

213 11237



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO



FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

HOSPITAL INFANTIL DEL ESTADO DE SONORA

INCIDENCIA DE ABUSO SEXUAL INFANTIL EN EL HOSPITAL
INFANTIL DEL ESTADO DE SONORA

TESIS

Que para obtener el diploma
en la especialidad de Pediatría

PRESENTA

DRA. MARIA DE LA PAZ MARISCAL CRUZ

HERMOSILLO, SONORA, NOVIEMBRE DEL 2009

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



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 AUTONOMA DE MEXICO

Facultad de Medicina

División de estudios de posgrado e investigación

HOSPITAL INFANTIL DEL ESTADO DE SONORA

ABUSO SEXUAL INFANTIL

Tesis

Que para obtener el grado de
especialidad en pediatría

presenta

~~Dr. Ramiro García Álvarez~~
~~Dr. Norberto Sotelo Cruz~~
Dra. María de la Paz Mariscal Cruz

~~Dr. Ramiro García Álvarez~~
Director de enseñanza
e investigación
y Profesor Titular del Curso.

~~Dr. Norberto Sotelo Cruz~~
Director General del Hospital
Infantil del Estado de Sonora

Asesores:

~~Dr. Heriberto Fuentes García~~
Asistente de la Dirección de
Enseñanza e Investigación, HIES.

~~Dr. Miguel Ángel Martínez Medina~~
Coordinador Médico Turno Vespertino, HIES

Hermosillo, Sonora a Noviembre del 2001.

SUBDIVISION DE ESPECIALIZACION
GRADO
DIVIS

INTRODUCCION

	No. pag.
Resumen	
INTRODUCCION	1
OBJETIVOS	24
MATERIAL Y METODOS	26
RESULTADOS	27
DISCUSION	39
CONCLUSIONES	43
BIBLIOGRAFIA	44

RESUMEN

Introducción.- el abuso sexual infantil es toda acción en el área sexual a la cual es sometido un niño por parte de un adulto para lo cual el niño no cuenta con una maduración biopsicosocial para ser involucrado en estas experiencias o estímulos que pueden ir desde el exhibicionismo hasta su forma más extrema: la violación. El impacto social y la trascendencia que tiene este problema en la vida del niño, es lo que nos lleva o nos motiva a estudiarlo.

Material y métodos.- estudio retrospectivo, transversal y observacional. Se revisaron 269 expedientes, comprendiendo un período de 10 años: de 1990 al 2000. De estos expedientes, sólo se incluyeron 46; el resto se excluyeron por no cumplir con los criterios de inclusión, los cuales fueron: que todo expediente que tuviera diagnóstico de abuso sexual, pero que no se hiciera mención sobre dicho diagnóstico en el expediente, quedaría fuera; así como todo diagnóstico no comprobado en el expediente.

Objetivo general: conocer la incidencia del abuso sexual infantil en el Hospital Infantil del Estado de Sonora.

Resultados.- el agredido presentó predominio de edad: entre los seis y 12 años; el sexo mayoritario en el 85% para el femenino; el 78% de las agresiones se dieron en el hogar y el mayor porcentaje correspondió a la violación; el período de agresión fue agudo en un 78%, confirmándose como una sola exposición; las causas de hospitalización sólo el 24% correspondió propiamente por el mismo diagnóstico. El resto correspondió a internamientos por otras causas y ya dentro del hospital, se hizo el diagnóstico de abuso sexual. La denuncia se hizo por familiares en el 74%. Los casos promedio por un año son 27. Y la tasa de incidencia de 1.03%.

El agresor fue masculino en el 100% y de éstos el 74% eran familiares del niño; la edad promedio fue entre los 20-40 años con un 63%, de éstos, el 61% eran casados.

El tipo de familia en el agredido se encontró que la edad de los padres oscilaba entre los 30-50 años con un 74%, con una escolaridad: profesionales el 7%; bachillerato el 26% y el 67% eran analfabetos. El número de hijos era entre tres y 10: 63%; religión católica en el 85%, la familia era disfuncional en el 70%.

Conclusiones.- las características o factores que giran en torno al abuso sexual no variaron mucho con respecto a lo descrito en la literatura, pero cabe mencionar que el subregistro es el mayor problema al que nos enfrentamos al querer estudiar este rubro en la población. No existe una adecuada protocolización para el seguimiento de estos pacientes, lo que contribuye aún más al subregistro; existe la necesidad de un nuevo abordaje para el manejo adecuado de estos pacientes.

Propuesta.- implementar flujogramas con los que el médico desde el primer contacto con el paciente sepa identificar, dar tratamiento oportuno y derivar adecuadamente, para con ello contribuir en la mejora del "modus vivendis" y ampliar nuestros horizontes hacia esos niños.

INTRODUCCION

Abuso sexual infantil: definimos como abuso sexual infantil a cualquier contacto erótico al que es sometido un niño por parte de un adulto, involucrándolo en experiencias para las que no cuenta con la suficiente maduración biopsicosocial para recibir estos estímulos; estímulos que pueden ir desde el exhibicionismo hasta su forma más extrema: la violación.

Se considera que una agresión sexual es un detonador de problemas que provoca profundas repercusiones en los ámbitos personal, familiar y social, pues se vincula con normas, valores, ideologías, estereotipos culturales y sociales que varían de población a población. En un evento de este tipo los padres también resultan afectados emocionalmente, por lo cual produce un desequilibrio en la dinámica familiar que puede llegar al maltrato físico, la atribución de culpabilidad al menor y así mismos; dudas sobre la definición sexual del niño, incapacidad para encontrar la forma de conducirse o actuar, devaluación en la relación con el hijo e incluso puede llevar a la desintegración de la pareja. Esto aumenta la ansiedad del niño; es por esto que este tipo de delitos afecta tanto a la víctima como a su familia y a la sociedad.

Un niño que ha sido víctima de una agresión sexual, será afectado emocional, conductual, cognoscitivamente y físicamente. El asimilará la experiencia acuerdo con la etapa del desarrollo psicológico en la que se encuentre en ese momento, la cual deberá de tomarse en consideración antes de cualquier intervención terapéutica.

El abuso sexual en niños es cada día más frecuente o quizá, más frecuentemente reportado, también se sabe que el abuso sexual es cometido por algún individuo a quién el niño o adolescente ya conoce desde antes y se sabe que esto ocurre en el 70% de los casos, en los cuales los padres registran el mayor porcentaje, ya sean los biológicos, novios de las madres, tíos, abuelos, hermanos, etc. Es más probable que los niños sufran agresiones fuera del hogar por personas no familiares, incluyendo entrenadores, cuidadores o profesores; pero otros autores refieren que los abusos sexuales en la infancia ocasionados por algún familiar (incesto). Las víctimas del abuso sexual provienen de todos los grupos socioeconómicos y de todas las razas. Aproximadamente el 80% son niñas de las víctimas registradas y el 15% son niños. Pero, algunos autores creen que las estadísticas respecto a los niños son erróneamente bajas, ya que los niños son menos comunicativos que las niñas.

El abuso sexual del niño es la implicación de niños y adolescentes de ambos sexos, por lo tanto las niñas y los niños tienen actualmente el mismo riesgo de ser agredidos sexualmente; regularmente existe la evidencia de que el agresor siempre es mayor que sus víctimas y la finalidad el abuso es gratificación sexual de las personas de mayor edad.

Es frecuente que el incesto se repita con las sucesivas hijas, los culpables son en 99% varones. Las mujeres suelen perpetrar estos abusos más a menudo en guarderías y escuelas.

La incidencia en padrastros es aproximadamente cinco veces mayor a la observada en padres biológicos.

