



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA**

**INDICADORES DE ABUSO SEXUAL EN LA POBLACIÓN PEDIÁTRICA DEL
INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA.**

TÉSIS

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE
MÉDICO ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA
PRESENTA:
MARIANA RODRIGUEZ BILBAO**

TUTOR: DRA. CORINA ARACELI GARCÍA PIÑA

**ASESORES METODOLÓGICOS:
DRA. PATRICIA CRAVIOTO QUINTANA
FÍSICO MATEMÁTICO FERNANDO GALVÁN CASTILLO.**

CIUDAD DE MÉXICO, 2020.



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 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.

HOJA DE FIRMAS TESIS

**“INDICADORES DE ABUSO SEXUAL EN LA POBLACIÓN PEDIÁTRICA DEL
INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA”**

DR. ALEJANDRO SERRANO SIERRA
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE
ESPECIALIZACIÓN EN PEDIATRÍA

DR. JOSE REYNES MANZUR
DIRECTOR DE ENSEÑANZA

DR. MANUEL ENRIQUE FLORES LANDERO
JEFE DEL DEPARTAMENTO
DE PRE Y POSGRADO

DRA. GARCÍA PIÑA CORINA ARACELI
TUTOR

DRA. PATRICIA CRAVIOTO QUINTANILLA
ASESOR METODOLÓGICO

FIS. MAT. FERNANDO S. GALVÁN CASTILLO
ASESOR METODOLÓGICO

1. MARCO TEÓRICO Y ANTECEDENTES

El abuso sexual se define como "la implicación de niños y adolescentes dependientes e inmaduros en cuanto a su desarrollo, en actividades sexuales que no comprenden plenamente y para las cuales son incapaces de dar su consentimiento informado; o que violan los tabúes sociales o los papeles familiares. El abuso sexual de menores se produce cuando esta actividad tiene lugar entre un niño y un adulto, o bien entre un niño y otro niño o adolescente que por su edad o desarrollo tiene con él una relación de responsabilidad, confianza o poder. La actividad tiene como finalidad la satisfacción de las necesidades de la otra persona.

Puede incluir diversas prácticas sexuales con o sin contacto físico tales como exhibicionismo, tocamientos, manipulación, corrupción, sexo anal, vaginal u oral, prostitución y pornografía. "1.

La Academia Americana de Pediatría define el abuso sexual como un contacto físico o visual, cometido por un individuo en el contexto sexual; con violencia, engaño, o seducción, ante la incapacidad del niño para consentir, en virtud de su edad y diferencia de poder.⁵

En la Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado del Instituto Nacional de Pediatría (CAINM-INP-UNAM), definimos al abuso sexual como la interacción sexual que puede o no ser física, entre un niño y un individuo de una mayor edad, quien lo utiliza en forma violenta, con engaño o seducción, para su estimulación sexual, la del menor o la de otro (s).⁶

En México, y en nuestro medio, este tema y sus implicaciones no han sido abordadas con profundidad, por lo que ignoramos los indicadores, la magnitud del impacto, los factores causales, el tratamiento y las implicaciones a corto, mediano y largo plazo.

Para entender el término del abuso sexual, es importante analizarlo dentro del contexto del ser un tipo de maltrato infantil. El maltrato infantil tiene implicaciones médicas cuyo impacto tiene alcances a nivel nacional y mundial.² En este contexto, es importante conocer las diferentes formas en que un paciente pediátrico puede padecerlo. Entre ellas tenemos el maltrato psicológico, físico, negligencia y abuso sexual.³

El abuso sexual, produce consecuencias emocionales negativas en aproximadamente 80% de las víctimas. El grado del impacto en la persona va a depender de quien fue el agresor, el sentimiento de culpabilidad del niño, el sentimiento de culpa ejercido por sus padres y las estrategias que tenga el niño para afrontar el problema. ⁴

La violencia basada en el género, es una forma de discriminación que impide que las mujeres, en igualdad con los hombres, puedan ejercer sus derechos y libertades que se establecen en el marco de los derechos humanos. ²⁹ Este tipo de violencia es significativa en nuestro país: casi 7 de cada 10 mujeres de 15 años y más (67%), reportan haber sufrido violencia en cualquiera de los siguientes contextos: comunitaria, familiar, patrimonial, escolar, laboral y de pareja, según datos de ENDIREH (2006). ²⁹

De estas formas de violencia la más frecuente es la ejercida por el esposo o compañero que es declarada por 43.2% de las mujeres. ²⁹ Le siguen la comunitaria padecida por 39.7% de las mujeres de 15 años y más, la laboral con 29.9%, la familiar con 15.9% y la escolar con 15.6%. ²⁹ A este respecto, de acuerdo con la ENDIREH 2006, de las mujeres que reportaron algún incidente de violencia de pareja, sea violencia sexual, física, económica o emocional, y que declararon tener ideas suicidas, cuatro de cada diez mujeres han intentado quitarse la vida. ²⁹

1.1 EPIDEMIOLOGÍA

Es difícil contar con cifras confiables en cuanto a la prevalencia del abuso sexual infantil en nuestro medio, ya que los casos no se diagnostican correctamente por varias razones, entre las que destacan: los síntomas suelen ser confusos y la mayoría dentro del contexto de una esfera emocional que frecuentemente no son relacionados con la agresión, por otro lado, es frecuente que se origine dentro del núcleo familiar, suele ocultarse para proteger al agresor que suele ser un familiar (incesto). ⁷

Del mismo modo, existe poca experiencia en la atención, diagnóstico y tratamiento del abuso sexual infantil. Este tipo de aspectos también aportan a la causalidad del subregistro de casos, no obstante, se han realizado investigaciones que han intentado hacer un reporte de la frecuencia del problema. ⁸

Según estadísticas de la Organización Mundial de la Salud, se puede estimar que 150 millones de niñas y 73 millones de niños han sido víctimas de alguna forma de abuso

sexual que suceden antes de cumplir los 18 años.⁹ En los Estados Unidos de América, 88,000 niños son víctimas de abuso sexual por año y de esas aproximadamente a 25% son niñas y 10% son varones.^{5,10} En otros continentes, como en Europa, podemos encontrar cifras similares.⁴

En nuestro país no hay una sistematización entre los sistemas de salud públicos (organizaciones gubernamentales) y privados, y no tenemos organizaciones no gubernamentales (ONG) para tener cifras confiables sobre el tema de abuso sexual; sin embargo, el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) reporta que en promedio hay , dos casos al día de denunciados de abuso sexual infantil. En el año 2002 se registraron un total de 1,123 denuncias.¹¹

La Procuraduría General de la República (PGR) informa que entre 1997 y 2003 se denunciaron 53,000 casos de abuso sexual infantil, lo que equivale a 7, 600 por año o 21 casos por día.¹²

La Encuesta Infantil y Juvenil del 2003, revelo que de 3, 095,340 niños y adolescentes, el 3.5% han llegado ha sufrido algún tipo de abuso sexual.¹³

En el Instituto Nacional de Pediatría, en la Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado, se estima una frecuencia de abuso sexual del 14%.⁶

1.2 DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de esta forma de maltrato suele ser un reto. Usualmente, además de las herramientas médicas, requiere de una evaluación interdisciplinaria, que sea sistematizada, metódica y sumamente ética.¹⁴

Lo primero que debemos hacer, es clasificar la agresión o el evento en cuanto a la temporalidad de la misma o del tipo de agresión sexual: Esta clasificación consiste en

- **Abuso sexual agudo o violación:** Ocurre en menos de 72 horas de la atención médica. Es más frecuente en adolescentes. Durante la exploración física, todavía es posible encontrar evidencias o lesiones que apoyen el diagnóstico.
- **Abuso sexual crónico:** Usualmente se trata de agresiones que ocurren durante semanas, meses o años. Es común que la agresión se haya repetido en varias ocasiones. Muchas veces no existen evidencias físicas, y el diagnóstico suele

realizarse en base a las evaluaciones interdisciplinarias realizadas por médicos, psicólogos o psiquiatras. ¹⁵⁻¹⁷

En cuanto al abuso sexual crónico, es importante saber que es el tipo de agresión más frecuente en niños y usualmente pasan semanas, meses o años antes de llegar al diagnóstico. La frecuencia con la que pasan las agresiones durante el tiempo en lo que se llega al diagnóstico puede ser variable, y es común que el agresor llegue a amenazar a la víctima con dañarlo o dañar a su familia para evitar que se llegue al diagnóstico. ¹⁸

En el diagnóstico de esta patología, podríamos decir que este es un buen abordaje que se ha propuesto en el Instituto Nacional de Pediatría:

1. Entrevista con el cuidador y el paciente. ¹⁹⁻²¹

- Se debe solicitar valoración de manera inmediata de profesionales con experiencia en el tema, si es que la institución llegara a contar con ellos. Esto se debe hacer antes de cualquier otra intervención.
- Los pacientes con abuso sexual crónico no acuden con una historia clara de lo ocurrido, a diferencia de lo que suele pasar en episodios agudos. Hay que escuchar con detalle la versión tanto del paciente como la de los familiares que lo acompañan.
- La entrevista debe de ser por separado y primero con el cuidador principal y luego el niño agredido. La entrevista del adulto responsable cuidador principal requiere ser evaluada por profesionales con experiencia en el tema. ²³
- La entrevista deberá ser semiestructurada (sin cuestionario previo, preguntas libres, sin ser tan rígidas).
- De preferencia se realizará por un médico y un psicólogo o psiquiatra. Podrían participar otros profesionales de la salud como observadores, y esto se haría a través de una cámara de Gesell.
- El lugar de la entrevista debe ser privado y tranquilo.
- El ambiente debe de ser de confianza, respeto y confidencialidad.

