICE

RESUMEN

I. INTRODUCCION	1
II. MATERIAL Y METODOS	9
III. RESULTADOS	10
IV. DISCUSION	14
V. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	16
VI. ANEXOS	18

RESUMEN

INTRODUCCION

Se han descrito en la literatura distintos factores asociados al abuso sexual en el menor. Para identificar los factores de riesgo en la población infantil del Hospital Pediátrico Iztapalapa revisaron los expedientes de casos comprobados de abuso sexual, de pacientes hospitalizados del 1ero de enero del 2001 al 31 de diciembre del 2004.

MATERIAL Y METODOS

Se realizó un estudio observacional retrospectivo de los casos de abuso ($n = 15$), y se le comparo un grupo control ($n = 15$). De los datos obtenidos se analizaron medidas de resumen para variables cualitativas (porcentajes), y se calculó la razón de momios de los factores de riesgo.

RESULTADOS

Dentro de los principales riesgos de abuso sexual de menores se encontraron: el pertenecer a una familia disfuncional fue el de mayor riesgo para presentar abuso en el menor, OR de 21 (1.84 <OR< 554.8), la baja escolaridad materna, OR de 3.38 (0.55 <OR<22.4), el hacinamiento 2.67 (0.41 <OR< 18.3). Las toxicomanias en la familia 2.36 (0.28 <OR< 23.48).

CONCLUSION

Se integrante de una familia disfuncional, donde exista además una baja escolaridad materna, hacinamiento y convivencia con personas alcohólicas o drogadictas, son los principales factores en los niños con abuso.

I. INTRODUCCIÓN.-

Con relativa frecuencia el médico u otro profesional que se enfrenta por primera vez a un menor que pueda ser víctima de malos tratos quizá tenga cierta dificultad para establecer el diagnóstico porque la expresión clínica del paciente es muy sutil, porque la información que da el familiar esta alterada o bien porque el profesional no tiene la experiencia suficiente sobre este problema médico-social.

En el contexto general del Síndrome del Niño Maltratado, es muy importante tener un panorama sobre lo que es y lo que representa esta complicada patología; esto implica conocer la definición medica y jurídica, las variedades clínicas, el abordaje general que se requiere en estos pacientes y su familia, el tratamiento psiquiátrico indispensable para el menor, para el agresor y los familiares del niño de acuerdo al patrón clínico de cada caso y por último las medidas de prevención que se pueden establecer en nuestro medio fundamentalmente.(1,2)

En términos generales, las formas clínicas más estudiadas y conocidas del síndrome del niño maltratado (SNM) son: maltrato físico, abuso sexual y fenómeno de deprivación emocional y aún existen otras formas de agresión al menor, el motivo de esta presentación será el de enfatizar los aspectos clínicos más importantes de las formas de maltrato anteriormente mencionadas y las posibilidades de un diagnostico diferencial para cada una de ellas.(1,2,3.).

Abuso sexual:

La expresión cada vez más frecuente de las diversas formas de abuso sexual (AS) en foros nacionales y extranjeros obliga a los profesionales involucrados en el tema a considerar este tipo de agresión en su real dimensión.

Esto implica no considerar de manera aislada los aspectos médicos y sus consecuencias físicas, emocionales y sobre la reproducción del menor; también deben de quedar incluidos los aspectos sociales y jurídicos en los que se encuentren inmersos la víctima, la familia y el agresor.(1,4).

Se puede considerar abuso sexual cuando un menor es empleado para provocar la estimulación sexual de uno o varios adultos. Ello ocurre por la posición de poder que el agresor tiene sobre el niño; la realización de tales actos puede tener implícita la violencia, el convencimiento, la seducción y el exhibicionismo, sin embargo siempre se debe de considerarla posibilidad de que algunos niños o adolescentes afectados no hayan entendido totalmente las bases biológicas y psicológicas del acto sexual y que por lo tanto no pueden otorgar un consentimiento racional al adulto.(1,3,5).

Es muy conveniente que en esta forma de maltrato quede bien entendido el criterio legal pues dicha perspectiva el problema se tipifica como delito sexual y así quedan consideradas todas las consecuencias que la agresión ha originado. El perfil de estas acciones se establece de la forma siguiente:

- a) Hostigamiento sexual: descrito en el artículo 259 bis del código penal del Distrito Federal.- Ocurre cuando con fines lascivos se asedia reiteradamente a una persona de cualquier sexo, valiéndose de su posición jerárquica derivada de sus relaciones laborales, docentes, domesticas, o de cualquier otra índole que implique subordinación.