En algunos artículos se mencionan algunas estadísticas con respecto a la edad de los niños abusados sexualmente; una tercera parte son menores de seis años y el otro tercio mayores de 12 años. El abuso sexual se ha identificado con una frecuencia creciente en la década de los 80's; en parte porque ha aumentado el conocimiento médico de la anatomía genital en los niños y además, estudios para poder llegar a un diagnóstico definitivo y final. La extensión y evaluación depende en parte si se llega o no al antecedente de un episodio agudo de abuso sexual o si se notifica que ocurrió en el pasado.

Una de las situaciones que acompañan al trauma de la agresión sexual, es el uso de la fuerza. No es de sorprender que este factor sea tan determinante, ya que la presencia de la fuerza en cualquier relación es una señal de agresión y evidentemente es una situación de violencia en la que el menor se encuentra en desventaja. Tomando en cuenta las teorías del aprendizaje, el menor puede aprender a asociar la agresión con la sexualidad; es decir, a partir de esta experiencia puede seguir considerando la sexualidad como un hecho violento y coercitivo. De lo anterior, podemos concluir que las consecuencias emotivas-conductuales de la agresión sexual, varían según la forma en que se vive el ataque. Influye la intensidad de la agresión, así como si se ha sido sutilmente engañado, se ha sido objeto de amenaza o si se ha resultado lesionado. El menor de edad agredido sexualmente, tiene que ser evaluado para anticipar problemas psicológicos y conductuales derivados de esta situación.

David Finkelhor (1985), identificó cuatro fuentes de traumas que ven reflejados en cambios emocionales y conductuales en los menores, víctimas de agresiones sexuales. Las clasificaron de la siguiente manera: sexualización traumática, traición, vulnerabilidad, estigmatización. Estos traumas

deforman el concepto que el niño tiene de sí mismo su conceptualización de la realidad y su propio valor.

Sexualización traumática: se refiere al proceso en el que la sexualidad del niño y sus sentimientos hacia ella son disfuncionales o inapropiados. El agresor los refuerza por comportamiento sexual inadecuado a cambio de regalos, afecto, atención, privilegios, etc. de este modo el niño aprende a usar su sexualidad como medio para manipular o conseguir algún beneficio, ya que no entiende el papel de la sexualidad en una relación afectiva.

También ocurre cuando tiene recuerdos desagradables o atemorizantes con relación a la actividad sexual.

Traición: se refiere a la situación en la que el niño es agredido por una persona cercana afectivamente como: el padre, el hermano, el padrastro. Del mismo modo, experimentará este mismo sentimiento al percibir que algún miembro de la familia pudo haberlo defendido del agresor y no lo hizo o bien cuando no le han creído o en el caso, a las personas a las que el les ha tenido confianza y contado su situación hayan cambiado de actitud hacia él.

Vulnerabilidad: se manifiesta cuando los deseos y la voluntad del niño no son respetados. Siente perder la autonomía y el control de sus actos. Esto se refuerza cuando el niño se dá cuenta de que su cuerpo es manipulado o lo obligan por la fuerza, o las amenazas a realizar actos en contra de su propia voluntad y no puede hacer nada para evitarlo. El nivel de entendimiento de la sexualidad es un factor que interviene en el efecto traumático, ya que un menor que no entienda las implicaciones sexuales tendrá menos confusiones que un niño que si las entienda.

Estigmatización: se refiere a las connotaciones negativas que se hacen a partir de la agresión sexual, por ejemplo: la culpa, la vergüenza, la idea de que se ha hecho algo malo, este sentimiento lo puede infundir el mismo agresor al pedir al menor que no divulgue la acción o los comentarios negativos de la gente sobre el suceso hechos en presencia del niño.

Otra sintomatología en los menores es el cambio en el estado de ánimo, el cual puede tornarse pasivo a agresivo, de la misma manera expresan una incertidumbre en cuanto al futuro, creen que su vida no durará mucho. Se han detectado también problemas del tipo somático, como dolores estomacales, de cabeza, entre otros.

Es importante evaluar el curso de la disfunción conductual del menor que presenta conductas alteradas a partir de la agresión sexual.

Cuando los síntomas del estrés postraumático o de trastornos de adaptación duran más de seis meses, es necesario cambiar el diagnóstico ya que las alteraciones podrán cambiar y alcanzar niveles de depresión.

PAPEL DEL PEDIÁTRA.-

Una vez que el pediatra ha reunido evidencias suficientes para sospechar que ha ocurrido una agresión sexual, es necesario continuar el estudio y tratamiento del caso; al mismo tiempo que procede a informar a las autoridades correspondientes con el objeto de proteger al menor y no permitir que el agresor afecta a otros más. La denuncia puede hacerse en el *Ministerio Público* o en cualquier *Agencia Especializada en Delitos Sexuales de la Procuraduría General de Justicia*.

Hay que considerar que la evaluación médica puede ser experimentada por la víctima en forma amenazante y estresante. El interrogatorio policiaco, las intervenciones de los clínicos y la exploración física en sí mismas, pueden aumentar los efectos traumáticos del incidente. En estas circunstancias tan críticas, el papel del pediatra debe ser muy valioso como proveedor de apoyo al paciente y a su familia, además de entender las necesidades físicas de la víctima. También puede ser un intermediario entre la paciente y su familia y las autoridades. La Academia Americana de Pediatría ha propuesto protocolos a seguir en casos de abuso sexual y violación a menores.

Las metas de intervención pediátrica en caso de abuso sexual comprenden: la identificación, tratamiento de las lesiones y de las probables infecciones, prevención del embarazo en caso de violación, recoger las evidencias de la agresión del paciente y el envío del paciente y su familia a orientación psicológica. Los tipos de enfermedades venéreas comunes encontradas en víctimas de violación son: gonorrea, sífilis, entre otras. *La Legislación Mexicana* autoriza la práctica del aborto temprano en estos casos, si bien su realización se ve frecuentemente obstruida por razones administrativas, económicas o religiosas.

El ejercicio de la pediatría demanda de parte del médico la consideración de los efectos psicosociales que intervienen en la generación de los cuadros clínicos y la necesidad del trabajo conjunto con otros miembros del equipo de salud. Los casos posibles de abuso sexual ofrecen al pediatra la oportunidad de desarrollar una verdadera pediatría integral.

MEDIDAS PREVENTIVAS DEL ABUSO SEXUAL.-

Los niños de diferentes edades son vulnerables a la agresión sexual: esto ocurre más frecuentemente cuando las madres trabajan fuera de la casa, cuando el cuidado de los hijos se delega a guarderías o niñeras y éste representa otro factor de vulnerabilidad, aunque no es el único, pues los hijos de madres que se encuentran todo el día en su casa también son agredidos. Otro factor de riesgo es el ingreso a la familia de un nuevo miembro, como podría ser un padrastro. Según las estadísticas, su presencia aumenta la incidencia. Los menores de edad son más fáciles de sobornar e intimidar y de esta manera acceden a las intenciones del victimario.

Se puede decir que los tipos de delitos sexuales entonces, se dan en todas las edades, grupos étnicos y clases sociales, por lo que no hay factor determinante en su incidencia. Ya hemos visto que la agresión sexual es una eventualidad a la que todos estamos expuestos.

Este fenómeno social nos hace partícipes en la búsqueda de medidas preventivas y soluciones adecuadas, especialmente tratándose de niños.

Dentro de las medidas preventivas de agresiones sexuales podemos identificar:

- Las que evitan la agresión sexual.
- Las que ayudan a detectar a la agresión sexual.

La primera, comprende la información que reciban los menores en cuanto a la sexualidad; la propiedad exclusiva de su cuerpo y el derecho de negarse a recibir caricias que no deseen, entre otras.

La segunda estrategia, implica dar confianza a los niños para que denuncien cualquier tipo de agresión.

Una de las características más frecuentes en los menores que han sido abusados sexualmente, es el secreto a las amenazas, por ende los niños deben sensibilizarse a esta situación. Una vez que el menor ha reportado su ataque, debe hacersele saber que creen en él plenamente. De esta manera al sentir seguridad de cara a algún secreto, podrá estar en más libertad de hacer sus confidencias a quién le haya brindado su confianza.

