

11226

23



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 20

"FACTORES FAMILIARES Y SOCIOECONOMICOS
ASOCIADOS A LA PRESENCIA DE ABUSO SEXUAL
EN NIÑOS EN EDAD DE 3 A 12 AÑOS ADSCRITOS
A LA CONSULTA EXTERNA DE LA UMF No. 20 VALLEJO."

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

ESPECIALISTA EN MEDICINA
F A M I L I A R

P R E S E N T A :

SILVIA YOLANDA BAUTISTA REYES

ASESOR:
DR. JUAN ESPINOSA MARTINEZ



MEXICO D.F.

FEBRERO 2002

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



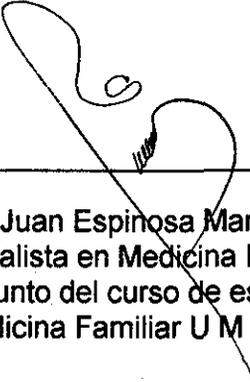
UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

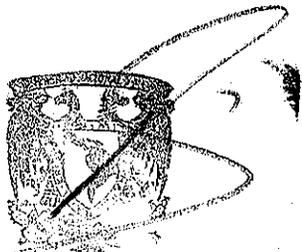
Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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.

ASESOR



Dr. Juan Espinosa Martínez
Especialista en Medicina Familiar
Profesor Adjunto del curso de especialización
En Medicina Familiar U M F No.20



SUBDIVISION DE ESPECIALIZACION
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U. N. A. M.



IMSS
U.M.F.No. 20

DEPARTAMENTO DE EDUCACION E
INVESTIGACION MEDICA

Vo. Bo.

Yolanda E. Valencia Islas

Dra. Yolanda E. Valencia Islas
Especialista en Medicina Familiar
Profesor Titular del Curso de Especialización
En Medicina Familiar U M F No. 20

DEDICATORIAS

PARA AYIN:

Mi hija, que es la razón más maravillosa que me ha dado la vida para seguir adelante.

A MIS PADRES:

David y Jovita, por su gran amor, apoyo y comprensión, que siempre me han brindado.

A MIS HERMANOS:

David y Francisco, con el gran cariño que nos tenemos.

A MIGUEL:

Por su tolerancia y apoyo en la realización de esta tesis.

A MIS AMIGOS:

Con ellos compartí momentos de alegría, tristeza, coraje, desvelos, a quienes quiero mucho y siempre llevaré en mi corazón.

AGRADECIMIENTOS.

A mis maestros: Yolanda, Juan, Martha.

Por su dedicación y empeño en nuestra superación.

A Lolita:

Por su carácter siempre risueño.

A Rosi y Alejandro:

Por ser buenos compañeros de trabajo.

*Somos culpables
De muchos errores y faltas
Pero nuestro peor crimen
Es el abandono de los niños
Descuidando la fuente de la vida.
Muchas de las cosas que necesitamos
Pueden esperar. El niño no.
Ahora es el momento en que
Sus huesos se están formando
Su sangre se esta haciendo
Y sus sentidos se están desarrollando
A él no podemos contestarle "Mañana"
Su nombre es "Hoy"*

TITULO DE LA TESIS

***“FACTORES FAMILIARES Y SOCIOECONÓMICOS ASOCIADOS
A LA PRESENCIA DE ABUSO SEXUAL EN NIÑOS EN EDAD DE 3
A 12 AÑOS ADSCRITOS A LA CONSULTA EXTERNA DE LA
UMF No 20 VALLEJO”***

I N D I C E

❖ JUSTIFICACION	1
❖ OBJETIVOS	4
❖ ANTECEDENTES CIENTIFICOS	5
❖ PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	30
❖ HIPOTESIS	31
❖ MATERIAL Y METODOS	32
❖ PRESENTACION DE RESULTADOS	35
❖ TABLAS Y GRAFICAS	40
❖ ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS	83
❖ CONCLUSIONES	87
❖ COMENTARIO	88
❖ RESUMEN	89
❖ BIBLIOGRAFIA	91
❖ ANEXOS	96

JUSTIFICACIÓN.

El abuso sexual, como todo acto de violencia, es un acto social, y sus consecuencias rebasan el mero ámbito de la salud; por lo tanto no puede conceptualizarse como un fenómeno exclusivamente medico o legal, sino que se manifiesta como un tema complejo con ramificaciones morales, socioculturales, políticas y personales.

Si bien no se ha estudiado de manera suficiente la naturaleza social de la violencia, en las investigaciones antropológicas se ha reconocido la existencia de factores socioculturales que propician las agresiones sexuales. Las culturas que presentan un sistema de dominación de genero contribuyen a la desigualdad tanto social como sexual de las mujeres y los niños, que son más vulnerables a la victimización sexual. Esta violencia a los menores aunque puede tener una explicación individual y genera un dolor individual, es un problema social. Sin embargo, una forma de dirigir la atención de diferentes sectores a este problema es reconociendo los efectos que pueden generar en la salud, con el fin de prevenirlos y tratarlos adecuadamente.

Se han diferenciado los efectos iniciales del abuso sexual infantil respecto de los efectos a largo plazo. El miedo al daño y a la muerte, la ansiedad y la depresión destacan entre los primeros. De cada cinco niños víctimas de abuso, entre uno y dos muestran perturbaciones patológicas. A largo plazo se calcula que una quinta parte de las personas que sufrieron de abuso sexual infantil exhiben patología severa: Conductas autodestructivas, somatización, desajustes sexuales, depresión y abuso de drogas.

Considerando la diferencia de sexos, en el caso de las mujeres se han notificado, como efectos a largo plazo del abuso sexual infantil, el trastorno por estrés postraumático, la depresión, la ideación y el intento suicida, la insensibilidad emocional, trastornos psiquiátricos, dolores pélvicos crónicos, dolores de cabeza, trastornos gastrointestinales, disfunciones sexuales, dependencia al alcohol o las drogas, revictimización sexual y maltrato por parte de la pareja, entre otros. Entre los hombres, por otra parte, existen muchos menos estudios al respecto, y los resultados son poco consistentes; sin embargo se han encontrado, entre otros efectos, la sensibilidad interpersonal, la ansiedad fóbica, la depresión y la obsesión-compulsión, así como baja auto estima, ideación e intentos suicidas y abuso de sustancias.

La falta de conocimiento socioantropológico sobre esta agresión sexual ha impedido que se le otorgue la atención adecuada y ha contribuido a generar creencias erróneas sobre su causalidad.

La magnitud del problema tampoco se conoce con precisión, ya que solo se cuenta con información proveniente de los casos notificados, sobre todo del sexo femenino.

En el caso específico de México, existen pocos estudios al respecto, de tal manera que ha sido difícil conocer más a fondo este grave fenómeno que lacera a la sociedad. La ciudad de México, en particular, tiene un promedio de 6.3 delitos sexuales por día.

Por lo anteriormente señalado, la agresión sexual es un problema de salud pública que involucra una perspectiva multidisciplinaria: Médica, jurídica, psicológica, psiquiátrica y sociológica; demanda un

tratamiento asistencial, ya que este tipo de agresión sexual deja efectos psicológicos a corto y largo plazo. Además considerando que la violencia hacia el niño se ejerce dentro del seno familiar y es aquí donde se presenta con mayor frecuencia el abuso sexual. Este es un gran campo de acción para el médico familiar, ya que el, atiende no solo al individuo en forma integral, sino que tiene la capacidad para abordar la familia.

En el presente estudio se tiene como objetivo, el identificar cual de los factores de tipo familiar, llámese dinámico, estructural y económico, se encuentran ligados a la aparición de abuso sexual, además, busca proponer medidas preventivas para evitar este.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar el índice de riesgo para abuso sexual, basado en la funcionalidad familiar y nivel socioeconómico, en niños adscritos a la consulta externa de la UMF 20

PARTICULAR.

- ❖ *Determinar la tipología familiar de los niños susceptibles a abuso sexual*

- ❖ *Identificar la etapa de ciclo familiar en la que se encuentran los niños susceptibles a abuso sexual.*

- ❖ *Determinar la funcionalidad familiar de niños susceptibles a abuso sexual.*

- ❖ *Determinar el nivel socioeconómico de la familia de niños susceptibles a abuso sexual.*

- ❖ *Identificar la presencia de alcoholismo en estas familias.*

ANTECEDENTES CIENTIFICOS.

La aceptación del abuso sexual infantil como un fenómeno real es relativamente reciente. Cuando Freud estaba desarrollando su teoría sobre el origen de las neurosis, comenzó a escuchar lo que le comunicaban sus pacientes femeninas en relación con los abusos sexuales a que les habían sometido sus padres. Sin embargo no fue sino hasta 1962 cuando Kempe publicó un artículo en donde aportaba datos concretos que apoyaban las alegaciones del abuso sexual infantil; el cual fue definido por primera vez en 1977 por este mismo autor como: el involucro no deseado en cualquier forma de contacto sexual, manual, oral, genital u otro comportamiento relacionado, que un adulto impone a un niño o adolescente, y que este, por la etapa de desarrollo psicosocial no puede comprender, ni entender la sexualidad.

Las actividades sexuales incluyen a todas las formas de contacto: oral-genital, dígito genital, contacto anal, caricias y abusos sin contacto como son exhibicionismo, voyerismo y el uso de niños en la producción de pornografía o prostitución. (16,39)

Legalmente en la actualidad se considera abuso sexual cuando, sin el consentimiento de la víctima, el agresor ejecuta en ella un acto sexual o la obliga a ejecutarlo, con el empleo de la violencia física o sin ella. Dentro de los delitos de índole sexual, el abuso es él más frecuente seguido de la violación, la tentativa de violación y el estupro. (42)

En México el abuso sexual se encuentra contemplado en el artículo 260 del Código Penal del Distrito Federal, donde se

considerada abuso sexual al que sin el consentimiento de una persona y sin el propósito de llegar a la copula ejecuta en ella un acto sexual o la obligue a ejecutarlo. (32)

*El abuso sexual infantil se puede dividir en: Intrafamiliar y extrafamiliar. En el caso del **Intrafamiliar** este se define como cualquier forma de actividad sexual entre un niño y un familiar inmediato (padre, madre, padrastro o madrastra, hermano o hermana), algún otro familiar (abuelo o abuela, tío o tía, prima o primo), o bien por otra persona substitutiva de los padres (un adulto que es contemplado por el niño como miembro de la unidad familiar). En esta forma de abuso, el niño no solo es incapaz de rechazar el contacto sexual por su propio desarrollo, sino que con frecuencia también dependen física y emocionalmente de ese adulto para la solución de sus necesidades básicas.*

***El abuso sexual extrafamiliar** se define como: cualquier forma de contacto sexual entre una persona ajena a la familia y un niño. En la mayor parte de estos casos el adulto es conocido por el niño y tiene acceso a el como visitante o como cuidador del niño. (1, 43)*

Estudios realizados al respecto, demuestran que los agresores, son familiares en la tercera parte de los casos, la mitad de ellos son los padres o la figura paterna para la víctima. (42)

Se describen varias formas de abuso sexual; el abuso psicológico, el abuso encubierto y el abuso sexual manifiesto. A continuación se describen cada uno:

Abuso psicológico

Comprende las conductas y actitudes que son sintomáticas de un ambiente familiar o una relación adulto-niño de carácter muy irregular, en cuyo contexto se produce el abuso sexual. Estas conductas y actitudes no suelen ser fácilmente identificables durante la exploración médica, aunque se pueden poner de manifiesto al observar las interacciones entre padre e hijos o entre hermanos, o bien a través de comentarios realizados por los padres o los niños durante la exploración médica.

El abuso psicológico inicia una actitud de rechazo del niño hacia si mismo, produciéndole confusión, dudas sobre si mismo y un sentimiento de ser totalmente " mala" persona. Una vez que ocurre esto el adulto perpetrador del abuso puede contar con el silencio del niño en fases posteriores, cuando se inicia la realización de formas de abuso mas manifiesto, debido a que el niño habitualmente no dice nada de las situaciones sobre las que se siente culpable.

Abuso encubierto.

El abuso sexual encubierto consiste en la realización de pautas de conducta que convierten al niño en un ser sexualizado para el adulto y se inicia con la desensibilización del niño frente a conductas que son incómodas e inadecuadas. Como ejemplo de estas conductas se incluyen: la contemplación del niño como objeto sexual por parte del adulto, hacer bromas sexuales al niño, que el adulto anime o fuerce al niño a ver pornografía, cuando el adulto anima al niño a

desnudarse y a efectuar comentarios sobre su desarrollo sexual. El medico puede notar como el niño realiza comentarios sexuales inadecuados para su edad, refiriéndose a las distintas partes del su cuerpo de una forma sexualizada o comportándose de manera seductora.

En la mayor parte de los casos estas formas de abuso sexual encubierto no tienen un carácter comunicable.

Los niños que han sufrido este tipo de abuso, cuando crecen, suelen presentar dificultades para criar sus propios hijos y tienen que luchar contra la depresión.

Abuso sexual manifiesto.

Consiste en la existencia de actividades sexuales entre un adulto y un niño a través de diferentes pautas de conducta. Estas conductas van desde el exhibicionismo al coito. A continuación se enlistan las diferentes conductas que se observan en este tipo de abuso:

* **Exhibicionismo:** el adulto expone sus genitales al niño con objeto de conseguir estimulación sexual o placer.

* **Besos inadecuados:** el adulto besa al niño de la forma íntima y prolongada que suele reservarse para los besos entre adultos.

* **Caricias:** el adulto toca o frota la zona genital del niño, la parte interna de sus muslos, sus nalgas, o abdomen de una forma sexual, o bien fuerza al niño a que toque sus propios genitales, o ambas situaciones. Las caricias se pueden producir con o sin ropa.

* *Masturbación: el adulto se masturba obligando al niño a observarle, el niño se masturba mientras que observa el adulto, el adulto hace que el niño estimule manualmente sus genitales, el adulto estimula la zona genital del niño.*

* *Cunilingus: estimulación sexual de la vulva y zona vaginal mediante contacto oral.*

* *Felación: estimulación sexual mediante contacto oral.*

* *Sodomía: se realiza la penetración forzada del ano del niño utilizando el pene, un dedo o cualquier objeto.*

* *Penetración digital o peneana de la vagina.*

* *Bestialidad: se obliga al niño a tener contacto sexual con un animal.*

* *Pornografía: se obliga al niño a observar o participar en actividades sexuales filmadas o fotografiadas. (18, 39)*

ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS.

El abuso sexual infantil es un problema psicosocial con características socioantropológicas, ya que afecta a todas las poblaciones, pero además no es de reciente aparición ya que se puede encontrar referido en la historia con cierta frecuencia.

Las denuncias por abuso sexual ante las autoridades han aumentado notablemente y como consecuencia, se ha incrementado su tasa de diagnóstico y la demanda de atención. En México específicamente en el D.F. se denuncian 6.3 delitos sexuales diariamente, de los cuales el 30% corresponden con el abuso sexual en menores. (44)

En cuanto a la edad afectada se habla que en los años 80 oscilaba entre los 12 y 14 años, y ahora el promedio de edad oscila entre los 0 y 3 años. Otras estadísticas mencionan con respecto a la edad, que una tercera parte son menores de 6 años, el otro tercio tiene entre 6 y 12 años, y el tercio restante se encuentra entre los 16 y 18 años.

Las víctimas del abuso sexual proceden de todos los grupos socioeconómicos y de todas las razas. Aproximadamente el 75% de las víctimas son niñas y el 25% niños. Pero algunos investigadores creen que las estadísticas respecto a los niños son erróneamente bajas, ya que los niños son menos comunicativos que las niñas.

Regularmente existe evidencia que el agresor es siempre mayor que sus víctimas. Y la finalidad de abuso es la gratificación sexual. Los culpables en el 99% de las veces son varones. (17,18)

EVALUACION MEDICA DEL NIÑO SOMETIDO A ABUSO SEXUAL

Los niños que sufren abuso sexual pueden contactar con él medico de asistencia primaria de diferentes formas. Alguno de ellos acuden a la consulta debido a que comunican el abuso sexual a sus padres, que a su vez buscan atención medica por la posibilidad de que existan lesiones físicas, solicitando al medico la disposición de las medidas a adoptar. En algunos casos acuden por síntomas físicos en los que no se puede identificar una causa obvia. En otros casos, acuden para una evaluación medica rutinaria durante la cual el medico observa la presencia de signos o conductas infrecuentes o anómalas indicativas de posible abuso sexual. (39)

LA HISTORIA CLINICA A TRAVES DEL NIÑO.

Se debe tener cuidado para que el niño no sufra un nuevo traumatismo al realizar la historia clínica y la exploración física.