- b) Abuso sexual: correspondiente al artículo 260 del código penal del Distrito Federal. - Al que sin el consentimiento de una persona y sin el propósito de llegar a la copula ejecutada en ella un acto sexual o la obligue a ejecutarlo. en esta variedad queda incluida la manipulación de genitales, caricias lascivas, besos, pornografía infantil, exhibicionismo, fomento a la prostitución.
- c) Estupro: señalado en el artículo 262 del código penal del Distrito Federal.- Al que tenga copula con una persona mayor de 12 años y menor de 18 años, obteniendo su consentimiento por medio del engaño.
- d) Violación: se presenta en el artículo 265 del código penal del Distrito Federal.- Al que por medio de la violencia física o moral realice cópula con una persona del cualquier sexo, entendiéndose como copula la introducción del miembro viril en el cuerpo de la víctima por la vía vaginal, anal u oral independientemente del sexo.
- e) Incesto: descrito en el artículo 272 del código penal del Distrito Federal.- Cualquier actividad sexual entre el progenitor o algún familiar mayor con un menor miembro de la familia.
- f) El médico debe de estar consciente de otras formas de agresión sexual tales como: pornografía infantil, la corrupción de menores, el ritualismo satánico, etc.(1,5,6).

Las lesiones generadas por abuso sexual varían un poco en función del sexo de la víctima. En las niñas se localiza en la zona genital, paragenital y extragenital y la presentación clínica dependerá del tipo de agresión, severidad, duración, tiempo transcurrido y la edad de la víctima. Las

alteraciones más frecuentes son: modificación variable en el tamaño del orificio himeneal, desgarros o pérdidas de elasticidad del mismo así como cicatrices y sinequias postraumáticas. La presencia de lesión en el introito vaginal alrededor de las 5 y 7 horas del reloj orientan a o pensar en que hubo penetración. (1,2,7).

Cuando hay lesión de la región anal esta dependerá de la frecuencia del acto, del tamaño del objeto introducido y la profundidad lograda; dicho daño se caracteriza por dolor en la zona, escozor, malestar al caminar o defecar y a la exploración física es factible encontrar hematomas, equimosis, abrasión, fisuras así como perdida del reflejo y del tono del esfínter anal.

Las manifestaciones extragenitales son huellas por mordedura en diversas partes del cuerpo, equimosis y excoriaciones de localización diversa.

Cuando la víctima es un varón, las lesiones las lesiones del ano son las más frecuentes y habitualmente similares a las descritas en las niñas. También puede existir huellas de mordidas y o erosión en la piel del área genital (pene y escroto)edema de prepucio y en algunos casos descarga uretral.(1,8)

Las consecuencias del AS se pueden clasificar en:

- a) daño físico.
- b) daño emocional.
- c) adquisición de procesos infecto-contagiosos.
- d) embarazo.

En términos generales las lesiones físicas pueden permanecer visibles en los primeros cinco días después de ocurrida la agresión su presencia se puede

extender hasta quince días o más dependiendo de la severidad y frecuencia de la misma o si ha desarrollado una complicación. (9)

Las consecuencias psicológicas del AS pueden ser trastornos de conducta, de la personalidad, del aprovechamiento escolar, de la autoestima en la identificación sexual y o la aparición de enuresis o encopresis, principalmente.

Las enfermedades de transmisión sexual pueden ser múltiples entre las cuales se encuentran sífilis, gonorrea, síndrome de inmunodeficiencia adquirida, papilomatosis genital, condiloma acuminado, herpes genital, vaginitis por Gardnerella vaginales entre otros.(1, 10)

La existencia del embarazo genera frecuentemente el rechazo del producto y un agravamiento del estado emocional de la víctima.

En todos los pacientes se debe realizar un análisis diferencial con otras posibilidades clínicas que pueden explicar las manifestaciones existentes en cada menor víctima de AS.

En el manejo integral de estos pacientes siempre deben de ser considerados los factores de riesgo para el desarrollo de este problema, esto involucra al agresor, al menor y al ambiente. Su conocimiento y análisis permitirá la prevención de nuevos ataques y obviamente se entenderá mejor cada caso.(11)

Al determinar los indicadores psicológicos, físicos y ambientales según Loredó Abdala se pueden encontrar lo siguiente: lesiones físicas, radiológicas y por gamagrafía y en caso de abuso sexual colposcopia así como se han determinado que el agresor es el miembro de la familia o profesor otros

factores de alto riesgo es la desnutrición, higiene inadecuada, inmunizaciones incompletas, talla baja, historia de abuso sexual en sus familiares o el agresor. En países de desarrollados se tiene perfectamente identificados al tipo de agresor, su sexo, su edad, ocupación, estado psiquiátrico y relación que guarda en la familia del niño agredido. De la víctima se conoce sexo edad, raza, posición en la familia entre otros datos. Los factores ambientales que favorecen el problema también se han detectado, de los cuales destacan estado civil de la pareja, empleo y tipo de esta, situación económica y otros. Por lo cual se concluye que existan ciertas situaciones de riesgo para que un menor sufra abuso sexual. (12)

Desafortunadamente en nuestro medio cultural se ha visto una elevada frecuencia de casos de AS del menor pero no se tiene estudios fidedignos de abuso sexual en el menor así como no se ha estudiado de manera general así como nacional los factores de riesgo para el paciente pediátrico mucho menos se tiene un plan de trabajo de cómo prevenir estos ataques y orientar a la familia de este problema social que se ha incrementado importantemente en nuestro medio ó tal vez sólo se este denunciando por la educación medica y social.

