

11237



GOBIERNO DEL DISTRITO FEDERAL
México • La Ciudad de la Esperanza



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

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

**CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACION
EN PEDIATRIA**

**“ FACTORES DE RIESGO EN EL PACIENTE PEDIATRICO CON
ABUSO SEXUAL EN EL HOSPITAL PEDIATRICO DE LEGARIA “**

TRABAJO DE INVESTIGACION EPIDEMIOLOGICA

PRESENTA
DRA. ERIKA GALLEGOS PERALTA

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
PEDIATRIA

DIRECTOR DE TESIS
DR. MOISES VILLEGAS IVEY

- 2004 -



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

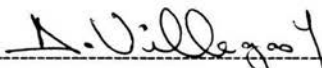
“ FACTORES DE RIESGO EN EL PACIENTE PEDIATRICO CON ABUSO SEXUAL EN EL HOSPITAL PEDIATRICO DE LEGARIA “

AUTOR: DRA ERIKA GALLEGOS PERALTA



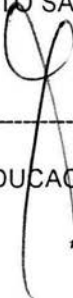
Vo. Bo.

DR. MOISES VILLEGAS IVEY



PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN PEDIATRIA

DR ROBERTO SANCHEZ RAMIREZ



DIRECCION DE EDUCACION E INVESTIGACION
SECRETARIA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL

**“ FACTORES DE RIESGO EN EL PACIENTE PEDIATRICO CON ABUSO
SEXUAL EN EL HOSPITAL PEDIATRICO DE LEGARIA “**

AUTOR: DRA. ERIKA GALLEGOS PERALTA

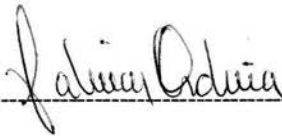
Vo. Bo

DR. MOISES VILLEGAS IVEY

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'M. Villegas Ivey', written over a horizontal dashed line.

DIRECTOR DE TESIS

DRA. CAROLINA SALINAS OVIEDO

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Carolina Oviedo', written over a horizontal dashed line.

ASESORA METODOLOGICA

AGRADECIMIENTOS

A Dios

por estar presente en los proyectos emprendidos en mi vida y permitirme terminar uno más de mis sueños.

A mis padres

por su confianza, cariño y por sembrar siempre en mí semillas de optimismo.

A mis hermanos

por su cariño incondicional y por el tiempo no compartido.

Al Dr. Nelson W. Barbosa Arzola

por su paciencia y por llenar mi vida de amor.

A la Dra. Carolina Salinas Oviedo

por la orientación en la realización de esta tesis.

INDICE

	Página
RESUMEN	
INTRODUCCION	1
MATERIAL Y METODOS	8
RESULTADOS	9
DISCUSION	12
BIBLIOGRAFIA	14
ANEXOS	15

FACTORES DE RIESGO EN EL PACIENTE PEDIATRICO CON ABUSO SEXUAL EN EL HOSPITAL PEDIATRICO LEGARIA

RESUMEN

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

MATERIAL Y METODOS. Se realizó un estudio clínico epidemiológico, de casos y controles en un censo de expedientes clínicos de pacientes con el diagnóstico de abuso sexual, entre 1 a 17 años de edad, en ambos sexos, de cualquier nivel socio económico que acudieron al Hospital Pediátrico Legaría en el periodo comprendido entre el año 2000 al 2003; se seleccionó un grupo control con expedientes de pacientes sin historia de abuso sexual en el mismo periodo de estudio.

El análisis estadístico fue descriptivo empleando medidas de resumen para variables cualitativas. Para la determinación del riesgo se utilizó EPI6. Donde se calculó la razón de momios de todas las variables consideradas como factor de riesgo.

RESULTADOS. Del estudio realizado en el Hospital Pediátrico Legaría se identificaron 14 expedientes que contaban con diagnóstico de abuso sexual; se excluyeron 2 expedientes donde no se comprobó dicho diagnóstico.

Los principales factores de riesgo identificados en el presente estudio son: el Nivel socioeconómico bajo con OR de 15.40 (1.20 < OR 439.94); el Parentesco con el agresor con una OR de 13 (1.98 < OR < 85.46); el Alcoholismo con OR de 5.5 (.44 < OR < 157.57) y la Escolaridad paterna a nivel básico o menor con OR de 4.20 (.56 < OR < 35.78).

