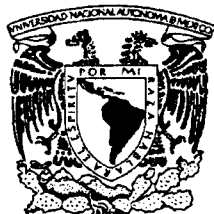




GOBIERNO DEL DISTRITO FEDERAL
México • La Ciudad de la Esperanza



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

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

CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACION EN PEDIATRIA

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

TRABAJO DE INVESTIGACION EPIDEMIOLOGICO

PRESENTA
DRA. BEATRIZ PEREZ ANTONIO

PARA OBTENER DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN PEDIATRIA

DIRECTOR DE TESIS
DR. MOISES VILLEGAS IVEY

2004



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

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

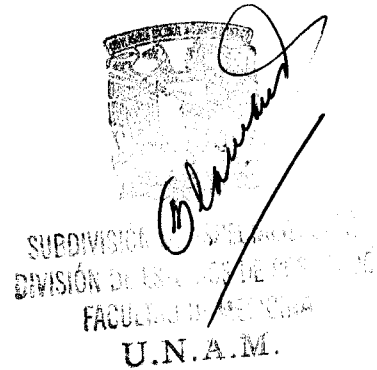
AUTOR: DRA BEATRIZ PEREZ ANTONIO

Vo. Bo.

DR. MOISES VILLEGAS IVEY



PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE
ESPECIALIZACION EN PEDIATRIA



DR ROBERTO SANCHEZ RAMIREZ

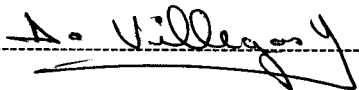
DIRECCION DE EDUCACION
E INVESTIGACION
SECRETARIA DE
SALUD DEL DISTRITO FEDERAL
DIRECTOR DE EDUCACION E INVESTIGACION

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

AUTOR: DRA. BEATRIZ PEREZ ANTONIO

Vo. Bo

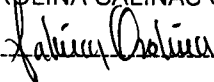
DR. MOISES VILLEGAS IVEY.



DIRECTOR DE TESIS

Vo Bo.

DRA CAROLINA SALINAS OVIEDO.



ASESORA METODOLOGICA

Agradecimientos:

A mis padres por creer en mi y en mis proyectos, pero sobre todo por ser mis padres.

A mi esposo por ser mi cómplice, por estar junto a mí en los momentos más difíciles y brindarme su apoyo. Te amo, gracias.

Dios: Gracias por creer en mí.

A mis hijos que con su ternura e inocencia han compartido mis proyectos.

Chely y Rosi: No olvidare su apoyo y cariño en todos los momentos importantes de mi vida hoy este triunfo lo puedo compartir con ustedes, gracias.

INDICE.

I INTRODUCCION.....1-8 Pág.

II. MATERIAL Y METODOS.....9 Pág.

III RESULTADOS.....10 –13Pág.

IV DISCUSION.....14-16 Pág.

V BIBLIOGRAFÍA.....17-19 Pág.

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 privación 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.
- f) El médico debe de estar consciente de otras formas de agresión sexual tales como: pornografía infantil, la corrupción de menores, el ritualismo satánico, etc.(1,5,6).

Las lesiones generadas por abuso sexual varían un poco en función del sexo de la víctima. En las niñas se localiza en la zona genital, paragenital y extragenital y la presentación clínica dependerá del tipo de agresión, severidad, duración, tiempo transcurrido y la edad de la víctima. Las alteraciones más frecuentes son: modificación variable en el tamaño del orificio himeneal, desgarros o pérdidas de elasticidad del mismo así como cicatrices y sinequias postraumáticas. La presencia de lesión en el introito vaginal alrededor de las 5 y 7 horas del reloj orientan a o pensar en que hubo penetración. (1,2,7).