La evaluación debe iniciarse con una entrevista al adulto que trajo al niño (sin que el niño este presente). Durante la entrevista, se deben preguntar y documentar los datos básicos de la historia, la forma con que el adulto percibe la situación y su respuesta emocional a la misma.

Posteriormente se entrevista al niño por separado, preferiblemente utilizando un equipo de audio o vídeo para su documentación. Inicialmente se debe preguntar sobre cuestiones generales como la casa del niño, su escuela, etc., dirigiendo gradualmente la entrevista hacia la sospecha de la situación de abuso. Los profesionales que entrevistan a los niños en relación con estos detalles deben tener en cuenta que aunque las primeras preguntas deben tener un carácter

general y una respuesta abierta para animar al niño a que efectúe manifestaciones espontaneas; es frecuente que, especialmente en el caso de los niños pequeños, sea necesario preguntas muy específicas para hacer que memoricen un hecho concreto de manera que puedan revelar de manera espontanea los detalles. Por ejemplo:

- *Preguntar al niño quien lo besa, le abraza o le hace cosquillas.*
- *Si le dan pellizcos o mordiscos.*
- *Que sensación recibe cuando lo besan, le hacen cosquillas o lo abrazan.*
- *Le ha tocado algún genital o las nalgas?*
- *Le ha hecho alguien algo que haya lesionado alguna parte de su cuerpo?*

Cuando el niño revela alguna situación de abuso, se deben efectuar preguntas mas detalladas:

- *Donde estabas cuando ocurrió esto?*
- *Quién estaba ahí?*
- *Dónde estaba mama o papa?*
- *Dónde estaban los demás?*
- *Lo vio alguien?*
- *Quién lo hizo?*
- *Que hizo el o ella?*
- *Que sentiste?*
- *Cómo hizo que te sintieras?*
- *Tenias la ropa puesta o quitada (también del perpetrador)?*
- *Se lo dijiste a alguien? A quien?*
- *Te amenazaron?*

Si el entrevistador presenta una actitud de apoyo, simulando que no comprende muy bien, puede dar lugar a una inducción sutil de manera que el niño puede efectuar gestos y reiterar los detalles de la

agresión sexual que, por otra parte, no comprende totalmente. Se puede utilizar el dibujo de una persona de edad, raza y sexo similares a la del perpetrador para ayudar al niño a identificar las partes anatómicas y a describir con detalle lo que ocurrió en sus propias palabras. Cuando el niño es mas pequeño, el entrevistador puede empezar con el dibujo de un niño pequeño, en el caso de que le asiste demasiado el dibujo de un varón adulto.

La entrevista siempre debe finalizar agradeciendo al niño el buen trabajo que ha realizado y asegurándole que nadie le va a reprochar o echar la culpa de nada. (29)

EXPLORACION DEL NIÑO.

La exploración física permite la oportunidad de que el niño utilice su propio cuerpo para demostrar lo que ya nos había descrito durante la entrevista. Por tanto, debido a que constituye una continuación de la historia, se debe explorar al niño sin que estén sus padres presentes, a menos que el niño este asustado o se sienta incomodo durante la exploración. Una vez que se tranquiliza se realiza una exploración física concienzuda, incidiendo sobre las zonas genital y anal o bien cualquier otra zona del cuerpo que el niño haya señalado como implicada en el abuso sexual.

EXPLORACIÓN FÍSICA DE LAS NIÑAS.

Los genitales de una niña pequeña deben explorarse estando en decúbito con las rodillas flexionadas y separadas. La colocación de una almohada por debajo de la cabeza y la espalda, o bien la inclinación de la mesa de exploración, puede ayudar a que la niña

coopera durante la exploración. Se debe efectuar una cuidadosa exploración de todo el perine, documentando la presencia de cualquier signo de lesión aguda o antigua o bien de enfermedad de transmisión sexual.

La tracción suave de los labios mayores sujetándolos entre el pulgar y el índice a cada lado, y tirando de ellos en dirección inferior externa permite abrir la cavidad vaginal. Esta maniobra también hace que se abra el himen de manera que podemos examinarlo cuidadosamente para descartar la presencia de hendiduras o desgarros, y para comprobar el diámetro de la abertura inguinal en relajación completa. Posteriormente se retrae el tejido de la horquilla vulvar posterior y separamos las adherencias que pudieran existir entre los labios menores. Se debe tener cuidado para descartar la presencia de condilomas acuminados, especialmente en los tejidos redundantes que rodean al clítoris, uretra y labios menores. Si el himen es especialmente redundante o pegajoso, y no se separa fácilmente, se puede utilizar una torunda de algodón humedecida con suero salino o agua templada con objeto de facilitar su inspección.

Se pueden tomar fotografías del himen y las estructuras perihimeneales para su revisión posterior con medición e interpretación de los hallazgos. Si existe dificultad para visualizar el himen, podemos hacer que la niña gire y adopte la posición genupectoral, explicándole que es muy parecida a la que adoptaba durante el sueño cuando era bebé. Entonces el médico puede elevar suavemente las nalgas de la niña, soportando el peso sobre sus manos y utilizando los pulgares para abrir con cuidado los labios mayores. En ocasiones, el descenso de la pared superior de la vagina permite contemplar el cervix.

El ano debe ser explorado con el niño de lado con las rodillas recogidas en posición genupectoral. Debemos inspeccionar cuidadosamente los tejidos perianales para descartar presencia de magulladuras, laceraciones agudas superficiales y profundas, cicatrices que reflejen laceración antigua, exudado y condilomas acuminados.

EXPLORACION FISICA DE LOS NIÑOS.

Se debe inspeccionar cuidadosamente la cara interna de los muslos, el pene y el escroto, especialmente la presencia de magulladuras, señales de mordeduras, exudado uretral o condilomas acuminados. También se debe explorar la zona anal y perianal. (29)

Existen por lo menos tres circunstancias diferentes donde no hay evidencia claras ni directas de que ha ocurrido un episodio de abuso sexual, pero donde esta indicado que el pediatra realice algún tipo de investigación para descartar o confirmar el diagnostico: 1. cuando el menor presenta un síntoma que podría estar directamente relacionado con la posibilidad de abuso sexual pero donde el paciente es llevado a consulta por presentar signos tales como flujo vaginal, lesiones genitales, etc. 2. cuando el menor sufre de un síntoma que no esta directamente relacionado con el posible abuso sexual, como se observa en casos de dolor abdominal inexplicable o de encopresis. 3. cuando el menor no manifiesta ningún síntoma, pero el hallazgo incidental a la exploración física así lo sugiere, como cuando un anillo himeneal aumentado de tamaño despierta la sospecha del medico.

A estas tres posibilidades podría añadirse una cuarta: cuando no hay síntomas sugestivos de abuso, pero el clínico llega a saber que este ha ocurrido ya sea por revelación del propio paciente o de otro miembro de la familia, sin que este sea el motivo por el que el menor es traído a la consulta. (39.43)

IMPACTO PSICOLOGICO DEL ABUSO SEXUAL.

Se han diferenciado los efectos iniciales del abuso sexual infantil respecto a los efectos a largo plazo, entre los primeros destaca el miedo al daño y a la muerte, la ansiedad y la depresión, se dice que de cada cinco niños víctimas de abuso, entre uno y dos, muestran perturbaciones patológicas. A largo plazo se calcula que una quinta parte de las personas que sufrieron abuso sexual infantil exhiben patología severa tal como: conductas autodestructivas, desajustes sexuales, depresión y abuso de drogas. (4)

Considerando la diferencia de sexos, en el caso de las mujeres, se han notificado como efectos a largo plazo del abuso sexual infantil, el trastorno por estrés postraumático, la depresión, la ideación y el intento suicida, la insensibilidad emocional, trastornos psiquiátricos, dolores pélvicos crónicos, dolores de cabeza, trastornos gastrointestinales, disfunciones sexuales, dependencia al alcohol o a las drogas. Por otra parte, entre los hombre, se han encontrado la ansiedad fóbica, la depresión, y la obsesión - compulsión, así como baja auto estima, ideación e intento de suicidio. (4,34)

INDICADORES CONDUCTUALES GENERALES DE ABUSO SEXUAL INFANTIL.

Existen tres patrones conductuales generales que pueden considerarse "bandera roja", indicando la posibilidad de que exista abuso sexual infantil. El primero de ellos consiste en comportamientos de exceso de obediencia en presencia de otras personas, este se produce cuando el niño intenta decir o hacer lo que cree que los otros esperan o les gustaría. Es como si el niño no tuviera individualidad. Este exceso de obediencia es, a menudo, la forma que tiene el niño de obtener aprobación y aceptación.

Otro indicador es lo contrario de la obediencia excesiva. Algunas víctimas de abuso sexual presentan una conducta significativamente inadecuada y especialmente odiosa. Rechaza cooperar con las normas y expectativas sociales. Puede producir continuamente problemas en su casa o en la escuela y son llevados al médico debido a su conducta. Con frecuencia no establecen relaciones con sus compañeros. Su comportamiento es la forma que tienen de intentar protegerse de si mismo y de sus familias.

Un tercer indicador conductual es la pseudomadurez. Miran hablan y actúan como si fueran mayores de edad cronológica. A menudo estos niños han tenido que asumir responsabilidades adultas, como ocuparse de hermanos mas pequeños o realizar tareas caseras intensas y excesivas. Su aspecto puede ser sofisticado como resultado de esta responsabilidad inadecuada para la edad, aunque interiormente se sienten asustados, solos e infelices, con bajos niveles de autoestima.

INDICADORES EN LA EDAD PREESCOLAR.

Los niños que han sufrido abuso sexual responden al traumatismo del abuso a través de una serie limitada de mecanismos. Presentan conductas depresivas, como retracción; conductas de ansiedad, como llanto excesivo; conductas de dependencia anómala, como el aferramiento excesivo a alguien. Cualquier forma de conducta inadecuada para la edad del niño y que no tiene ninguna otra explicación médica o conductual, puede ser indicativa de abuso sexual y justifica su investigación.

INDICADORES EN LA EDAD ESCOLAR.

En los niños en edad escolar, puede indicar la presencia de abuso sexual las conductas inadecuadas para la edad, especialmente las conductas sexuales, los trastornos afectivos de grado moderado o intenso, o bien los problemas en la relación con los compañeros.

Entre los posibles indicadores conductuales de abuso sexual en los niños con edades entre cinco y 12 años se incluyen:

- *Problemas escolares, incluyendo fobias escolares, ausencias frecuentes, modificaciones importantes en el rendimiento escolar.*
- *Abundantes temas de violencia en los dibujos o trabajos escolares.*
- *Alejamientos de los compañeros.*
- *Desarrollo de relaciones de amistad inadecuadas para la edad, especialmente con niños más pequeños que pueden ser controlados.*
- *Distorsión de la imagen corporal y problemas relacionados.*
- *Conocimientos sexuales avanzados.*
- *Cambios excesivos del humor.*
- *Expresión inadecuada de rabia o angustia extrema.*

- *Depresión e ideas o intentos de suicidio.*
- *Inicio súbito de eneuresis.*
- *Trastornos alimentarios.*
- *Comportamiento sexualmente manifiesto hacia los adultos.*
- *Simulación de actividad sexual sofisticada con niños mas pequeños.*

Como se menciona, uno de los trastornos que presenta el niño sometido a abuso sexual, es la depresión. A continuación se mencionan los síntomas comunes de los trastornos depresivos a nivel pediátrico.

Cambios del humor (estado de animo).

- *Sentimientos de tristeza.*
- *Perdida del placer en las actividades.*
- *Irritabilidad.*

Cambios de la conducta.

- *Cambios en la personalidad.*
- *Cambios en el rendimiento escolar.*
- *Perdida del interés por las actividades que antes disfrutaba.*
- *Alteraciones del funcionamiento en las tareas diarias.*
- *Propensión al llanto.*

Cambios en las relaciones.

- *Evitación social de las relaciones antes apreciadas.*
- *Apartamiento y aislamiento social.*
- *Irritabilidad y agresividad notables hacia los amigos antes apreciados.*

Cambios en el pensamiento.

- *Poco amor propio.*
- *Pensamiento autocrítico y autodespreciativo.*
- *Preocupación por la muerte, ideas suicidas*
- *Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse.*
- *Esperanzas negativas en relación con el futuro.*
- *Sentimientos de desesperanza.*
- *Absorción en si mismo.*

Cambios en el funcionamiento corporal.

- *Cambios del apetito y el peso.*
- *Cambios en el modelo de sueño*
- *Cambios en la actividad psicomotriz.*
- *Quejas somáticas.*

Esta evaluación se considera como positiva cuando el niño presenta cinco o más síntomas por un periodo de dos semanas. (3,39,46)

FACTORES SOCIALES

Existe una serie acumulativa de riesgos de violencia familiar y del abuso sexual infantil. Se trata de un iceberg, signo revelador de un malestar mucho más profundo de la familia de la sociedad en general. Los niños constituyen las principales víctimas de una cierta degradación del entorno social. La banalización del divorcio y las luchas mortíferas que conlleva casi siempre, el desempleo, la pobreza, la marginalidad, la promiscuidad, así como la corrección y el uso de drogas, general inestabilidad en el grupo familiar.

La sociedad actual esta marcada por el consumismo y la búsqueda inmediata y fácil de placer, por la precariedad del empleo u la inestabilidad conyugal. El sentido de la existencia, de su apertura trascendente así como los valores de solidaridad, de responsabilidad o de compromiso, se han vuelto opacos, cuestionables, olvidados.

A nivel internacional, la división entre países pobres y países ricos favorece actualmente el comercio sexual infantil el cual se traduce mediante el turismo sexual del cual son víctimas miles de niños del Tercer Mundo.(46)

El abuso sexual se presenta en todas las clases sociales probablemente con predominio de las clase baja, situación que favorece el hacinamiento, donde las familias tienen un contacto mas limitado con el mundo exterior, con mala definición de roles y en el que predominan los conflictos maritales. En la clase sociales media y alta se ha descrito un elevado porcentaje de incesto entre hermano- hermana, a diferencia de las clases bajas en donde predomina el aprovechamiento sexual padre - hija.

Cualquier menor de edad es víctima potencial de abuso sexual, independientemente del sexo o edad que presente, aunque es mas frecuente en mujeres y las edades mas afectadas son la preescolar y escolar.

En México se desconoce con exactitud la magnitud real del problema, ya que la mayoría de los casos no se informan a las autoridades debido a un diagnostico incorrecto o porque se oculta el problema al considerar que no tiene solución.

Se han realizado estudios referentes a las características generales de las familias , de estos niño sometidos a abuso sexual, se encontró la existencia de un gran porcentaje de familias disfuncionales o desintegradas, se destaco el hecho de que los niños vivían con padres que se habían unido o casado por segunda vez., además se observo la existencia de un antecedente de abuso sexual, siendo afectada principalmente la madre.(16,20)

DINAMICA FAMILIAR DEL ABUSO SEXUAL.

En el sistema familiar existe una amplia gama de interacciones y conductas que comunican sentimientos. La familia es le sistema interaccional mas significativo de las personas y como generadora de procesos de pertenencia e individuación no esta ajena a los desacuerdos y a las crisis.

Los sistemas familiares se desarrollan como organismos autónomos y dependientes, al igual que sus miembros. En este desarrollo van creando su propia identidad dependiendo de los

comportamientos de sus integrantes y de las demandas mutuas, dependiendo de las alternativas y opciones que tengan para resolver posibles problemas.

Entre menos alternativas de interacción, es mas propenso a la frustración y a la tentación de imponer la fuerza frente al conflicto. Una vez que ocurre un acto violento surge como una forma de interacción producto de la simplicidad del sistema familiar, que al no contar con mayores alternativas y posibilidades de enfrentarse a las crisis recurre a una relación abusiva. (33).

La mayor parte de casos de abuso sexual infantil se producen dentro de la unidad familiar. El abuso sexual infantil Intrafamiliar no es algo que ocurra de forma inesperada y súbita; es el resultado de generaciones de disfunción, y representa un sistema disfuncional actual.

El abuso sexual familiar se enseña a los niños por parte de los padres como lo "normal" en las familias. Dentro de una unidad familiar individual, constituye habitualmente solo una forma de otros muchos problemas (incluso abuso y dependencia de sustancias químicas, maltrato físico). Una vez que se inicia el abuso sexual en la familia, se desarrolla un nuevo grupo de interacciones familiares que perpetúan el abuso complican las ya problemáticas relaciones familiares. Las familias en las que se produce abuso sexual, al igual que otros sistemas familiares disfuncionales, actúan a través de la negación. Existe una presión intensa y no verbalizada dentro de estas familias para actuar (tanto dentro como fuera de la familia) como si "todo fuera correcto". El resultado es que los miembros de la familia actúan con secretismo confusión.