DISCUSIÓN. El abuso sexual en menores es un problema de salud pública, en el que es posible identificar los factores de riesgo de la población, a fin de implementar programas con enfoque de riesgo, encaminados a la prevención y/o atención del daño físico, psicológico y social que ocasiona la violencia en todas sus manifestaciones.

Un menor que es maltratado o abusado sexualmente tiene mayor probabilidad de repetir patrones de conducta en la edad adulta, perpetuando esta patología social.

Por ello, es prioritario continuar la investigación, educación y atención integral de este problema.

Palabras clave: abuso sexual, factores de riesgo.

I. INTRODUCCIÓN.-

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

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

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

Abuso sexual:

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

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

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

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

El perfil de estas acciones se establece de la forma siguiente:

- a) Hostigamiento sexual: descrito en el artículo 259 bis del código penal del Distrito Federal.- Ocurre cuando con fines lascivos se asedia reiteradamente a una persona de cualquier sexo, valiéndose de su posición jerárquica derivada de sus relaciones laborales, docentes, domesticas, o de cualquier otra índole que implique subordinación.
- b) Abuso sexual: correspondiente al artículo 260 del código penal del Distrito Federal. - Al que sin el consentimiento de una persona y sin el propósito de llegar a la copula ejecutada en ella un acto sexual o la obligue a ejecutarlo. en

esta variedad queda incluida la manipulación de genitales, caricias lascivas, besos, pornografía infantil, exhibicionismo, fomento a la prostitución.

- c) Estupro: señalado en el artículo 262 del código penal del Distrito Federal.- Al que tenga copula con una persona mayor de 12 años y menor de 18 años, obteniendo su consentimiento por medio del engaño.
 - d) Violación: se presenta en el artículo 265 del código penal del Distrito Federal.- Al que por medio de la violencia física o moral realice cópula con una persona del cualquier sexo, entendiéndose como copula la introducción del miembro viril en el cuerpo de la víctima por la vía vaginal, anal u oral independientemente del sexo.
 - e) Incesto: descrito en el artículo 272 del código penal del Distrito Federal.- Cualquier actividad sexual entre el progenitor o algún familiar mayor con un menor miembro de la familia.
- 7) El médico debe de estar consciente de otras formas de agresión sexual tales como: pornografía infantil, la corrupción de menores, el ritualismo satánico, etc.^{1,5,6}
- 9) Las lesiones generadas por abuso sexual varían un poco en función del sexo de la víctima. En las niñas se localiza en la zona genital, paragenital y extragenital y la presentación clínica dependerá del tipo de agresión, severidad, duración, tiempo transcurrido y la edad de la víctima. Las alteraciones más frecuentes son: modificación variable en el tamaño del orificio himeneal, desgarros o pérdidas de elasticidad del mismo así como cicatrices y sinequias postraumáticas. La presencia de lesión en el introito vaginal alrededor de las 5 y 7 horas del reloj orientan a o pensar en que hubo penetración.^{1,2,7}

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

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

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

Las consecuencias del AS se pueden clasificar en:

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

En términos generales las lesiones físicas pueden permanecer visibles en los primeros cinco días después de ocurrida la agresión su presencia se puede extender hasta quince días o más dependiendo de la severidad y frecuencia de la misma o si ha desarrollado una complicación.⁹

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

Las enfermedades de transmisión sexual pueden ser múltiples entre las cuales se encuentran sífilis, gonorrea, síndrome de inmunodeficiencia adquirida

papilomatosis genital, condiloma acuminado, herpes genital, vaginitis por Gardnerella vaginales entre otros.^{1, 10}

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

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

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

Al determinar los indicadores psicológicos, físicos y ambientales según Loredó Abdala se pueden encontrar lo siguiente: lesiones físicas, radiológicas y por gamagrafía y en caso de abuso sexual colposcopia así como se han determinado que el agresor es el miembro de la familia o profesor otros factores de alto riesgo es la desnutrición, higiene inadecuada, inmunizaciones incompletas, talla baja, historia de abuso sexual en sus familiares o el agresor.