Los niños abusados sexualmente tienen riesgo más alto de presentar alteraciones de estrés postraumático, ansiedad y depresión. Las experiencias de abuso en los niños variaron de acuerdo a varios dominios: 1. naturaleza del abuso, 2. duración, 3. frecuencia, 4 relación con el perpetrador. (13)

Mc Leer reporta que los tocamientos genitales fueron reportados en 28.6 %, el acto sexual simulado, cunilinguis u otros actos sexuales sin penetración en el 13%, con penetración en el 58.4%. Los reportes indican que el 47.1 % fue abusado en el transcurso de l día, 14.7 % fue abusado repetidamente a lo largo de un periodo de un mes, y el 14.7% fue abusado repetidamente de l a 12 meses, y el 23.5% experimento abuso repetido en un periodo mayor de 1 año.(14, 3, 4).

El daño físico fue sustentado en el 9.6%, y el 10.9% contrajo enfermedad de transmisión sexual.

Se reporta que la relación con el abusador del niño es: padres naturales 12.8%, cuidadores 11.5%, familiares adultos 15.4%, no familiares pero adultos de confianza 37.2%, extraños 6.1%, y abusadores múltiples 6.1%, abusadores menores a 17 años 10.2%, con la mitad siendo parientes y la mitad no siendo parientes. (14, 3, 4)

Kellogg y col. revisaron 3660 expedientes y se incluyeron 157 casos. De 184 quejas el síntoma más común de presentación fue sangrado anogenital o magulladuras 29.3%, irritación o eritema 21.7%, anormalidades anatómicas año genitales 20.7%, flujo vaginal 18.4%, lesiones físicas 6.5%, otros síntomas y signos 3.3%.

Loredo Abdala reporta que el síndrome de niño maltratado se asocia hasta el 59 % con abuso sexual. De estos se reporta un 40% en el sexo femenino y 58% en el sexo masculino. En cuanto a la edad de 1 a 12 meses se reporta el

18.6%, mayores de 1 año hasta los 37 meses el 12.6 %, y mayor de 37 meses, el 62%, y se reporta hasta el 27.8% muerte por abuso sexual.(15, 3, 4).

En el Hospital Pediátrico Iztapalapa se tiene una población representativa de la red de hospitales pediátricos de la Secretaria de Salud del Distrito Federal; se ha detectado un incremento de pacientes con AS o sospecha al cual se da manejo y se realiza reporte al ministerio publico por ser un caso médico legal, pero como servicio medico además de tratar el problema es conveniente identificar los factores de riesgo en pacientes con abuso sexual y de esta manera poder realizar prevención en la población ya que en los últimos años se ha detectado un incremento en las denuncias de niños con AS así como el hecho de no contar con un plan de trabajo para la prevención de este como grupo interdisciplinario.

El presente estudio se realizó con el objetivo de Determinar los factores de riesgo en pacientes con abuso sexual en el Hospital Pediátrico Iztapalapa.

II. MATERIAL Y METODOS.-

Se realizó un estudio clínico epidemiológico de casos y controles en un censo de Expedientes clínicos de pacientes con diagnóstico de abuso sexual de 1 a 17 años de edad, ambos sexos, de cualquier nivel socioeconómico que acudieron al Hospital Pediátrico Iztapalapa del año 2001 al 2003, y un grupo de controles con expedientes clínicos de pacientes sin abuso sexual del mismo periodo. Se excluyeron pacientes con patología de base que alterara la anatomía genital o con enfermedad hematológica y ósea. Se eliminaron pacientes que solicitaron alta voluntaria o con expedientes incompletos.

Las variables en estudio (factores de riesgo) fueron: edad, sexo, N° de convivientes, ocupación de los padres, escolaridad, tipo funcional de familia, clasificación socioeconómica y presencia de toxicomanías en miembros de la familia.

Se revisó la Libreta de registro de ingresos, posteriormente se realizó la búsqueda de expedientes con historia de abuso sexual en el archivo clínico. Se capturó la información obtenida en el formato ex profeso. Se elaboró base de datos en Excel.

El análisis estadístico fue descriptivo con medidas de resumen para variables cualitativas: tasas y porcentajes; para las variables cuantitativas, medidas de tendencia central: media, mediana y moda; y medidas de dispersión: desviación estándar, varianza y rango. Para la determinación del riesgo se utilizó EPI6. Se calculó la razón de momios de los factores de riesgo.

Desde el punto de vista ético, se trató de una investigación sin riesgo.

III. RESULTADOS.-

De la búsqueda realizada en las libretas de ingresos y egresos de los diferentes servicios, así como en la base de datos de estadística del Hospital Pediátrico Iztapalapa durante el período del 1° de enero del 2001 al 31 de diciembre del 2003; se encontraron 42 casos de pacientes que ingresaron por maltrato infantil, de los cuales 20 (47.6%) fueron ingresados por Abuso sexual. Se excluyeron del estudio 5 pacientes, los cuales no presentaron historia de abuso, ni evidencia clínica, y fueron egresados por orden del Ministerio Público continuando las investigaciones de manera extrahospitalaria.