Esta es una buena oportunidad para hacer un rol-play en el que aparezca un menor al que se le trate de manipular y que ésta reaccione diciéndole a una persona de confianza lo que intentaban hacerle.

Es importante tener en cuenta que los menores tienden a creer que lo que los adultos le dicen, es la verdad; por ello el uso de amenazas en los intentos de agresión se vuelve una arma poderosa. De modo que la confianza juega un papel muy importante en la prevención, ya que el pequeño siente miedo anticipatorio por una amenaza. Si el niño cree que puede contárselo a alguien, tenderá a acercarse a una persona de confianza, quién debe de reconfortar o aclararle la dudosa veracidad y factibilidad de la amenaza.

De ahí surge que el niño sepa que el miedo es una emoción que sentimos en ocasiones y que no es malo expresarlo; que por el contrario, externarlo ayudará a que la gente a su alrededor lo comprenda.

DIAGNÓSTICO DEL ABUSO SEXUAL.-

En todos los casos es necesario obtener una historia clínica completa, incluyendo las acusaciones del abuso. En la historia médica debe incluirse con especial atención a la existencia de traumatismos previos o de procedimientos quirúrgicos en la zona ano-genital. También se debe mencionar sobre la historia psicológica, ciertos problemas conductuales que son más frecuentes en niños que han sido víctimas de abuso (enuresis, encopresis, conducta sexualizada). Pseudomadurez, infecciones recurrentes, flujo vaginal, trastornos del sueño y hasta atentados de suicidio.

Es mejor que la entrevista sea realizada por una persona con experiencia profesional en entrevistas y en abuso sexual. Esta persona puede ser el médico, una trabajadora social, psicólogo o un asesor para casos de violación.

Las entrevistas deben ser estructuradas de tal forma que incluyan preguntas abiertas, como: ¿qué ocurrió?, ¿había ocurrido algo parecido?. Si es así ¿cuándo fue? ¿es la primera vez que pasa? ¿quién te lo hizo? ¿alguien más te lo ha hecho? ¿dónde estaban las otras personas cuando ocurrió esto,.... tu papá... tu mamá? ¿le contaste a alguien lo sucedido; si es así ¿qué hicieron?.

También hay quiénes usan métodos auxiliares como ilustraciones o muñecos con detalles anatómicos, pero esto lo debe decidir el experto. Todo lo que diga la niña o el niño sobretodo si son afirmaciones, deben quedar registradas en la historia clínica de la forma más literal posible.

De ahí se pasa a la exploración física; es muy importante que el explorador esté familiarizado con la anatomía ano-genital normal de los niños y niñas púberes. Recuerde que en los varones la anatomía permanece constante a lo largo de toda la niñez a excepción del incremento del tamaño del pene y de los testículos y de la aparición del vello pubiano durante la adolescencia. En cambio, en las niñas existen modificaciones constantes entre la lactancia y la adolescencia. Todas las niñas naces con un himen que es grueso y completo y cubre el orificio del himen en las recién nacidas. A medida que hay regresión hormonal materna, el himen se vuelve más delgado y traslúcido y a medida tiene forma de “media luna”. Al inicio de la pubertad el himen se engruesa de nuevo, tiene un borde de festoneado y está lleno. La penetración del hímen en la adolescente pospúberes puede dar lugar a distensión sin desgarro tisular. En niñas prepúberes, los cortes pueden curarse dejando escasa evidencia residual.

El médico debe ser conciente de que el exámen ano-genital normal, no descarta la posibilidad de abuso sexual. Muchos tipos de abuso (con el contacto oro-genital y las caricias), no se espera que den lugar a cambios visibles.

En caso de abuso sexual reciente (agudo), pueden fácilmente ser visibles las pruebas de la lesión, especialmente si se realiza una exploración con lentes con aumento, como por ejemplo: un colposcopio de por sí potencial de obtener imágenes con aumento y la documentación fotográfica o en cinta de video. La mayor parte de las lesiones genitales recientes, son localizadas entre la posición de las cuatro y de las ocho horas con respecto al reloj. Primero, selecciona los labios menores y la horquilla posterior seguido de desgarros del anillo posterior del hímen. El orificio del hímen se mide en dirección horizontal mientras se separan los labios lateralmente. Durante los primeros cinco años de vida un diámetro horizontal superior a 5 mm es anormal y debe despertar sospechas de penetración de vagina. Entre cinco y nueve años se admite un milímetro más por año. También es anormal que el diámetro supere los 9 mm. en cualquier niña de nueve años o menores que no han entrado a la pubertad (Estadío II de Tanner).

Es más difícil la evaluación de niños y niñas que han sufrido abusos en el pasado o de forma crónica. Muchas lesiones se curan con escasa cicatrización residual. La cicatrización que puede presentarse en forma de roturas del contorno del hímen con muescas o cavidades. También el patrón de los vasos sanguíneos puede aparecer interrumpido y puede ser evidente zona de aumento o disminución de la vascularización.

A veces existe una llamativa reducción de atenuación del tejido del hímen. Los genitales masculinos se lesionan con menos frecuencia por abuso sexual. Las lesiones que se observan más frecuentemente en niños varones prepúberes así como en algunas niñas afectan a las zonas perianales cuando si existen alteraciones, pueden aparecer en forma de cicatrices, manchas o irregularidades, del contorno o en el tono anal. Y en especial debe de buscarse en el niño: eritema anogenital, hemorragia anorectal, secreción anogenital, cicatrices anogenitales, síntomas conductuales y revelación del abuso.

No olvidemos que existen situaciones erróneas que son interpretadas como de abuso sexual y entre éstas están:

Genitales: traumatismo accidental, liquen escleroso y atrófico, prolapso uretral, malformaciones congénitas y hemangioma.

Anales: enfermedad inflamatoria intestinal, hemorroides, absceso anal asociado a neutropenia, absceso perirectal e infecciones estreptocócicas perianales. También debemos mencionar que existen trastornos asociados a flujo vaginal y que nos orientan para el diagnóstico.

ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL:

- **Gonorrea:** que tiene un período de incubación de dos a siete días y si es positiva, seguro que hubo abuso sexual.
- **Trichomonas:** con un período de incubación de cuatro a 20 días (promedio: una semana), y si es positiva, es probable que hubo contacto sexual.
- **Sífilis:** con 10 a 90 días de incubación con un promedio de tres semanas, y si es positiva, es seguro que hubo contacto sexual.
- **Virus del herpes: simple tipo II.-** con un período de incubación de dos a 14 días, si es positivo probablemente hubo abuso sexual.
- **Virus del papiloma humano (condilomas acuminados):** se desconoce el tiempo del período de incubación, pero varía de tres meses a varios años; de ser positivo es posible que hubo abuso sexual.
- **Hepatitis B:** con 45 a 160 días de incubación, con un promedio de 120 días; de ser positiva, es posible que hubo abuso sexual.
- **Virus del herpes tipo I: (Ubicación genital).-** con un período de incubación de dos a 12 días y que de ser positivo es posible que hubo abuso sexual.
- **VIH (SIDA):** con incubación variable (meses o años). Y si es positiva, es posible que hubo abuso sexual.

- **Vaginosis bacteriana:** vaginosis no específica o causada por *Gardnerella* de la cual se desconoce su período de incubación; es incierto que hubo abuso sexual.
- **Ureoplasma urealyticum:** con un período de incubación de 10 a 20 días. Que de ser positivo, la posibilidad es incierta de que hubo abuso sexual.

TRASTORNOS DE TRANSMISIÓN NO SEXUAL.-

- **Candidiasis:** que tiene un período de incubación desconocido y que de ser positivo el resultado, es improbable que hubo abuso sexual.
- **Shigelosis:** infección por estreptococo Beta hemolítico del grupo A.
- **Cuerpo extraño:** en vagina.

