



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS
FACULTAD DE MEDICINA
SECRETARIA DE DOCENCIA - JEFATURA DE POSGRADO
HOSPITAL DEL NIÑO MORELENSE

“CUANTIFICACION Y CLASIFICACION DE CASOS DE VIOLENCIA
SEXUAL INFANTIL REFERIDOS AL HOSPITAL DEL NIÑO MORELENSE DEL
2014 AL 2018”.

Tesina

Que como parte de los requisitos para obtener el diploma de
Especialidad en Pediatría Médica.

Presenta

Flores de Lucio Jazmín Elide.

Director

Dr. Gregorio Chan Diaz.

Co- Director

Dra. Maria Gabriela Pérez Guillé

Cuernavaca Morelos 08 febrero 2021.



Universidad Autónoma del Estado de Morelos

Facultad de Medicina

“CUANTIFICACION Y CLASIFICACION DE CASOS DE VIOLENCIA SEXUAL INFANTIL REFERIDOS AL HOSPITAL DEL NIÑO MORELENSE DEL 2014 AL 2018”.

Presenta:

Flores de Lucio Jazmín Elide

SINODALES

Presidente

Firma

Secretario

Firma

Vocal

Firma

Suplente

Firma

Suplente

Firma

Dra. Vera Lucia Petricevich

Nombre y Firma

Director de la Facultad

Dr. Jesús Santos Ángeles Chimal

Nombre y Firma

Coordinador de Posgrado

Cuernavaca, Morelos, 05 de febrero 2021.

DEDICATORIA

A todxs los pacientes que han contribuido a mi formación profesional, quienes han sido víctimas de la vida misma, y aún así, siempre te impulsan con una sonrisa.

A Simone, amor de mi vida y nutrimento del alma.

A José Manuel, por su amor incondicional, el soporte físico, mental, espiritual y emocional.

A Gabriela y Pablo, por su amor y apoyo eterno.

A mis hermanxs (Omar, Paola, Martha), por el abandono causado.

A familia y amigxs por que les falté y aún así siempre conté con su apoyo, cariño y consejo.

AGRADECIMIENTOS

A Universidad Autónoma del Estado de Morelos, Facultad de Medicina y Dirección de Posgrado.

A Hospital del Niño Morelense, maestrxs, enfermerxs, y compañerxs de trabajo, por el aprendizaje, por la lucha constante.

A Enseñanza del Hospital del Niño Morelense, en todas direcciones, por la oportunidad y el apoyo.

COLABORADORES:

Dr. Armando Bustamante Pérez (Adscrito a clínica del adolescente HNM).

Lic. Luz Estela Velázquez del Valle Moreno (Adscrita al servicio de psicología HNM).

Lic. Iraís Eunice Figueroa Palacios (Adscrita al servicio de enseñanza HNM).

Dr. Víctor Manuel García García (Adscrito a la Fiscalía del Menor HNM).

Quienes con su apoyo material, informativo y cognitivo, hicieron esta tesis posible, gracias.

Índice

MARCO TEÓRICO	8
Definiciones	8
La diferencia entre abuso sexual y violación	9
Tipología de abuso sexual infantil según Save the children	10
Tipologías de explotación y abuso sexual, convenio del consejo de Europa	11
Cuadro de referencia rápida para la diferenciación de abuso sexual agudo y crónico (2,14,24)	12
Modelo ecológico del abuso sexual	12
Factores a considerar en el abuso sexual infantil	13
Consecuencias	14
Factores de riesgo	14
Clasificación del abuso sexual/violación	15
Por tipo de agresor	15
Temporalidad del abuso	17
Etapas del abuso sexual	17
Diagnóstico médico	18
Indicadores físicos	18
Indicadores físicos específicos	19
Indicadores psicológicos específicos de abuso sexual	19
Las altamente específicas son	20
Indicadores físicos altamente específicos:	20
Indicadores físicos inespecíficos:	21
Indicadores emocionales:	21
Interpretación de Hallazgos físicos en sospecha de abuso sexual	21
Víctima y victimario	25
La atención médica y el abuso sexual infantil crónico y agudo	26
Objetivos de la atención a sobrevivientes de violación	26
Primer contacto	27