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

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

Los niños abusados sexualmente tienen riesgo más alto de presentar alteraciones de estrés postraumático, ansiedad y depresión. Las experiencias de abuso en los niños variaron de acuerdo a varios dominios: 1) naturaleza del abuso, 2) duración, 3) frecuencia, 4) relación con el perpetrador¹³

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

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

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

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

Loredo Abdala reporta que el síndrome de niño maltratado se asocia hasta el 59 % con abuso sexual. De estos se reporta un 40% en el sexo femenino y 58% en el sexo masculino. En cuanto a la edad de 1 a 12 meses se reporta el 18.6%, mayores de 1 año hasta los 37 meses el 12.6 %, y mayor de 37 meses, el 62%, y se reporta hasta el 27.8% muerte por abuso sexual.^{3, 4, 15}

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

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

II. MATERIAL Y METODOS.

Se realizó un estudio clínico epidemiológico, de casos y controles en un censo de expedientes clínicos de pacientes con el diagnóstico de abuso sexual, entre 1 a 17 años de edad, en ambos sexos, de cualquier nivel socio económico que acudieron al Hospital Pediátrico Legaria en el periodo comprendido entre el año 2000 al 2003; se seleccionó un grupo control con expedientes de pacientes sin historia de abuso sexual en el mismo periodo de estudio. Se determinaron como criterios de exclusión aquellos pacientes con patología de base que alterara la anatomía genital o con enfermedad hematológica y ósea. Se eliminaron del estudio los pacientes con expedientes incompletos.

Las variables en estudio (factores de riesgo) fueron: edad, sexo, peso, hacinamiento, ocupación de los padres, religión, escolaridad de los padres, presencia de toxicomanías. Se revisó la libreta de registro de ingresos-egresos para identificar los expedientes con historia de abuso sexual, se revisó el registro del Servicio de Estadística, posteriormente se buscaron los expedientes en el archivo clínico. Se capturo la información obtenida en el formato ex profeso y se elaboró base de datos en Microsoft Excel.

El análisis estadístico fue descriptivo empleando medidas de resumen para variables cualitativas: tasas y porcentajes; para las variables cuantitativas, medidas de tendencia central: media, mediana y moda; y medidas de dispersión: desviación estándar, varianza y rango. Para la determinación del riesgo se utilizo Epi V6. Donde se calculó la razón de momios de todas las variables consideradas como factor de riesgo.

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

III. RESULTADOS.-

Del estudio realizado en el Hospital Pediátrico Legaria en el periodo comprendido del 1° de Enero del 2001 al 31 de Diciembre del 2003 mediante la búsqueda de información en las libretas de ingresos – egresos así como, en el Servicio de Estadística de dicha unidad, se identificaron 33 expedientes de niños con diagnóstico de maltrato infantil, entre los cuales 14 expedientes contaban con diagnóstico de abuso sexual; se excluyeron 2 expedientes donde no se comprobó dicho diagnóstico.

De los 12 pacientes restantes se realizó la identificación de factores de riesgo estableciendo un grupo control elegido aleatoriamente entre los pacientes que ingresaron en esta unidad sin antecedentes de maltrato infantil.

Entre los 12 pacientes estudiados encontramos que el 75% de los casos fueron del sexo femenino (n=9) y 25% del sexo masculino (n=3). (Figura 1)

El grupo de edad predominante fue del rango de 2 a 5 años en 50% de los casos (n=6) seguidos por los niños menores de 2 años en 41.6% (n=5); se reportó solo un paciente en el rango comprendido de los 6 a 12 años correspondiendo al 8.3%; en comparación con el grupo control en el que se encontró 41.6% con rango de 2 a 5 años (n=5), 33.3% en el grupo de 1 a 2 años (n=4) y 25% en grupo de 6 a 11 años (n=3). (Figura 2)

El hacinamiento como factor de riesgo se determinó con base en el número de convivientes en la vivienda, considerando hacinamiento la presencia de 7 o más personas. Conforme a este criterio, hubo hacinamiento en el 8.3% (n=1) de los casos y en 0% del grupo control. (Figura 3)

Con relación al nivel socio-económico, se encontró que el nivel bajo representa el 91.6% (n=11) de los casos, comparado con 41.6% (n=5) de los controles. (Figura 4).