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

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

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

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

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

Mc Leer reporta que los tocamientos genitales fueron reportados en 28.6 %, el acto sexual simulado, cunilinguis u otros actos sexuales sin penetración en el 13%, con penetración en el 58.4%. Los reportes indican que el 47.1 % fue abusado en el transcurso de l día, 14.7 % fue abusado repetidamente a lo largo de un periodo de un

mes, y el 14.7% fue abusado repetidamente de la 12 meses, y el 23.5% experimento .abuso repetido en un periodo mayor de 1 año.(14, 3, 4)

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

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

Kellogg y col. revisaron 3660 expedientes y se incluyeron 157 casos. De 184 quejas el sintoma más común de presentación fue sangrado anogenital o magulladuras 29.3%, irritación o eritema 21.7%, anormalidades 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.(15, 3, 4).

En el Hospital Pediátrico Coyoacán se tiene una población representativa de la red de hospitales pediátricos de la Secretaria de Salud del Distrito Federal; se ha detectado un incremento de pacientes con AS o sospecha al cual se da manejo y se realiza reporte al ministerio publico por ser un caso médico legal, pero como servicio medico además de tratar el problema es conveniente identificar los factores de

riesgo en pacientes con abuso sexual y de esta manera poder realizar prevención en la población ya que en los últimos años se ha detectado un incremento en las denuncias de niños con AS así como el hecho de no contar con un plan de trabajo para la prevención de este como grupo interdisciplinario.

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

II. MATERIAL Y METODOS.-

Se realizó un estudio clínico epidemiológico de casos y controles en un censo de Expedientes clínicos de pacientes con diagnóstico de abuso sexual de 1 a 17 años de edad, ambos sexos, de cualquier nivel socioeconómico que acudieron al Hospital Pediátrico Coyoacan del año 2000 al 2003, y un grupo de controles con expedientes clínicos de pacientes sin abuso sexual del mismo período. Se excluyeron pacientes con patología de base que alterara la anatomía genital o con enfermedad hematológica y ósea. Se eliminaron pacientes que solicitaron alta voluntaria o con expedientes incompletos.

Las variables en estudio (factores de riesgo) fueron: edad, sexo, peso, hacinamiento, N° de convivientes, ocupación de los padres, religión, escolaridad, estado civil y presencia de toxicomanías.

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

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

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

III. RESULTADOS.-

En la búsqueda de datos realizada en la hoja de consulta diaria del Hospital Pediátrico Coyoacán, se encontró que durante el periodo comprendido del año 2000-2003 se registraron 28 casos de abuso sexual.

De estos 28 casos, 5 expedientes se encontraron incompletos debido a que fueron dados de alta previa valoración del ministerio público, quien menciona el retiro de cargos de los familiares del paciente.

Además tres expedientes se excluyeron porque el Ministerio Público determinó que no hubo daño clínica ni psicológico al paciente.

Sé incluyen 20 expedientes de pacientes con abuso sexual en el periodo ya señalado con los siguientes resultados:

El sexo femenino se reporta con una frecuencia del 65%, el sexo masculino con el 35%. (Figura 1) La frecuencia por grupos de edad fue: de 1-2 años 0%; de 2-5 años 45%; de 6-11 años 20% y de 12-17 años el 35%.(Figura 2)

La información acerca de presencia de hacinamiento se obtuvo a partir de la historia clínica, tomando en cuenta el número de convivientes y número de cuartos por familia.

Se obtuvieron los siguientes datos: con hacinamiento 11 pacientes (55%) y sin presencia de estos 9 pacientes que corresponden el 45%(Figura 3)

En cuanto al lugar que ocupa el paciente en la familia se reportó de la manera siguiente: como primer hijo se reportan 7 casos que corresponden al 35%; el

segundo hijo fueron 10 casos que corresponde al 50% y el tercer hijo se reportan 3 casos que corresponden al 15%.(Figura 4)

Del Estudio Socioeconómico realizado por el Servicio de Trabajo Social se consideraron los datos de vivienda y ambiente, los cuales se clasifican nivel socioeconómico como bajo, medio y alto con los siguientes datos: bajo 11 casos (55%); medio 9 casos(45%) y alto 0 casos. (Figura 5)

En la variable escolaridad de la madre se reportaron 13 casos que sólo cursaron primaria (55%); 7 casos secundaria (35%); 1 era analfabeta (5%), mientras que en el grupo control se reportaron 12 con nivel secundaria (60%) y 5 con nivel primaria (25%). (Figura 6)

Con relación al estado civil se reportan 12 casos donde la pareja convivía en unión libre (60%); 4 casos casados (20%) y en 3 casos la madre era soltera (15%).