- Se deberán de clasificar los síntomas precisos a investigar del paciente, como el que presenten manifestaciones físicas, de conducta, emocionales y sexuales.
- Las manifestaciones sexuales se relacionan mas frecuentemente con abuso sexual, pero hay que valorarlas de manera global. No es posible establecer una relación directa entre un solo síntoma y abuso sexual (Tabla 1) .²²
- Durante la entrevista, debemos observar la conducta del paciente: gestos, pausas o fluidez, llanto, y valorar su estado psicológico actual. ²⁹

Entre las cosas que debemos de tener en cuenta al momento de realizar la entrevista, tenemos:

- Debemos realizar preguntas abiertas (evitar las que obliguen a un sí o no)
- No sugerir respuestas.
- Evitar repetir preguntas
- Realizar entrevista en lenguaje apropiado a la edad del paciente
- Buscar detalles de sensaciones o vivencias que hagan el relato creíble
- No contradecir ni presionar
- No dudar de la veracidad del relato ²⁹

2. Exploración física.

Es importante saber que la exploración física en los casos de abuso sexual no es una urgencia; y debe de ser realizada por profesionales especializados en el tema.

La exploración física puede ayudar a integrar el diagnostico de abuso sexual, sin embargo, es importante mencionar que la forma más frecuente de abuso sexual en pediatría son los tocamientos u otras formas que no incluyen contacto físico, por lo tanto, es común no encontrar datos evidentes durante la exploración genito anal, por lo tanto, una exploración física normal no excluye el diagnóstico. ²⁹

Es necesario obtener consentimiento informado de los familiares antes de realizar cualquier tipo de abordaje, ya sea exploración física, toma de muestra o de fotografías.²⁴

Durante la exploración física, deben estar presentes, aparte del médico, algún familiar del paciente, y la enfermera.

- Si el paciente ya es adolescente, se le preguntará o solicitará su consentimiento para que su familiar este presente durante la exploración, sin embargo, un personal médico aparte del explorador siempre debe de estar presente en la exploración.²⁵
- Algo importante es que no debemos forzar una exploración física. Siempre debemos de informar al paciente y al familiar, que es lo que vamos a realizar, en qué consiste la exploración física y si será necesario usar colposcopias u otros instrumentos. Todo esto se debe de explicar de acuerdo con la edad del paciente y en un lenguaje que sea claro y entendible^{19, 26} Debemos de tener en cuenta la edad, el desarrollo de la personalidad; así como intentar establecer una relación de confianza.

Debemos realizar la exploración en orden: primero extra-genital (cavidad oral, faringe, cuello, tórax, abdomen, extremidades); para genital (muslos, glúteos) y al final dejar el área genital o anal.²⁰

El cuadro mostrado más abajo muestra algunas de las variables claves, y una propuesta de niveles, que deben ayudar a sistematizar el diagnóstico.

Dada la prevalencia en México de la violencia de género, se ha incluido “Género” como una variable clave para entender si los patrones de violencia inician desde la infancia, y si el género del paciente influye en la incidencia de otras variables. Como se verá más adelante, este fue el caso.

Asimismo, se incluyó un grupo de variables que, a través del análisis estadístico utilizando la metodología ji-cuadrada, fueron identificados como estadísticamente significativas con un valor $p < 2.5\%$, o que, si bien no lo tenían, si resultaban significativas al desdoblarse por otras características como género o presencia de ciertos indicadores. El análisis que sigue detalla estos hallazgos.

Tabla 1: Variables Evaluadas Inicialmente en la Sistematización de Diagnóstico.

| Tipo de Indicador | Instrumento | Escala | Variable Usada | Niveles y Codificación |
|-------------------------------------|--------------------------|----------|---|----------------------------------|
| VPH | Exámenes Laboratorio | Discreta | Presencia de VIPH | 0= NO 1=SI |
| Género | Exploración | Discreta | Género | 1= Masculino 0 = Femenino |
| Temor | Observación | Discreta | Versión del paciente | 0=NO 1=SI |
| Ansiedad | Observación | Discreta | Versión del paciente | n.a. |
| Lesiones en otras partes del cuerpo | Exploración | Discreta | Lesiones en piel o úlceras orales | 0=NO 1=SI |
| Lesiones en órganos sexuales | Cuestionario Examen | Discreta | Lesiones ano genitales | 0= NO 1=SI |
| Indicadores de Abuso Sexual (1) | Cuestionario Exploración | Discreta | 0=Ausencia 1=Presencia de al menos uno | 0= NO 1=SI |
| Edad del Paciente (2) | Cuestionario | Discreta | Edad del paciente (años) | 0=0 a 6 1=6 a 12 2=12 a 18 |

- (1) *Se utilizó la variable discreta que codifica como "SI" la presencia de cualquiera o varios de los siguientes indicadores: Pesadillas, enuresis, encopresis, lesiones físicas, tipo hiperemia, leucorrea, cicatrices, laceraciones, cambios bruscos de conducta, aislamiento. El código "NO" se refiere a la ausencia de todos los anteriores.*
- (2) *Si bien, la edad del paciente, per se, no resultó estadísticamente significativa ($p < 2.5\%$), resultó ser un factor muy importante al interactuar con otras variables, como se mostrará a continuación.*

1.3 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

El diagnóstico de abuso sexual es un diagnóstico que incluye componentes no solo biológicos, sino también psicológicos y sociales. Por todas estas implicaciones tanto para el paciente como para su entorno, es importante reducir el margen de error en la valoración del posible abuso sexual, así como valorar el impacto de este diagnóstico y con la implicación de las instituciones con responsabilidad y competencias.

Siempre hay que tener en mente las enfermedades que pueden tener manifestaciones parecidas, y que pueden crear dudas en el diagnóstico:

Las más frecuentes son:

- Traumatismos accidentales.

- Lesiones dermatológicas, entre las que cabe señalar: las infecciones estreptocócicas de localización perianal, el liquen escleroso y atrófico, el penfigoide bulloso o la enfermedad de Behcet.
- La enfermedad de Crohn.
- Hemorroides.
- Linfangioma circunscrito.²⁹

Ante el diagnóstico de condilomas acuminados, hay enfermedades como el moluscum contagioso, con el que a veces el diagnóstico diferencial es difícil y debe hacerse mediante examen histológico.

Aún así, ninguna enfermedad de transmisión sexual es indicador de certeza o de alta probabilidad de abuso, por lo que no es posible confirmar o descartar el diagnóstico de abuso sexual en una única exploración física, por un solo profesional de salud.²⁸

1.4 TRATAMIENTO

Los objetivos terapéuticos que debemos de tratar de lograr al iniciar un abordaje en este tipo de pacientes son:

- Identificar las lesiones orgánicas que requieran tratamiento médico, quirúrgico o psicológico.
- Hacer diagnóstico de las enfermedades de transmisión sexual, para darles un tratamiento correcto y ejercer la prevención necesaria.
- Evaluar el riesgo de embarazo
- Documentar, de forma detallada, todos aquellos hallazgos que pudieran tener un valor jurídico.²⁹

Uno de los objetivos terapéuticos, en caso de que se requiera, es la reparación de las lesiones físicas en el paciente. Si existen desgarros, heridas o lesiones traumáticas, deberán tener prioridad en la reparación.²⁹

En cuanto al tratamiento psicológico, Casi 100% de los casos van a necesitar algún tipo de ayuda especializada.²⁹ Es necesaria la valoración psicológica del individuo en el

momento de la visita. En la mayoría de los casos, necesitaremos atención especializada lo antes posible, pero hay que tener en cuenta que esta puede necesitarse de manera urgente y hay que tener personal preparado para lo mismo. De cualquier forma, la terapéutica psicológica la debemos de ver como una prioridad en cuanto al tratamiento, independientemente del tiempo y todos los pacientes deben tener evaluación psicológica durante el tratamiento. En cuanto al tratamiento de enfermedades de transmisión sexual, hay que estar pendiente de la sospecha de las mismas al momento de la exploración física. Algunas de estas enfermedades pueden aparecer hasta unos meses más tarde, por lo mismo es de suma importancia tener un seguimiento estrecho del paciente durante un tiempo prolongado.

En cuanto al riesgo de embarazo, existe controversia. Cabe mencionar el uso de estrógenos a altas dosis, siempre que la paciente y su familia lo deseen, ya que estos pueden actuar como anticonceptivos (abortivos). Sin embargo, este es un dato que, como médicos, tenemos que asegurarnos que la familia y la paciente conozcan. En cuanto a esta terapéutica se recomiendan anticonceptivos combinados. Una línea de tratamiento puede ser levonorgestrel 1,5 mg en una sola dosis (2 comprimidos juntos), o 0,75 mg en dos dosis, no separadas por más de 12 horas como máximo. ²⁹

En cuanto a las infecciones, la profilaxis de hepatitis B en los pacientes que no están vacunados, vamos a extraer sangre para estudio de la serología y vamos administrar una primera dosis de vacuna de la misma, más una dosis de gammaglobulina específica.

29

En cuanto a la VIH, la profilaxis se hará con administración de fármacos en las siguientes 72 horas, post agresión. Como hay efectos secundarios y el riesgo de tenerlos es importante, se recomienda consultar con un especialista ya que la posibilidad de contagio es muy pequeña y los efectos secundarios son importantes. ²⁹

El esquema de profilaxis de las enfermedades de transmisión sexual es de ceftriaxona 125 mg intramuscular dosis única + Metronidazol, 2 g orales, en una dosis única + Doxiciclina 100 mg oral, dos veces al día durante 7 días.