El abuso sexual Intrafamiliar se produce en todos los niveles socioeconómicos y en todas las localizaciones geográficas. Afecta todos los grupos religiosos y étnicos y se produce tanto entre

distintas generaciones como en la misma generación. Se ha reportado que el abusador en la mayoría de las veces es el padrastro (16,39).

Estudios realizados demuestran que existe un predominio de la clase baja, situación que favorece el hacinamiento, donde las familias tienen un contacto mas limitado con el mundo exterior, con mala definición de roles y en el que predominan los conflictos maritales. (46)

Existen patrones conductuales de las familias en las que se produce abuso sexual o que presentan un riesgo de abuso sexual, estos patrones son los siguientes

- Aislamiento geográfico y social: la familia tiende a resguardarse viviendo en una zona remota, o bien limitando de forma importante sus interacciones sociales; de esta forma se protege el secreto del abuso.*
- Desconfianza extrema de los extraños.*
- Patrones disfuncionales de comunicación, incluyendo secretos, comunicación indirecta, comunicación con la pareja a través de los niños.*
- Desequilibrio en el poder de los padres, de manera que el padre es muy autoritario.*
- Enredos; proximidad insana entre los familiares, no se permite la individualidad ni las diferencias y los miembros de las familias hablan continuamente unos de otros.*
- Inversión de papeles: la fuerte dependencia de los padres requiere la fuerza de los niños para solucionar las necesidades de los adultos. Los niños actúan como padres y los padres como niños.*

- *Familia basada en la vergüenza en la que los errores son contemplados como catastróficos e indicativos de una indignidad básica.*
 - *Dependencia de sustancias químicas.*
 - *Otras formas de violencia en las relaciones, incluyendo abuso del cónyuge, abuso infantil y abandono.*
 - *Problemas conyugales , incluyendo disyunción sexual.*
- Antecedentes previos de abuso sexual. (39)*

ASPECTOS INSTITUCIONAL.

Es evidente que el fenómeno del maltrato al menor ha despertado, un enorme interés en todo el mundo y aunque es mas marcado en los países que constituyen el llamado "primer mundo", es indudable que también se ha observado en los que se encuentran en "vías de desarrollo".

En México podemos señalar que el fenómeno de concientización hacia la comunidad medica y no medica ha permitido la aparición de diversas instituciones en donde se atiende el problema. Las que dependen del Gobierno Federal y las que son de carácter privado conforman, en nuestro país, el marco de referencia de este problema. Baste mencionar a dos Institutos como son el Instituto Nacional de Pediatría (INP) y el Instituto de Salud Mental, DIF, que son sitios en donde el fenómeno de maltrato al menor es atendido integralmente, así como el Centro de Atención a la Violencia Intrafamiliar de la Procuraduría General Judicial del Distrito Federal (PGJDF), permiten

señalar el interés del Gobierno Federal para captar y manejar este problemática humana.

Por otro lado, han aparecido diversas instituciones privadas que están interesadas en el manejo de estos niños quedando ejemplificadas por el Centro Mexicano para los Derechos de la Infancia (CEMEDIN), la Fundación para la Protección de la Niñez A.C., Padres Afectivos A.C., etc.

Para poder analizar el problema en toda su dimensión es necesario recordar algunos aspectos que son prácticamente universales.

- 1. Se requiere de una triadas constituida por el agresor, el menor agredido y el detonador.*
- 2. Se ha sugerido que se trata de una enfermedad del adulto que encuentra su expresión en el niño.*
- 3. Frecuentemente el agresor fue maltratado cuando fue menor. El patrón de conducta tiende a repetirse. Parece ser una forma de conducta aprendida y de la cual el agresor difícilmente se desprende, porque no se da cuenta.*

Hablando de la ética que debe existir en la atención integral de esta problemática, es necesario analizar los grandes grupos humanos que están involucrados en su manejo.

- 1. Grupo de medico y paramédico. De su concientización, independientemente de la especialidad o subespecialidad que practiquen.*
- 2. Estado. Si consideramos la enorme frecuencia del problema y la gran cantidad de profesionales que en un momento dado están involucrados en la atención de estos niños, es necesario que el Estado participe activamente no solo en el tratamiento sino, probablemente en la prevención.*

Sociedad. Es evidente la necesidad de que toda la sociedad participe, de una u otra forma, en la atención integral de esta condición (31)

TRATAMIENTO DEL ABUSO SEXUAL

El tratamiento del abuso infantil, tanto físico como sexual, requiere que el médico tenga muy presente que el abuso influye física, emocional y socialmente sobre el niño. Estos efectos deben quedar reflejados en los objetivos del tratamiento, que incluye la atención a las lesiones físicas y enfermedades venéreas, la valoración de la posibilidad de embarazo, y la provisión de las medidas adecuadas para el tratamiento de las alteraciones de tipo emocional. El médico de asistencia primaria debe, siempre que sea posible, garantizar la seguridad futura del niño.

Aunque una de las prioridades máximas del médico es la de garantizar la seguridad del nido, es importante que su aproximación a la familia se realice sin emitir juicios presentándose como un abogado tanto del niño como de la familia. El mantenimiento de este tipo de relaciones permite al médico actuar como un mecanismo de apoyo y como fuente de información.

Las lesiones físicas secundarias al abuso suelen ser similares a las que se producen por otras causas. En ciertos casos, puede ser tan características de abuso sexual o físico que permiten realizar el diagnóstico. Se han establecido métodos convencionales de tratamiento que son bien conocidos por aquellos profesionales que atienden a los niños. En el caso de abuso sexual infantil se deben m

modificar los regímenes antibióticos convencionales, en relación con las enfermedades de transmisión sexual en niños menores de ocho años (uso de cefalosporinas e imidazol).

Aunque como resultado del abuso se puede producir el fallecimiento y la incapacidad física permanente de la víctima, en la mayor parte de los casos las lesiones que sufre el niño se reflejan en su desarrollo como ser humano. El medico puede actuar como puente entre la comunidad medica que atiende al niño que ha sufrido el abuso y a su familia, y el resto de la comunidad en la que se pueden resolver los aspectos psicológicos y sociológicos del niño que ha sufrido el abuso.

Es importante que el medico de asistencia primaria influya sobre el pronostico del paciente indicando las referencias adecuadas y resolviendo algunos de los problemas que se señalan a continuación:

- Se debe exponer las alteraciones de carácter físico ente el paciente o su familia, según sea adecuado. Se debe tranquilizar a los pacientes en el sentido de que las lesiones permanentes han sido mínimas.*
- Es adecuado comentar con el paciente y su familia el hecho de que el abuso puede dar lugar a alteraciones emocionales, conductuales y físicas cuyo alcance dependerá del nivel de desarrollo de la propia víctima. Se debe referir a la víctima y a su familia a diversos terapeutas que deben compartir objetivos congruentes.*

** El medico puede ser útil para signar las responsabilidades de forma correcta. Esta asignación es necesaria en los casos para los niños que piensan que son responsables del abuso. Los niños*

deben saber que el abuso físico sexual que han sufrido no es culpa suya.

Las cuestiones terapéuticas dependerán en gran medida de la reacción individual frente al abuso, que su vez esta influida por las características genéticas, la respuesta de las personas del medio de la víctima frente al abuso, las formas y origen del abuso, la edad de la víctima, la duración del abuso, el numero de situaciones previas de abuso y la personalidad de la víctima. El trabajo terapéutico que se afecta en casos de abuso es similar al que se efectúa en casos de aflicción. Únicamente trabajando estas cuestiones podemos reducir los síntomas psicológicos y somático, el riesgo de alcoholismo y drogadicción, y el riesgo de volver a padecer abuso o ser sometida a abuso por otros.

Los problemas que deben ser solucionados como la cólera y la rabia, la tristeza, la disminución del nivel de autoestima, el miedo, los sentimientos de ser diferente de otras personas, la depresión , la falta de confianza, la ansiedad, los sentimientos de impotencia, la desesperanza y las distorsiones intelectuales o cognoscitivas producidas por el abuso. Una vez que se atienden estas cuestiones, disminuyen los efectos del abuso. (27)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

¿Cómo se encuentran asociados los factores familiares de tipo funcional y socioeconómicos para que se presente abuso sexual, en niños susceptibles a este fenómeno adscritos a la consulta externa de la UMF 20 IMSS?

HIPÓTESIS DE TRABAJO.

Hi : La funcionalidad familiar y el nivel socioeconómicos influyen para que se presente abuso sexual en niños de 3 a 12 años adscritos a la consulta externa de la UMF 20.

Ho. La funcionalidad familiar y el nivel socioeconómico no influyen en la presencia de abuso sexual en niños de 3 a 12 años adscritos a la consulta externa de la UMF 20.

MATERIAL Y METODOS.

Se realizo un estudio, retrospectivo parcial, descriptivo, transversal, observacional, en un total de 130 niños , con edades entre los 3 y 12 años, adscritos a la consulta externa de la U.M.F.20 de ambos turnos, que fueron elegidos al azar en forma aleatoria en el periodo comprendido del 1 al 31 de enero del 2000

CRITERIOS DE INCLUSION:

- *Derechohabientes del I.M.S.S.*
- *Ambos sexos.*
- *Adscritos a la U.M.F. 20*
- *Entre los 3 y 12 años de edad.*
- *Acepten participar en el estudio.*
- *Ambos turnos.*

CRITERIOS DE EXCLUSION:

- *No derechohabientes.*
- *Menores de 3 años o mayores de 12 años.*
- *No acepten participar en el estudio.*

CRITERIOS DE ELIMINACION.

- *Que no respondan o llenen adecuadamente el cuestionario.*

SISTEMA DE MUESTREO.

Se tomo un grupo de pacientes que acudieron a la UMF 20 dentro del periodo establecido del 1 al 31 de enero del 2001.

Por medio del azar simple se obtuvo una muestra no probabilística que cubría los criterios de inclusión, posteriormente, se aplicaron cinco instrumentos para recolección y clasificación de datos en forma indirecta (madre o padre).

En el primero contenía la ficha de identificación, etapa de ciclo familiar, tipología familiar e índice de nivel socioeconómico el cual clasificaba a la familia con un índice de 0-1 como nivel socioeconómico bajo; con un índice de dos como nivel socioeconómico medio bajo; con un índice de tres se clasifico como nivel socioeconómico medio alto y con un índice mayor de tres se clasifico como nivel socioeconómico alto.

El segundo consistió en el FACES III modificado, el cual se les proporciono para que lo contestaran en forma privada, en este se evaluó funcionalidad familiar según cohesión y adaptabilidad, clasificandola como, familia funcional, de mediana funcionalidad y de menor funcionalidad .

El tercer cuestionario consistió en un perfil de riesgo para abuso sexual, que contenía ocho ítems a los cuales se dio diferente puntuación utilizando la escala de Likert, clasificándolos como: Sin riesgo los que tenían hasta 10 puntos, con bajo riesgo de 11 a 20 puntos, y alto riesgo de 21 a 30 puntos. Además se realizo un cuestionario, donde se exploraron los indicadores conductuales para abuso sexual, considerando de 0 a 2 reactivos afirmativos = sin

abuso sexual; de 3 a 4 reactivos afirmativos = probable abuso; mas de 5 reactivos afirmativos = abuso sexual. (ver anexos)

Para el análisis estadístico se utilizo la prueba de chi cuadrada, que encuentra la significancia estadística de dos variables correlacionadas.

PRESENTACION DE RESULTADOS.

La muestra consistió en un total de 130 niños entre los 3 y 12 años susceptibles a abuso sexual adscritos a la consulta externa de la UMF 20, de los cuales 57 fueron de sexo masculino correspondiendo al 44% y 73 de sexo femenino correspondiendo al 56%. (vid. Infra tabla y gráfica 1)

Según edad, se encontró de 3 años un total de 19 niños que correspondieron al 15%, de 4 años un total de 16 niños que correspondieron al 12 %, de 5 años 14 niños que correspondieron al 11%, de 6 años 9 niños que correspondieron al 7%, de 7 años 12 niños que correspondieron al 9%, de 8 años 11 niños que correspondieron al 8%, de 9 años 15 niños que correspondieron al 12%, de 10 años 12 niños que correspondieron al 9%, de 11 años 12 niños que correspondieron al 9%, y de 12 años 10 niños que correspondieron al 7.6%. Con una media de 7.1 años, una moda de 3, una mediana de 7 y desviación standard de 2.9. (vid. Infra tabla 2 y gráfica 2).

Según grado escolar se encontró que el 13% (n=17) no acudían a la escuela, el 28% (n=36) acudían a preescolar, el 54% (n=70) acudían a la primaria, y el 5% (n=7) acudían a primer año de secundaria. (vid. Infra tabla y gráfica 3).

Se observo que la tipología familiar se distribuyo de la siguiente manera:

- Por su desarrollo; el 26% (n=34) fue moderna, el 74% (n=96) fue tradicional, no encontrando ninguna familia arcaica. (vid. Infra tabla y gráfica 4)*

- Por su área geográfica; el 100% (n=130) se encontró ubicada en zona urbana. (vid. Infra tabla y grafica5)
- Por su integración; el 80% (n=104) fue integrada, el 11% (n=14) semiintegrada y el 9% (n=12) desintegrada. (vid. Infra tabla y gráfica 6)
- Por su estructura; el 73% (n=95) fue nuclear, el 26% (n=34) fue extensa y el 1% (n=1) fue extensa compuesta. (vid. Infra tabla y gráfica 7)

Las familias se encontraron en diferentes etapas de ciclo familiar, su distribución fue de la siguiente manera: El 3%(n=4) se encontró en etapa de expansión, el 88% (n=114) en etapa de dispersión, y el 9% (n=12) en etapa de independencia. (vid. infra tabla y gráfica 8)

Por su nivel socioeconómico, el 5% (n=6) fue alto, el 43% (n=57) fue medio alto, el 26% (n=36) fue medio bajo y el 24% (n=31) fue de nivel bajo. (vid. Infra tabla y gráfica 9)

En relación a funcionalidad , el 17% (n=22) fue funcional, el 50% (n=65) de mediana funcionalidad y el 33% (n=43) de menor funcionalidad. (vid. Infra tabla y gráfica 10)

Según el perfil de riesgo se encontró que el 38% (n=49) sin riesgo, el 57% (n=75) con bajo riesgo y el 5%(n=6) de alto riesgo. (vid. Infra tabla y gráfica 11)

Los indicadores para abuso sexual, el 96% (n=125) sin abuso sexual, el 1.5% (n=2) con probable abuso y el 2.5% (n=3) con abuso sexual. (vid. Infra tabla y gráfica 12)

En relación al perfil de riesgo con el desarrollo familiar, se encontraron los siguientes resultados:

- De los niños sin riesgo para abuso sexual, el 29 % (n=37) correspondió a familia tradicional y el 9% (n=12) a familia moderna.
- De los niños con bajo riesgo para abuso sexual el 42% (n=55) pertenecían a familia tradicional y el 15% (n=20) a familia moderna.
- De los niños con alto riesgo para abuso sexual, el 3% (n=4) pertenecieron a familia tradicional y el 2% (n=2) a familia moderna. (vid. *Infra tabla y gráfica 13*)

En relación al perfil de riesgo para abuso sexual y la integración familiar se encontraron los siguientes resultados:

- De los niños sin riesgo, el 29% (n=37) perteneció a familias integradas, el 4% (n=5) a familias semiintegradas y el 5% (n=7) a familias desintegradas.
- De los niños con bajo riesgo, el 49% (n=64) perteneció a familias integradas, el 5% (n=7) a familias semiintegrada y el 3% (n=4) a familias desintegradas.
- De los niños con alto riesgo, el 2.3% (n=3) perteneció a familias integradas, el 2% (n=2) a familias semiintegradas, el 1%(n=1) a familias desintegradas. (*vid. Infra tabla y gráfica 14*)

En relación al perfil de riesgo y estructura familiar se encontraron los siguientes resultados:

- De los niños sin riesgo, el 27% (n=35) perteneció a familia nuclear, el 10% (n=13) a familia extensa y el 1% (n=1) a familia extensa compuesta.