En los 15 pacientes restantes se estudiaron los factores que se consideraron como de riesgo probable de abuso sexual, y se realizó la comparación de dichas variables, en busca de una asociación causal. Para tal efecto se creó un grupo control elegido de manera aleatoria simple, pero de la misma edad y sexo que los sujetos de estudio. De los 15 pacientes, 12 (80%) fueron del sexo femenino y 3 (20%) del sexo masculino. (Figura 1)

La edad más frecuente en que se presentó abuso sexual fue de 2 a 5 años, con 10 casos (66 %), seguido del grupo de 6 a 11 años con 4 casos (26.6%), y 1 caso en un niño menor de 2 años de edad. Los pacientes del grupo control fueron de la misma edad. (Figura 2)

De los factores relacionados al paciente como de posible riesgo para abuso sexual se encuentran los siguientes: hacinamiento en la familia, dinámica familiar disfuncional; escolaridad de la madre de primaria o menor; escolaridad

del padre de primaria o menor; delegar el cuidado del menor a otros adultos; existencia de toxicomanías en los familiares y/o cuidadores; convivencia con alcohólicos o drogadictos en la familia y una clasificación socioeconómica "0" en los familiares y/o cuidadores del menor.

Entre los datos inherentes al agresor que fue posible recabar en los expedientes fueron: la relación con el paciente abusado (parientes o no parientes), y tanto si este era o no mayor de edad.

Se observó hacinamiento en 80% (n= 12) de las familias de menores que fueron abusados, y en 60% (n=3) de las familias de menores sin abuso sexual.(Figura 3)

En cuanto al tipo de familia, en el 93% (n= 14) se encontró que esta fue disfuncional, con un 40% (n= 6) de monoparentales y un 20% reconstituidas con presencia de madrastra o padrastro. En el grupo control se encontró un 40% de familias disfuncionales, y un 60% de las familias nucleares y funcionales. (Figura 4)

La convivencia con personas con problema de adicción al alcohol o drogas fue otro de los factores presentes; se encontró en 46.6% de los casos de abuso, y en 13.2% de los controles. (Figura 6)

En cuanto al nivel socioeconómico, se consideró la clasificación empleada por el Servicio de Trabajo Social; el 73.3 % (n = 11) de los pacientes que sufrieron abuso pertenecían a la clasificación "0", y 26,6% (n = 4) a la clasificación 1.

En los controles se encontró 66.6% (n = 10) de la clasificación "0", 26.6 % (n = 4) de la clasificación 1, y solo el 6.6 % (n = 1) de la clasificación 2. (Figura 7)

Otro factor considerado fue el nivel de educación de la población. La escolaridad materna en los niños con abuso fue de nivel primaria o menor en el 60% (n = 9), y solo 26.6% (n = 4) con escolaridad secundaria o mayor; en 2 casos se desconocía la escolaridad materna.

En el grupo control 46.6 % de las madres tienen escolaridad de primaria o menor, y 53.4 % de ellas con escolaridad secundaria o mayor. (Figura 8)

La escolaridad del padre fue básica o menor en 40% de los niños con abuso sexual, y 33.2 % de este grupo tienen escolaridad media básica o mayor; en 26.6 % de los casos se desconoce la escolaridad. En el grupo control 26.6% (n = 4) de los padres tienen escolaridad básica o menor y 53,3% (n = 8) tienen escolaridad media básica o superior; en 20% de los casos (n = 3) se desconoce la escolaridad del padre.(Figura 9)

Otro de los factores fue delegar el cuidado de los hijos por parte de los padres u otros adultos. Se reportó que en 86.6% (n = 13) de los casos de abuso, los padres delegaban el cuidado sus hijos en otros adultos, y en el grupo control solo el 13.3% de los padres delegó tal responsabilidad.(Figura 10)

Como características del agresor(a), se encontró que el 53 % son mayores de edad, y 33% menores de entre 11 y 17 años, primos del paciente con abuso sexual o hijos de los cuidadores. (Figura 11) En cuanto al sexo del agresor, el 86.6 % (n = 13) de los casos fueron hombres y 13.3% (n = 2) mujeres. (Figura 12)

Con relación al parentesco del agresor con el menor abusado se encontró que en 86.3 % (n = 13) de los casos el agresor fue un familiar, siendo principalmente tíos en 33% (n = 5) de los casos. Solo en 13.3% (n = 2) el agresor no tenía parentesco.(Figura 13)

Con el programa EPI INFO 6, se realizó el análisis de datos obteniendo la razón de momios de cada uno de los factores de riesgo (Cuadro I).

IV. DISCUSIÓN

Dentro de las variables estudiadas el pertenecer a una familia disfuncional fue el de mayor riesgo para presentar abuso en el menor, con una OR de 21, con un límite de confianza de 1.84 <OR< 554.8. De este tipo de familias la monoparental fue la más frecuente (40%), seguido de la compuesta (20%), en esta última existiendo convivencia del menor con el padrastro o madrastra y con la familia de este o esta. De los en 2 de los 3 casos de abuso sexual en menores en los que hubo convivencia con padrastro o madrastra el agresor fue un familiar de este o esta.