Se han clasificado otros tipos de abusos sexuales: los abusos deshonestos, el estupro y la violación. Los abusos deshonestos consisten en tocar y acariciar los genitales del niño o en solicitar a éste que haga lo mismo con los genitales del adulto; el término también abarca la contemplación forzada de actos sexuales o de pornografía. El estupro comprende la penetración vaginal, oral o rectal (o intento de penetración) sin asalto sexual. Si no se detecta a tiempo y se interviene, los abusos deshonestos casi siempre evolucionan a relaciones sexuales completas.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS.-

Cuando la agresión ha tenido lugar en las 72 horas previas a la exploración se deben de tomar pruebas de valor forense, como lo exigían las leyes de cada región, estado o país. La obtención de esas pruebas habitualmente implican tomar muestras de lavados vaginales y de secreciones desecadas que son analizadas, buscando espermatozoides o semen. Además de la presencia confirmada del abuso sexual, la presencia de semen puede ayudar a confirmar o a descartar que un individuo es sospechoso, cuáles podrían ser las evidencias que deben tomarse en cuenta para que se sospeche de abuso o agresión sexual, pérdida de conciencia o si el relato es inadecuado, han de considerarse:

Evidencia de enfermedad de transmisión sexual: cultivos de gonocócicos de faringe, vagina o cuello uterino o recto. Pruebas de RPR o de VDRL; si se resultan positivas, confirmar con pruebas de anticuerpos específicos.

Si existe sospecha clínica; otros estudios de enfermedades venéreas habrán de realizarse. Si la paciente menstrúa, prueba de embarazo. Evidencia de contacto sexual, incluyendo dos a tres muestras obtenidas con hisopo en cada zona de contacto de: esperma, fosfatasa ácida, secretada por la próstata y componente del plasma seminal. P 30; glucoproteína de la próstata presente en el líquido seminal. Antígenos del grupo sanguíneo.

Evidencia para identificar al agresor: material extraño en la ropa, pelo que no es del paciente; la rotura del himen no es un hallazgo útil en el diagnóstico o prueba confirmatoria, particularmente como hallazgo aislado de abuso sexual al analizar el himen, es buscar cicatrices o rasgaduras que sería lo más importante.

TRATAMIENTO.-

Aquí pueden mencionarse tres aspectos con respecto al tratamiento de los niños o niñas que han sido abusados sexualmente. En primer lugar, es necesario tratar los problemas del tipo médico que se presenten como consecuencia del abuso, como por ejemplo: las heridas traumáticas. Además, se deben de tratar las enfermedades que se hallan transmitido por contacto sexual. a las adolescentes que han sido víctimas de violación se les debe ofrecer consejo respecto al embarazo y la profilaxis de las enfermedades de transmisión sexual.

En segundo lugar, es necesario asegurar el bienestar emocional de los pacientes. Si se trata de una agresión aguda, es obligada una intervención para la crisis. Los niños que han sido víctimas del abuso sexual crónico o en el pasado, deben ser enviados a los servicios adecuados de asesoramiento.

En tercer lugar, el médico debe de notificar el incidente de violación o de abuso sexual a los organismos adecuados, según indiquen las leyes del lugar en el que se ejerce. Puede pedírsele al médico que testifique en juicio respecto a determinado hallazgo y su opinión sobre si se cometió el abuso. El resultar como testigo puede resultar amedrentador. Es útil que el

médico revise la historia clínica con tiempo y que trate acerca de esta información con el abogado que lo cite.

PRONÓSTICO.-

En este punto no hay que olvidar que hay muchos factores que influyen sobre el pronóstico del caso de abuso sexual en los niños de ambos sexos, incluyendo la relación con el agresor, la cronicidad del abuso, el apoyo que reciba tras la revelación y las condiciones psicosociales preexistentes; las lesiones físicas son habitualmente inexistentes o menores y la curación tiene lugar con mínimas pruebas residuales. En la mayoría de los casos están indicadas la ayuda psicológica. Este asesoramiento es beneficioso y en torno de apoyo la recuperación emocional no solo es posible, sino que es probable.

OBJETIVOS

Objetivo general.-

- Determinar la incidencia del abuso sexual infantil en el Hospital Infantil del Estado de Sonora.

Objetivos particulares.-

- Conocer los factores que giran entorno al abuso sexual infantil.
- Precisar la necesidad de protocolización del niño abusado sexualmente.
- Identificar las características del:

Agredido:

Conocer sexo

Edad

Estrato social y económico

Parentesco con el agresor.

Nivel educativo

Lugar dónde fue abusado

Conocer prevalencia de edad.

Tipo de lesión.

Agresor:

Edad

Sexo

Estado civil

Parentesco

Tipo de familia del agredido:

Número de hijos

Funcional o disfuncional

Escolaridad de los padres

Edad de los padres

Religión

Nivel educativo.

MATERIAL Y METODOS.

Es un estudio retrospectivo, transversal y observacional en el cual se hizo uso de los expedientes de archivo clínico del Hospital Infantil del Estado de Sonora.

Para ello, se utilizaron hojas de codificación de urgencias y del Servicio de Higiene Mental, extrayendo registros de expedientes, los cuales estuvieran con diagnóstico de abuso sexual. Se revisaron 169 expedientes, de los cuales se excluyeron 123, por no contar con los criterios de inclusión.

El estudio comprendió un período de 10 años: de 1990 al 2000.

RESULTADOS

Las gráficas expresadas fueron en porcentajes, promedio y barras dobles.

El agredido se reportó en predominio de edad de seis a 12 años; el sexo fue femenino en 85% con relación 3:1; en el hogar fué dónde se dieron el mayor número de abusos con un 78%; el tipo de agresión fue violación en un 70%; el tiempo de agresión fue agudo en un 78% y la causa de hospitalización por abuso fue sólo el 24%; por secuelas físicas del abuso fueron 38% y otras con 38%; en las cuales incluyeron como diagnóstico de ingreso no relacionado con el abuso sexual y hasta su estancia intrahospitalaria se hace el diagnóstico de abuso sexual.

Las secuelas físicas se presentaron en un 61% de los pacientes diagnosticados como abuso sexual.

El denunciante fue familiar en un 70% y la escolaridad era nula en el 83% de los pacientes; su nivel socioeconómico fue bajo en el 72%.

En el agresor predominó la edad de 20-40 años; la gráfica en el sexo no se expresó, ya que el 100% fueron masculinos. El parentesco con el agredido fue familiar en un 74%; el 61% eran casados.

El tipo de familia del agredido, la edad de los padres osciló entre 30-50 años con un 74%; el nivel educativo de la familia era nula en un 67%.

En número de hijos: tres a 10 con 63%; religión: católicos en el 85%; la familia era disfuncional en el 70%.

En la familia integrada, nos referimos a la familia nuclear: padres e hijos que viven bajo un mismo techo.