En los controles se reportaron 8 en unión libre y 8 casados que corresponden al 40% respectivamente.(Figura 7)

Con respecto a la ocupación de la madre de los niños con abuso sexual, 10 de estas se dedicaban al hogar (50%), 8 empleadas (40%) y 1 comerciante (5%); por otra parte, en donde el grupo control 15 madres se dedicaban al hogar(75%).

Acerca de las toxicomanías de la madre, se tomó en cuenta tabaquismo, alcoholismo y otras; se reportan sólo 4 casos (20%) y en el grupo control 2 madres con toxicomanías (10%).(Figura 8)

Como datos del padre de menor con abuso se encuentra también la escolaridad. De estos son 5 con escolaridad primaria(25%), 8 con secundaria(40%) y 3 con nivel medio superior(15%); en el grupo control 12 padres cursaron secundaria con un 60%.(Figura 9)

En la ocupación se reportan 9 empleados (45%), 3 comerciantes (30%) y 4 desempeñan otros trabajos(20%). Del grupo control se reporta 11 empleados (55%) y 4 comerciantes (20%).

De las toxicomanías se reportó tabaquismo en 2 casos (10%), alcoholismo 12 casos (60%), y otras drogas 2 (10%); en el grupo control 11 padres sin toxicomanías (55%) y 6 con alcoholismo (30%). (Figura 10)

En respecto a los datos del agresor, llama la atención que 8 de los casos son familiares del niño (40%); en 7 casos el agresor fue el padre (35%); el padrastro en 3 casos (15%), y amigos de la familia en 2 (10%).(Figura 11)

En cuanto a la edad del agresor: 8 eran mayores de 36 años (40%); 7 casos entre 26 y 35 años(35%) y 5 casos fueron menores de 25 años (25%) (Figura 12)

En el 100% de los agresores se reporta alcoholismo, 20% tabaquismo con y 35% otro tipo de toxicomanías.(Figura13).

Para análisis de los factores de riesgo se calculo razón de momios en donde se reporta alcoholismo con OR 38, escolaridad paterna OR 7.5, escolaridad materna OR 3.77, hacinamiento OR 1.83, nivel socioeconómico bajo OR 1.22, número de hijos OR 1, y ocupación materna OR 0.37. (Tabla 1).

IV. DISCUSION.

Como principal factor de riesgo de esta investigación, se identificó en los pacientes con abuso sexual es muy probable que existan problemas de alcoholismo en el agresor, a diferencia de lo reportado en otros estudios donde se identifica como factor asociado pero no como determinante. Así mismo se encuentra asociación entre agresores alcohólicos que también utilizan alguna otra droga.

A pesar de que existen estudios donde se asegura que la Violencia Intrafamiliar se presenta en todos los niveles educativos y socio-económicos, en este estudio fue determinante la escolaridad de ambos padres, ya que el bajo nivel educativo, cultural y la ignorancia son variables que se presentan con frecuencia tanto en la madre como en el padre y/o cuidadores del menor que sufran abuso sexual. Otro de los factores de riesgo es la presencia de hacinamiento y nivel socioeconómico bajo que junto con los factores antes mencionados son características de la pobreza de la población que acude a los servicios que ofrece la Secretaría de Salud del Distrito Federal.

Como principales características del paciente que es abusado sexualmente, se encuentra que el grupo de edad más afectado son los menores de dos a cinco años, disminuyendo la frecuencia durante la edad escolar, e incrementándose nuevamente en la adolescencia; en el primer caso posiblemente debido a que el menor requiere de más cuidados que en ocasiones los padres no están dispuestos a otorgar; es decir, el menor es más dependiente. Por ello es frecuente que los padres de niños que sufren abuso sexual los dejen a cargo de cuidadores.