- De los niños con bajo riesgo, el 43% (n=56) perteneció a familia nuclear, el 15% (n=19) a familia extensa, no se encontró familia extensa compuesta.
- De los niños con alto riesgo, el 3% (n=4) perteneció a familia nuclear, el 2% (n=2) a familia extensa, no se encontró familia extensa compuesta. (vid. Infra tabla y gráfica 15)

En relación al perfil de riesgo y nivel socioeconómico, se encontraron los siguientes resultados:

- De los niños sin riesgo, el 2.3% (n=3) pertenecieron a medio socioeconómico alto, el 27% (n=35) a medio alto, el 5% (n=6) a medio bajo y el 4% (n=5) a bajo.
- De los niños con riesgo bajo, el 2.3% (n=3) pertenecieron a medio socioeconómico alto, el 16% (n=21) a medio alto, el 22% (n=29) a medio bajo y el 17% (n=22) a bajo.
- De los niños con riesgo alto, el 1% (n=1) pertenecieron a nivel socioeconómico medio alto, el 1% (n=1) a medio bajo y el 3% (n=4) a bajo. (vid. Infra tabla y gráfica 16).

En relación a perfil de riesgo y funcionalidad familiar, se encontraron los siguientes resultados:

- De los niños sin riesgo, el 7% (n=9) fue funcional, el 23% (n=30) con mediana funcionalidad y el 8% (n=10) con menor funcionalidad.
- De los niños con riesgo bajo, el 10% (n=13) fue funcional, el 25% (n=33) de mediana funcionalidad y el 22% (n=29) de menor funcionalidad.
- De los niños con alto riesgo, el 2% (n=2) fue de mediana funcionalidad y el 3% (n=4) de menor funcionalidad. (vid. Infra tabla y gráfica 17).

Se encontró que de los 49 niños sin riesgo para abuso sexual el 57% (n=28) presentaron padre con alcoholismo, de los 75 niños con bajo riesgo el 47% (n=35) presentaron padre con alcoholismo y de los seis niños con alto riesgo el 83% (n=5) presentaron padre con alcoholismo. (vid. Infra tabla y gráfica 18)

En relación a la presencia de violencia Intrafamiliar se encontró que en los niños sin riesgo no existió, en los de bajo riesgo se observó en un 12% (n=9) y en los de alto riesgo ocupó un 83% (n=5). (vid. Infra tabla y gráfica 19)

De total de niños con alto riesgo para abuso sexual (n=6), se encontró que el 17% (n=1) no existía indicadores para abuso sexual, el 33% (n=2) tenían indicadores para pensar en probable abuso sexual y un 50% (n=3) indicó haber sufrido abuso sexual. (vid. Infra tabla y gráfica 20)

Además se encontró que en los niños sin riesgo el 2% (n=1) tenían padre no legítimo, en los de bajo riesgo el 1% (n=1) tenían padre no legítimo y en los de alto riesgo el 83% (n=5) tenían padre no legítimo.

TABLA 1.

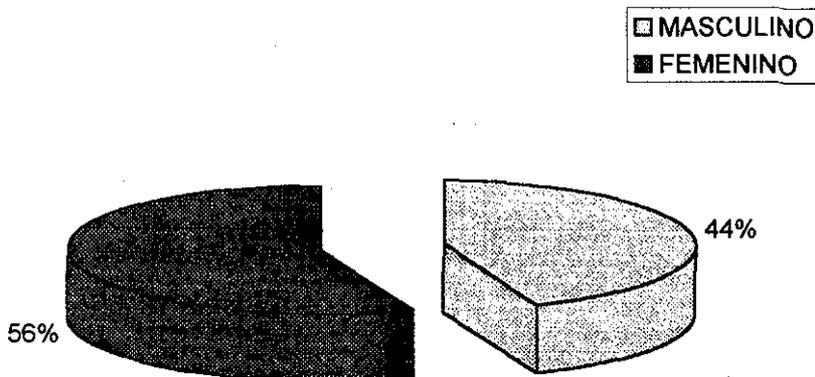
NIÑOS SUSCEPTIBLES A ABUSO SEXUAL SEGÚN SEXO
ADSCRITOS A LA CONSULTA EXTERNA DE
LA UMF 20 ENERO 2001.

SEXO	TOTAL	PORCENTAJE
MASCULINO	57	44%
FEMENINO	73	56%
TOTAL	130	100%

Fuente: Encuesta realizada a niños de 3 a 12 años adscritos a la UMF 20.

GRAFICO 1.

NIÑOS SUCEPTIBLES A ABUSO SEXUAL SEGÚN SEXO
ADSCRITOS A LA CONSULTA EXTERNA DE LA UMF 20
ENERO 2001



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TABLA 2.

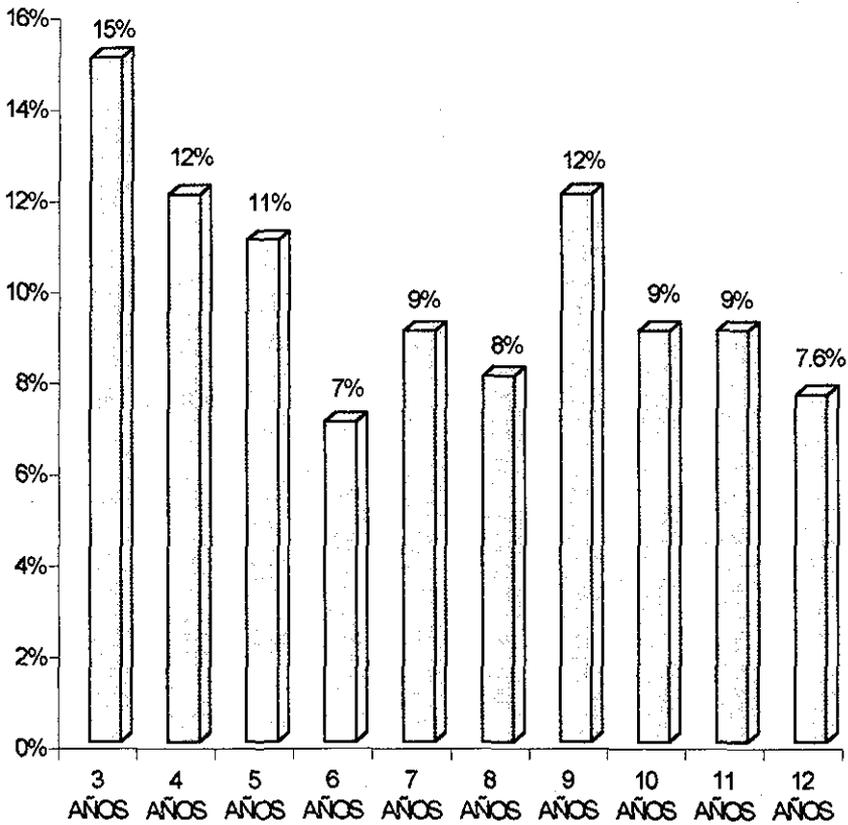
**NIÑOS SUSCEPTIBLES A ABUSO SEXUAL SEGÚN EDAD
ADSCRITOS A LA CONSULTA EXTERNA DE
LA UMF 20 ENERO 2001**

EDAD	TOTAL	PORCENTAJE
3 AÑOS	19	15%
4 AÑOS	16	12%
5 AÑOS	14	11%
6 AÑOS	9	7%
7 AÑOS	12	9%
8 AÑOS	11	8%
9 AÑOS	15	12%
10 AÑOS	12	9%
11 AÑOS	12	9%
12 AÑOS	10	8%
TOTAL	130	100%

Fuente: Encuesta realizada a niños de 3 a 12 años adscritos a la UMF 20.

GRAFICO 2

NIÑOS SUCEPTIBLES A ABUSO SEXUAL SEGUN EDAD
ADSCRITOS A LA CONSULTA EXTERNA DE LA UMF 20
ENERO 2001



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TABLA 3.

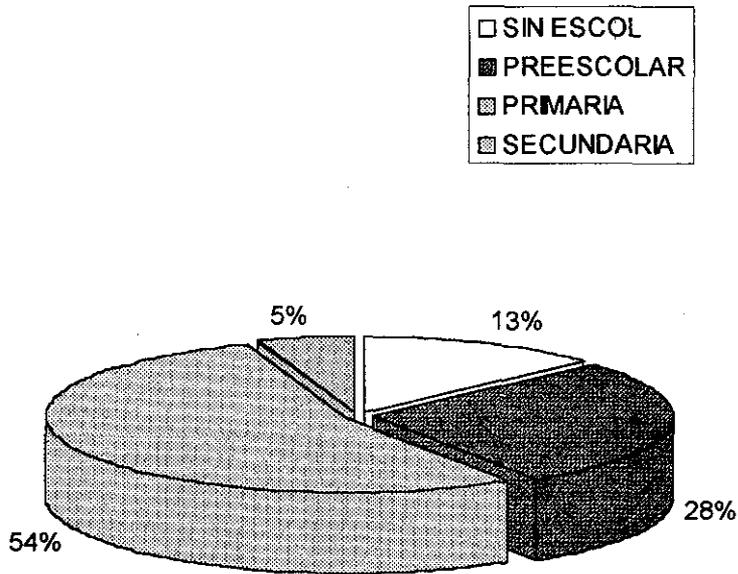
NIÑOS SUSCEPTIBLES A ABUSO SEXUAL SEGÚN ESCOLARIDAD
 ADSCRITOS A LA CONSULTA EXTERNA DE LA
 UMF 20 ENERO 2001

ESCOLARIDAD	TOTAL	PORCENTAJE
SIN ESCOLARIDAD	17	13%
PREESCOLAR	36	28%
PRIMARIA	70	54%
PRIMERO SECUNDARIA	7	5%
TOTAL	130	100%

Fuente: Encuesta realizada a niños de 3 a 12 años adscritos a la UMF 20.

GRAFICO 3.

NIÑOS SUSCEPTIBLES A ABUSO SEXUAL SEGUN GRADO ESCOLAR ADSCRITOS A LA CONSULTA EXTERNA DE LA UMF 20 ENERO 2001



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TABLA 4.

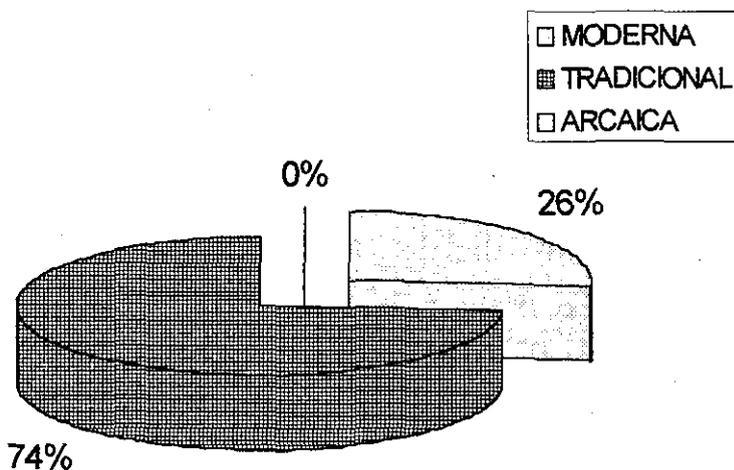
NIÑOS SUSCEPTIBLES A ABUSO SEXUAL SEGÚN
DESARROLLO FAMILIAR ADSCRITOS A LA CONSULTA
EXTERNA DE LA UMF 20

DESARROLLO FAMILIAR	TOTAL	PORCENTAJE
MODERNA	34	26%
TRADICIONAL	96	74%
ARCAICA	0	0%
TOTAL	130	100%

Fuente: Encuesta realizada a niños de 3 a 12 años adscritos a la UMF 20.

GRAFICO 4.

NIÑOS SUSCEPTIBLES A ABUSO SEXUAL SEGUN
DESARROLLO FAMILIAR ADSCRITOS A LA CONSULTA
EXTERNA DE LA UMF 20 ENERO 2001



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TABLA 5.

**NIÑOS SUSCEPTIBLES A ABUSO SEXUAL SEGÚN AREA
GEOGRAFICA ADSCRITOS A LA CONSULTA EXTERNA
DE LA UMF 20 ENERO 2001**

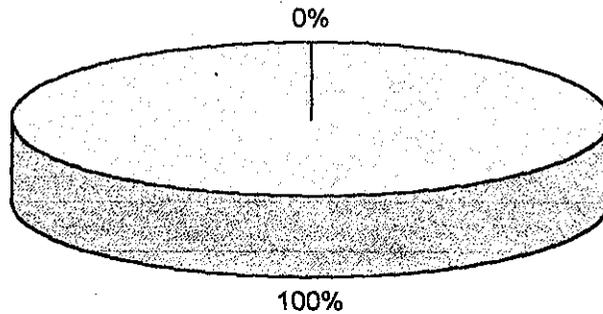
<i>AREA GEOGRÁFICA</i>	<i>TOTAL</i>	<i>PORCENTAJE</i>
<i>RURAL</i>	<i>0</i>	<i>0</i>
<i>URBANA</i>	<i>130</i>	<i>100%</i>

Fuente: Encuesta realizada a niños de 3 a 12 años adscritos a la UMF 20.

GRAFICO 5.

NIÑOS SUSCEPTIBLES DE ABUSO SEXUAL SEGUN AREA
GEOGRAFICA ADSCRITOS A LA CONSULTA EXTERNA
DE LA UMF 20 ENERO 2001

□ RURAL
□ URBANA



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TABLA 6

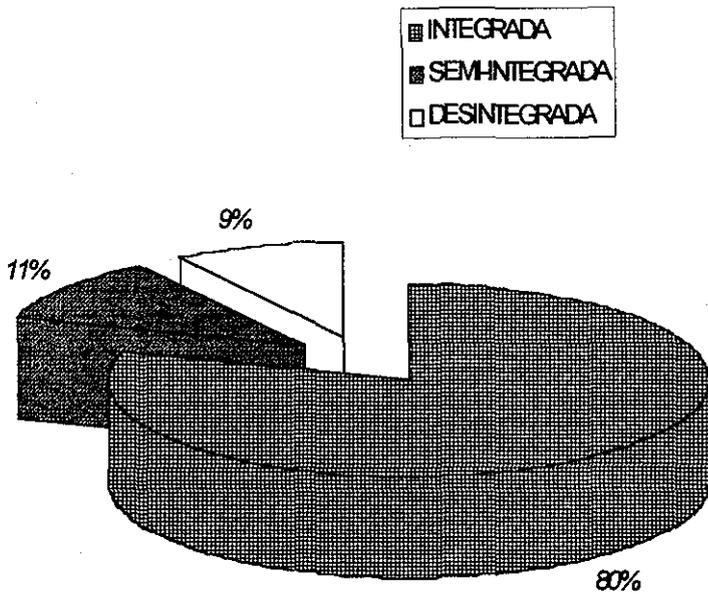
NIÑOS SUSCEPTIBLES A ABUSO SEXUAL SEGÚN INTEGRACION
FAMILIAR ADSCRITOS A LA CONSULTA EXTERNA
DE LA UMF 20 ENERO 2001.

INTEGRACION FAMILIAR	TOTAL	PORCENTAJE
INTEGRADA	104	80%
SEMIINTEGRADA	14	11%
DESINTEGRADA	12	9%
TOTAL	130	100%

Fuente: Encuesta realizada a niños de 3 a 12 años adscritos a la UMF 20.

GRAFICO 6.

NIÑOS SUSCEPTIBLES A ABUSO SEXUAL SEGUN INTEGRACION FAMILIAR
ADSCRITOS A LA CONSULTA EXTERNA DE LA UMF 20 ENERO 2001



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TABLA 7.

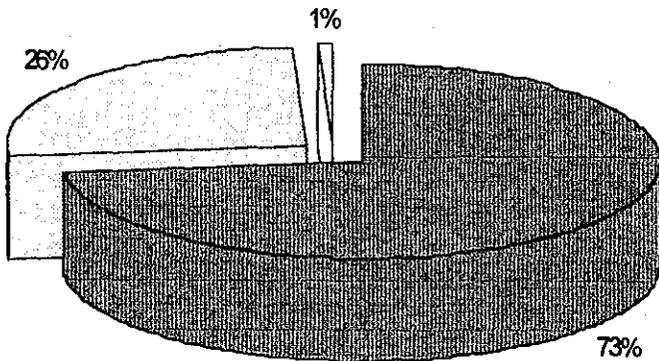
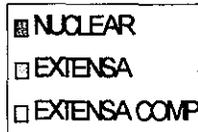
NIÑOS SUSCEPTIBLES A ABUSO SEXUAL SEGUN
COMPOSICION FAMILIAR ADSCRITOS A LA CONSULTA
EXTERNA DE LA UMF 20 ENERO 2001

COMPOSICION FAMILIAR	TOTAL	PORCENTAJE
NUCLEAR	95	73%
EXTENSA	34	26%
EXTENSA COMPUESTA	1	1%
TOTAL	130	100%

Fuente: Encuesta realizada a niños de 3 a 12 años adscritos a la UMF 20.

GRAFICO 7.