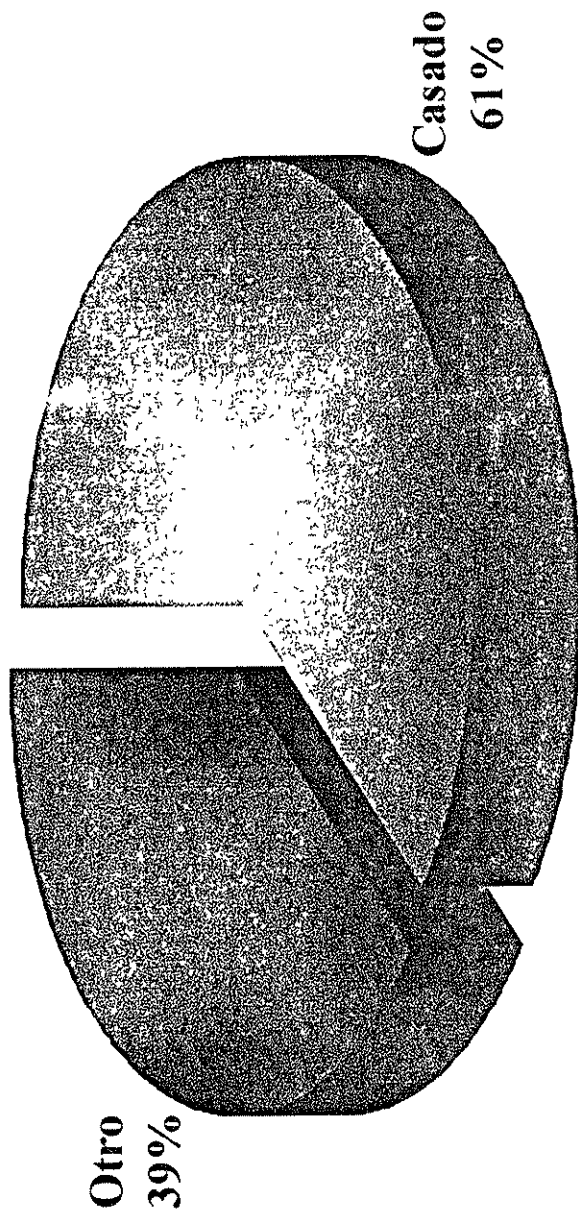
Desintegrada; es aquélla en que la familia nuclear se encuentra desmembrada, los padres están divorciados, separados, viudos, las madres son solteras o los hijos no viven con ellos.

ABUSO SEXUAL

n = 46

Agresor

Estado Civil



TESIS CON
CALA DE ORIGEN

Fuente: Archivo Clínico y Bioestadística H.I.E.S.

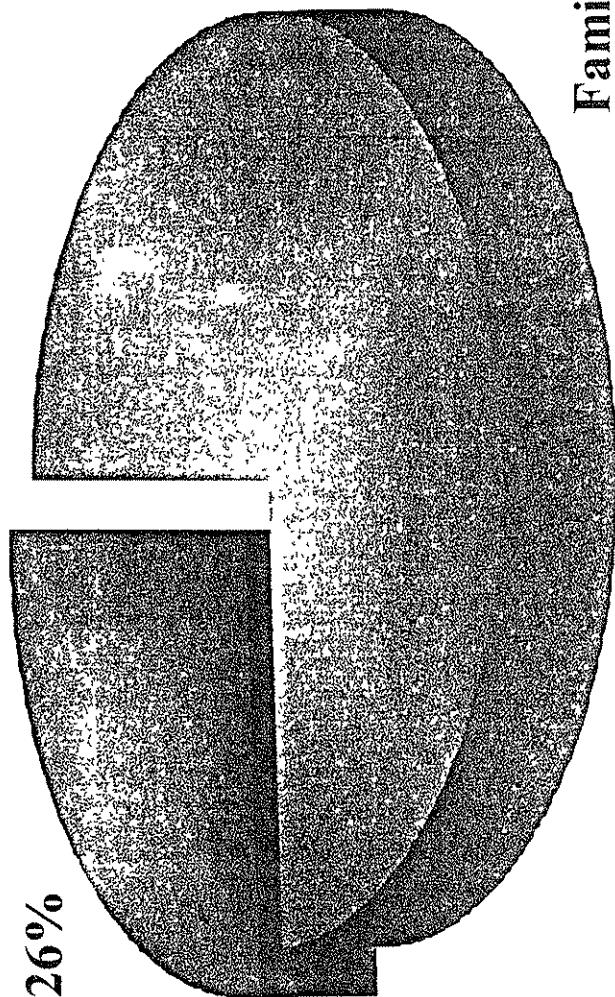
ABUSO SEXUAL

n = 46

Agresor

Parentesco

Otro
26%



Familiar
74%

TESIS CON
ALLA DE ORICEN

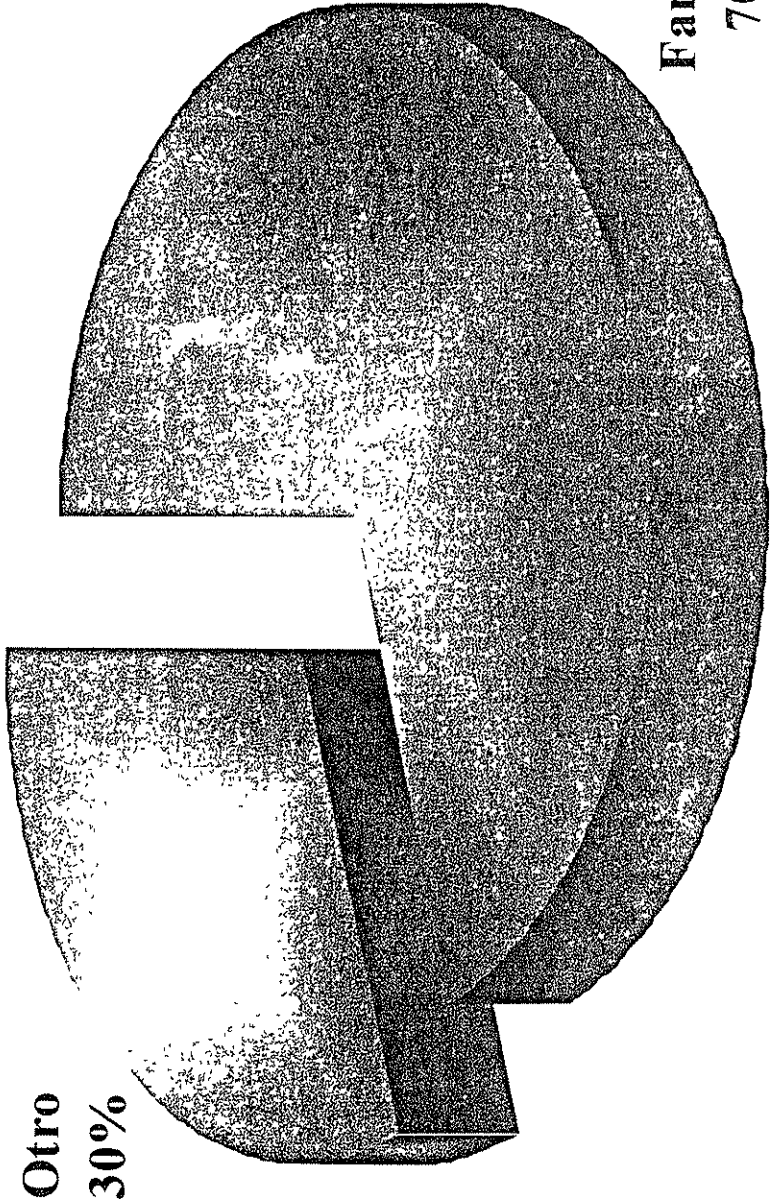
Fuente: Archivo Clínico y Bioestadística H.I.E.S.

ABUSO SEXUAL

n = 46

Agredido

Denunciante



Familiar
70%

Otro
30%

Fuente: Archivo Clínico y Bioestadística H.I.E.S.