En el caso de la adolescencia, hay que considerar el hacinamiento, la convivencia con parientes (tíos, abuelos, primos) y a las familias numerosas como posibles detonantes del abuso sexual.

Otro factor al que se refieren en los diversos estudios es el género de los pacientes. Por ejemplo, en la población anglosajona se reporta mayor abuso en pacientes masculinos, y se menciona como posible factor la homosexualidad velada del agresor. Sin embargo, en América Latina la población agredida con mayor frecuencia es la del sexo femenino, donde predominan los modelos patriarcales en la sociedad y el "machismo" de los agresores, además de que el hecho de denunciar el abuso sexual resulta difícil debido a que con frecuencia el agresor es miembro de la familia y se considera que tiene derecho a ejercer su autoridad y disponer de las mujeres de su núcleo familiar. En el presente estudio se encontró con mayor frecuencia abuso sexual en pacientes del sexo femenino; esto concuerda con lo antes referido.

Con relación al estado civil, en las estadísticas nacionales se menciona un incremento en el número de madres solteras y de parejas que viven en unión libre. En el primer caso, la madre debe hacerse cargo de la manutención de los hijos por lo que dedican mucho tiempo a las actividades laborales y recurren a cuidadores como los abuelos, tíos, nanas, entre otros.

Por otra parte, las parejas que conviven en unión libre suelen ser de tipo nuclear extensa y disfuncional; esta característica se detectó en la población del Hospital Pediátrico Coyoacán, conforme a lo reportado en el expediente clínico.

El presente estudio es de suma importancia porque permitió identificar los factores de riesgo asociados al abuso sexual, así como detectar a las familias con mayor riesgo.

A partir de estos datos, es posible proponer un Programa de Prevención Social con Enfoque de Riesgo, y contribuir en el estudio de este fenómeno social que en los últimos años se ha incrementado, siendo ya un problema de Salud Pública que afecta a la población.

Los Profesionales de la Salud aún consideran que una familia funcional es la base de una sociedad sana, y de la misma forma que se asignan recursos a Programas de atención para mujeres golpeadas, es necesario dedicar el mismo esfuerzo a la población infantil, ya que no puede ejercer su autonomía y es dependiente, incluso de quienes en ocasiones son sus agresores.

V. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.-

- 1.-Loredo Abdala, Arturo, Trejo Hernández, Jorge, Bustos-Valenzuela Virginia. Maltrato al menor, Consideraciones Clínicas sobre maltrato físico, agresión sexual y privación emocional Gac Med Vol. 135, No 6, 1999, 611-620
- 2.-Loredo Abdala Arturo, Trejo Hernández Jorge, Castillo Serna Luis. Children Injured: Abuse or accident? Diagnosis through indicators. Bol Med Hosp Infant Mex Vol 60 jul-ago 2003.
- 3.-McLEER, SUUSAN V. MD; DIXON, J. FAYE PhD; HENRY, DELMINA PhD. Psychopathology in Non-Clinically referred sexually abused children. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 1998, 37 (12): 1326-1333.
- 4.-Kellogg, Nancy, D. MD; Parra, Juan M. MD, Menard, Shirley Rn,PhD, CPNP Children With Anogenital Symtoms and Referred for Sexual Abuse Evaluations. Arch pediatr adolesc Med, Volumen 152 (7). Jul. 1998. 634-64
- 5.-Aguilar Mejía, Leonardo Viniegra. Deserción escolar y maltrato por parte de los profesores, Rev. Med IMSS, 1999; 37 (4): 279-286.

6.-Aguilar Elia , Leonardo Viniegra. Deserción escolar y maltrato por parte de los profesores, Parte 3, Uso de sustancias tóxicas. Rev Med IMSS, 1999; 37 (6): 447-453.

7.-Bowen, Kathryn MD; Aldous, Michael B. MD, MPH Medical Evaluation of Sexual Abuse in Children Without Disclosed or Witnessed Abuse. Arch Pediatr Adolesc Med, Vol. 153 (11) Nov 199 Pág. 1160 a 1169.