Otro de los factores asociados fue la convivencia con personas toxicómanas, siendo el alcoholismo el principal factor de riesgo en 33.3% (n=4) de los casos comparado con el 8.3% (n=1) de los controles; seguido por la drogadicción en 16.6% (n=2) de los casos y en 0% de los controles; no se consideró al tabaquismo como factor de riesgo (Figura 5)

Con base en los resultados obtenidos, se observó relación causal en el parentesco entre el paciente y el agresor, ya que se presentó en 91.6% de los casos y solo en el 8.3% no existía familiaridad con el agredido. Los tios fueron los agresores mas frecuentes en 41.6% (n=5) seguido del padre en 33.3% (n=4) (Figura 6)

Como características del agresor, la ocupación de obrero se observo en 41.6% (n = 5) de los casos, en comparación con el 16.6 %(n = 2) de los controles (Figura 7)

La escolaridad materna de primaria o inferior se reportó en el 50%(n = 6) de los casos de abuso en menores, y en 33.3% (n = 4) del grupo control (Figura 8)

La escolaridad paterna de primaria o inferior se encontró en 58.3% (n=7) de los casos, comparada con el 25% (n=3) de los controles (Figura 9)

Se analizaron todas las variables para determinar la relación de causalidad entre factores de riesgo y presencia de abuso sexual en los niños, para lo cual se utilizó el programa de Epi V6, obteniendo la razón de momios (OR) y limites de confianza de cada una de ellas.

Los principales factores de riesgo identificados en el presente estudio son: el Nivel socioeconómico bajo con OR de 15.40 (1.20 < OR 439.94); el Parentesco con el agresor con una OR de 13 (1.98 < OR < 85.46); el Alcoholismo con OR de 5.5 (.44 < OR < 157.57) y la Escolaridad paterna a nivel básico o menor con OR de 4.20 (.56 < OR < 35.78) (Cuadro I).

IV. DISCUSIÓN

Con base en los resultados obtenidos en el presente estudio se encontró mayor probabilidad de sufrir abuso sexual en pacientes con nivel socioeconómico bajo, lo que difiere de lo descrito en la literatura en la que se menciona que la agresión sexual se presenta en todos los niveles socioeconómicos. Hay que considerar que la población que acude al Hospital Pediátrico Legaria pertenece principalmente al nivel bajo, por lo que sería de interés realizar estudios similares, para la identificación de factores de riesgo en unidades hospitalarias que ofrecen servicios a población de nivel socioeconómico medio y alto y establecer comparaciones.

Uno de los principales factores de abuso sexual en niños identificado en el presente estudio, fue el parentesco con el agresor. Hasta el 91.6% de los casos tenían algún parentesco con el agresor (abuelos, tíos, primos, entre otros); incluso en el 33.3% el agresor fue el padre biológico:

Algunos autores refieren que es frecuente la agresión por parte de adultos de confianza no familiares en el 37.2% de los casos de abuso sexual, seguido de los familiares adultos en el 15.4% y padres biológicos en el 12.8%.

Con relación al género, en el presente estudio se identifica al sexo femenino como el más frecuentemente afectado en 75%. Sin embargo, en algunos estudios se refiere que es el sexo masculino el más agredido con 58% de casos.

La población menor de 5 años tuvo mayor riesgo de sufrir abuso sexual, con 91.6% de los casos, similar a lo reportado.

Como principales toxicomanías asociadas al abuso sexual, se encontró al alcoholismo en el 33% de los casos, seguida de la drogadicción en 16.6%, lo que

concuerta con otros autores que describen el consumo de alcohol asociado al consumo de alguna otra droga en los agresores.

En el presente estudio, no se detectaron como factores de riesgo al hacinamiento, religión, estado civil, edad materna y paterna.

El abuso sexual en menores es un problema de salud pública, en el que es posible identificar los factores de riesgo de la población, a fin de implementar programas con enfoque de riesgo, encaminados a la prevención y/o atención del daño físico, psicológico y social que ocasiona la violencia en todas sus manifestaciones.