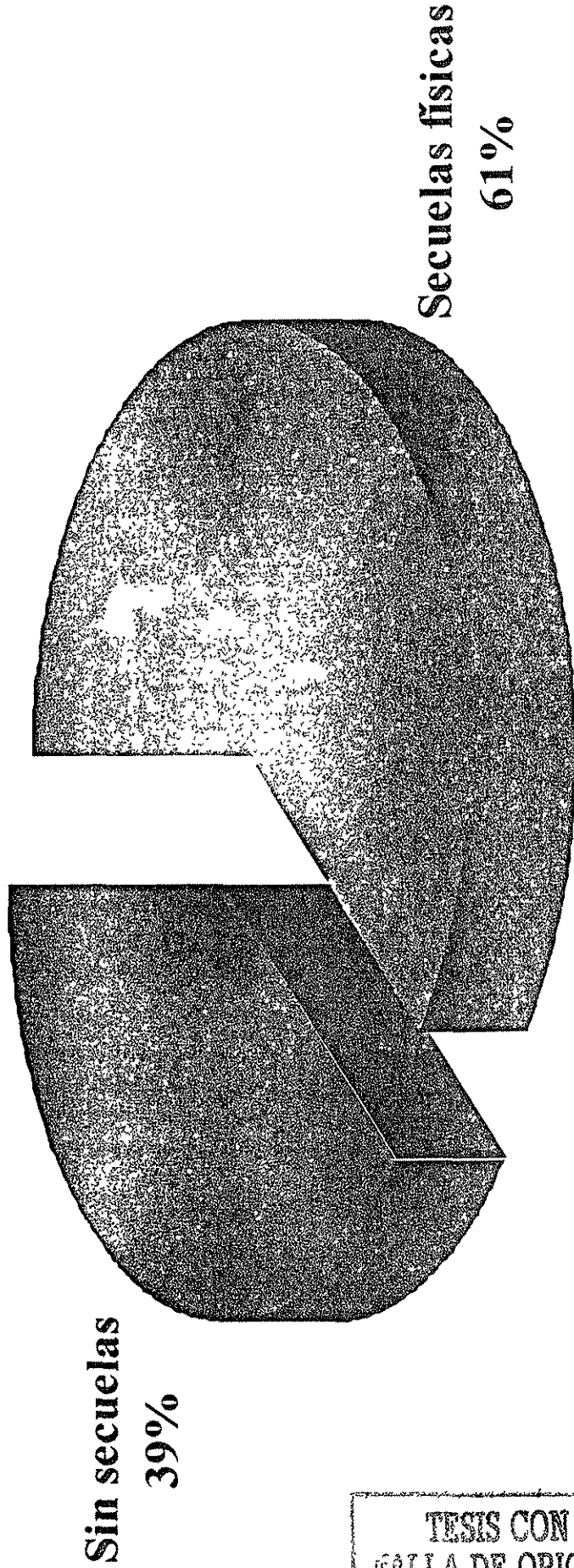
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ABUSO SEXUAL

n = 46

Agredido

Secuelas físicas



Sin secuelas
39%

Secuelas físicas
61%

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

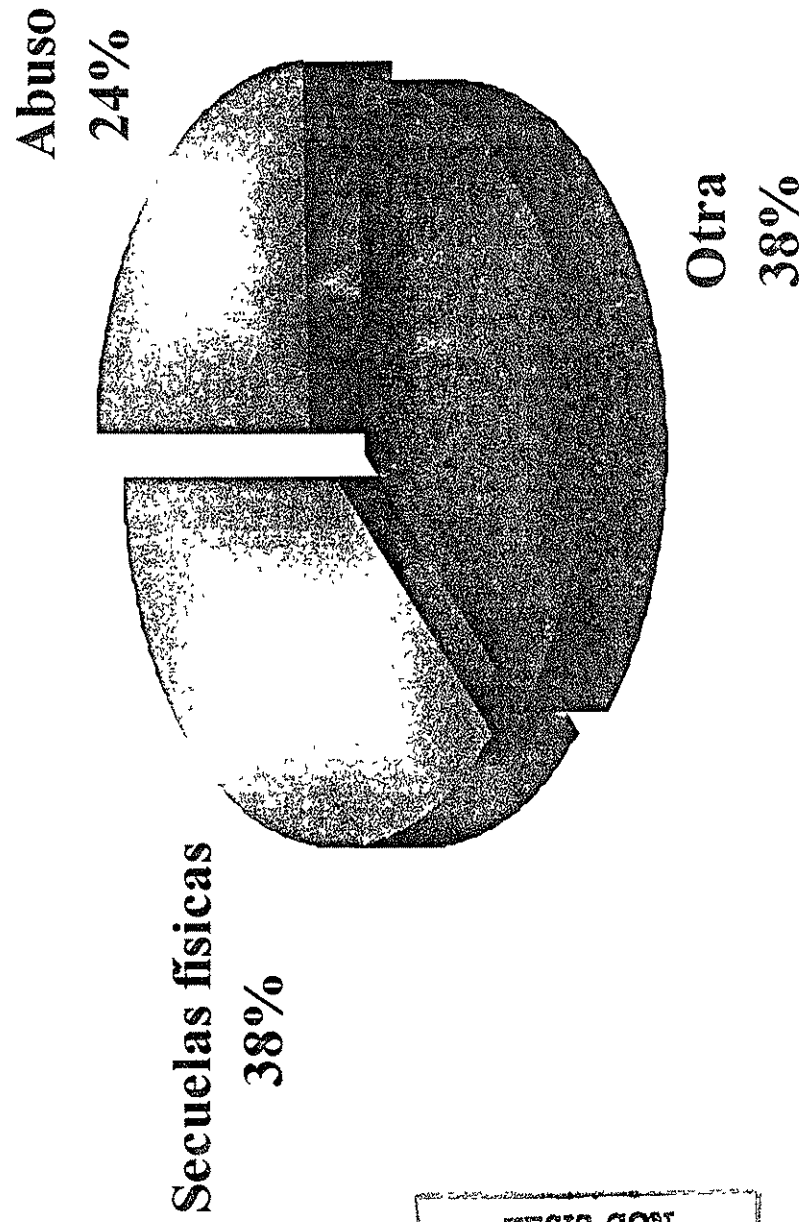
Fuente: Archivo Clínico y Bioestadística H.I.E.S.

ABUSO SEXUAL

n = 46

Agredido

Causa de Hospitalización



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Fuente: Archivo Clínico y Bioestadística H.I.E.S.