Exámenes de laboratorio y profilaxis antimicrobiana	29
Evaluación psicológica y psiquiátrica	29
Integración del diagnóstico	30
Pronóstico	30
Consecuencias a largo plazo	30
Factores de mal pronóstico	31
NORMA OFICIAL MEXICANA 046	31
DISEÑO DEL ESTUDIO	33
Pregunta de investigación	33
Justificación	33
Objetivo general	34
Objetivos específicos	34
Clasificación de la investigación	35
MATERIAL Y MÉTODOS	35
Población objetivo	35
CRITERIOS DE SELECCIÓN	35
Criterios de inclusión	35
Criterios de exclusión	36
Criterios de eliminación	36
Ubicación del estudio	36
Tamaño de muestra	36
Plan de análisis:	36
RESULTADOS	36
RESULTADOS POR VARIABLE	37
Año	37
Año (reporte de fiscalía del menor HNM).	38
Sexo de la víctima	39
Edad de presentación	39
Victimario	40
Número de victimarios.	41
Cuidador principal	42
Tiempo de evolución.	43

	44
DISCUSION Y Conclusiones:	44
Sitio de ocurrencia	44
Lesiones causadas	45
Tipos de violencia sexual	46
Diagnóstico secundario	48
Manejo multidisciplinario	48
Administración de profilaxis	49
Otros familiares abusados	50
Reporte a fiscalía y apertura de carpeta de investigación	50
Persona con quien se egresa	51
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	52
BIBLIOGRAFIA:	56
ANEXO 1. VARIABLES	58
ANEXO 2. FRECUENCIAS Y PORCENTAJES.	61
Anexo 3. Definiciones operacionales.	67

MARCO TEÓRICO

Definiciones

El abuso sexual infantil (AS) es catalogado por la UNICEF como una forma de maltrato en la infancia, el maltrato infantil es entendido en este sentido como todas aquellas conductas en las que, por acción u omisión de un adulto, se produce daño real o potencial a un niño o adolescente (13).

Según la OMS el maltrato infantil se define como los abusos y desatención de que son objeto los menores de 18 años, incluye todos los tipos de maltrato físico o psicológico, abuso sexual, desatención, negligencia, explotación comercial que causen o puedan causar un daño a la salud, desarrollo o dignidad del niño, o poner en peligro su supervivencia, en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder. La exposición a la violencia de pareja también se incluye a veces entre las formas de maltrato infantil. La misma OMS revela que una cuarta parte de todos los adultos manifiesta haber sufrido maltratos físicos de niños y 1 de cada 5 mujeres y 1 de cada 13 hombres declaran haber sufrido abusos sexuales en la infancia; esto además del maltrato psicológico (emocional) y la desatención (17).

Estas cifras son desestimadas, ya que las estadísticas dependen de muchas variables, como son:

- Definiciones de maltrato infantil que sean utilizadas
- La cobertura y la calidad de las estadísticas oficiales
- La cobertura y calidad de las encuestas basadas en los informes de las propias víctimas, padres y/o cuidadores.

El abuso sexual infantil o infanto-juvenil, es una forma de violencia en la infancia, se trata de un tema social altamente controversial, debido a toda la mitología que rodea al abuso sexual y a sus protagonistas. No existe una definición única de lo que constituye el abuso sexual infantil, sin embargo la podemos definir como: la utilización, la persuasión, la inducción, la seducción o la coerción de un niño o niña para realizar [o participar de] —incluida la ayuda a otra persona para el mismo fin— cualquier tipo de conducta sexual explícita, o la simulación de dicha conducta con el fin de producir una representación visual de esta, o la violación, el tocamiento, la prostitución o cualquier otra forma de explotación sexual de un niño o niña, o el incesto (2).