8.- Loreda Abdala, Trejo Hernández, Bustos Valenzuela, y Col. Maltrato al menor: Ruta de Abordaje en un centro hospitalario Pediátrico de la ciudad de México. Acta Pediatr Mex 1998; 19: 205-210

9. Santana TR, Sánchez AR. El Maltrato infantil: Un problema mundial. Salud Publica Mex 1998;40: 58 – 65.

10. Herrera Basto. Indicadores para la detección de maltrato en niños. Salud Pública Méx. 1999; 41: 420-425.

11. Loreda 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.

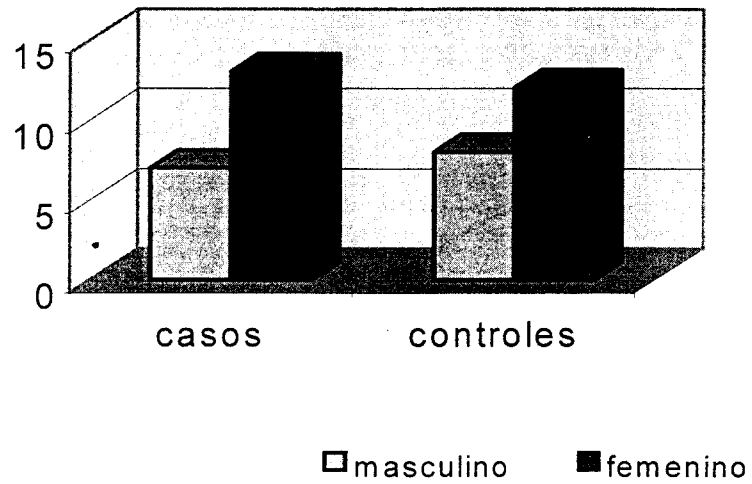
13. Medina MME. Berenzon S, Natera G. El papel del Alcoholismo en las violencias.
Gac Med Mex 1999; 135: 282-289

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.

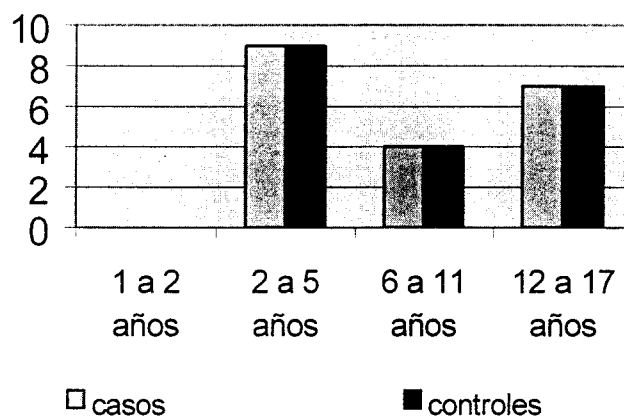
ANEXOS

Figura 1. Distribución por sexo de pacientes con abuso sexual.



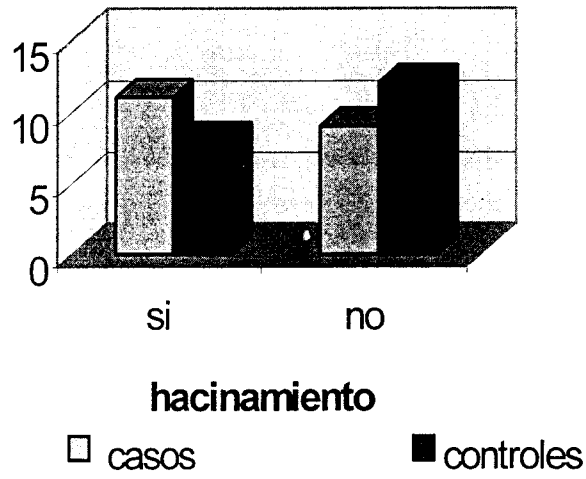
Fuente: Expedientes Clínicos Hospital Pediátrico Coyoacan 2000 - 2003