En cuanto al seguimiento debemos de citar a todos los niños y llevar su seguimiento durante 6 meses o hasta un año. ²⁹

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuales son los indicadores encontrados en pacientes con diagnóstico de abuso sexual, atendidos en el Instituto Nacional de Pediatría que pueden ayudar a pronosticar el abuso en otros pacientes en forma menos intrusiva?

3. JUSTIFICACION

En México no contamos con cifras específicas en cuanto a la prevalencia e incidencia de abuso sexual, por lo que es de suma importancia tener datos objetivos que nos puedan orientar a un posible abordaje diagnóstico que nos ayude a normar conductas terapéuticas para el diagnóstico oportuno en este tipo de patologías.

El abuso sexual es un acto social, de violencia, cuyas comorbilidades van más allá del daño biológico. Esto lo hace aún más complejo, ya que puede además de solo conceptualizarse como un evento médico o legal, es un evento complejo que clasifica con implicaciones morales, socioculturales, políticas y personales".²⁹

Tener en cuenta el impacto social de estas cuestiones es importante, ya que como ya fue mencionado, este tipo de abuso parece constituir un predictor significativo de deterioro en la salud mental durante la adolescencia y la edad adulta. Se han notificado como secuelas: la baja autoestima y la depresión;^{26,27} el miedo al éxito; habilidades sociales inadecuadas; relaciones sexuales e interpersonales problemáticas; confusión sexual y conductas sexualizadas; conductas extremas en el comportamiento general adulto especialmente en lo que respecta a la vida sexual;² prácticas sexuales sin protección, una tendencia a la revictimización y agresión/ira;^{28,29} síntomas postraumáticos;³⁰ trastornos de la alimentación;^{26,31} experiencias disociativas en la edad adulta particularmente en quienes sufrieron tanto abuso físico como sexual en la infancia, o bien, abuso infantil y revictimización en la adolescencia o edad adulta,³² y más riesgo de involucrarse en la prostitución, sobre todo si el abuso ocurrió a edades tempranas.²⁹

4. OBJETIVOS.

a. Objetivo General

- Identificar cuales son los indicadores que tienen mayor correlación con el diagnóstico de abuso sexual, en pacientes atendidos en el Instituto Nacional de Pediatría.

b. Objetivos Específicos

- Identificar cuáles de las variables elegidas tienen una correlación estadísticamente significativa para determinar si un paciente está siendo objeto de abuso sexual.
- Identificar si estas variables tienen mayor valor predictivo en la presencia de otros factores como edad, o género del paciente.
- Determinar si un paciente está siendo objeto de abuso sexual, en forma ágil por medio de la presencia de indicadores estadísticamente significativos. Ello puede permitir una identificación más ágil y menos intrusiva, sobre todo, tratándose de menores de edad.

5. HIPOTESIS

Los indicadores encontrados en pacientes con diagnóstico de abuso sexual, atendidos en el Instituto Nacional de Pediatría, se asocian a lesiones asociadas con traumatismos e infecciones de transmisión sexual, así como a síntomas psicológicos y cualitativos. Es posible identificar las variables que están más correlacionadas con la presencia de abuso sexual, y usarlas para determinar a priori a los pacientes con mayor probabilidad de haber sufrido abuso. De este modo, se podría reducir la necesidad de someter a los pacientes a exámenes intrusivos en lo fisiológico y psicológico.

6. MATERIAL Y MÉTODO

Los sujetos de estudio fue una muestra de pacientes del INP sospechosos de haber sido víctimas de abuso sexual. Algunos de éstos fueron posteriormente confirmados como víctimas de abuso sexual. Para tales efectos, se marcó con un “1” a los que fueron identificados como víctimas y un “0” a los que no. En todo momento, el ejercicio fue anónimo.

Las variables a medir para ambos grupos se eligieron de antemano por un grupo interdisciplinario, en base a la literatura. (Médicos, abogados, psicólogos).

Una vez teniendo la información, se utilizó una metodología de análisis estadístico conocida como análisis no paramétrico de datos categóricos en base la prueba Ji-cuadrada, ya que tanto los resultados (“Abuso” o “No Abuso”) como las variables a medir son variables discretas y no continuas.

Se estudió la base de datos para encontrar las variables que mostraron un valor predictivo significativo, con la distribución observada para pacientes que fueron o no víctimas de abuso sexual. Se muestra el estadístico X^2 (ji-cuadrada) resultante, y su valor de significancia estadística (“valor p”). Se utilizó como valor de corte (“alfa”) para determinar significancia estadística 0.05.

A lo largo del análisis, se vio la necesidad de crear variables nuevas que incorporaran el impacto de desdoblamiento en otros factores como sexo y edad.

Finalmente, se hace un análisis apoyado por gráficas del proceso de análisis de las variables antes mencionadas, y se investiga el potencial predictivo de cada una de ellas en función del género o la edad de los pacientes, entre otros aspectos.

7. TAMAÑO DE LA MUESTRA.

El tamaño de muestra no estuvo pre-determinado. Se tomó como muestra el registro de pacientes del INP donde existió sospecha de abuso y se presentan las variables que fueron seleccionadas en un periodo determinado. Con ello, la base de datos utilizada fue de 75 pacientes.

8. RESULTADOS.

Tabla 2. Variables encontradas con poder predictivo significativo de abuso utilizando el estadístico X^2

| | Código | Valores | Abuso | No Abuso | X2 | p | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------------------|--------|------------------------|-------|----------|------|--------|--------------------------------------|---|-------------------|----|----|------|--------|---|-----------------|----|-----|--------------------------------------|---|------------------------|---|----|------|--------|---|-----------------------|----|-----|---|------------------------|---|----|---|
| Sexo | 1 | Femenino | 22 | 25 | 8.2 | 0.0042 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 0 | Masculino | 4 | 24 | | | Indicadores de Abuso | 1 | Presencia | 13 | 11 | 5.9 | 0.0149 | 0 | No presencia | 13 | 38 | Sexo con Indicadores de Abuso Sexual | 0 | Masc. e Indic. AS | 1 | 7 | 46.3 | 0.0000 | 1 | Fem. e Indic AS | 19 | 0.5 | 2 | Masc. y No presenc. AS | 3 | 17 | 3 |
| Indicadores de Abuso | 1 | Presencia | 13 | 11 | 5.9 | 0.0149 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 0 | No presencia | 13 | 38 | | | Sexo con Indicadores de Abuso Sexual | 0 | Masc. e Indic. AS | 1 | 7 | 46.3 | 0.0000 | 1 | Fem. e Indic AS | 19 | 0.5 | | 2 | Masc. y No presenc. AS | 3 | 17 | | | 3 | Fem, y No presenc. AS | 3 | 25 | | | | | |
| Sexo con Indicadores de Abuso Sexual | 0 | Masc. e Indic. AS | 1 | 7 | 46.3 | 0.0000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 1 | Fem. e Indic AS | 19 | 0.5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 2 | Masc. y No presenc. AS | 3 | 17 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 3 | Fem, y No presenc. AS | 3 | 25 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | |
|-------------|---|----------------------|-----|----|------|--------|
| Edad y Sexo | 0 | Femenino 0-6 años | 9 | 15 | 13.9 | 0.0166 |
| | 1 | Femenino 6-12 años | 12 | 9 | | |
| | 2 | Femenino 12-18 años | 1 | 1 | | |
| | 3 | Masculino 0-6 años | 0.5 | 15 | | |
| | 4 | Masculino 6-12 años | 2 | 8 | | |
| | 5 | Masculino 12-18 años | 2 | 1 | | |

Tabla 3. Indicadores de abuso sexual poder predictivo significativo

| | Código | Valores | Abuso | No Abuso | X2 | p |
|---|--------|---------------------------|-------|----------|------|--------|
| Lesiones Piel y Papilomatosis laríngea por Género | 0 | Masc. y No Lesion NG | 2 | 19 | 9.1 | 0.0276 |
| | 1 | Masc. y Lesion NG | 2 | 5 | | |
| | 2 | Fem. Y No Lesion G | 1 | 0.5 | | |
| | 3 | Fem. y Lesion G | 21 | 25 | | |
| Lesiones Genitales por Género | 0 | Masc. y No Lesion NG | 1 | 4 | 8.3 | 0.0404 |
| | 1 | Masc. y Lesion NG | 3 | 20 | | |
| | 2 | Fem. Y No LesionNG | 21 | 24 | | |
| | 3 | Fem. y Lesion NG | 1 | 1 | | |
| Ideas de Muerte | 1 | Si | 3 | 0.5 | 4.3 | 0.0387 |
| | 0 | No | 23 | 49 | | |
| Pesadillas | 1 | Si | 6 | 2 | 6.4 | 0.0112 |
| | 0 | No | 20 | 47 | | |
| Indicadores Emocionales (1) | 1 | Si | 12 | 9 | 6.5 | 0.0108 |
| | 0 | No | 14 | 40 | | |
| Miedo por Sexo | 0 | Femenino + Miedo | 7 | 2 | 12.2 | 0.0066 |
| | 1 | Femenino + No Miedo | 15 | 23 | | |
| | 2 | Masculino + Miedo | 0.5 | 4 | | |
| | 3 | Masculino + No Miedo | 4 | 20 | | |
| Bajo Rendim. Escolar por Sexo | 0 | Bajo Rend. Esc. + Fem. | 3 | 1 | 9.8 | 0.0203 |
| | 1 | No Bajo Rend. Esc.+ Fem. | 19 | 24 | | |
| | 2 | Bajo Rend. Esc.+ Masc. | 0.5 | 0.5 | | |
| | 3 | No Bajo Rend. Esc.+ Masc. | 4 | 24 | | |
| Enuresis o Somatización por Sexo (2) | 0 | Fem. + Somat | 4 | 1 | 10.2 | 0.0169 |
| | 1 | Fem + No Somat | 18 | 24 | | |
| | 2 | Masc. + Somat | 0.5 | 3 | | |
| | 3 | Masc. + No Somat | 4 | 21 | | |
| Indicadores. Emocionales (1) Por Sexo | 0 | Fem. + Ind. Emoc | 11 | 3 | 17.1 | 0.0007 |
| | 1 | Fem. + No Ind Eoc. | 11 | 22 | | |
| | 2 | Masc. + Ind. Em. | 1 | 6 | | |
| | 3 | Masc.+ No Ind. Em. | 3 | 18 | | |