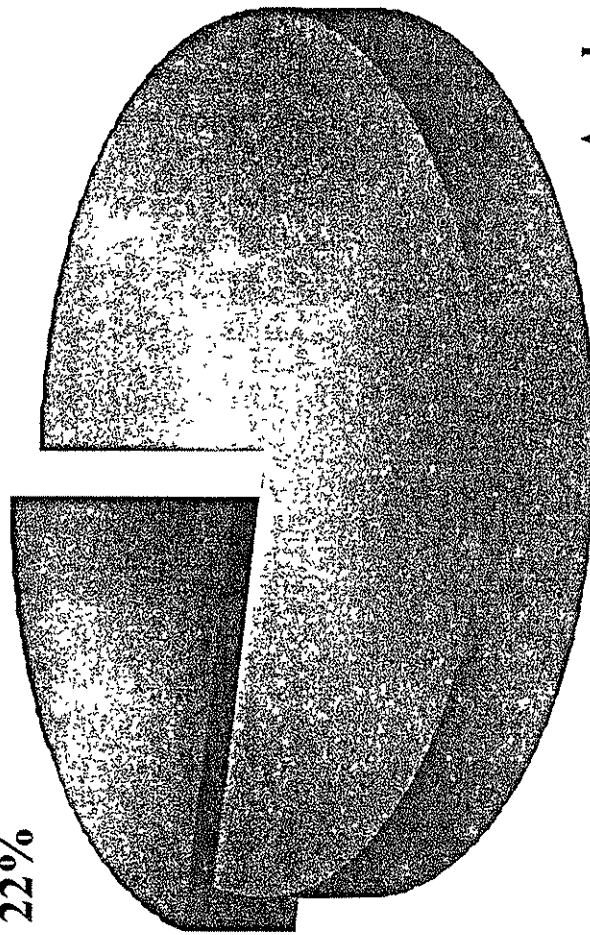
ABUSO SEXUAL

n = 46

Agredido

Tiempo agresión

Crónico
22%



Agudo
78%

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

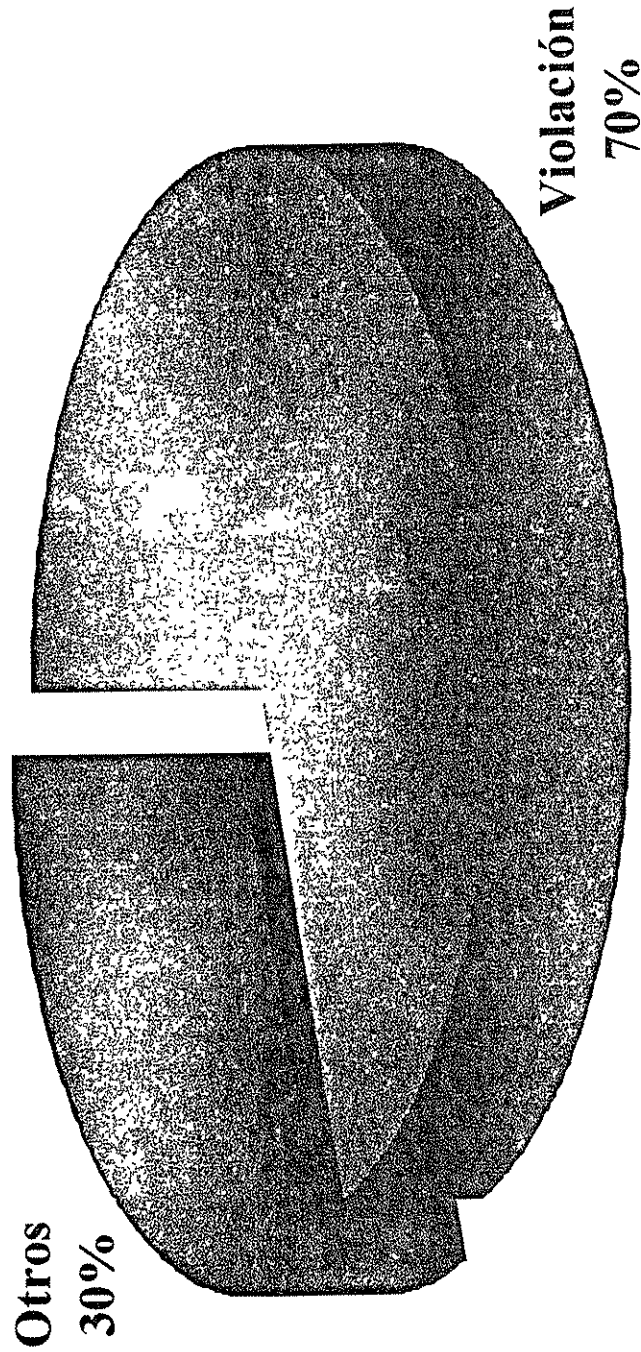
Fuente: Archivo Clínico y Bioestadística H.I.E.S.

ABUSO SEXUAL

n = 46

Agredido

Tipo de agresión



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Fuente: Archivo Clínico y Bioestadística H.I.E.S.

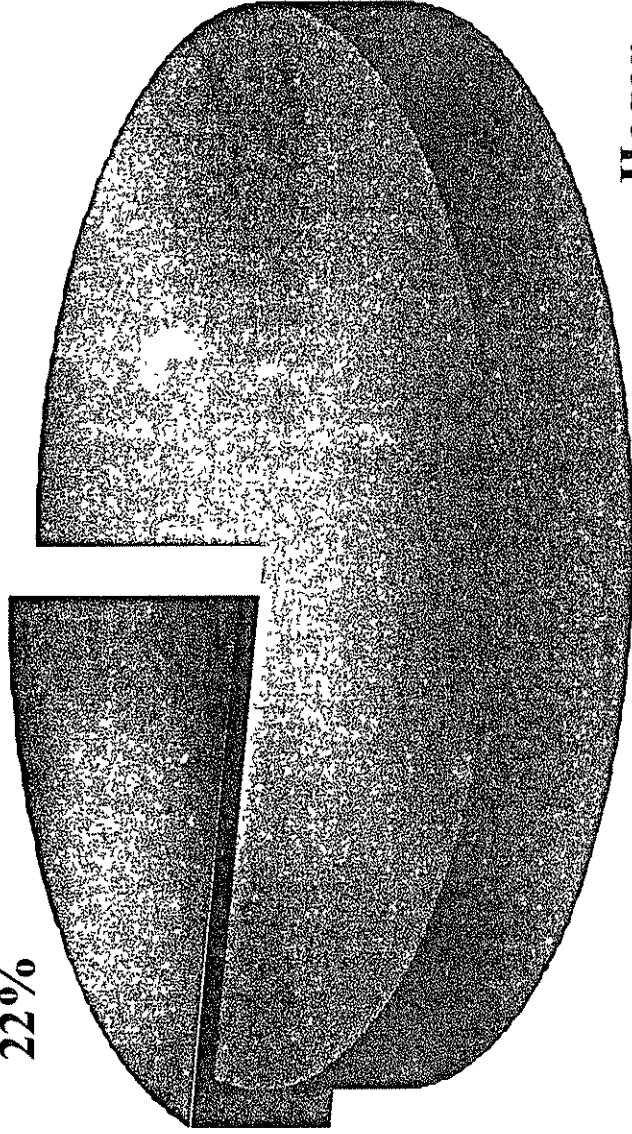
ABUSO SEXUAL

n = 46

Agredido

Lugar donde ocurrió

Otro
22%



Hogar
78%

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Fuente: Archivo Clínico y Bioestadística H.I.E.S.