NIÑOS SUSCEPTIBLES A ABUSO SEXUAL SEGUN
COMPOSICION FAMILIAR ADSORITOS A LA CONSULTA EXTERNA DE LA UMF
20 ENERO 2001



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TABLA 8.

NIÑOS SUSCEPTIBLES A ABUSO SEXUAL SEGÚN ETAPA DE
CICLO FAMILIAR ADSCRITOS A LA CONSULTA EXTERNA
DE LA UMF 20 ENERO 2001

ETAPA DE CICLO FAMILIAR	TOTAL	PORCENTAJE
EXPANSION	4	3%
DISPERSION	114	88%
INDEPENDENCIA	12	9%
TOTAL	130	100%

Fuente: Encuesta realizada a niños de 3 a 12 años adscritos a la UMF 20.

GRAFICO 8.

NIÑOS SUCEPTIBLES A ABUSO SEXUAL SEGUN ETAPA DE CICLO FAMILIAR
ADSCRITOS A LA CONSULTA EXTERNA DE LA UMF 20 ENERO 2001

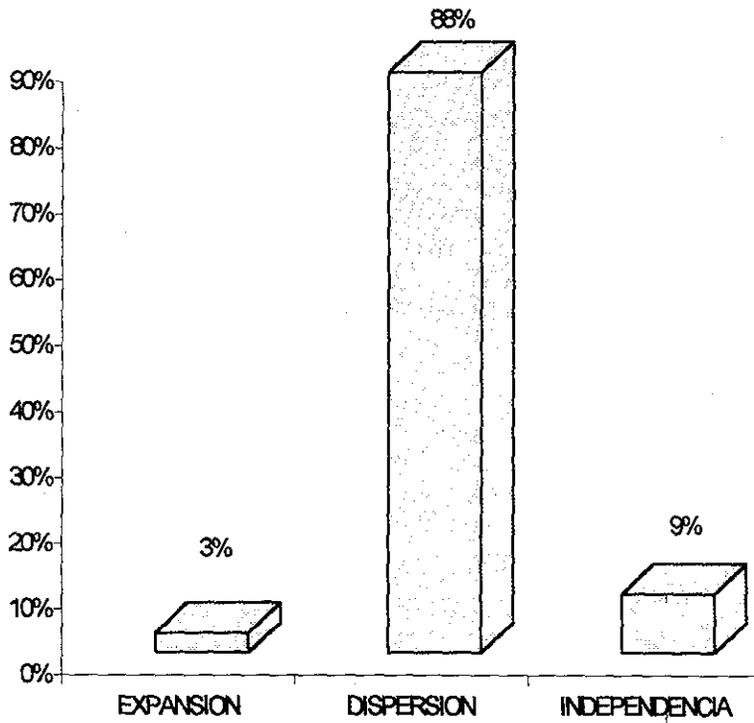


TABLA 9.

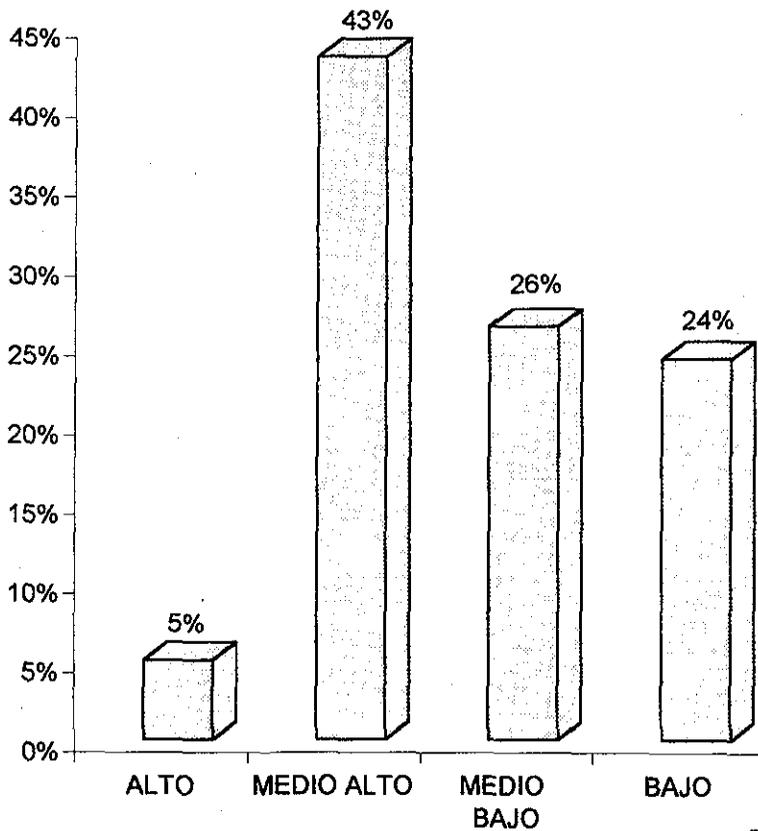
NIÑOS SUSCEPTIBLES A ABUSO SEXUAL SEGÚN NIVEL
SOCIOECONOMICO ADSCRITOS A LA CONSULTA EXTERNA
DE LA UMF 20 ENERO 2001

NIVEL SOCIOECONOMICO	TOTAL	PORCENTAJE
ALTO	6	5%
MEDIO ALTO	57	43%
MEDIO BAJO	36	26%
BAJO	31	24%
TOTAL	130	100%

Fuente: Encuesta realizada a niños de 3 a 12 años adscritos a la UMF 20.

GRAFICA 9.

NIÑOS SUCEPTIBLES A ABUSO SEXUAL SEGUN NIVEL
SOCIOECONOMICO ADSCRITOS A LA CONSULTA EXTERNA
DE LA UMF 20 ENERO 2001



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TABLA 10.

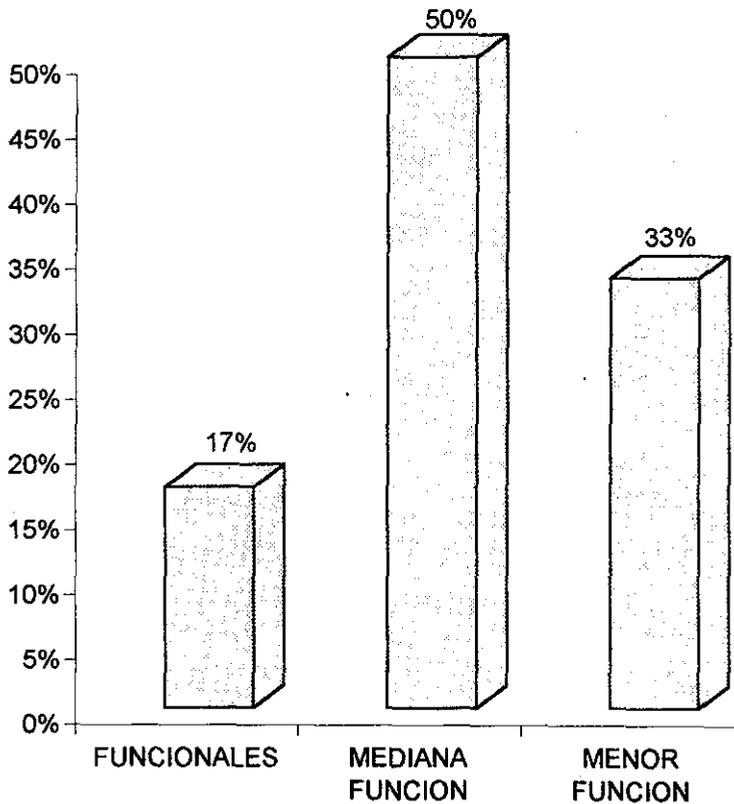
NIÑOS SUSCEPTIBLES A ABUSO SEXUAL SEGÚN FUNCIONALIDAD
FUNCIONALIDAD FAMILIAR ADSCRITOS A LA CONSULTA
EXTERNA DE LA UMF 20 ENERO 2001

<i>FUNCIONALIDAD FAMILIAR</i>	<i>TOTAL</i>	<i>PORCENTAJES</i>
<i>FUNCIONAL</i>	<i>22</i>	<i>17%</i>
<i>MEDIANA FUNCIONALIDAD</i>	<i>65</i>	<i>50%</i>
<i>MENOR FUNCIONALIDAD</i>	<i>43</i>	<i>33%</i>
<i>TOTAL</i>	<i>130</i>	<i>100%</i>

Fuente: Encuesta realizada a niños de 3 a 12 años adscritos a la UMF 20.

GRAFICA 10.

NIÑOS SUSCEPTIBLES A ABUSO SEXUAL SEGUN
FUNCIONALIDAD FAMILIAR ADSCRITOS A LA CONSULTA
EXTERNA UMF 20 ENERO 2001



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TABLA 11.

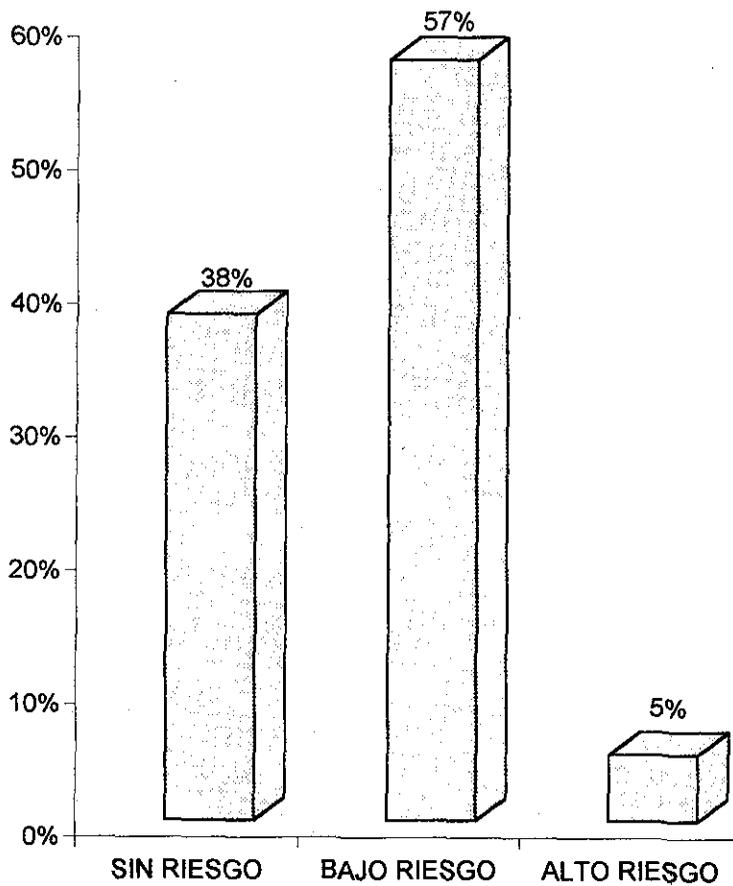
NIÑOS SUSCEPTIBLES A ABUSO SEXUAL SEGÚN PERFIL
DE RIESGO ADSCRITOS A LA CONSULTA
EXTERNA DE LA UMF 20 ENERO 2001

PERFIL DE RIESGO	TOTAL	PORCENTAJE
SIN RIESGO	49	38%
BAJO RIESGO	75	57%
ALTO RIESGO	6	5%
TOTAL	130	100%

Fuente: Encuesta realizada a niños de 3 a 12 años adscritos a la UMF 20.

GRAFICO 11.

NIÑOS SUSCEPTIBLES A ABUSO SEXUAL SEGUN
PERFIL DE RIESGO ADSCRITOS A LA CONSULTA EXTERNA
DE LA UMF 20 ENERO 2001



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TABLA 12.

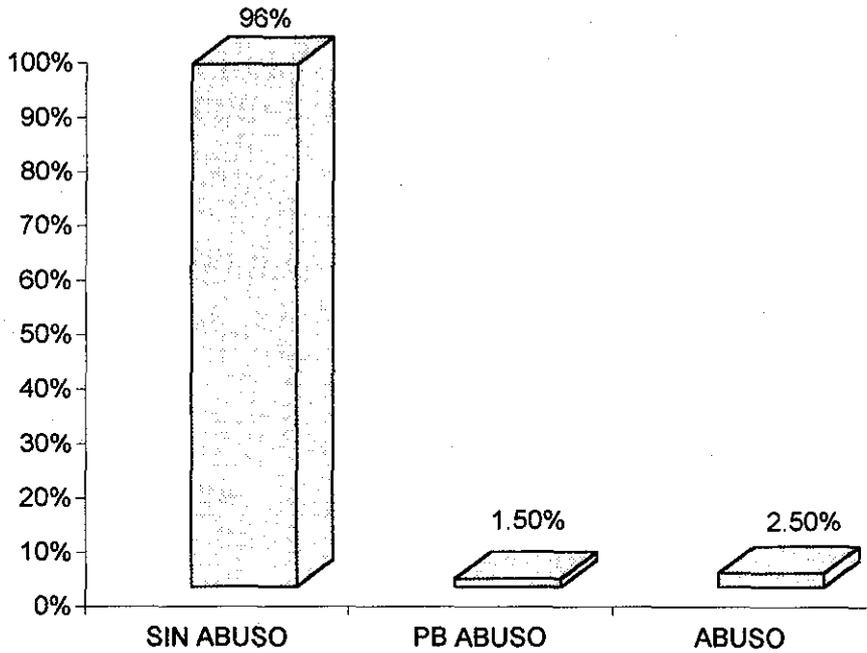
NIÑOS SUSCEPTIBLES A ABUSO SEXUAL SEGÚN INDICADORES
ADSCRITOS A LA CONSULTA EXTERNA DE LA UMF 20
ENERO 2001

INDICADORES DE ABUSO	TOTAL	PORCENTAJE
SIN ABUSO	125	96%
PROBABLE ABUSO	2	1.5%
ABUSO	3	2.5%
TOTAL	130	100%

Fuente: Encuesta realizada a niños de 3 a 12 años adscritos a la UMF 20.

GRAFICO 12

NIÑOS SUSCEPTIBLES A ABUSO SEXUAL SEGUN
INDICADORES ADSCRITOS A LA CONSULTA EXTERNA
DE LA UMF 20 ENERO 2001



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TABLA 13.

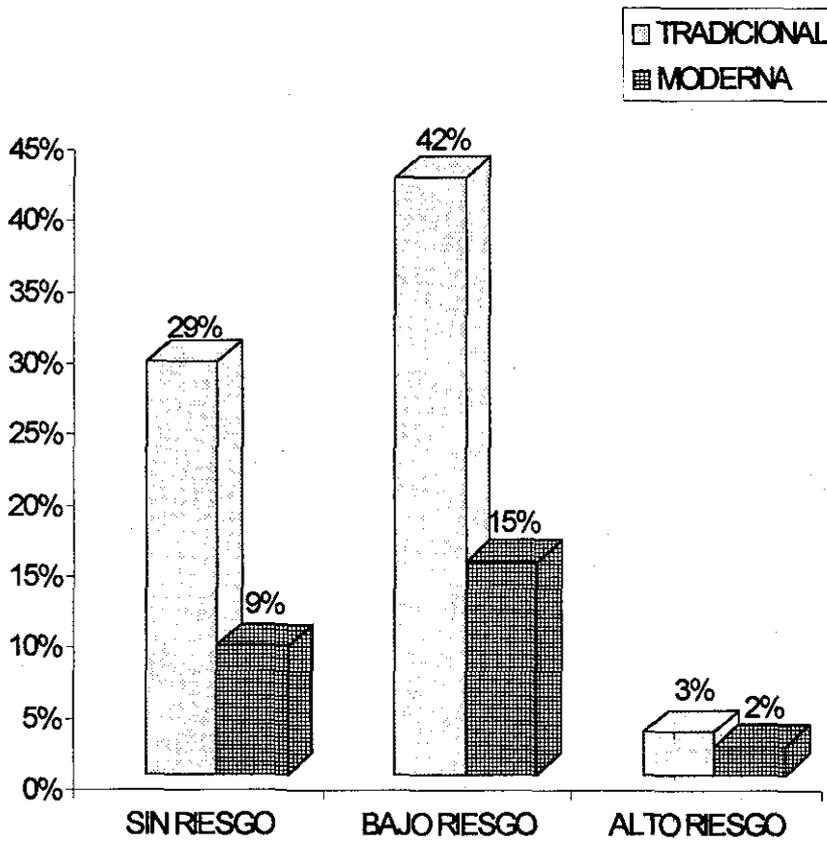
NIÑOS SUSCEPTIBLE A ABUSO SEXUAL SEGÚN RIESGO Y
DESARROLLO FAMILIAR ADSCRITOS A LA CONSULTA
EXTERNA DE LA UMF 20 ENERO 2001

DESARROLLO FAMILIAR						
PERFIL DE RIESGO	TRADICIONAL	%	MODERNA	%	TOTAL	%
SIN RIESGO	37	29%	12	9%	49	38%
BAJO RIESGO	55	42%	20	15%	75	57%
ALTO RIESGO	4	3%	2	2%	6	5%
TOTAL	96	74%	34	26%	130	100%

Fuente: Encuesta realizada a niños de 3 a 12 años adscritos a la UMF 20.