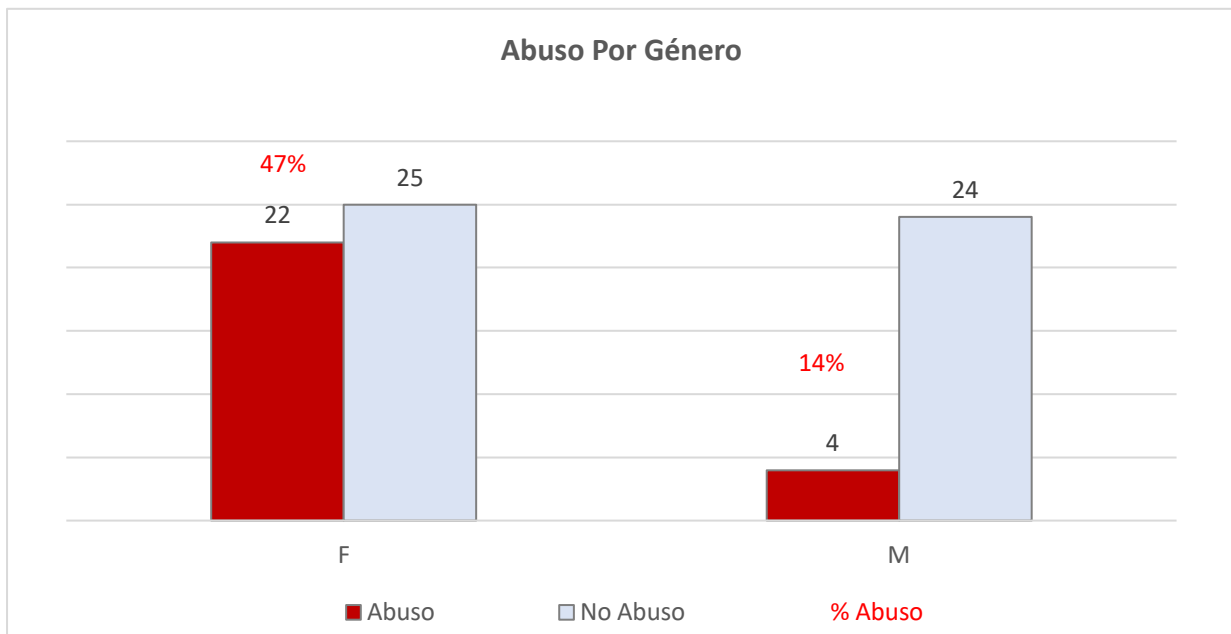
(1) Variable categórica que toma el valor "1" si se presenta al menos uno de los siguientes síntomas: Ansiedad, Miedo, Irritabilidad, Aislamiento, Cambio de conducta o depresión, ó "0" si no se presenta ninguno.

(2) Es una variable categórica que toma el valor "1" si se da Enuresis o Somatización o ambos, y "0" si no se presenta ninguno.

9. ANÁLISIS DE RESULTADOS

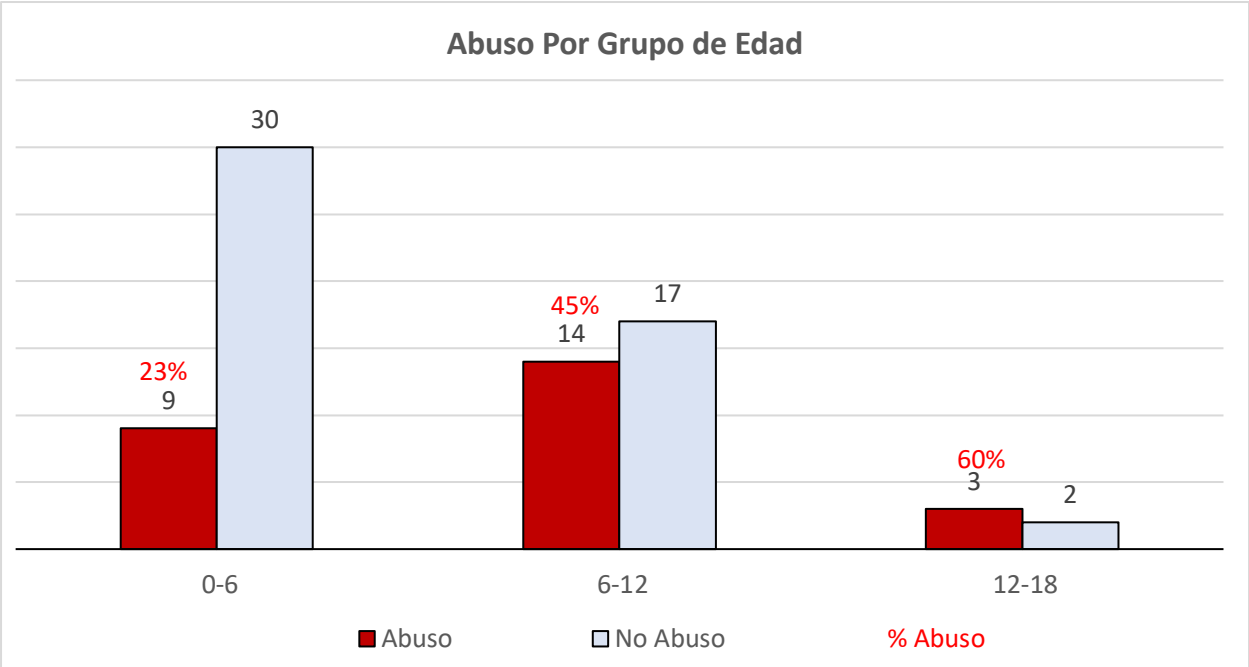
Entre los 75 pacientes, hubo 26 categorizados como "abuso sexual", de los cuales 4 fueron género masculino y 24 género femenino.

Se detectó que la presencia de abuso es mucho más frecuente en niñas que en niños. Casi la mitad de las niñas sufrieron abuso, mientras que en los niños el porcentaje fue menor, de 14%. ($X^2 = 8.2$, $\alpha = 0.05$, $p = 0.0042$, $df = 1$)

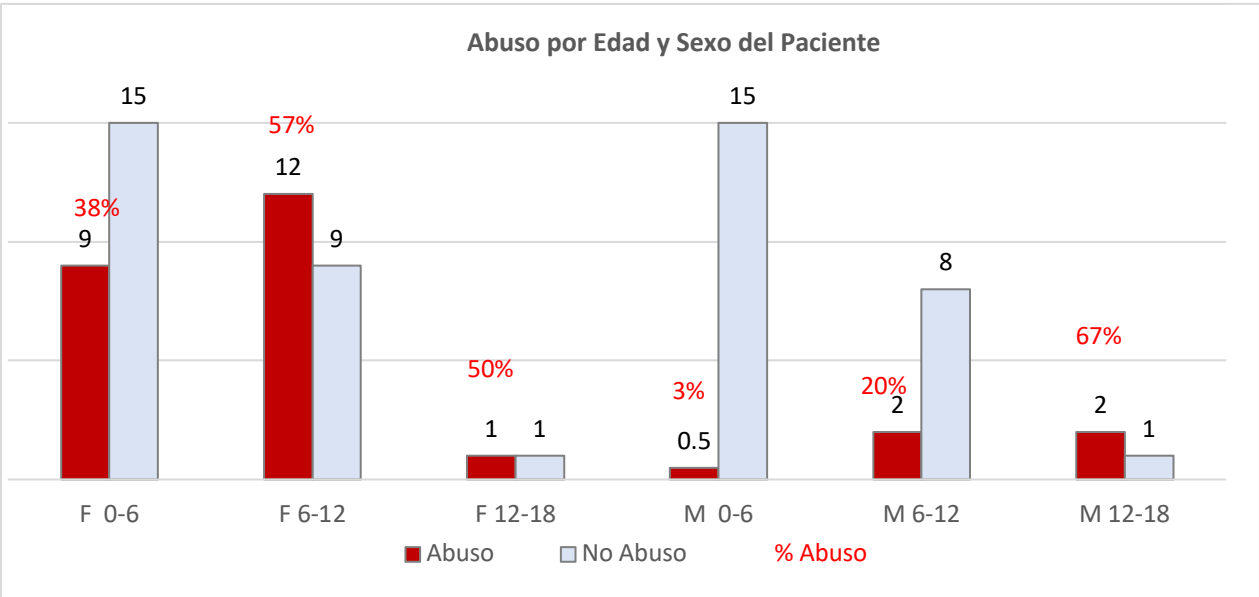


Dado el bajo número de niños con abuso en la muestra, trataremos de analizar cada variable viendo su impacto en la población total, pero también abriendo por sexo para medir su efecto con más precisión.