Otro de las variables que son un riesgo significativo de abuso del menor es la baja escolaridad materna, ya que la escolaridad primaria o inferior se reportó en 60% de las madres de menores con abuso sexual, en comparación con un 46% del grupo control, con una OR de 3.38 (0.55 <OR<22.4).

El hacinamiento fue otro de los factores asociados al abuso de los menores, reportándose en 80% de los casos de abuso. La razón de momios para esta variable es de 2.67, con un límite de confianza de 0.41 <OR< 18.3.

En concordancia de lo que se presenta en la literatura la presencia de toxicomanías principalmente el alcoholismo, en la familia del paciente con abuso sexual fue otro factor de riesgo con una razón de momios del 2.36 (0.28 <OR< 23.48).

Se encontró que el 33% de los casos el agresor fue menor de edad, entre 11 y 17 años, en su mayoría primos del paciente, o pariente de la cuidadora. Así mismo

en el 13.3% de los casos el agresor fue de sexo femenino. Es importante considerar este hecho ya que es poco frecuente que se reporte en la literatura, y es importante sospecharlo cuando el menor se queda a cargo de una cuidadora o tía.

La relación o parentesco del menor que ha sufrido abuso con su agresor fue con mayor frecuencia un familiar (86.3%) en su mayoría tíos.

Por estos hallazgos y resultados del análisis de los datos encontrados concluimos que el principal factor de riesgo presente en los casos de abusos sexual a menores es la presencia de una familia disfuncional así como la baja educación de los padres. y un estrato socioeconómico bajo, que conlleva el hacinamiento, y el delegar la responsabilidad del cuidado del los hijos a otros adultos por parte de los padres.

En la prevención del abuso sexual del paciente pediátrico se debe hacer énfasis en la importancia de la educación de los padres, políticas de educación para la salud y planificación familiar, así como campañas dirigidas a la población sobre la importancia de la familia nuclear y funcional.

V. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.-

- 1.-Loredo Abdala, Arturo, Trejo Hernández, Jorge, Bustos-Valenzuela Virginia. Maltrato al menor, Consideraciones Clínicas sobre maltrato físico, agresión sexual y privación emocional Gac Med Vol. 135, No 6, 1999, 611-620
- 2.-Loredo Abdala Arturo, Trejo Hernández Jorge, Castillo Serna Luis. Children Injured: Abuse or accident? Diagnosis through indicators. Bol Med Hosp Infant Mex Vol 60 jul-ago 2003.
- 3.-McLEER, SUUSAN V. MD; DIXON, J. FAYE PhD; HENRY, DELMINA PhD. Psychopathology in Non-Clinically referred sexually abused children. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 1998, 37 (12): 1326-1333.
- 4.-Kellogg, Nancy, D. MD; Parra, Juan M. MD, Menard, Shyrley Rn, PhD, CPNP Children With Anogenital Symptoms and Referred for Sexual Abuse Evaluations. Arch pediatr adolesc Med, Volumen 152 (7). July 1998. 634-64
- 5.-Aguilar Mejía, Leonardo Viniegra. Deserción escolar y maltrato por parte de los profesores, Rev Med IMSS, 1999; 37 (4): 279-286.
- 6.-Aguilar Elia , Leonardo Viniegra. Deserción escolar y maltrato por parte de los profesores, Parte 3, Uso de sustancias tóxicas. Rev Med IMSS, 1999; 37 (6): 447- 453.
- 7.-Bowen, Kathryn MD; Aldous, Michael B. MD, MPH Medical Evaluation of Sexual Abuse in Children Without Disclosed or Witnessed Abuse. Arch Pediatr Adolesc Med, Vol 153 (11) Nov 1999 Pag. 1160 a 1169.
- 8.- Loredo Abdala, Trejo Hernández, Bustos Valenzuela, y Cols. Maltrato al menor: Ruta de Abordaje en un centro hospitalario Pediátrico de la ciudad de México. Acta Pediatr Mex 1998; 19: 205-210
9. Santana TR, Sánchez AR. El Maltrato infantil: Un problema mundial. Salud Publica Mex 1998;40: 58 – 65.
10. Herrera Basto. Indicadores para la detección de maltrato en niños. Salud Pública Méx 1999; 41: 420-425.
11. Loredo Abdala, Trejo Hernández, Bustos Valenzuela y Cols. El fenómeno de Maltrato a los niños, Aspectos sociales y clínicos del Síndrome. Bol Med Hosp. Infant Mex 1998; 19: 205-210
12. Jenny C. Kent PCH, Ritzen A, Reinert SE, Hay TC. Analysis of cases of abusive head trauma JAMA 1999; 281: 621- 626.
13. Medina MME. Berenzon S, Natera G. El papel del Alcoholismo en las violencias. Gac Med Mex 1999: 135: 282-289

14. Aguilar Cisneros, Soria Rodríguez. Factores de Riesgo Asociados a morbilidad en hijos adictos a drogas ilícitas en un hospital de Segundo nivel de atención a la salud. Bol Med Infant Mex 2000; 57: 205 – 211.