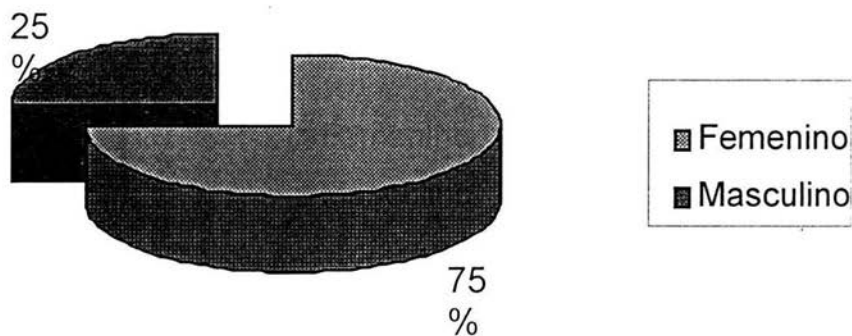
Un menor que es maltratado o abusado sexualmente tiene mayor probabilidad de repetir patrones de conducta en la edad adulta, perpetuando esta patología social. Por ello, es prioritario continuar la investigación, educación y atención integral de este problema.

V. BIBLIOGRAFIA.

- 1.-Loredo Abdala, Arturo, Trejo Hernández, Jorge, Bustos-Valenzuela Virginia. Maltrato al menor, Consideraciones Clínicas sobre maltrato físico, agresión sexual y privación emocional Gac Med Vol. 135, No 6, 1999, 611-620
- 2.-Loredo Abdala Arturo, Trejo Hernández Jorge, Castillo Serna Luis. Children Injured: Abuse or accident? Diagnosis through indicators. Bol Med Hosp Infant Mex Vol 60 jul-ago 2003.
- 3.-McLEER, SUUSAN V. MD; DIXON, J. FAYE PhD; HENRY, DELMINA PhD. Psychopathology in Non-Clinically referred sexually abused children. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 1998, 37 (12): 1326-1333.
- 4.-Kellogg, Nancy, D. MD; Parra, Juan M. MD, Menard, Shyrley Rn, PhD, CPNP Children With Anogenital Syntoms and Referred for Sexual Abuse Evaluations. Arch pediatri adolesc Med, Volumen 152 (7). July 1998. 634-64.
- 5.-Aguilar Mejía, Leonardo Viniegra. Deserción escolar y maltrato por parte de los profesores, Rev Med IMSS, 1999; 37 (4): 279-286.
- 6.-Aguilar Elia , Leonardo Viniegra. Deserción escolar y maltrato por parte de los profesores, Parte 3, Uso de sustancias tóxicas. Rev Med IMSS, 1999; 37 (6): 447- 453.
- 7.-Bowen, Kathryn MD; Aldous, Michael B. MD, MPH Medical Evaluation of Sexual Abuse in Children Without Disclosed or Witnessed Abuse. Arch Pediatri Adolesc Med, Vol 153 (11) Nov 199 Pag. 1160 a 1169.
- 8.- Loredo Abdala, Trejo Hernández, Bustos Valenzuela, y Cols. Maltrato al menor: Ruta de Abordaje en un centro hospitalario Pediátrico de la ciudad de México. Acta Pediatri Mex 1998; 19: 205-210
9. Santana TR, Sánchez AR. El Maltrato infantil: Un problema mundial. Salud Publica Mex 1998;40: 58 – 65.
10. Herrera Basto. Indicadores para la detección de maltrato en niños. Salud Pública Méx 1999; 41: 420-425.
11. Loredo Abdala, Trejo Hernández, Bustos Valenzuela y Cols. El fenómeno de Maltrato a los niños, Aspectos sociales y clínicos del Síndrome. Bol Med Hosp. Infant Mex 1998; 19: 205-210.
12. Jenny C. Kent PCH, Ritzen A, Reinert SE, Hay TC. Analysis of cases of abusive head trauma JAMA 1999; 281: 621- 626.
13. Medina MME. Berenzon S, Natera G. El papel del Alcoholismo en las violencias. Gac Med Mex 1999; 135: 282-289
14. Aguilar Cisneros, Soria Rodríguez. Factores de Riesgo Asociados a morbilidad en hijos adictos a drogas ilícitas en un hospital de Segundo nivel de atención a la salud. Bol Med Infant Mex 2000; 57: 205 – 211.
15. Foncerrada MM. Castaño TC, Córdova AAM, jurado VH. Prevención del maltrato al niño, Posibilidad de identificar a madres potencialmente maltratadas en el periodo Perinatal. Rev Med IMMS. 1999;25: 373-378.