ABUSO SEXUAL

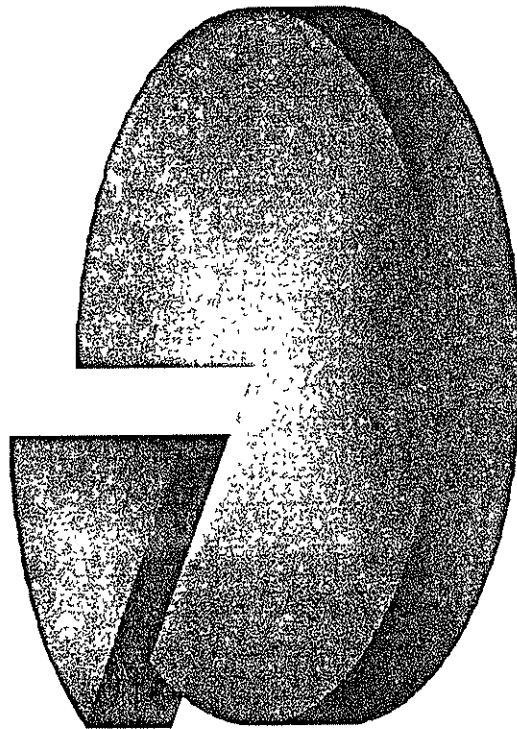
n = 46

Agredido

Agresor

Masculino
15%

Sexo



100% masculinos

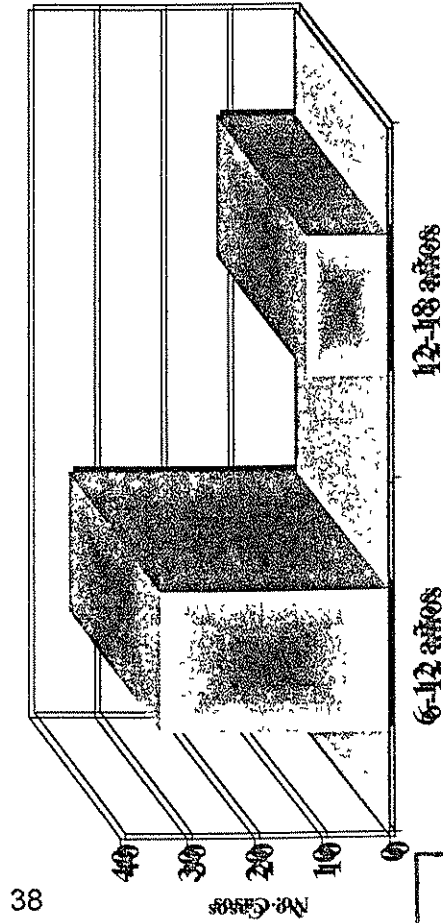
Femenino
85%

ABUSO SEXUAL

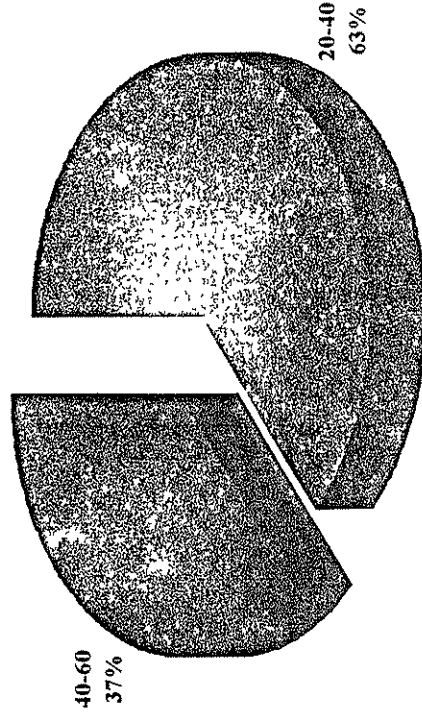
n = 15

Agredido Agresor

Edad



Edad



TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Fuente: Archivo Clínico y Bioestadística H.I.E.S.

DISCUSION

La frecuencia de abuso sexual encontrada en el Hospital Infantil del Estado de Sonora, fue de 27 casos por año, no pudiéndose tomar de referencia un dato de base, ya que es la primer estadística reportada.

El agredido presentó predominio de edad entre seis y doce años; el sexo mayoritario en el 85% correspondió el femenino. El 78% de las agresiones se dieron en el hogar y el mayor porcentaje correspondió a violación.

Lo encontrado en estos datos no son diferentes a los reportados en la mayoría de la literatura, solo con unas mínimas diferencias; sin embargo, cabe mencionar el sub-registro tan importante que hay; es el principal obstáculo para tener estadísticas a nivel mundial mas homogéneamente comparativas.

El seguimiento de nuestros pacientes en el hospital es casi nulo, por lo que es prioridad tener una protocolización intrahospitalaria y legal (junto con El Marco Jurídico) para mejorar el registro y seguimiento de nuestros pacientes.

Uno de los problemas a los que se enfrenta el personal medico es establecer la custodia legal de los pacientes una vez diagnosticados, por lo que ello contribuye aun más al sub-registro.

ESTA TESIS FUE SALIDA
DE LA BIBLIOTECA

En relación a los datos recopilados de las Agencias Especializadas en Delitos Sexuales, observamos que existe una elevada población de niñas víctimas de algún delito sexual, sin embargo los niños no están exentos de sufrir este tipo de agresión.

En relación con el género masculino, los porcentajes indican que el total de las denuncias presentadas en las Agencias Especializadas, un porcentaje bajo corresponde a niños menores de 13 años. Consideramos que los padres se deciden a denunciar la agresión preocupados por las eventuales consecuencias psicológicas que pudiera padecer su hijo. Durante el continuo trato de estos pacientes se ha percibido que los padres manifiestan el temor que el menor sea homosexual, que agreda a otros, que presente alguna degeneración sexual o trauma, además los padres de las niñas se preocupan por una eventual frigidez de estas en su vida adulta. No obstante estas conclusiones diagnósticas pueden ser un poco arriesgadas, ya que el grado de superación del trauma dependerá de que la víctima recurra a una terapia y de su propia personalidad.

Se han realizado estudios de correlación entre la incidencia de agresión sexual y la clase social y se encontró que virtualmente la mayoría de las víctimas de incesto provenía de familias con pocos recursos económicos

(Finkelhor 1980)

Analizando esta información podemos descartar los siguientes factores que han predispuesto a la agresión sexual:

- a) En las familias de bajos recursos, un mayor número de personas viven en una misma habitación, por lo que se propicia la promiscuidad.
- b) Hay una mayor desorganización y falta de comunicación en estas familias.
- c) Existe un déficit económico y social, por lo tanto una marginación sociocultural que impide una adecuada educación sexual.

Nuestra estadística muestra que la condición económica no fue un factor determinante de vulnerabilidad, aunque encontramos que la clase baja presentó un mayor porcentaje de incidencia.

RELACIÓN VÍCTIMA-VICTIMARIO.- Según David Finkelhor (1987); un factor que influye en esto es la cercanía, ya que son las personas conocidas o los familiares quiénes mayor libertad y confianza tienen para relacionarse con el menor con la aprobación de los padres; o bien, ejercen cierta autoridad sobre los niños, la cual en algún momento pudiera volverse coercitiva.

Al ser el agresor un conocido de la familia, fácilmente puede amenazar o manipular al menor para que no informe a sus padres.

Consideramos que cuando el victimario es familiar de la víctima se mezclan tabúes morales y sociales que en ocasiones presentan mayor riesgo para la integridad de la familia que la misma agresión sexual.

De acuerdo con la información obtenida en éste y otros estudios se ha llegado a concluir que mientras más cerca sea la relación con el agresor, mayor será la consecuencia psicológica en el menor.

CONCLUSIONES.

- Con este estudio nos podemos dar cuenta que no existe una protocolización adecuada de los pacientes abusados sexualmente atendidos en el HIES, lo cual contribuye mas al sub-registro y dificulta el seguimiento de los mismos.
- Con esto, surge la necesidad de nuevos abordajes desde el punto de vista medico y legal, y con ello las características que giran en torno al abuso sexual no variaron mucho con lo descrito en la literatura.
- Se propone realizar flujogramas que estén a la mano del medico de primer contacto para una adecuada derivación del paciente y su atención interdisciplinaria.
- El seguimiento y la protocolización legal del paciente se hará de acuerdo a los márgenes legales con los que se ejercen en nuestro hospital.
- Para lograr estos objetivos, considero necesario realizar campañas de concientización a la población en general para que denuncie el abuso sexual.

BIBLIOGRAFIA.

1. Enloe C(1989). Bananas, beaches & bases. Londres: Pandora.
2. Ennew, J (1986). The sexual exploitation of children. Cambridge: Polity.
3. Lanning, K (1992) Child sex rings: a behavioural analysis. Virginia: National Center for missing and exploited children.
4. O'Connell Davidson, J y Sánchez Taylor J (1996): Child prostitution and tourism: beyond the stereotypes". En J Pilcher y S Wagg (eds) Thacher's children. Londres: Falmer Press.
5. O'Grady, R (1994). The rape of the innocent. Nueva Zelanda: Pace.
6. Singh, S (1989). Exploited children in India. Calcuta: Sakti Pada Paul.
7. Skrobanek. S (1994). The globalization of trafficking in women. Seminario International sobre las migraciones y la trata de mujeres. Chiangmai. 17-21 octubre.
8. Stroller, R (1986). Perversion: The erotic form or hatred. Nueva York: Karnac.
9. Sutton, A (1994): Slavery in Brazil. Londres: anti-slavery International.
10. Truong, T (1990): Sex. Money and morality: prostitution and tourism in south Asia.

11. Londres: Zed Books.
12. Wyre, R (1995). Murder of childhood, Harmondsworth: Penguin.
13. Berkowitz, Ld: Abuso sexual del niño. Cd. ed: Pediatría en atención primaria México: Mc Graw- Hill interamericana, 1996: 504-509.
14. Boletín Médico Hospital infantil México; Vol. 52: No.8; agosto 1995: 54-49.
15. Revista Infantil; Vol. 40: 1 de octubre 2000.
16. Abuso sexual en niños; Boletín Clínico del HIES: Vol. 12-I; abril 1995.
17. Boletín del Hospital Infantil México; Volumen 52-8; agosto 1995: 51-54.