Figura 2. Distribución por edad en pacientes con abusosexual



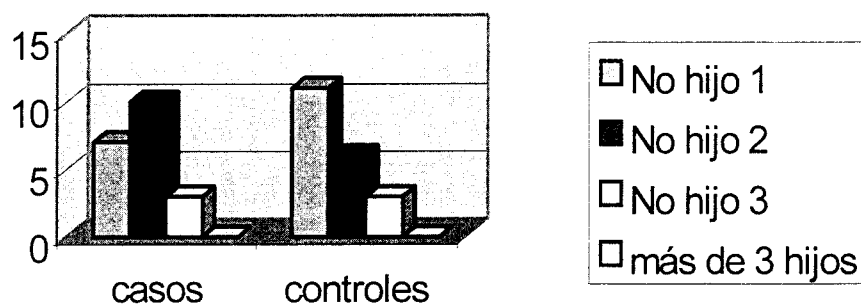
Fuente: Expedientes Clínicos Hospital Pediátrico Coyoacan 2000 - 2003

Figura 3. Abuso sexual-hacinamiento.



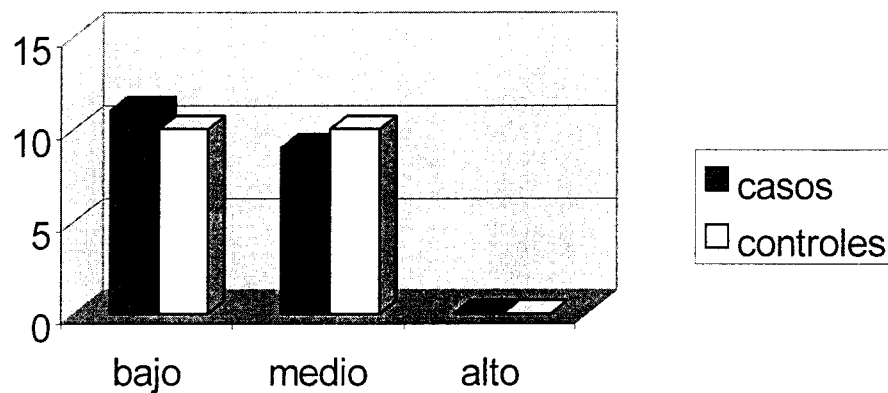
Fuente: Expedientes Clínicos Hospital Pediátrico Coyoacan 2000 - 2003

Figura 4. Lugar que ocupa en la familia con abuso sexual.



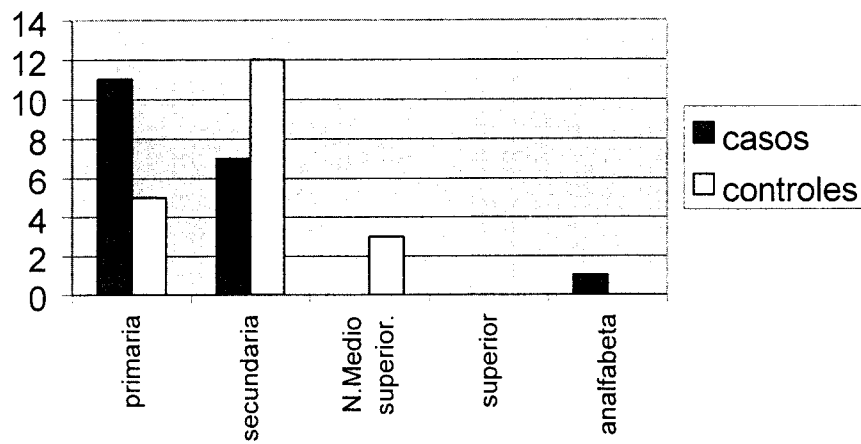
Fuente: Expedientes Clínicos Hospital Pediátrico Coyoacan 2000 - 2003

Figura 5. Nivel Socioeconomico de las familias con abuso sexual.