GRAFICO 13

NIÑOS SUSCEPTIBLES A ABUSO SEXUAL SEGUN RIESGO Y
DESARROLLO FAMILIAR ADSCRITOS A LA CONSULTA
EXTERNA DE LA UMF 20 ENERO 2001



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TABLA 14.

NIÑOS SUSCEPTIBLES A ABUSO SEXUAL SEGÚN RIESGO E
INTEGRACION FAMILIAR ADSCRITOS A LA CONSULTA
EXTERNA DE LA UMF 20 ENERO 2001

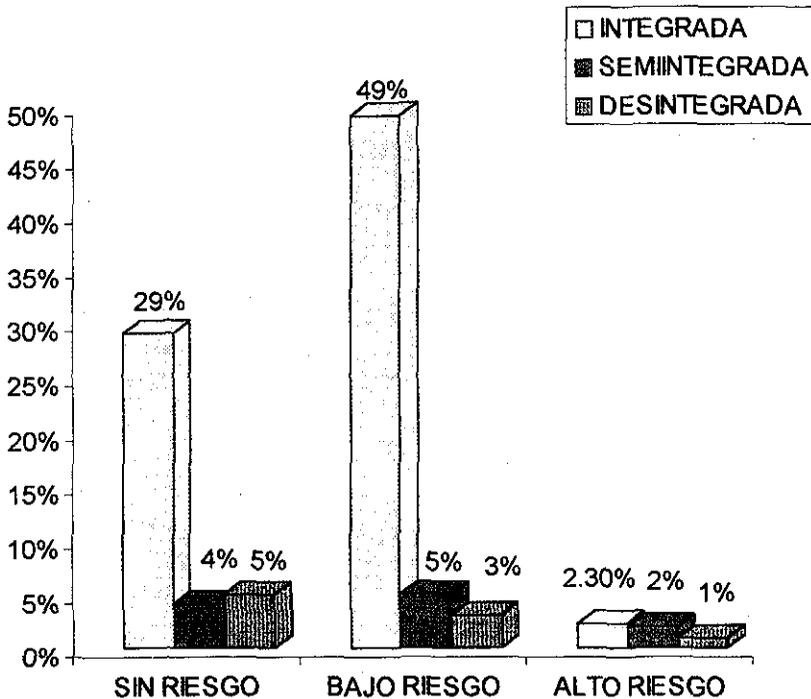
INTEGRACION FAMILIAR

PERFIL DE RIESGO	INTEGRA DA	%	SEMIINTE GRADA	%	DESINTE GRADA	%	TOTAL	%
SIN RIESGO	37	29%	5	4%	7	5%	49	38%
BAJO RIESGO	64	49%	7	5%	4	3%	75	57%
ALTO RIESGO	3	2.3%	2	2%	1	1%	6	5%
TOTAL	104	80%	14	11%	12	9%	130	100%

Fuente: Encuesta realizada a niños de 3 a 12 años adscritos a la UMF 20.

GRAFICO 14.

NIÑOS SUSCEPTIBLES A ABUSO SEXUAL SEGUN RIESGO E INTEGRACION FAMILIAR ADSCRITOS A LA CONSULTA EXTERNA DE LA UMF 20 ENERO 2001



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TABLA 15.

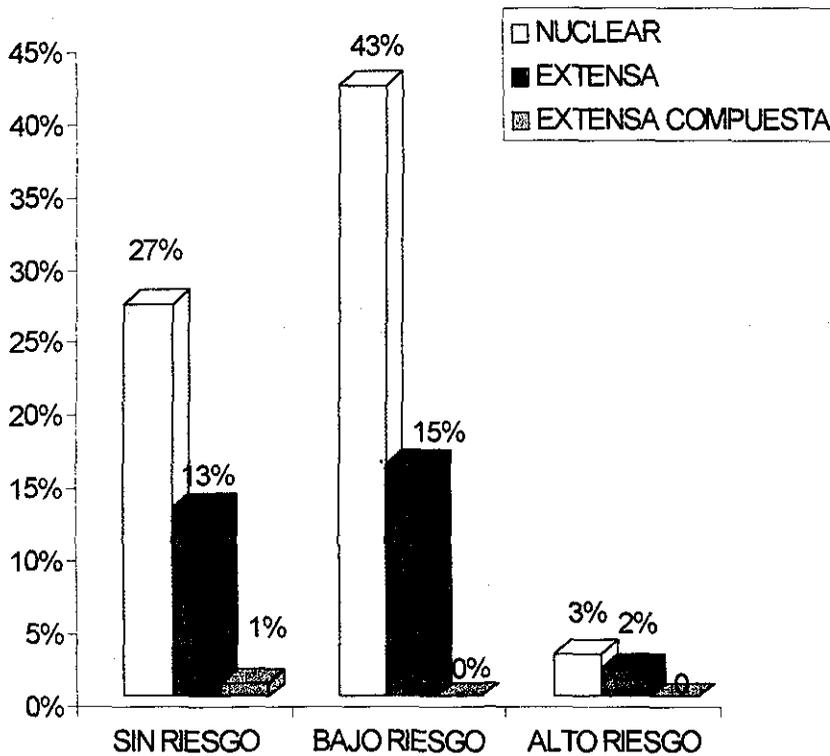
NIÑOS SUSCEPTIBLES DE ABUSO SEXUAL SEGÚN RIESGO Y
ESTRUCTURA FAMILIAR ADSCRITOS A LA CONSULTA
EXTERNA DE LA UMF 20 ENERO 2001

ESTRUCTURA FAMILIAR								
PERFIL DE RIESGO	NUCLEAR	%	EXTENSA	%	EXTENSA COMPUESTA	%	TOTAL	%
SIN RIESGO	35	27%	13	10%	1	1%	49	38%
BAJO RIESGO	56	43%	19	15%	0	0	75	57%
ALTO RIESGO	4	3%	2	2%	0	0	6	5%
TOTAL	96	73	34	26%	1	1	130	100

Fuente: Encuesta realizada a niños de 3 a 12 años adscritos a la UMF 20.

GRAFICA 15.

NIÑOS SUSCEPTIBLES A ABUSO SEXUAL SEGUN RIESGO Y ESTRUCTURA FAMILIAR ADSCRITOS A LA CONSULTA EXTERNA DE LA UMF20 ENERO 2001



TESIS CON FALLA DE ORIGEN

TABLA 16.

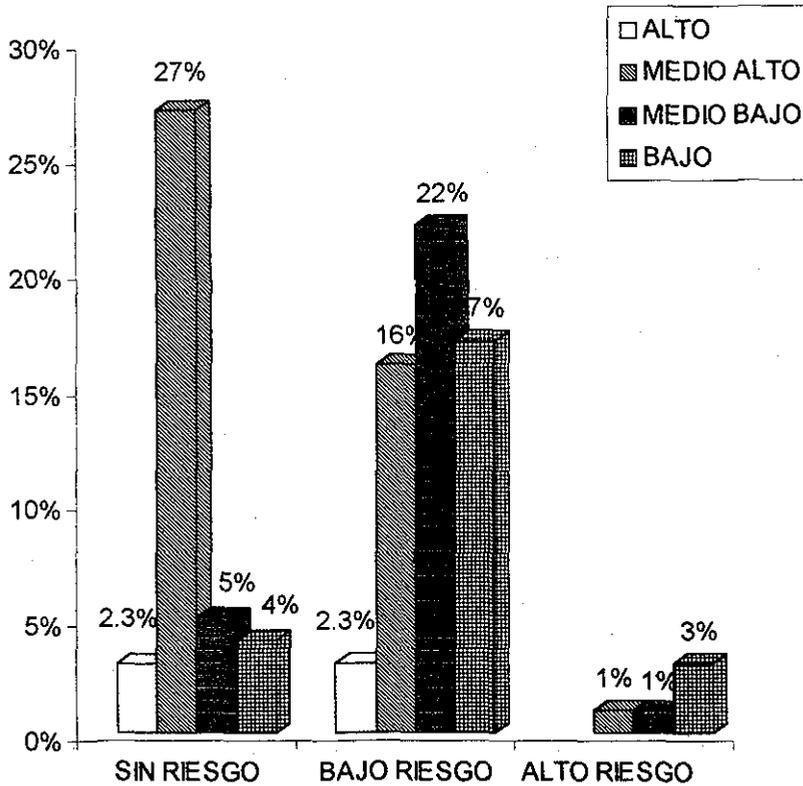
NIÑOS SUSCEPTIBLES A ABUSO SEXUAL SEGÚN RIESGO Y
NIVEL SOCIOECONOMICO ADSCRITOS A LA CONSULTA
EXTERNA DE LA UMF 20 ENERO 2001

NIVEL SOCIOECONOMICO										
PERFIL DE RIESGO	ALTO	%	MEDIO ALTO	%	MEDIO BAJO	%	BAJO	%	TOTAL	%
SIN RIESGO	3	2.3%	35	27%	6	5%	5	4%	49	38%
BAJO RIESGO	3	2.3%	21	16%	29	22%	22	17%	75	57%
ALTO RIESGO	0	0%	1	1%	1	1%	4	3%	6	5%
TOTAL	6	5%	57	43%	36	26%	31	24%	130	100%

Fuente: Encuesta realizada a niños de 3 a 12 años adscritos a la UMF 20.

GRAFICO 16.

NIÑOS SUSCEPTIBLES A ABUSO SEXUAL SEGUN RIESGO Y NIVEL SOCIOECONOMICO ADSCRITOS A LA CONSULTA EXTERNA DE LA UMF 20 ENERO 2001



TESIS CON FALLA DE ORIGEN

TABLA 17.

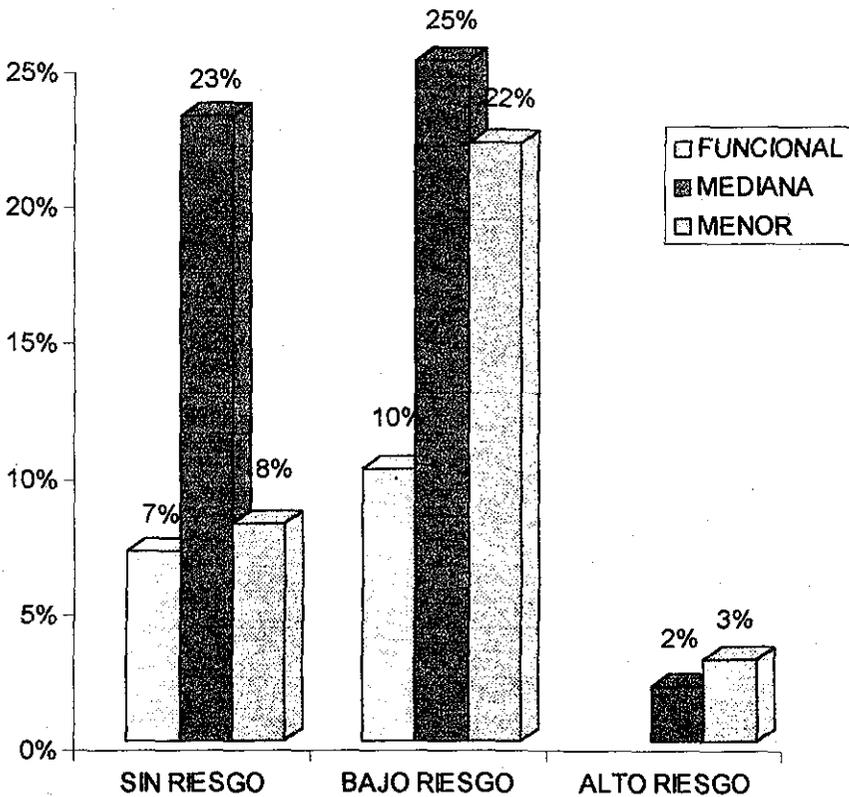
NIÑOS SUSCEPTIBLES A ABUSO SEXUAL SEGÚN RIESGO
Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR ADSCRITOS A LA CONSULTA
EXTERNA DE LA UMF 20 ENERO 2001

FUNCIONALIDAD FAMILIAR								
PERFIL DE RIESGO	FUNCIONAL	%	MEDIANA FUNCIONALIDAD	%	MENOR FUNCIONALIDAD	%	TOTAL	%
SIN RIESGO	9	7%	30	23%	10	8%	49	38%
BAJO RIESGO	13	10%	33	25%	29	22%	75	57%
ALTO RIESGO	0	0%	2	2%	4	3%	6	5%
TOTAL	22	17%	65	50%	43	33%	130	100

Fuente: Encuesta realizada a niños de 3 a 12 años adscritos a la UMF 20.

GRAFICO 17

NIÑOS SUSCEPTIBLES A ABUSO SEXUAL SEGUN RIESGO Y
FUNCIONALIDAD FAMILIAR ADSCRITOS A LA CONSULTA
EXTERNA DE LA UMF 20 ENERO 2001



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TABLA 18.

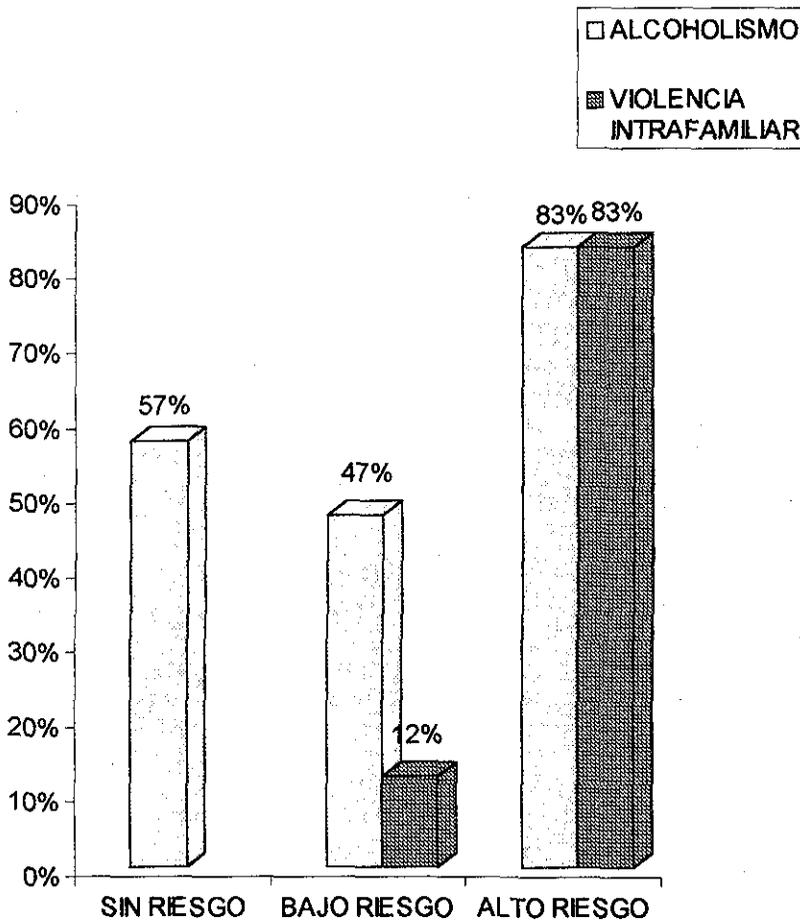
NIÑOS SUSCEPTIBLES A ABUSO SEXUAL SEGÚN RIESGO
ALCOHOLISMO Y VIOLENCIA INTRAFAMILIAR ADSCRITOS A
LA CONSULTA EXTERNA DE LA UMF 20 ENERO 2001

ALCOHOLISMO Y VIOLENCIA INTRAFAMILIAR						
PERFIL DE RIESGO	ALCOHOLISMO	%	VIOLENCIA INTRAFAMILIAR	%	TOTAL	%
SIN RIESGO	28	57%	0	0%	49	100%
BAJO RIESGO	35	47%	9	12%	75	100%
ALTO RIESGO	5	83%	5	83%	6	100%

Fuente: Encuesta realizada a niños de 3 a 12 años adscritos a la UMF 20.

GRAFICA 18.

NIÑOS SUSCEPTIBLES A ABUSO SEXUAL SEGUN RIESGO,
ALCOHOLISMO Y VIOLENCIA INTRAFAMILIAR ADSCRITOS A
LA CONSULTA EXTERNA DE LA UMF 20 ENERO 2001



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TABLA 19.