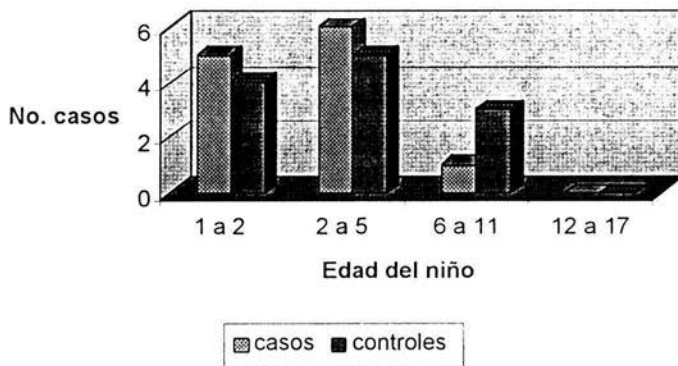
ANEXOS

**Figura 1 .
El sexo del menor como factor de riesgo
en abuso sexual**



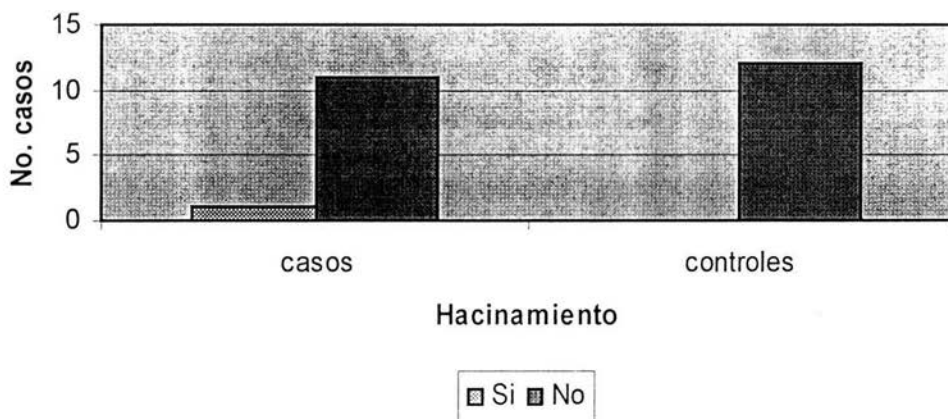
Fuente: Archivo Clínico Hospital Pediátrico Legaria 2001 - 2003

Figura 2.
**Factores de Riesgo en abuso sexual en niños-
Edad**



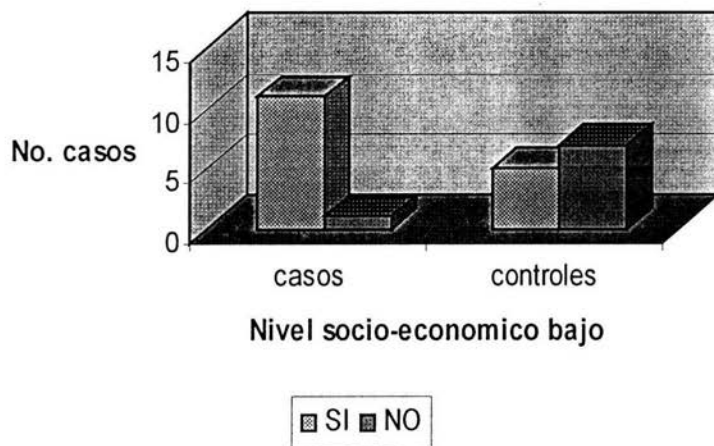
Fuente: Archivo Clínico Hospital Pediátrico Legaria 2001 - 2003