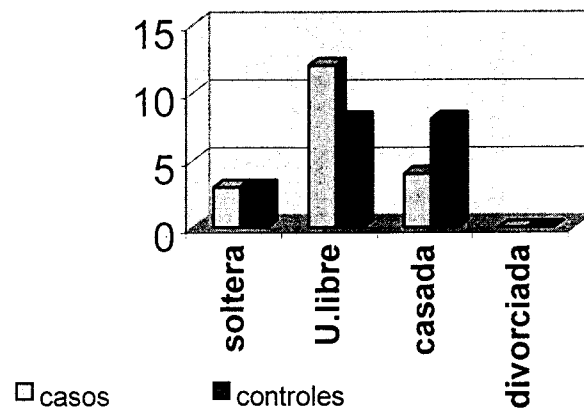
Fuente: Expedientes Clínicos Hospital Pediátrico Coyoacan 2000 - 2003

Figura 6. Escolaridad materna.



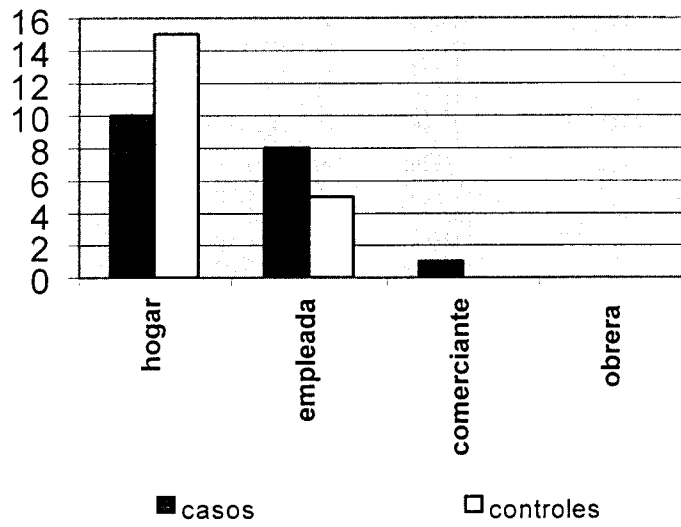
Fuente: Expedientes Clínicos Hospital Pediátrico Coyoacan 2000 - 2003

Figura 7. Estado civil de pareja con AS.



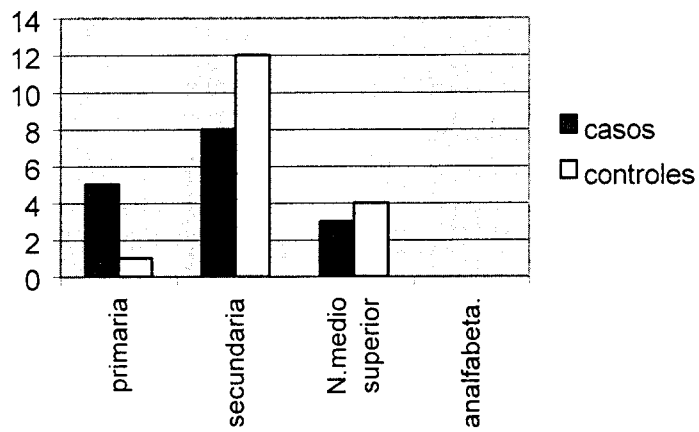
Fuente: Expedientes Clínicos Hospital Pediátrico Coyoacan 2000 - 2003

Figura 8. Ocupación de madre.

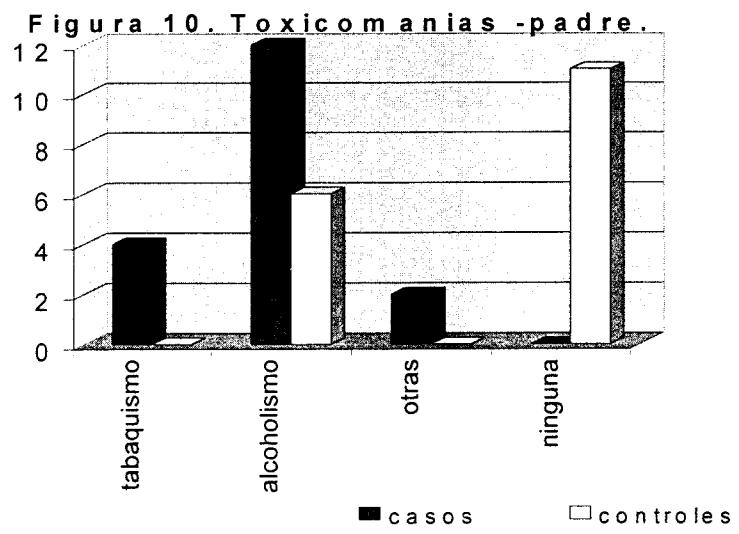


Fuente: Expedientes Clínicos Hospital Pediátrico Coyoacan 2000 - 2003

Figura 9. Escolaridad del padre.