15. Foncerrada MM. Castaño TC, Córdova AAM, jurado VH. Prevención del maltrato al niño, Posibilidad de identificar a madres potencialmente maltratadas en el periodo Perinatal. Rev Med IMMS. 1999;25: 373-378.

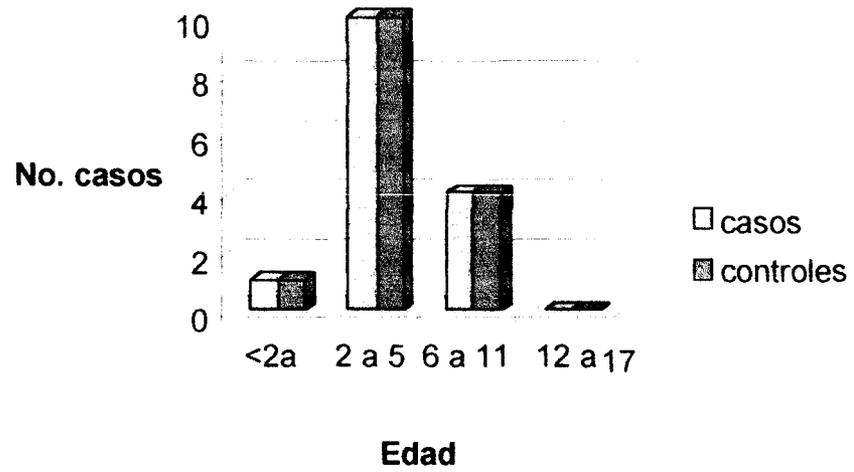
ANEXOS

Figura 1. Frecuencia por sexo de pacientes con Abuso Sexual



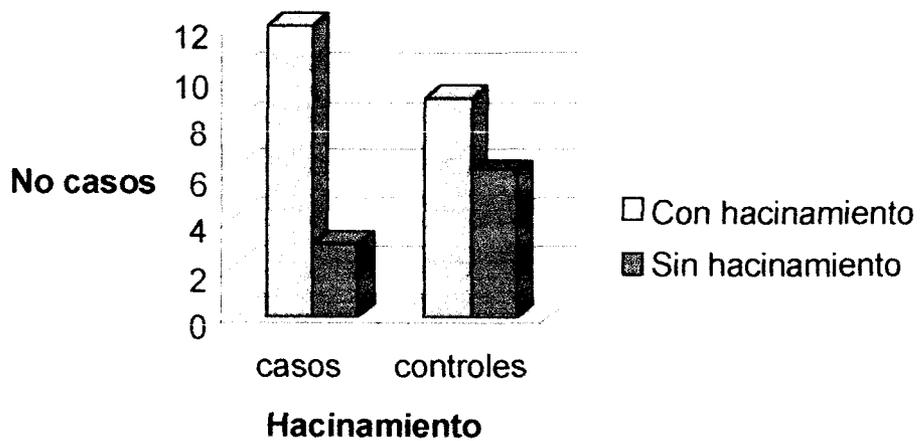
Fuente: Expedientes Clínicos HP. Iztapalapa 2001 - 2003

Figura 2. Edad de pacientes con abuso sexual



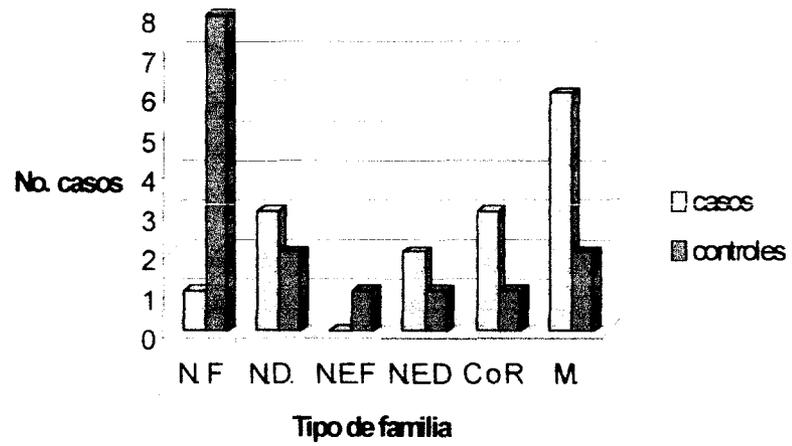
Fuente: Expedientes Clínicos HP Iztapatapa 2001 - 2003