Una variable que no resultó estadísticamente significativa en sí misma fue la edad del paciente ($X^2 = 3.2$, $\alpha = 0.05$, $p = 0.0742$, $df = 1$). Sin embargo, si es evidente que el porcentaje de pacientes que sufrieron abuso sexual es más alto en el rango de 6 a 12 años.

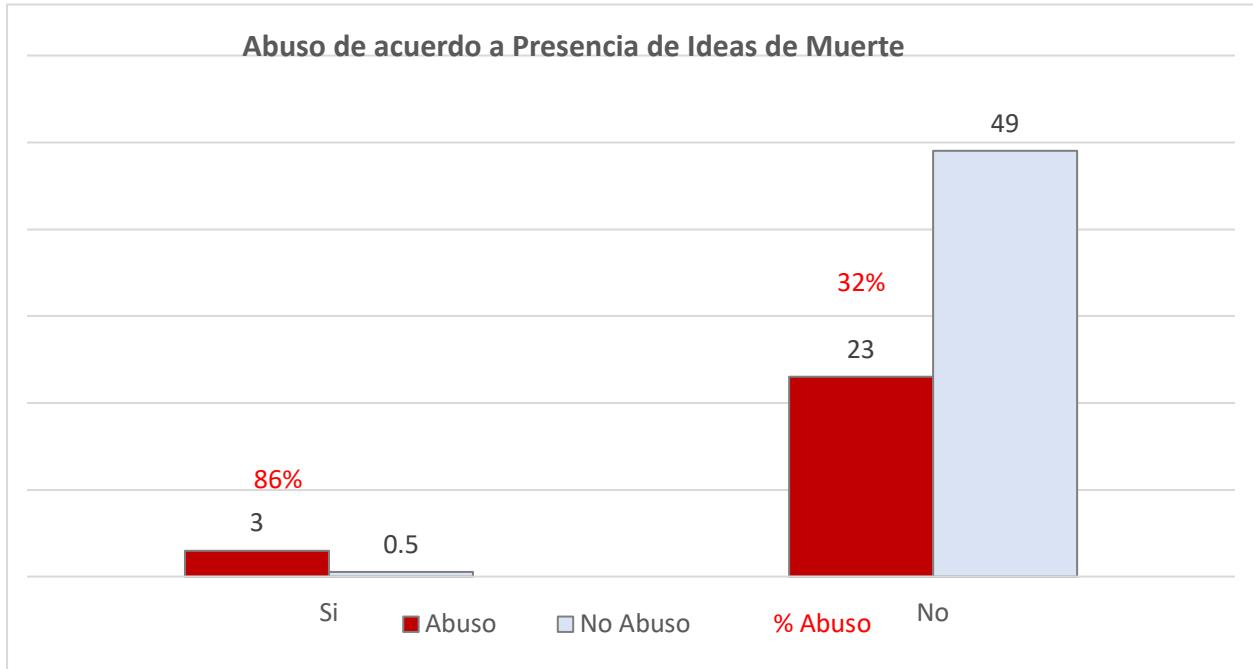


El efecto de la edad se vuelve más significativo de acuerdo al género. ($\chi^2 = 8.2, \alpha = 0.05, p = 0.0042, df = 5$). El abuso se presentó con mayor frecuencia en pacientes femeninas en el rango entre 6 y 12 años de edad, seguido del de 0 a 6 años. Estos grupos representan el 51% y el 45% de la población femenina, pero el 34% y 45% de todos los abusos, respectivamente.

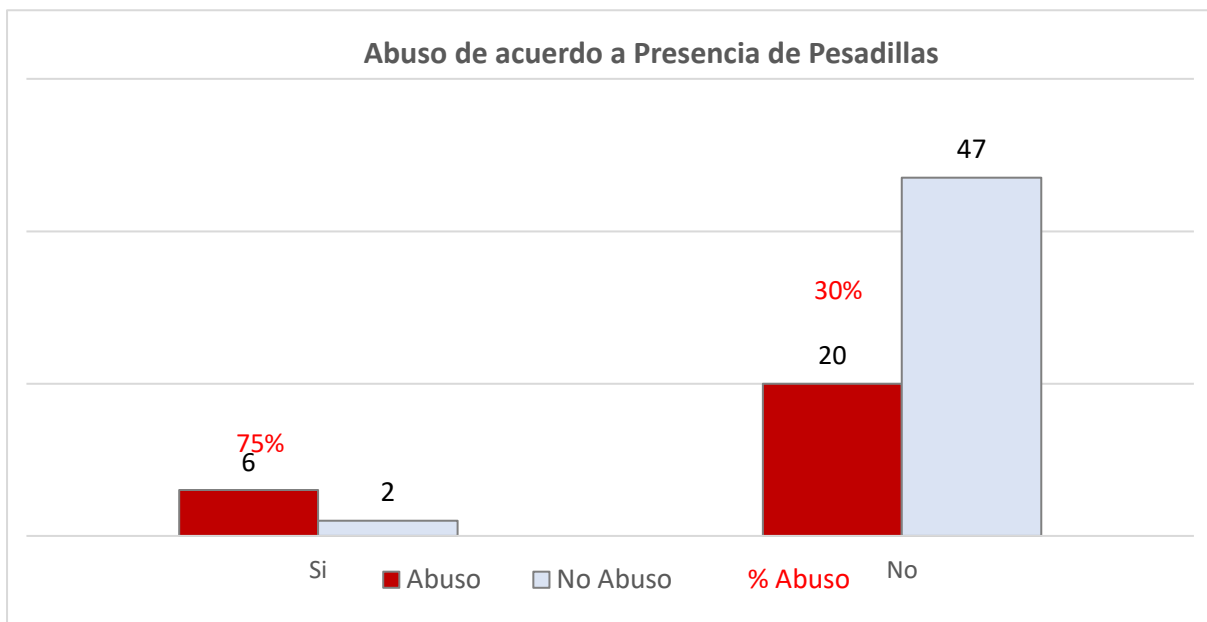


En contraste con el caso de las niñas, los abusos sexuales en niños se dieron con mayor frecuencia en la adolescencia, aunque hay pocos datos para pacientes masculinos.

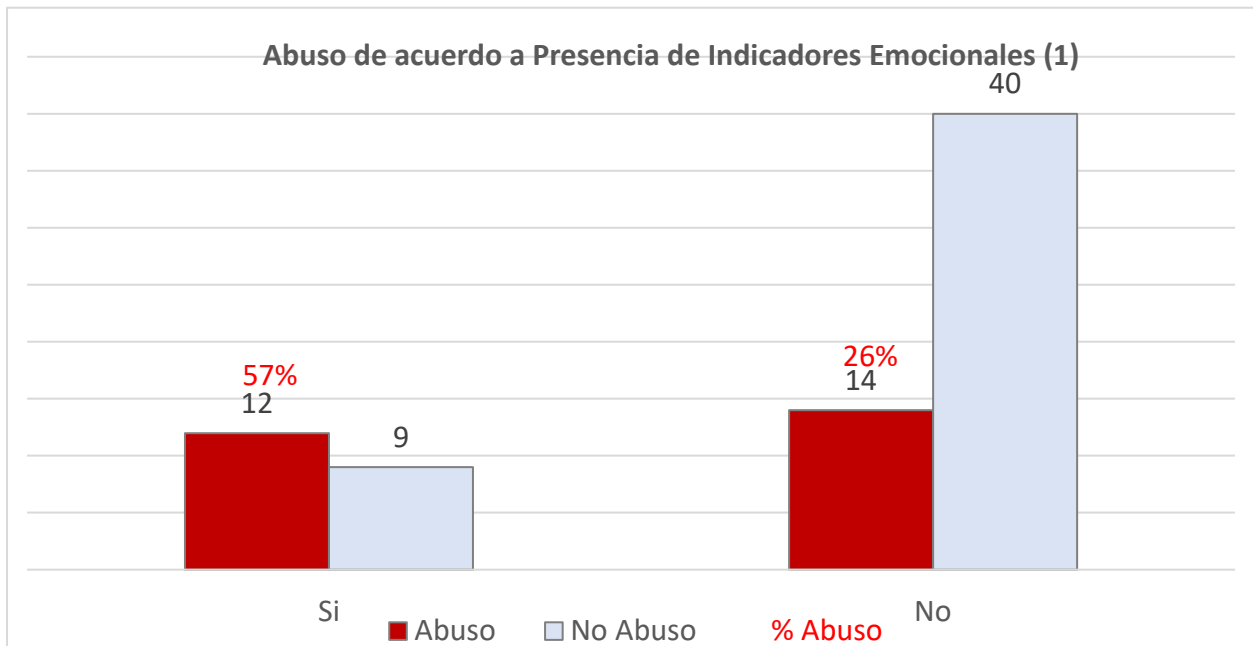
En cuanto a los indicadores de abuso sexual estudiados, la presencia de ideas de muerte fue significativa. Los 3 pacientes que tuvieron estas ideas fueron víctimas de abuso sexual. ($\chi^2 = 10.6$, $\alpha = 0.05$, $p = 0.0139$, $df = 1$)



La presencia de pesadillas también resultó ser estadísticamente significativa, ya que de los 8 pacientes que las presentaron, 6 (ó 75% del total) fueron víctimas de abuso. ($\chi^2 = 6.4$, $\alpha = 0.05$, $p = 0.0112$, $df = 1$)