NIÑOS CON ALTO RIESGO A ABUSO SEXUAL SEGÚN INDICADORES
 PARA EL MISMO ADSCRITOS A LA CONSULTA EXTERNA
 DE LA UMF 20 ENERO 2001

INDICADORES DE ABUSO SEXUAL	TOTAL	PORCENTAJE
SIN ABUSO	1	17%
PROBABLE ABUSO	2	33%
ABUSO SEXUAL	3	50%
TOTAL	6	100%

Fuente: Encuesta realizada a niños de 3 a 12 años adscritos a la UMF 20.

GRAFICA 19.

NIÑOS CON ALTO RIESGO A ABUSO SEXUAL SEGUN
INDICADORES PARA EL MISMO ADSCRITOS A LA CONSULTA
EXTERNA DE LA UMF 20 ENERO 2001

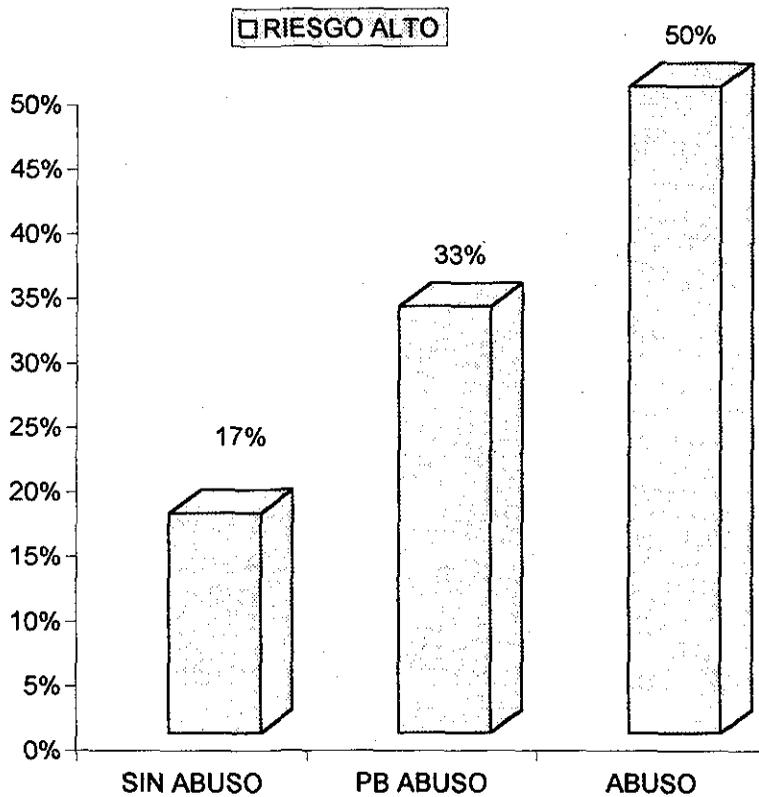


TABLA 20.

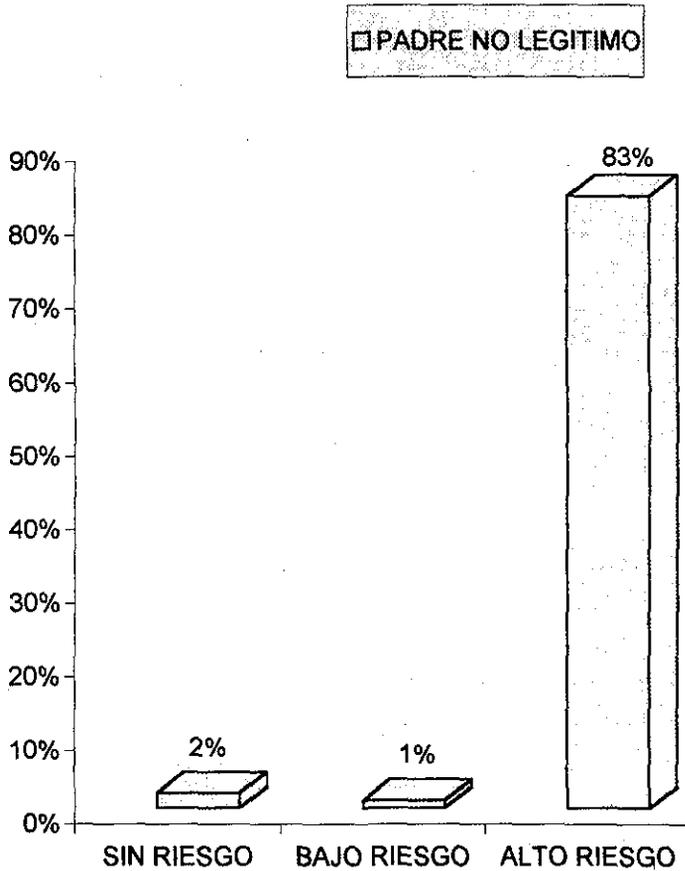
NIÑOS SUSCEPTIBLES A ABUSO SEXUAL SEGÚN RIESGO
Y PRESENCIA DE PADRE NO LEGÍTIMO ADSCRITOS A LA CONSULTA
EXTERNA DE LA UMF 20 ENERO 2001

PERFIL DE RIESGO	TOTAL	PADRE NO LEGÍTIMO	PORCENTAJE
SIN RIESGO	49	1	2%
BAJO RIESGO	75	1	1%
ALTO RIESGO	6	5	83%

Fuente: Encuesta realizada a niños de 3 a 12 años adscritos a la UMF 20.

GRAFICO 20.

NIÑOS SUSCEPTIBLES A ABUSO SEXUAL SEGUN RIESGO Y
PRESENCIA DE PADRE NO LEGITIMO ADSCRITOS A LA
CONSULTA EXTERNA DE LA UMF 20 ENERO 2001



ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

ANALISIS DE TABLAS

TABLA 1.

PERFIL DE RIESGO Y DESARROLLO FAMILIAR

PERFIL DE RIESGO	TRADICIONAL	MODERNA	TOTAL
SIN RIESGO	37	12	49
BAJO RIESGO	55	20	75
ALTO RIESGO	4	2	6

Valor de $X^2 = 0.2405$

$Gf = 2$

$P = < 0.05$

Limite de confianza = 11.34%

TABLA 2.

PERFIL DE RIESGO E INTEGRACION FAMILIAR

PERFIL DE RIESGO	INTEGRADA	SEMIINTE - GRADA	DESINTE - GRADA
SIN RIESGO	37	5	7
BAJO RIESGO	64	7	4
ALTO RIESGO	3	2	1

Valor de $X^2 = 7.009$

$Gf = 4$

$P = < 0.05$

Limite de confianza = 86.46%

TABLA 3.

PERFIL DE RIESGO Y ESTRUCTURA FAMILIAR

PERFIL DE RIESGO	NUCLEAR	EXTENSA	EXTENSA COMPUESTA
SIN RIESGO	35	13	1
BAJO RIESGO	56	19	0
ALTO RIESGO	4	2	0

Valor de $X^2 = 1.8706$

$Gf = 4$

$P = < 0.05$

Limite de confianza = 24.05%

TABLA 4.

PERFIL DE RIESGO Y NIVEL SOCIOECONOMICO

PERFIL DE RIESGO	ALTO	MEDIO ALTO	MEDIO BAJO	BAJO
SIN RIESGO	3	35	6	5
BAJO RIESGO	3	21	29	22
ALTO RIESGO	0	1	1	4

Valor de $X^2 = 31.52$

Limite de confianza = 99.9%

$Gf = 6$

$P = > 0.05$

TABLA 5.

PERFIL DE RIESGO Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR

<i>PERFIL DE RIESGO</i>	<i>FUNCIONAL</i>	<i>MEDIANA FUNCIONAL</i>	<i>MENOR FUNCIONAL</i>
<i>SIN RIESGO</i>	9	30	10
<i>BAJO RIESGO</i>	13	33	29
<i>ALTO RIESGO</i>	0	2	4

Valor de X2 = 8.323

Gl = 4

P = < 0.05

Limite de confianza = 91.95%

ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS

Se utilizo en el presente estudio el análisis de frecuencias simples y la prueba estadística de chi cuadrada.

La muestra consistió en un total de 130 niños entre los 3 y 12 años de edad adscritos a la consulta externa de la UMF 20, en los cuales predomino el sexo femenino correspondiendo al 56%, es decir a mas de la mitad de la muestra; se encontró que el mayor porcentaje correspondía a los 3 años de edad con un 15%, presentando una media de edad de 7.1, con una moda de 3, una mediana de 7 y una desviación estándar de 2.9. Como se puede observar tanto el sexo como la edad corresponden a las factores de riesgo establecidas para que se suscite el abuso sexual. Es decir este fenómeno se observa con mayor frecuencia en niñas, con edades que van entre los 6 y 12 años.

Según el grado de escolaridad, el 54% acudían a la primaria, correspondiendo con la edad promedio encontrada.

De acuerdo a la tipología familiar, según desarrollo el 74% fue tradicional, por área geográfica, el 100% fue urbana. Por integración familiar el 80% fue integrada, y por estructura el 73% fue de tipo nuclear. Con estos datos podemos comprobar que en la población estudiada, predomino la familia tradicional, urbana, integrada y de tipo nuclear, donde el único proveedor económico es el esposo, ocupando una posición dominante dentro de la familia. No se ha descrito relación entre la tipología familiar y la presencia de abuso, ya que cualquier niño puede ser víctima potencial.

La etapa de ciclo familiar que predominó fue la de dispersión con un 88%. Es decir la, mayoría de las familias se encontraba con hijos que asistían a la escuela, este dato se correlaciona con el porcentaje predominante de niños en edad escolar.

Según nivel socioeconómico, el 43 % de estas familias se encontró en el nivel medio alto, seguido del nivel medio bajo con un 26%. Se ha descrito que el abuso sexual se puede presentar en cualquier nivel socioeconómico.

Se encontró que el 50% de estas familias fue de mediana funcionalidad, y solo un 17% funcionales, es decir, que no importa que la familia sea tradicional, integrada, y nuclear, esto no determina su funcionalidad, sino que lo hacen la serie de interacciones entre los integrantes de la familia.

Para la población estudiada, según el perfil de riesgo, se encontró que el 57% se ubicaban en bajo riesgo y solo un 5% en alto riesgo, aunque el porcentaje de alto riesgo es pequeño, no deja de ser considerado si tomamos en cuenta que cualquier niño es susceptible de abuso sexual, y que su riesgo se incrementa entre más factores tenga, como son: el sexo femenino, la edad, la disfunción familiar, la presencia de violencia intrafamiliar, la presencia de padre no legítimo y de alcoholismo.

Al relacionar el perfil de riesgo y la tipología familiar se encontró que de los niños sin riesgo, el 29% pertenecieron a familias tradicionales e integradas y el 27% a familias nucleares. De los niños con bajo riesgo el 42% pertenecieron a familias tradicionales, el 49% a familias integradas y un 43% a familias nucleares. De los niños con alto riesgo, el 3% pertenecían a familias tradicionales, el 2.3% a familias integradas y el 3% a familias nucleares. Como ya se hizo referencia anteriormente, la tipología familiar no es un determinante para la existencia de abuso sexual.

Según el perfil de riesgo y nivel socioeconómico, de los niños sin riesgo, el 27% pertenecían nivel medio alto, de los niños con bajo riesgo, el 22% a nivel medio bajo y los niños con riesgo alto el 3% a nivel socioeconómico bajo. En este rubro se observa que el predominio de nivel socioeconómico bajo lo tienen los niños con alto riesgo, factor que se ha visto asociado en ocasiones a este fenómeno de abuso.

Según el perfil de riesgo y funcionalidad familiar, de los niños sin riesgo el 23% presentaron mediana funcionalidad, de los niños con riesgo bajo el 25% presentaron mediana funcionalidad y de los niños con alto riesgo el 3% fueron de menor funcionalidad. Como se observa en los niños con alto riesgo predominó la menor funcionalidad familiar, factor que se ha asociado a la presencia de abuso sexual.

En relación a la presencia de alcoholismo, violencia intrafamiliar, y padre no legítimo, se encontró en un 83% en los niños con alto riesgo, dato que es significativo dado la asociación ya descrita por diferentes autores entre estos hechos y la presencia de abuso sexual.

Haciendo uso de los indicadores para abuso sexual se encontró que en los niños de alto riesgo, el 50% tenían indicadores de abuso sexual (más de cinco indicadores por dos semanas), de estos niños todos pertenecían al sexo femenino y sus edades oscilaban entre los 5 y 11 años, todos tenían padrastro alcohólico que ejercía la violencia intrafamiliar.

Se utilizó la prueba de Chi cuadrada para perfil de riesgo y desarrollo familiar, obteniendo una Chi cuadrada de 0.2405 con Gl de 2 con una $p < 0.05$ con un límite de confianza de 11.34 %, siendo significativa. Nos indica una relación entre estas dos variables.

Para perfil de riesgo e integración familiar se encontró una Chi cuadrada de 7.009 con Gl de 4 con una $p < 0.05$ con límite de confianza de 86.46%, siendo significativa, es decir existe relación entre estas dos variables.

Para perfil de riesgo y estructura familiar se obtuvo una Chi cuadrada de 1.870 con Gl de 4 con una $p < 0.05$ con un límite de confianza de 24.05% siendo significativa, es decir existiendo relación entre estas dos variables

Para perfil de riesgo y nivel socioeconómico se encontró una Chi cuadrada de 31.52, con Gl de 6 con una $p > 0.05$ no siendo estadísticamente significativo, lo cual indica que la asociación está dada por el azar.

Para perfil de riesgo y funcionalidad familiar, se obtuvo una chi cuadrada de 8.323 con Gl de 4 con una $p < 0.05$ con un límite de confianza del 91.95% que es estadísticamente significativa, lo que indica una fuerte asociación entre estas dos variables. Hecho descrito por otros autores, que han encontrado una relación directa entre la función familiar y la presencia de abuso sexual, a menor funcionalidad mayor riesgo de abuso, psicológico o físico.

CONCLUSIONES.

De acuerdo a los resultados y el análisis obtenido a través de este estudio , se obtuvieron las siguientes conclusiones:

- ❖ El sexo predominante fue el femenino.*
- ❖ La edad predominante fue la escolar.*
- ❖ Según la tipología familiar estas fueron tradicionales, urbanas, integradas y nucleares.*
- ❖ La etapa de ciclo familiar que predominó fue la dispersión.*
- ❖ Según nivel socioeconómico se observó con mayor frecuencia el medio alto.*
- ❖ Se encontró mayor número de niños dentro del perfil de bajo riesgo.*
- ❖ Se encontraron en mayor número las familias con mediana funcionalidad.*
- ❖ Se encontró asociación estadística entre la tipología familiar y el perfil de riesgo.*
- ❖ No se encontró asociación estadística entre el nivel socioeconómico y el perfil de riesgo.*
- ❖ Se encontró asociación estadísticamente significativa entre la funcionalidad familiar y el perfil de riesgo.*
- ❖ Se encontró un alto porcentaje de violencia intrafamiliar y alcoholismo en los niños con alto riesgo, sometidos a abuso sexual.*

COMENTARIO.

Actualmente vivimos inmersos en un ambiente lleno de violencia, situación de la que desafortunadamente no escapan los niños. El maltrato infantil, ya sea psicológico, físico o sexual, ha llegado a ser un problema que se incrementa en forma alarmante.

Las agresiones sexuales a los menores de edad constituyen un fenómeno identificado con mayor frecuencia, aunque su verdadera incidencia no es del todo conocida debido al subregistro de casos.

Es de suma importancia reconocer que la mayoría de los fenómenos de agresión en contra de los niños se lleva a cabo dentro de la familia. La salud de la unidad familiar es un predictor de salud mental y, por extensión, de la salubridad de un sistema social, ya que lleva implícita la inclusión, funcionamiento adecuado y capacidad de adaptación del individuo dentro de un contexto familiar, y por ende del resto de la sociedad.

Los resultados que arroja el estudio realizado concuerda con lo reportado en otros estudios, esto es, la susceptibilidad a padecer el fenómeno de abuso, se encuentra en relación con el sexo (en este caso femenino), con la funcionalidad familiar, es decir, a menor funcionalidad mayor probabilidad de agresión, así como a otros factores asociados, tales como la presencia de padre no legítimo y alcoholismo.

RESUMEN.

Se realizó un estudio con 130 niños entre los 3 y 12 años de edad, adscritos a la consulta externa de la UMF 20. Con el objeto de encontrar si existía relación entre la presencia de abuso sexual, nivel socioeconómico y funcionalidad familiar, utilizando un perfil de riesgo para este fenómeno.