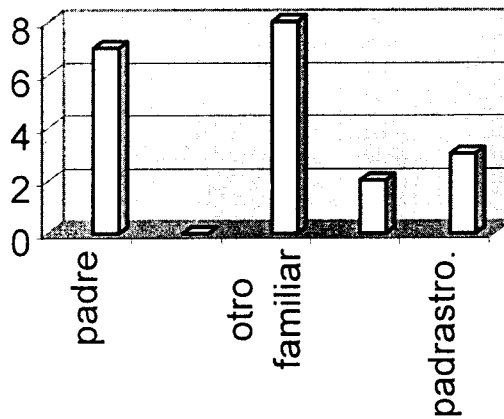


Fuente: Expedientes Clínicos Hospital Pediátrico Coyoacan 2000 - 2003



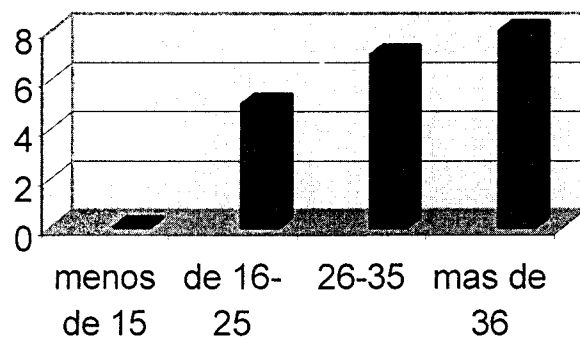
Fuente: Expedientes Clínicos Hospital Pediátrico Coyoacan 2000 - 2003

Figura 11. Relacion del agresor con el niño con AS.



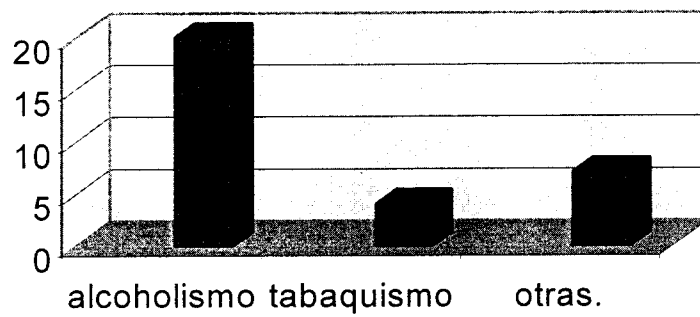
Fuente: Expedientes Clínicos Hospital Pediátrico Coyoacan 2000 - 2003

Figura 12. Edad del agresor



Fuente: Expedientes Clínicos Hospital Pediátrico Coyoacan 2000 - 2003

Figura 13. Toxicomanias del agresor.



Fuente: Expedientes Clínicos Hospital Pediátrico Coyoacan 2000 - 2003

Tabla 1 factores de riesgo en abuso sexual del Hospital Pediátrico de Coyoacan .

Factores de riesgo	OR	Limites de Confianza.
Alcoholismo.	38	3.58<OR<965.37.
Escolaridad paterna	7.50	0.61<OR<205.65
Escolaridad materna	3.77	0.76<OR<20.11
Hacinamiento.	1.83	0.44<OR<7.8
Nivel socioeconómico bajo.	1.22	0.29<OR<5.1.
Número de hijos.	1	0.13<OR<7.52
Ocupación de la madre.	0.37	0.08<OR<1.73.

FUENTE: Archivo clínico del Hospital Pediátrico Coyoacan.