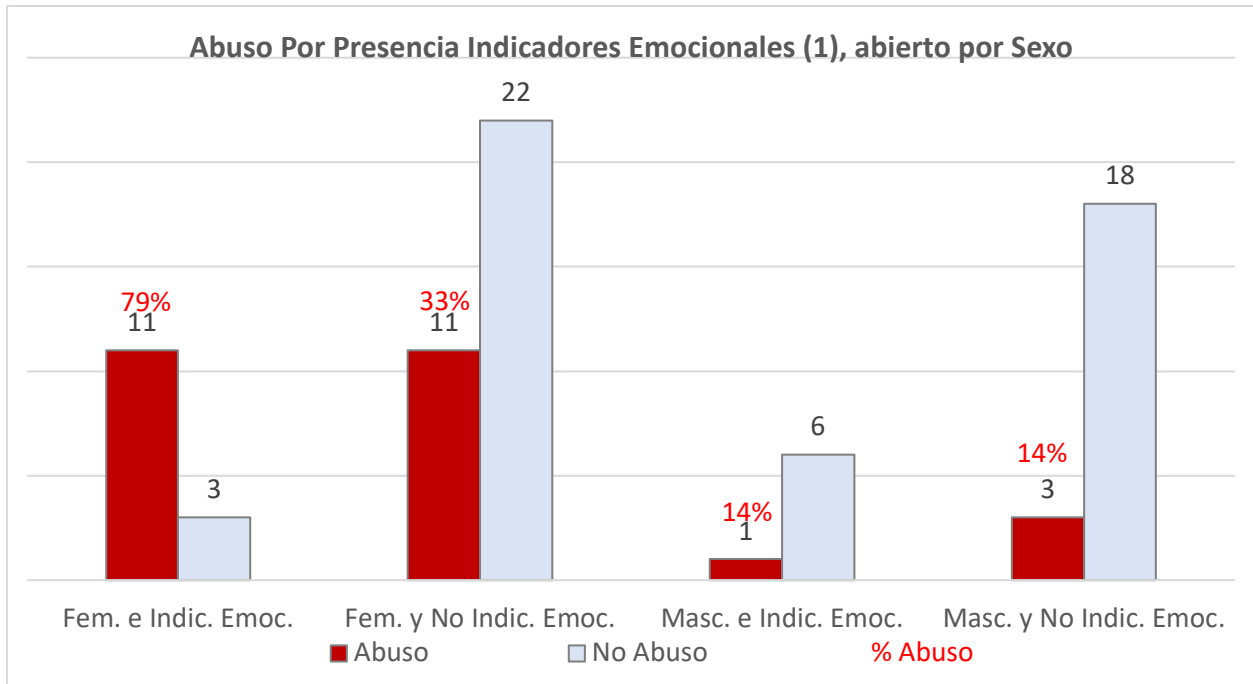


En el resto de los indicadores emocionales no hubo significancia estadística en lo individual, pero se decidió crear una variable que las engloban a todas para poder identificar los aspectos emocionales. Esta variable tiene valor de “1” ante la presencia de cualquiera de los siguientes indicadores: Ansiedad, Miedo, Irritabilidad, Aislamiento, Cambio de conducta o depresión; y “0” ante la ausencia de todos. Esta variable resultó significativa ($X^2 = 6.5$, $\alpha = 0.05$, $p = 0.0108$, $df = 1$). De los 21 pacientes que sufrieron alguna de estas condiciones, el 57% fue víctima de abuso.



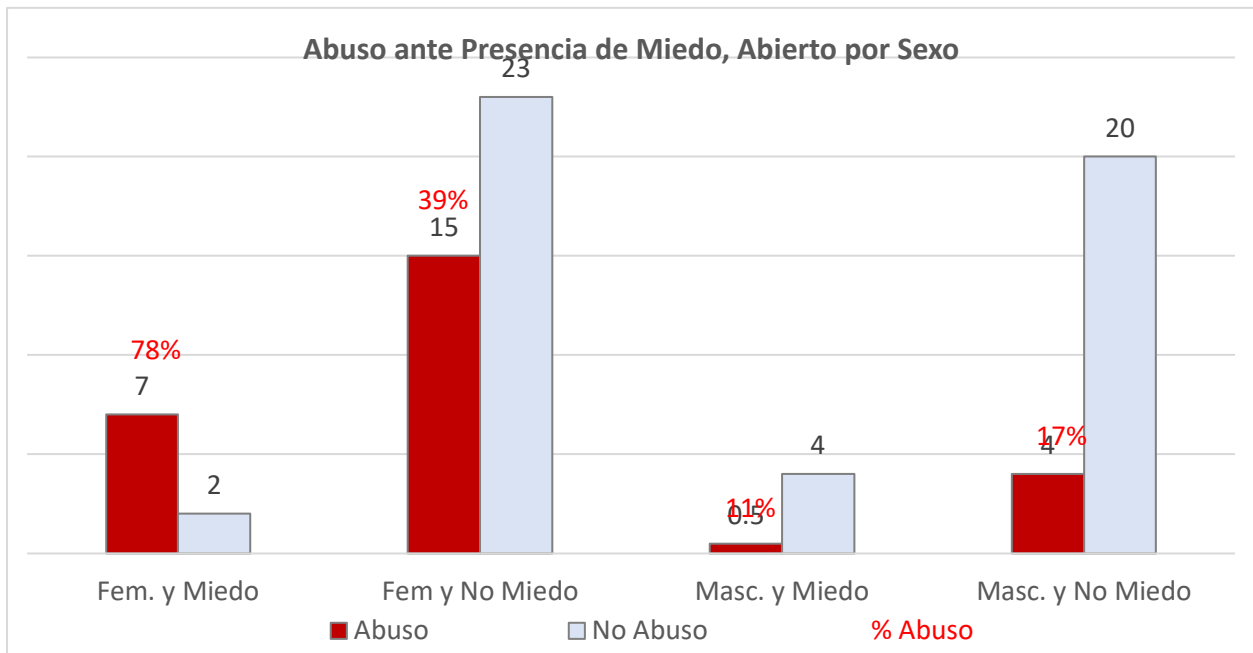
(1) Tiene valor de “1” ante la presencia de cualquiera de los siguientes indicadores: Ansiedad, Miedo, Irritabilidad, Aislamiento, Cambio de conducta o depresión; y “0” ante la ausencia de todos.

Al abrir este indicador por sexo, su efecto es mas evidente, y se vuelve significativa, especialmente para pacientes femeninos. ($X^2 = 17.1$, $\alpha = 0.05$, $p = 0.0007$, $df = 3$) De los 14 pacientes femeninos que presentaron alguno de estos síntomas, 11, (ó 79%) fueron víctimas de abuso.

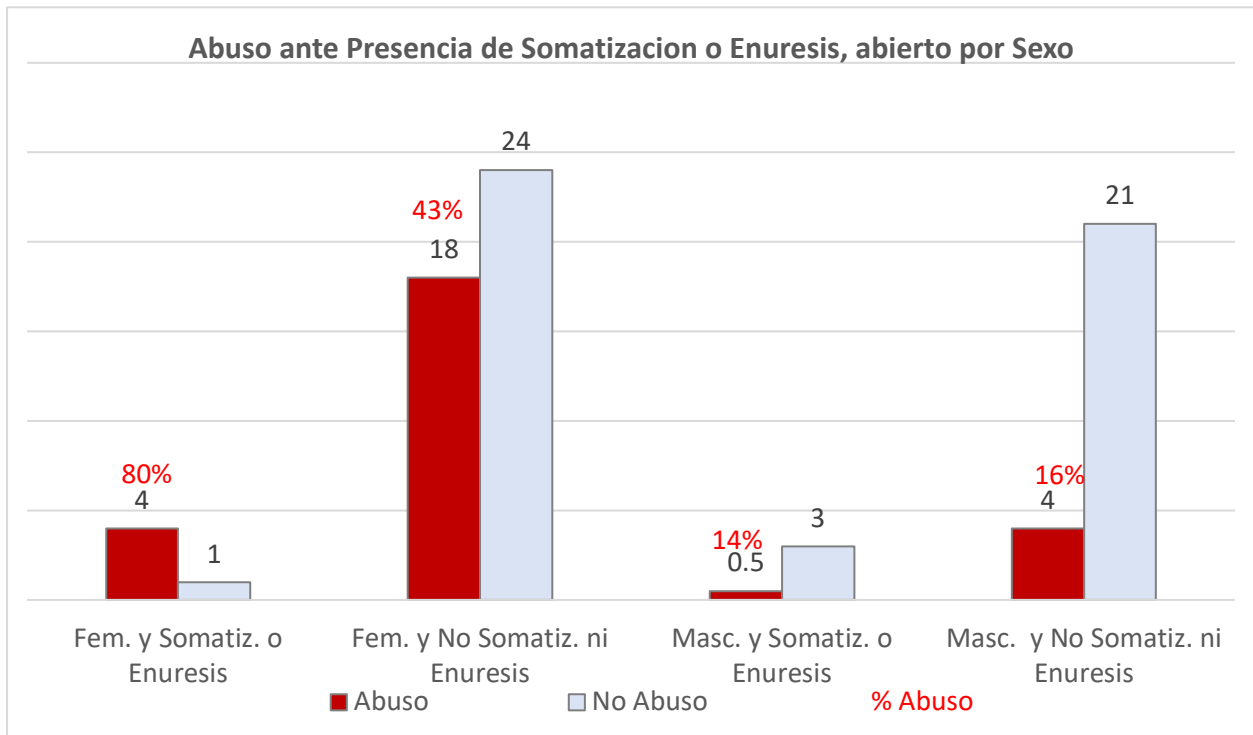


(1) Variable categórica con valor de “1” ante la presencia de cualquiera de los siguientes indicadores: Ansiedad, Miedo, Irritabilidad, Aislamiento, Cambio de conducta o depresión; y “0” ante la ausencia de todos.