Figura 3. Hacinamiento como factor de riesgo en los casos de abuso



Fuente: Expedientes Clínicos HP Iztapalapa 2001 - 2003

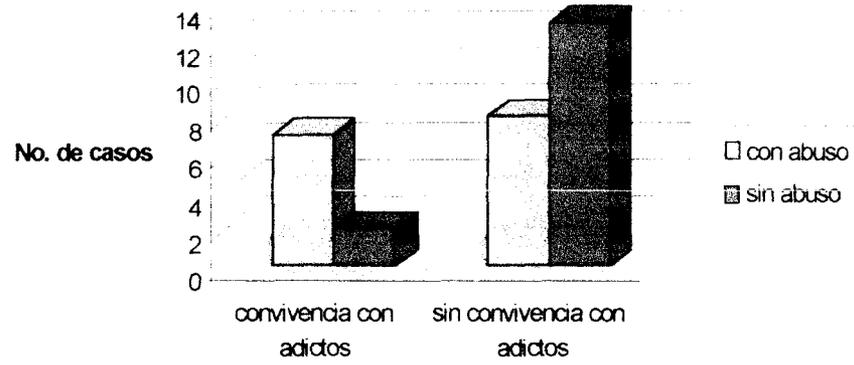
Figura 4. Tipo de familia en casos de abuso sexual y en controles



NF: Nuclear funcional, ND: Nuclear disfuncional, NEF: Nuclear extensa funcional, NED: Nuclear extensa disfuncional, C o R: compuesta o reconstituida, M: Monoparental .

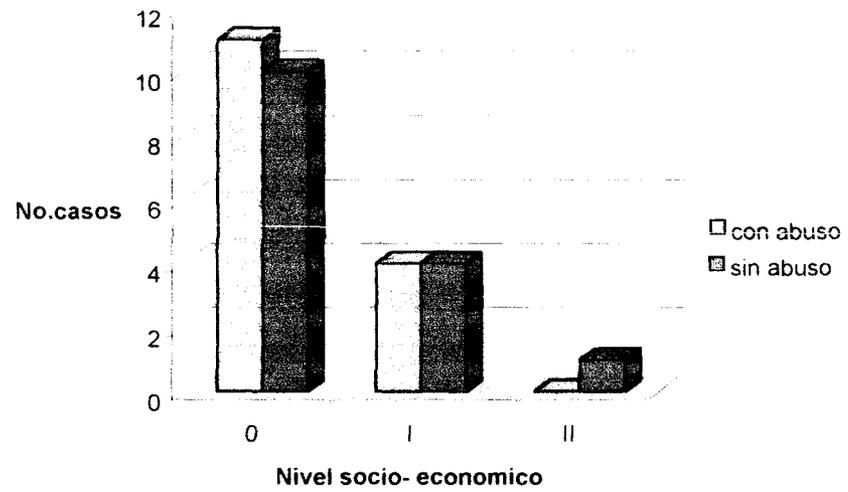
Fuente: Expedientes Clínicos HP Iztapalapa 2001 - 2003.

Figura 6. Convivencia de personas con pacientes con abuso sexual y sin abuso sexual



Fuente: Expedientes Clínicos HP, Iztapalapa 2001 - 2003.

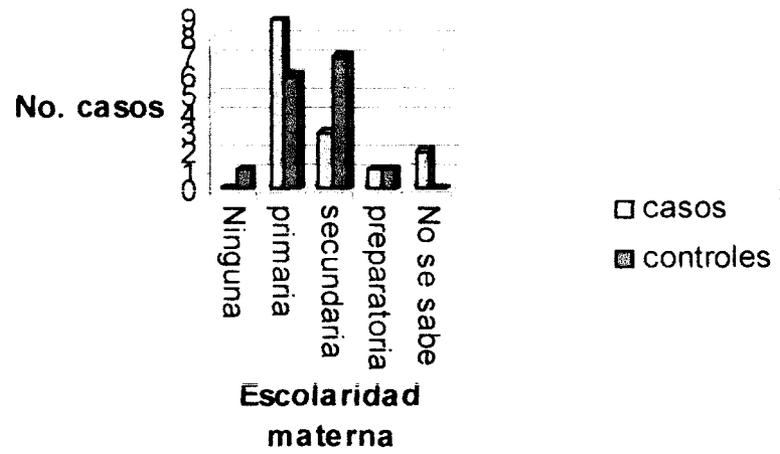
Figura 7. Nivel socio-economico como factor de riesgo para niños con abuso sexual



Fuente: Expedientes Clínicos HP. Iztapalapa 2001 - 2003

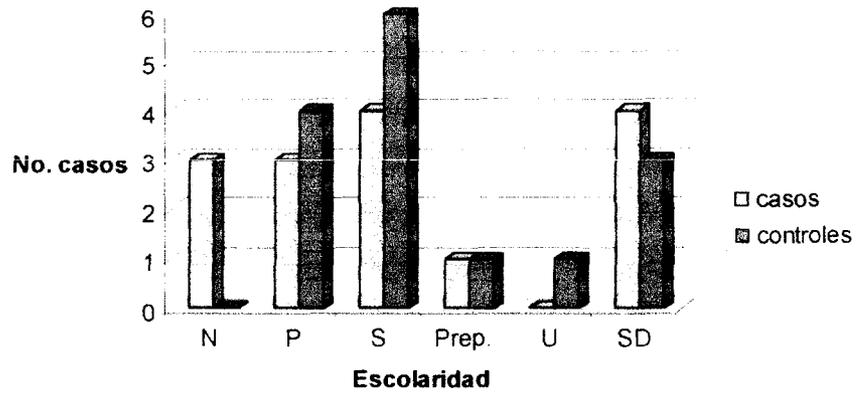
Figura 8.