Se utilizaron diferentes instrumentos de recopilación y evaluación de datos. Iniciando con la ficha de identificación, el uso del instrumento editado por la OIT para evaluación de nivel socioeconómico, el FACES III para evaluar funcionalidad familiar, y un perfil de riesgo para abuso sexual junto con indicadores para este fenómeno.

El sexo predominante fue el femenino con un 56%, teniendo un promedio de edad de 7.1, ubicándose en la etapa escolar. De acuerdo a la tipología familiar, la tradicional ocupó el 74%, la urbana el 100%, la integrada el 80% y la nuclear el 73%.

Las familias se encontraron en un 88% en la etapa de dispersión. Según el nivel socioeconómico las familias pertenecieron al nivel medio alto en un 43%. Predominaron las familias con mediana funcionalidad en un 50%. De acuerdo al perfil de riesgo, la población de niños estudiada correspondió a los de bajo riesgo en un 57%.

Al realizar el análisis estadístico basado en la prueba de Chi cuadrada, se encontró significancia estadística entre perfil de riesgo, tipología familiar y funcionalidad familiar. No se encontró significancia estadística entre perfil de riesgo y nivel socioeconómico.

Por otro lado los niños que presentaron un perfil de alto riesgo, tuvieron indicadores para abuso sexual en el 50%, además, se

observo asociado a violencia intrafamiliar, padre no legitimo y alcoholismo en un 83%.

Los datos descritos concuerdan con lo reportado por otros autores, la fuerte asociación existente entre, la disfunción familiar, violencia intrafamiliar, padre no legitimo y alcoholismo con la presencia de abuso sexual.

Cabe señalar que el uso de un perfil de riesgo para abuso sexual, nos da elementos que funcionan como un foco de alerta, para poder en determinado momento prevenirlo, o por el contrario detectarlo y realizar las intervenciones oportunas según lo permita la familia.

BIBLIOGRAFIA.

1. *Abuso sexual*

<http://www.geocities.com/prevencion2/tesis/con/capitulo2.htm>

2. *Abuso sexual infantil y prevención*

<http://tlali.iztacala.unam.mx/~recomedu/orbe/psic/art99-1a/jossie.html>

3. *Acciones psicológica frente al abuso sexual con menor.*

<http://www.geocities.com/prevencion2/tesis/cont/capitulo3.htm>

4. *Al abuso sexual.*

<http://www.laneta.apc.org/adivac/noalabuso.html>

5. *Alcaina P. Psicopatología e interacción familiar.*

<http://www.intersep.org/manual/a5n11.htm>

6. *AACAP. Respondiendo al abuso sexual a los niños y adolescentes.* <http://www.aacap.org/publications/apntsfam/rspdabus.htm>

7. *Baeza HC, García CL, García CJ, González OA. Amputación de glande por maltrato. Bol Med Hosp Infant Méx. 1997; 54(11):553-54.*

8. *Carolyn J, Levitt. Evaluación médica del niño sometido a abuso sexual. Clínicas de Atención Primaria 1993:406-422*

9. *Catherine P, Mackegney. Supervivientes; como enfrentarse a los pacientes que han sido víctimas. Clínicas de Atención Primaria 1993: 571-588.*

10. *Courtols c. Adultos supervivientes de abuso sexual. Clínicas de Atención Primaria 1993: 513-527.*

11. *De la Garza A J, Díaz M E. Elementos para el estudio de la violación sexual. Salud Publica de México 1997; 39 (6): 539-545.*

12. *De la Garza AJ, Díaz ME. Prevención del abuso sexual en el menor. Gac Med Méx. 1999; 135 (3): 267-273.*

13. Díaz MA, Jiménez RE. Enseñanza de contenidos de violencia intrafamiliar y sexual en instituciones de educación superior.. *Gac Med Méx.* 1999;135(3):274-280.
14. El abuso sexual a los niños.
aacap.org/publications/apntsfam/sexabuse.htm
15. Elliott B. Respuesta comunitaria a la violencia. *Clínicas de Atención Primaria* 1993: 589-598.
16. Escobedo C E, Loaeza F D, Gómez N R, et. al. Abuso sexual en pediatría: factores epidemiológicos. *Bol. Med. Hosp. Infant. Méx.* 1995; 52(9): 528-533.
17. Franco HR. Abuso sexual en niños.
<http://www.copeson.org.mx/medicos/abusosex.htm>
18. Franco HR. Abuso sexual en los niños. *Educando a los padres.*
<http://www.copeson.org.mx/informacion/abusosex.htm>
19. Garbarino J. Maltrato psicológico Infantil. *Clínicas de Atención Primaria* 1993 :365-383
20. Gómez C F, Irigoyen C A. Evaluación familiar y abuso sexual en pediatría. *Bol. Med. Hosp. Infant. Méx.* 1996; 53 (5): 250-251.
21. Gómez CF, Irigoyen C, Pionce R, Mazon RJ, Dickinson B, Sánchez G, Fernández O. Versión al español y adaptación transcultural de FACES III (Family Adaptability and cohesion Evaluación Scales). *Arch Med Fam* 1999; 1(3):73-79.
22. Guía de Atención al Menor Maltratado.
<http://coli.minisalud.gov.co/sivigila/guías/maltratomenor.html>
23. Hernán San Martín. *Economía de la Salud.* Edit. Mc Graw-Hill. España 1989.
24. Herrera A. *La familia Unidad de Análisis.*
<http://www.geocities.com/hiponiqueo/Family.html>

25. Infante C, Schlaepfer L. Las variables socioeconómicas en las investigaciones en salud pública en México. *Salud Publica Méx.* 1994; 36: 364-373.
26. Irigoyen C, Gómez C, Hernández r, Farfan s. Diagnóstico familiar. *Editorial medicina familiar mexicana* 1996. pág 107.
27. Kathryn C, Halverson, Tratamiento del abuso infantil. *Clínicas de Atención Primaria. Editorial Interamericana McGraw-Hill* 1993 Vol. 2.
28. Lara M A, García T, Acevedo M. Características psicológicas de niños y niñas: percepción de si mismo y de sus familias. *Bol Med Hosp Infant Méx.* 1995 ;52 (11): 634-41.
29. Levite C. Evaluación medica del niño sometido a abuso sexual. *Clínicas de Atención Primaria* 1993:405-422
30. Loredo A, Barragán M, Carbajal R L, et.al. Abuso sexual en la edad pediátrica: consideraciones clínicas en siete casos. *Bol. Med. Hosp. Méx.* 1998;45 (3): 173-178.
31. Loredo A, Carbajal L, Leynes J, et al. El maltrato del niño: algunas consideraciones éticas sobre su atención. *Bol Med Hosp Infant Méx.* 1993;50 (12) : 898- 901.
32. Loredo AA, Trejo HJ, Bustos U V. Maltrato al menor. Consideraciones clínicas sobre maltrato físico, agresión sexual y deprivación emocional. *Gac Med Mex* 1999; 135(6):611-619.
33. Maltrato infantil: una mirada diferente.
http://members.es.tripod.de/psicologia_cercana/maltratoinfantil.htm
34. Marybeth K, Hendricks M. Supervivientes de abuso: cuestión sanitarias. *Clínicas de Atención Primaria* 1993: 459-478.
35. Ochoa D, Sanchez P, Martinez G. Uso de Índice de bienestar social para la planificación de la salud a nivel municipal. *Salud Publica Mex* 1996; 38:257-267.
36. Organización Internacional de Trabajo. Índice de Nivel socioeconómico. http://www.cinterfor.org.uy/public/spanish/region/amp ro/cintenfor/temas.youth/misc.../ind_soc

37. Paradise J, Rose L, Sleeper L. Behavior, Family Function, school Performance, and Predictors of Persistent Disturbance in Sexually Abused Children. *Pediatrics* 1994; 93(3): 452-459
38. Ramos I, Saldivar H G, Medina M, et.al. Prevalencia de abuso sexual en estudiantes y su relación con el consumo de drogas. *Salud Pública de México* 1998; 40 (3): 221-232.
39. Rappley M, Speare k. Evaluación inicial y técnicas para la entrevista en el abuso sexual de niños. *Clinicas de Atención Primaria*. 1993: 387- 405.
40. Sanchez B C, Morales C F, González C G, et.al. Embarazo en adolescente por violación y sus repercusiones psicológicas. Estudio comparativo. *Bol. Med. Hosp. Méx.* 1995; 52 (8): 455 -459.
41. Santana T R, Sanchez A R, Herrera B E. El maltrato infantil un problema mundial. *Salud pública de México* 1998; 40(1): 58-64.
42. Saucedo G J. Abuso sexual, violación y embarazo en la adolescencia. *Bol. Med. Hosp. Méx.* 1995; 52 (8): 451-454.
43. Saucedo GJ. Identificación del abuso sexual en pediatría. *Gac Med Mex* 1999;135(3):261-266.
44. Saucedo GJ. Violencia Intrafamiliar y sexual. *Gac Med Mex* 1999; 135 (3):259-261.
45. Saucedo GJ, Montoya Cm, Higuera RF, Maldonado DJ, Anaya SA, Escalante GP. Intento de suicidio en la niñez y la adolescencia: ¿síntomas de depresión o de impulsividad agresiva? *Bol Med Mex* 1997; 57(4):169-174
46. Serrano JA. Maltrato u abuso sexual infantil, problemas clínicos, preventivos y terapéuticos. *Revista del Instituto Medico Sucre*.
<http://www.inmedsuc.com/revista/115/re7.htm>
47. Serrano MI, Serrano BM. Maltrato y abuso sexual infantil. Problemas clínicos, preventivos y terapéuticos. *Revista del instituto Medico Sucre-Bolivia*.

http://www.indexmedico.com/revistas.bolivia.instituto_sucre.edicion1.dubravcis3.htm

48. Urbina F. Marginación, desarrollo regional y salud. *Gac Med Mex* 1999; 132(6):577-583.

49. Wilson BR, Spivak H. Violence Prevention in Schols and Other Community settings: The Pediatrician as Initiator, Educator, Collaborator, and Advocate. *Pediatrics* 1994; 94 (4): 623-630.

50. Wilwood D. Abuso sexual de hombres y niños.

http://www.geocities.com/HotSprings/Villa/3479/Abuso_sexual_hombres_ninos.htm

ANEXO 1.
CEDULA BASICA DE IDENTIFICACION FAMILIAR.

Fecha _____
Edo.civil: Casado () Divorciado() U. Libre () Años de unión conyugal: _____

Nombre _____ del niño: _____ Edad: _____ Sexo: _____ Escolaridad: _____

Domicilio: _____ Edad del padre: _____ Edad de la madre: _____

Numero de hijos(hasta 10 años de edad) _____ Numero de hijos (10 a 19 años): _____

Numero de hijos (de 20 o mas años de edad) _____ TOTAL: _____

Tipo de familia: Marque con una equis (x)

Desarrollo Familiar:

Moderna () Tradicional () Arcaica ()

Demografía:

Rural () Urbana ()

Integración:

Integrada () Semi-integrada () Desintegrada ()

Estructura:

Nuclear () Extensa () Extensa compuesta ()

Ocupación y escolaridad del padre de familia: _____

Ocupación y escolaridad de la madre de familia: _____

Etapa del ciclo vital familiar: Expansión () Dispersión()

Independencia () Retiro ()

OBSERVACIONES _____

ANEXO 2.

NIVEL SOCIOECONOMICO.

Ingreso mensual: _____.
Vivienda Casa sola _____ Departamento _____ Vecindad _____
Cuántas personas viven en su casa _____
Cuántas recamaras tiene usted _____
Cuántas personas duermen en cada habitación. _____
Cuenta en su hogar con auto _____
Cuenta en su hogar con teléfono _____
Cuenta en su hogar con refrigerador _____
Cuenta en su hogar con computadora _____
Nivel educativo de la madre _____

Equipamiento del hogar:

- Nivel bajo: no poseían ninguno de los cuatro artículos mencionados y se le otorgó un puntaje de cero.
- Nivel medio: hogares que cuentan con 1 a 3 artículos, se le otorgó un punto.
- Nivel alto: hogares con cuatro artículos, se les otorgó dos puntos.

Nivel educativo de la madre:

- Nivel bajo: madres con primaria, se otorgo cero puntos.
- Nivel medio: madres con nivel de primer ciclo de educación media hasta segundo ciclo de educación media completo. Se le otorgo un punto.
- Nivel alto: madres con educación terciaria completa o incompleta.

Hacinamiento del hogar.

Se divide la cantidad de personas que viven en el hogar entre la cantidad de habitaciones del mismo, excluyendo el baño y cocina. Cuando el cociente fue superior a dos se considero hacinado y se le otorgo un puntaje de cero; si el cociente fue menor o igual a dos, se le otorgo un punto.

ESCALA DE MEDICIÓN.

- NIVEL SOCIOECONOMICO BAJO = 0-1 puntos
- NIVEL SOCIOECONOMICO MEDIO BAJO = 2 puntos.
- NIVEL SOCIOECONOMICO MEDIO ALTO = 3 puntos.
- NIVEL SOCIOECONOMICO ALTO = 4 puntos.

ANEXO 3.

FACES III

1	2	3	4	5
NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE

- _____ 1. Los miembros de nuestra familia se dan apoyo entre sí.
- _____ 2. En nuestra familia, se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver problemas.
- _____ 3. Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia
- _____ 4. Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina
- _____ 5. Nos gusta convivir solamente con los familiares más cercanos
- _____ 6. Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad
- _____ 7. Nos sentimos más unidos entre nosotros que con personas que no son de nuestra familia.
- _____ 8. Nuestra familia cambia el modo de hacer sus cosas
- _____ 9. Nos gusta pasar el tiempo libre en familia:
- _____ 10. Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación a los castigos
- _____ 11. Nos sentimos muy unidos:
- _____ 12. En nuestra familia los hijos toman las decisiones
- _____ 13. Cuando se toma una decisión muy importante, toda la familia esta presente.
- _____ 14. En nuestra familia las reglas cambian:
- _____ 15. Con facilidad podemos planear las actividades en familia:
- _____ 16. Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros:
- _____ 17. Consultamos unos con otros para tomar decisiones
- _____ 18. En nuestra familia es difícil identificar quien tiene la autoridad:
- _____ 19. La unión familiar es muy importante:
- _____ 20. Es difícil decir quien hace las labores del hogar

ESCALA DE EVALUACION

COHESION

No relacionada	10 a 34
Semirelacionada	35 a 40
Relacionada	41 a 45
Aglutinada	46 a 50

ADAPTABILIDAD

Rígida	10 a 19
Estructurada	20 a 24
Flexible	25 a 28
Caótica	29 a 50

Origina 16 combinaciones

Las mas funcionales:

Mejor cohesión y mejor adaptabilidad

Las de mediana funcionales:

Mejor cohesión y extrema adaptabilidad

Extrema cohesión y mejor adaptabilidad

Las menor funcionales:

Extrema cohesión y extrema adaptabilidad

ANEXO 4.

PERFIL DE RIESGO PARA ABUSO SEXUAL EN NIÑOS.

8. FUNCIONALIDAD FAMILIAR
Funcional.....0
Mediana funcionalidad3
Menor funcionalidad5

8. NIVEL SOCIOECONOMICO
Alto0
Medio alto1
Medio bajo2
Bajo3

8. SEXO
Masculino1
Femenino2

4. EDAD
0 A 5 años.....1
6 a 10 años2
11 a 14 años2

ESCALA DE EVALUACION
0 a 10 =SINRIESGO
11 a 20= RIESGO BAJO
21 a 30= ALTO RIESGO

8. VIOLENCIA FAMILIAR
No0
Si5

6. PADRES NO LEGITIMOS
No0
Si5

7. TOXICOMANIAS EN PADRE
No0
Si4

8. HACINAMIENTO.....4

ANEXO 5.

INDICADORES DE ABUSO SEXUAL.

1.Modificación del rendimiento escolar	si	no
2.Temas violentos en trabajos o dibujos.	si	no
3.Alejamiento de sus compañeros.	si	no
4. Miedo a que lo vean desnudo.	si	no
5. Conocimiento sexual avanzado.	si	no
6. cambios excesivos de humor.	si	no
7.Expresión inadecuada de rabia.	si	no
8. Presenta depresión.	si	no
9.Comportamiento sexual hacia el adulto.	si	no
10. Simulación de actividad sexual.	si	no

ESCALA DE EVALUACION.

Dos reactivos afirmativos = sin abuso

Tres a cuatro reactivos = probable abuso

Mas de cinco reactivos por dos semanas = abuso sexual