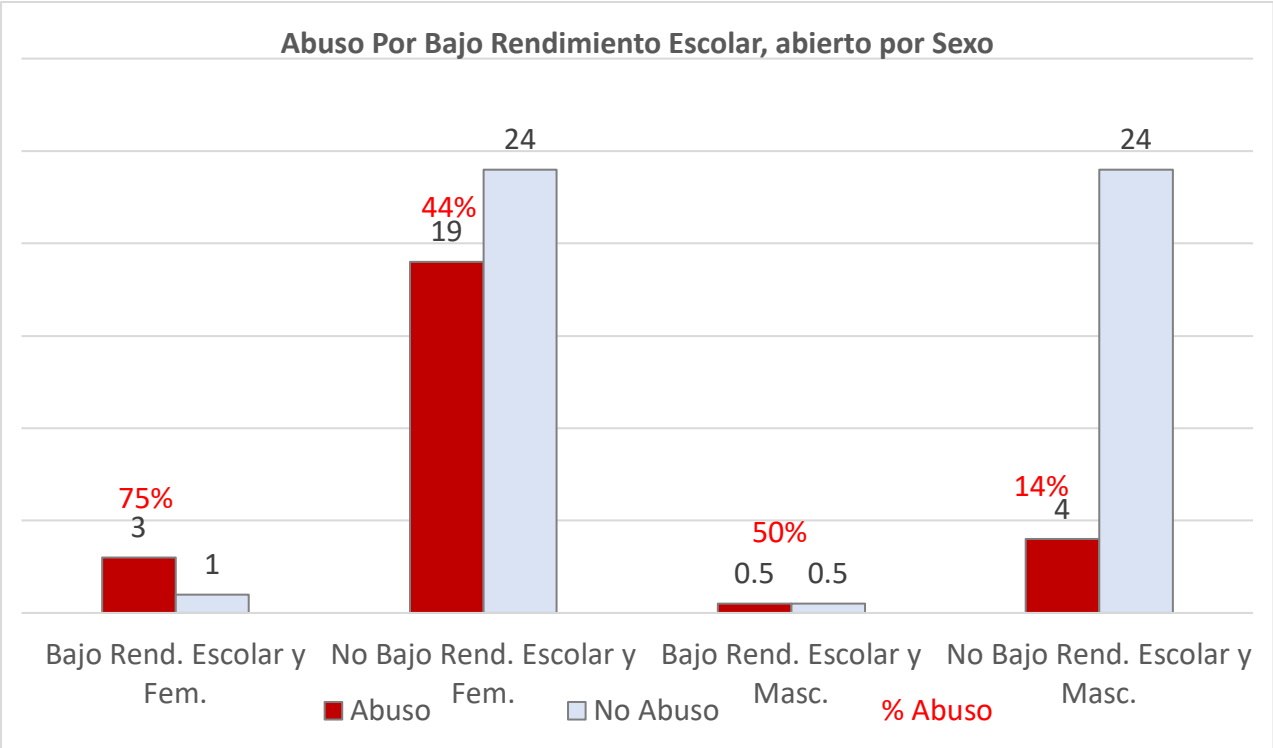
La presencia de Miedo fue estadísticamente significativa si se abría por sexo del paciente. De los 9 pacientes femeninos que presentaron miedo, 7 fueron víctimas de abuso. ($\chi^2 = 12.2$, $\alpha = 0.05$, $p = 0.0066$, $df = 3$)



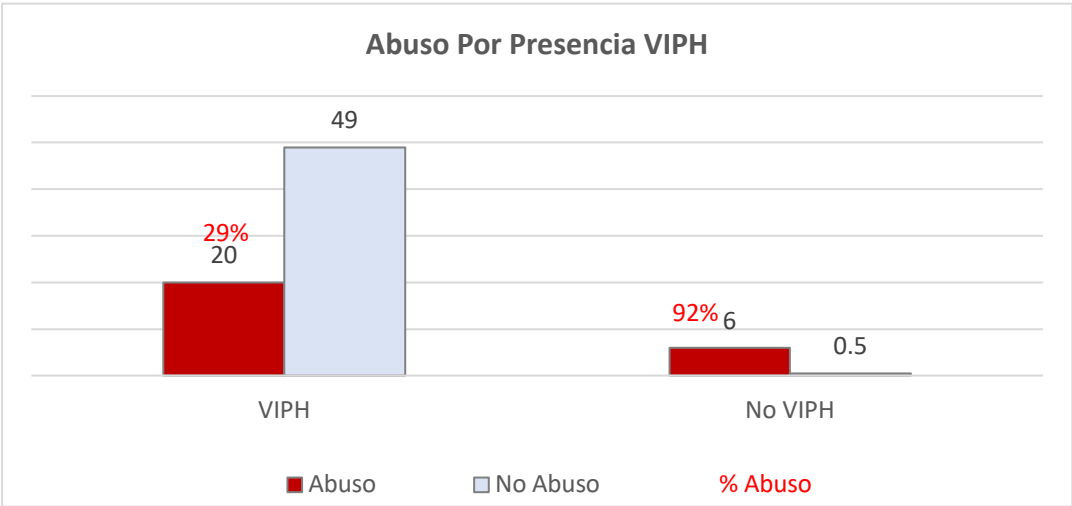
Las variables físicas de Somatizacion o Enuresis en lo individual no fueron significativas, pero al crear una variable que fuera “1” ante la presencia de una de ellas o ambas, y “=”, ante la ausencia de ambas, y abrirlo por sexo, fue estadísticamente significativa ($\chi^2 = 10.2$, $\alpha = 0.05$, $p = 0.0169$, $df = 3$). Específicamente, de los 5 pacientes femeninos con alguna de estas condiciones, 4 (u 80% del total) fueron víctimas de abuso.



Al igual que varias de las variables estudiadas, el bajo rendimiento escolar no era significativo por si mismo, pero sí lo era si se abría por sexo del paciente. ($\chi^2 = 9.8$, $\alpha = 0.05$, $p = 0.0203$, $df = 3$). De los 4 pacientes femeninos que presentaron bajo rendimiento, 3 fueron víctimas de abuso.



También se analizó si la presencia del Virus del Papiloma Humano estaba correlacionada con el abuso sexual. Si bien la significancia estadística de la variable es muy alta ($X^2 = 10.5$, $\alpha = 0.05$, $p = 0.0012$, $df = 1$), los resultados son contra-intuitivos. La evidencia indica que los pacientes con VIPH no son más susceptibles de haber sufrido abuso, ya que en la muestra, todos los pacientes que **no** presentaban VIPH habían sido víctimas de abuso.



10. CONCLUSIONES.

Es importante comentar que la presencia de abuso es mucho más frecuente en niñas que niños. Casi la mitad de las niñas sufrieron abuso, mientras que en los niños el porcentaje fue menor. Esto es importante en un contexto sociocultural actual que puede explicar la prevalencia de violencia de género puede ser encontrada desde la infancia, procurando así poder ejercer una intervención temprana en cuanto a que las niñas y mujeres puedan ejercer sus derechos y libertades que se establecen en el marco de los derechos humanos.

Algunas de las variables en el grupo originalmente considerado resultaron ser predictores significativos: Género, Presencia de ideas de muerte, Pesadillas y enuresis o somatización. La Edad del paciente solo resultó significativa en presencia de otras variables y no en forma aislada.

Con la muestra utilizada no hubo evidencia de que la conducta sexual activa o la presencia de lesiones fueran predictores significativos, por si mismos, ello se compensó por el fuerte valor predictivo de la presencia de uno o varios de los indicadores de abuso sexual utilizados en la muestra: Pesadillas, enuresis, encopresis, lesiones físicas, tipo hiperemia, leucorrea, cicatrices, laceraciones, cambios bruscos de conducta, aislamiento.

Otra conclusión importante de estudio es que la presencia del Virus del Papiloma Humano no parece estar correlacionada con el diagnóstico de abuso sexual. La evidencia encontrada indica que los pacientes con VIPH no son más susceptibles de haber sufrido abuso. En la muestra, todos los pacientes que no presentaban VIPH habían sido víctimas de abuso, y de los pacientes que presentaban VIPH, solo un 29% habían sido víctimas de abuso sexual. Es recomendable que todos los pacientes con esta infección sean valorados por profesionales especializados en abuso sexual

Es deseable continuar ampliando la base estadística para fortalecer las conclusiones y para poder encontrar predictores más precisos en el caso específico de los pacientes de género masculino.

En futuros estudios realizaremos un análisis profundo de los síntomas de cada paciente para poder continuar enriqueciendo este tipo de análisis y poder crear un instrumento diagnóstico que se pueda aplicar a la población pediátrica.