Figura 3.
Hacinamiento como factor de riesgo asociado a
abuso sexual en niños



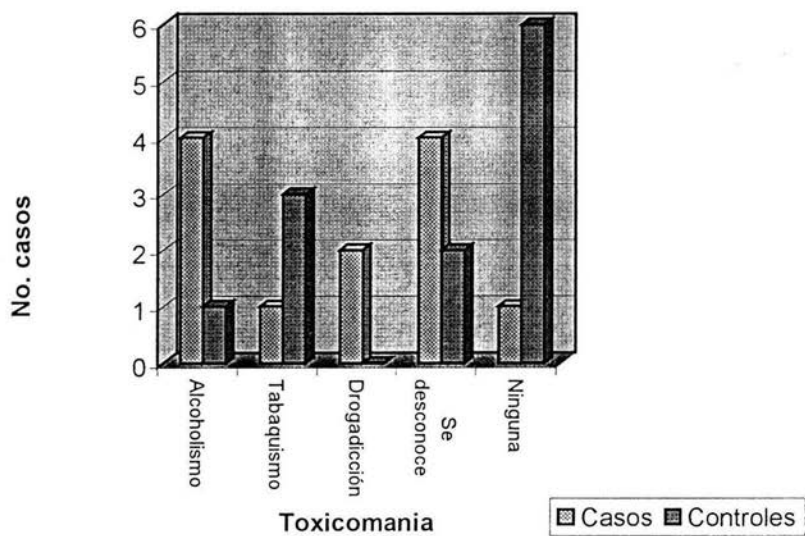
Fuente: Archivo Clínico Hospital Pediátrico Legaria 2001 - 2003

Figura 4.
El nivel socio-economico bajo como factor de riesgo en abuso sexual



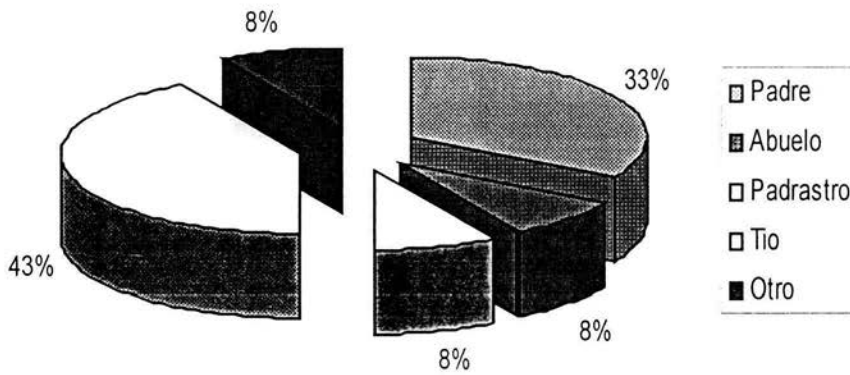
Fuente: Archivo Clínico Hospital Pediátrico Legaria 2001 - 2003

Figura 5.
Toxicomanias como factores de riesgo en niños con abuso sexual



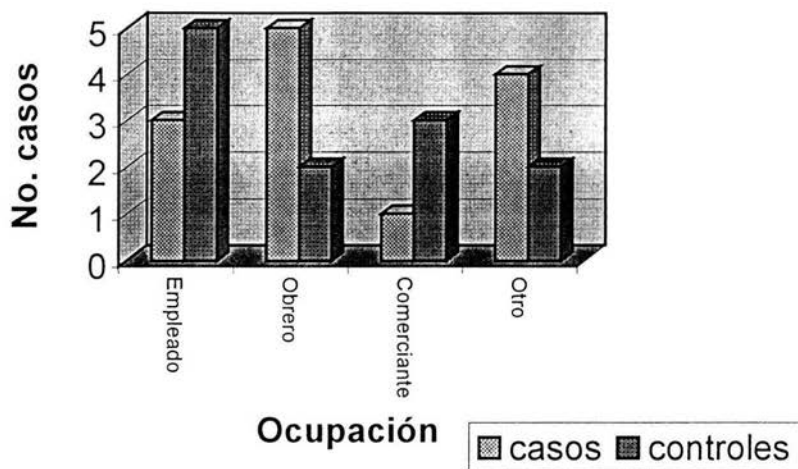
Fuente: Archivo Clínico Hospital Pediátrico Legaria 2001 - 2003