Escolaridad materna de los casos de abuso y sin abuso



Fuente: Expedientes Clínicos HP. Iztapalapa 2001 - 2003

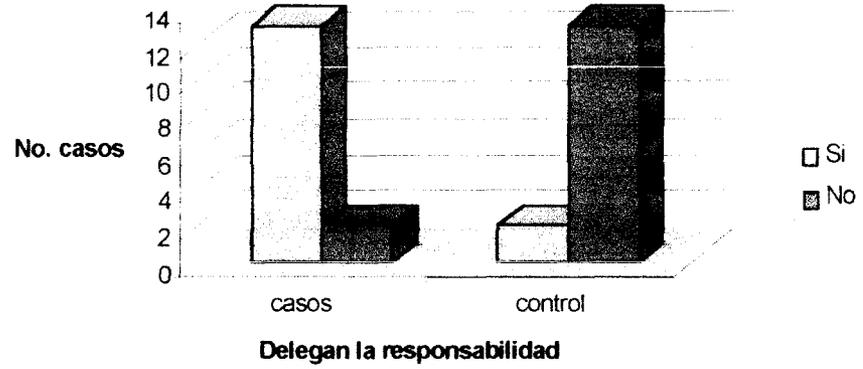
Figura 9. Escolaridad paterna en los casos con abuso y sin abuso



N: Ninguna, P: primaria, S: Secundaria, Prep: Preparatoria, U: Universidad, SD: Se desconoce.

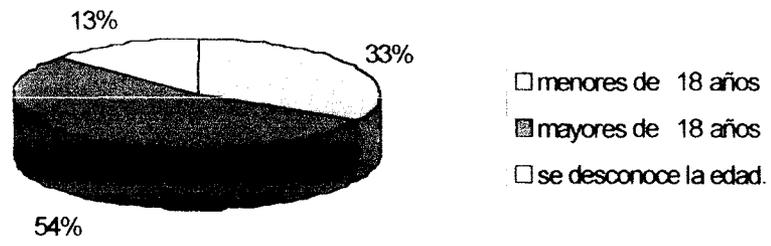
Fuente: Expedientes Clínicos HP. Iztapalapa 2001 - 2003

Figura 10. Padres que delegan el cuidado de sus hijos a otros adultos



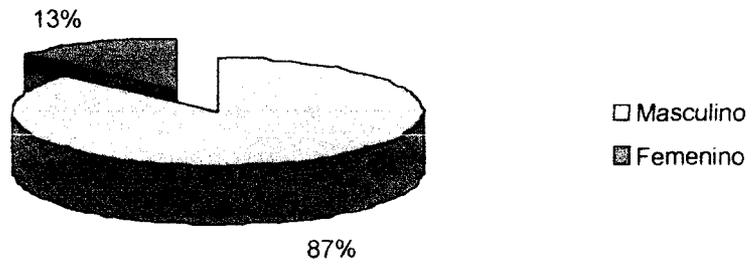
Fuente: Expedientes Clínicos HP. Iztapalapa 2001 - 2003

Figura 11. Edad del agresor en los casos de abuso sexual



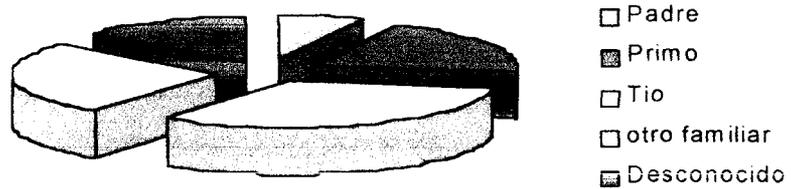
Fuente: Expedientes Clínicos HP Iztapalapa 2001 - 2003

Figura 12. Sexo de los Agresores en los casos de abuso sexual



Fuente: Expedientes Clínicos HP Iztapalapa 2001 - 2003

Figura 13. Parentesco del agresor con el menor abusado.



Fuente: Expedientes Clínicos HP Iztapalapa 2001 - 2003.

**CUADRO I. FACTORES DE RIESGO DE ABUSO SEXUAL
EN EL PACIENTE PEDIÁTRICO**

FACTOR DE RIESGO	RAZON DE MOMIOS	LIMITE DE CONFIANZA
Escolaridad Paterna primaria o menor	2.10	0.28 < OR < 16.80
Escolaridad Materna primaria o menor	3.38	0.55 < OR < 22.44
Hacinamiento	2.67	0.41 < OR < 18.83
Familia disfuncional	21	1.84 < OR < 554.80
Convivencia con toxicomaniacos	1.31	0.12 < OR < 16.18
Convivencia con alcohólicos	2.36	0.28 < OR < 23.48
Clasificación 0 en el nivel socioeconómico	1.38	0.22 < OR < 8.7

Fuente: Expedientes Clínicos HP. Iztapalapa 2001-2003