11. BIBLIOGRAFIA

1. Kempe HC: Sexual abuse, another hidden pediatric problem. *Pediatrics* 1978; 62: 182-8.
2. McMenemy MC. Who recognizes child abuse as a major problem. *Lancet* 1999; 353:1340.
3. Loredó Abdalá A. Diversas formas de maltrato infanto-juvenil. En: Loredó-Abdalá A. Maltrato en niños y adolescentes. México: Ed. Editores de Textos Mexicanos, 2004:pp:17-27.
4. López F, Carpintero E, Hernández A, Martín MJ, Fuertes F. Prevalence and sequelae of childhood sexual abuse in Spain. *Child Abuse and Neglect* 1995;19:1039-50.
5. American Academy of Pediatrics. Guidelines for the Evaluation of Sexual Abuse of Children. Subject Review. *Pediatrics* 1999;3:186-90.
6. Perea Martínez A, Loredó-Abdalá A, Monroy Villafuerte A, Güicho Alba. El abuso sexual: del silencio ignominioso a una realidad estigmatizante. En: Loredó-Abdalá editor. Maltrato en Niños y adolescentes. México: Editores de Textos Mexicanos, 2004;pp:75-102
7. Finkelhor D, Ormrod R, Turner H. The victimization of children and youth: a comprehensive national survey. *Child Maltreat* 2005;10:5-25.
8. Theriault C, Cyr M, Wrygth J. Contextual factors associated with the symptoms of teenagers victims of intrafamilial sexual aggression. *Child Abuse Negl* 2003;27:1291-309.
9. WHO Global Estimates of Health Consequences Due to Violence against Children. Background Paper to the UN Secretary-General's Study on Violence Against Children. Geneva World Health Organization 2006.
10. Finkelhor D. The International Epidemiology of Child Sexual Abuse. *Child Abuse Negl* 1994;18:409-17.

11. Procuraduría de la Defensa del Menor y la Familia. Concentración de datos estadísticos de menores maltratados. México 2000.
12. Procuraduría General de Justicia. Los menores de edad el sector más vulnerable. PGR 2002. México. www.pgr.gob.mx
13. Instituto Federal Electoral, Consulta Infantil y Juvenil 2003. Resultados finales de opinión. México, DF IFE.
14. Baren JM. Ethical dilemmas in the care of minors in the emergency department Emerg Med Clin N Am 2006;24:619-31.
15. Carol L. Blackwood M. Sexual assault. Clin Fam Pract 2005;7:139-52.
16. Heger A, Ticson L, Velasquez O, Bernier R. Children referred for possible sexual abuse: medical findings in 2384 children. Child Abuse Negl 2002;26:645.
17. Edgarh K, Ormstad K. Prevalence and characteristics of sexual abuse in a national sample of Swedish seventeen-year-old- boys and girls. Act Paediatr 2000;88:310-9.
18. Atwood DJ. When Love Hurts: Preadolescent girls' Reports of incest. Am J Fam Ther 2007;35:287-313.
19. Cantón J, Cortés MR. Sintomatología, evaluación y tratamiento del abuso sexual infantil. En: VE. Caballo y MA. Simón (Eds.). Manual de psicología clínica infantil y del adolescente. Madrid: Pirámide, 2001;pp:293-321.
20. Lahotis S, MCclain N, Gilrardet R, MCnesse M, Cheung K. Evaluating the Child for Sexual Abuse. Am Fam Physician 2001;63:883-92.
21. American Academy of Pediatrics and Committee on Child Abuse and Neglect. Guidelines for the evaluation of sexual abuse in children. Pediatrics 2005;116:506-12
22. Echeburúa EPC. Emotional consequences in victims of sexual abuse in Childhood Cuad Med Forense 2006;12:75-82.
23. Jiménez Cortés C, Martín Alonso C. Valoración del testimonio en abuso sexual Infantil Cuad Med Forense 2006;12:43-44.

24. American Academy of Pediatrics, Committee on Bioethics. Informed consent, parental permission, and assent in pediatric practice. *Pediatrics* 1995;95:314-7.
25. American Academy of Pediatrics, Committee on Pediatric Emergency Medicine. Consent for emergency medical services for children and adolescents. *Pediatrics* 2003;111:703-6.
26. Bernard D, Peters M. The Evaluation of Suspected Pediatric Sexual Abuse. *Clin Ped Emerg Med* 2006;7:161-9.
- 27.** GIL ARRONES, J., OSTOS SERNA, R., LARGO BLANCO, E., ACOSTA GORDILLO, L. Y CABALLERO TRIGO, M. Valoración médica de la sospecha de abuso sexual en personas menores de edad: A propósito del estudio de tres casos
28. Hoff LA. Violence issues: An interdisciplinary curriculum guide for health professionals. Ottawa: Health Programs and Services Branch. Health Canada, 1994.
29. INEGI. Estadísticas a propósito del día internacional de la eliminación de la violencia contra la mujer 2010, a partir de Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares, 2006.

12. ANEXO

Tabla 4. Variables relacionadas a entorno familiar o actividad sexual sin poder predictivo de abuso utilizando el estadístico X²

| | Código | Valor | Abuso | | Valor | Signif. |
|--|--------|-----------|-------|----------|-------|---------|
| | | | ABuso | No Abuso | X2 | p |
| Entorno familiar | | | | | | |
| Edad del paciente (años) | 0 | 0-6 | 9 | 30 | 3.2 | 0.0742 |
| | 1 | 6-12 | 14 | 17 | | |
| | 2 | 12-18 | 3 | 2 | | |
| Edad Padre | 0 | <20 | 0.5 | 2 | 3.7 | 0.2913 |
| | 1 | 20-30 | 6 | 19 | | |
| | 2 | 30-40 | 14 | 15 | | |
| | 3 | > 40 | 2 | 3 | | |
| Edad Mdre | 0 | <20 | 2 | 2 | 5.9 | 0.1170 |
| | 1 | 20-30 | 12 | 26 | | |
| | 2 | 30-40 | 6 | 11 | | |
| | 3 | > 40 | 3 | 0 | | |
| Escol. Padre | 0 | Sin Esc. | 1 | 1 | 2.5 | 0.6382 |
| | 1 | Basico | 2 | 6 | | |
| | 2 | Medio | 7 | 11 | | |
| | 3 | Medio Sup | 3 | 5 | | |
| | 4 | Sup | 2 | 0.5 | | |
| Escol. Madre | 0 | Sin Esc. | 0.5 | 0.5 | 4.8 | 0.3112 |
| | 1 | Basico | 4 | 8 | | |
| | 2 | Medio | 8 | 8 | | |
| | 3 | Medio Sup | 3 | 13 | | |
| | 4 | Sup | 4 | 3 | | |
| Enfermedades transmision sexual | | | | | | |
| Complic-aciones de VIPH | 1 | SI | 4 | 3 | 1.8 | 0.1844 |
| | 0 | NO | 22 | 46.5 | | |
| Cuidador con VIPH | 1 | SI | 8 | 11 | 0.7 | 0.4161 |
| | 0 | NO | 18 | 38.5 | | |
| Persistencia del VIPH | 0 | > 6 meses | 3 | 11 | 1.0 | 0.3077 |
| | 1 | > 1 año | 6 | 6 | | |
| | 2 | > 2 años | 2 | 3 | | |
| Actividad sexual | | | | | | |
| | 1 | SI | 1 | 0.5 | 0.1 | 0.7266 |

| | | | | | | |
|---|---|----|---|---|--|--|
| Inicio de vida sexual activa (12-18 años) | 0 | NO | 2 | 2 | | |
|---|---|----|---|---|--|--|

Tabla 5. Variables relacionadas a violencia o abuso físico o psicológico sin poder predictivo de abuso sexual utilizando el estadístico X²

| | Código | Valores | Abuso | | Valor | Signif. |
|---|--------|---------------------------|-------|----------|-------|---------|
| | | | Abuso | No Abuso | X2 | p |
| Violencia o Abuso | | | | | | |
| Exposicion a Violencia Familiar | 1 | Si | 4 | 8 | 0.7 | 0.4109 |
| | 0 | No | 11 | 12 | | |
| Formas de maltrato | 1 | Mas de una | 6 | 11 | 0.8 | 0.3796 |
| | 0 | Una | 9 | 9 | | |
| Abuso Fisico | 1 | Si | 4 | 8 | 0.7 | 0.4109 |
| | 0 | No | 11 | 12 | | |
| Abuso Psicológico | 1 | Si | 2 | 6 | 1.4 | 0.2452 |
| | 0 | No | 13 | 14 | | |
| Violencia Familiar | 1 | Si | 2 | 1 | 0.8 | 0.3835 |
| | 0 | No | 13 | 19 | | |
| Antecedente Famiar AS | 1 | Si | 5 | 9 | 0.0 | 0.9272 |
| | 0 | No | 21 | 40 | | |
| Acoso Escolar | 1 | Si | 2 | 2 | 0.1 | 0.7590 |
| | 0 | No | 13 | 18 | | |
| Lesiones | | | | | | |
| Lesiones Genitales | 1 | Lesión | 24 | 44 | 0.1 | 0.7219 |
| | 0 | No Lesión | 2 | 5 | | |
| Lesiones en piel | 1 | Si | 2 | 5 | 0.1 | 0.7317 |
| | 0 | No | 24 | 44.5 | | |
| Ulceras Orales | 1 | Si | 1 | 0.5 | 0.7 | 0.3974 |
| | 0 | No | 25 | 49.5 | | |
| Lesiones No Genitales (piel o ulceras orales) | 1 | Lesión | 3 | 5 | 0.0 | 0.8471 |
| | 0 | No Lesión | 23 | 44.5 | | |
| Lesiones No Genitales por Version | 0 | No Versión y No Lesion NG | 15 | 39 | 5.5 | 0.1393 |
| | 1 | No Versión y Lesion NG | 2 | 4 | | |
| | 2 | Versión y No Lesion NG | 1 | 1 | | |
| | 3 | Versión y Lesion NG | 8 | 5 | | |
| Lesiones Genitales por Version | 0 | No Versión y No Lesion G | 1 | 4 | 5.6 | 0.1338 |
| | 1 | No Versión y Lesion G | 16 | 39 | | |
| | 2 | Versión y No Lesion G | 8 | 5 | | |

3

Versión y Lesion G

1

1