Figura 6.
Parentesco mas frecuentemente asociado con el agresor



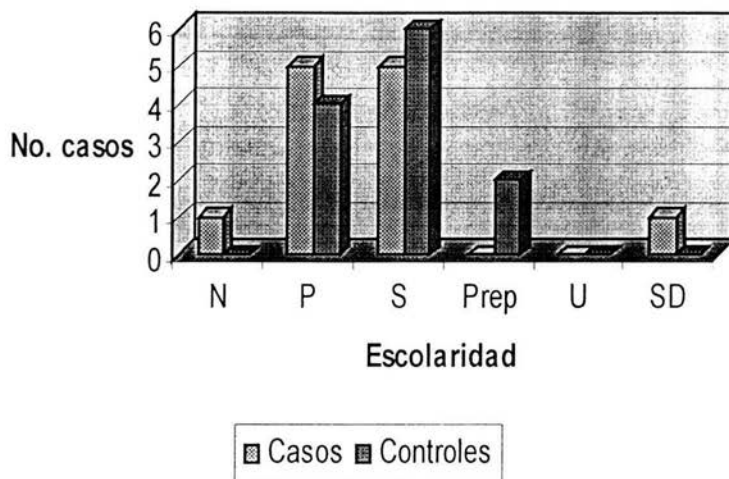
Fuente: Archivo Clínico Hospital Pediátrico Legaria 2001 - 2003

Figura 7.
La ocupación de la agresor como factor de riesgo.



Fuente: Archivo Clínico Hospital Pediátrico Legaria 2001 - 2003

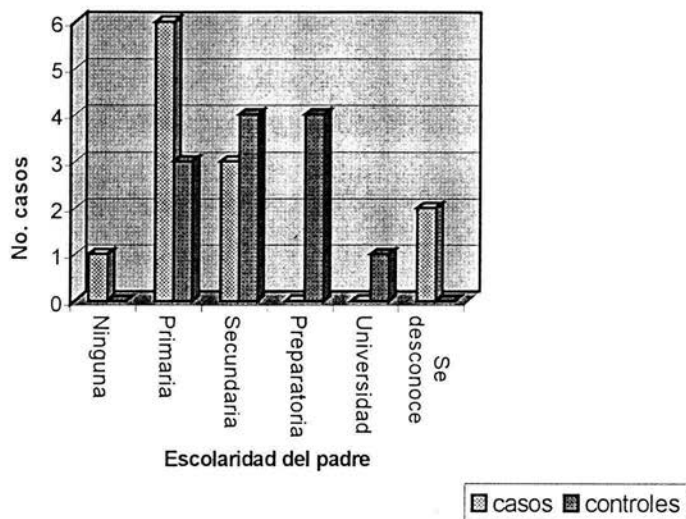
Figura 8.
Factores de riesgo en abuso sexual en niños-
Escolaridad materna



N: Ninguna, P: Primaria, S. Secundaria, Prep. Preparatoria, U: universidad, SD: Se desconoce.

Fuente: Archivo Clínico Hospital Pediátrico Legaria 2001 - 2003

Figura 9.
Factores de riesgo en abuso sexual en niños-
Escolaridad del padre



Fuente: Archivo Clínico Hospital Pediátrico Legaria 2001 - 2003

CUADRO I. FACTORES DE RIESGO EN PACIENTES PEDIATRICOS CON ABUSO SEXUAL DEL HOSPITAL PEDIATRICO LEGARIA

FACTOR DE RIESGO	RAZON DE MOMIOS (OR)	LIMITES DE CONFIANZA
Parentesco con el agresor	13.00	1.98 < OR < 85.46
Niños de 5 años o menores	3.67	0.25 < OR < 109.95
Sexo masculino	0.47	0.06 < OR < 3.55
Nivel socioeconómico bajo	15.40	1.20 < OR < 439.94
Hacinamiento	Indefinido	Indefinido
Tabaquismo	0.03	0.00 < OR < 0.96
Alcoholismo	5.50	0.41 < OR < 157.57
Drogadicción	2.20	1.39 < OR < 3.48
Ocupación obrero	3.57	0.40 < OR < 37.69
Escolaridad materna baja	2.0	0.29 < OR < 14.60
Escolaridad paterna baja	4.20	0.56 < OR < 37.78

Fuente: Archivo Clínico Hospital Pediátrico Legaria 2001 - 2003