Se define también como abuso sexual todos los actos de naturaleza sexual impuestos por un adulto sobre un niño, que por su condición de tal carece del desarrollo madurativo, emocional y cognitivo para dar consentimiento a la conducta o acción en la cual es involucrado. La habilidad para enredar a un niño en estas actividades se basa en la posición dominante y de poder del adulto en contraposición con la vulnerabilidad y la dependencia del niño (13).

La Academia Americana de Pediatría define el abuso sexual infantil como la práctica de un contacto físico o visual, cometido por un individuo en el contexto sexual; con violencia, engaño, o seducción, ante la incapacidad del niño para consentir, en virtud de su edad y diferencia de poder (25).

La clínica de Atención Integral al Niño Maltratado del Instituto Nacional de Pediatría (CAINM-INP-UNAM) lo define como una interacción sexual que puede o no ser física, entre un niño y un individuo de una mayor edad, quien lo utiliza en forma violenta, con engaño o seducción, para su estimulación sexual, la del menor o la de otro (24).

El abuso sexual en niñas y niños difiere del que ocurre en adultos. Con frecuencia se trata de situaciones repetitivas, con duración de semanas o meses, antes de ser descubierto. Suele ocurrir sin mediar violencia física, sino psicológica a través de amenazas de agresión o muerte a la familia, razón por la que la niña o el niño evitan informar del abuso. Cuando lo hacen, se acercan con mayor frecuencia a la madre, quien puede no creerles o vivir también en situación de violencia por el mismo agresor (19).

El abuso sexual infantil es un problema cuyo impacto físico y emocional puede ocasionar secuelas graves a corto, mediano y a largo plazo. Aproximadamente el 80% de las víctimas sufre consecuencias emocionales negativas, esto depende de quién fue el agresor, el grado de culpa del niño ejercido por sus padres, así como de las estrategias de afrontamiento del problema de que disponga la víctima (23).

La diferencia entre abuso sexual y violación

Según el código penal federal:

Violación.

Artículo 260: al que sin el consentimiento de una persona y sin el propósito de llegar a la cópula, ejecute en ella un acto sexual o la obligue a ejecutarlo (6).

Abuso:

Artículo 261: al que, sin el propósito de llegar a la cópula, ejecute un acto sexual en una persona menor de 12 años o que no tenga la capacidad de comprender el significado del hecho o que por cualquier causa no pueda resistirlo o la obligue a ejecutarlo (5).

Tentativa de violación:

Artículo 12 del Código Penal, la tentativa es punible cuando se ejecutan hechos encaminados directamente a la realización de un delito, si éste no se consuma por causas ajenas a la voluntad del agente (7).

Según UNICEF:

Violación: hace referencia a un episodio único, violento, en el que es común que se utilice la fuerza física de manera inmediata o la amenaza de vida, para lograr el sometimiento instantáneo de la víctima y evitar o reducir la posibilidad de resistencia. En general es llevado por un desconocido y el contacto de violador y la víctima comienza y termina en la acción de violación (13).

Abuso sexual: se desarrolla a lo largo de un tiempo a través de una vinculación progresiva cuya finalidad última es el acceso al cuerpo de un niño. Una vez que el abusador sexual llega al contacto con el cuerpo del niño, ese contacto puede progresar a lo largo del tiempo en su nivel de intrusividad, e incluso llegar a una penetración completa, propia de una relación sexual. A lo largo de este proceso, puede o no haber violencia física explícita (por ejemplo, pegarle para que acceda al abuso o por si se resiste a él). A veces es suficiente con la amenaza de violencia para conseguir el sometimiento del niño víctima (amenazarlo con que algo malo le sucederá a él o a alguien de la familia o mascotas). En algunos casos, sobre todo en aquellos que perduran a lo largo de años, es posible encontrar también una progresión en el tipo de coerción o violencia utilizado por el ofensor sexual, pero raramente hay violencia física inmediata. Generalmente es alguien conocido por el abusado o su familia (13).

Tipología de abuso sexual infantil según Save the children

Abuso sexual: Cualquier forma de contacto físico con o sin acceso carnal, con contacto o sin contacto físico realizado sin violencia o intimidación y sin consentimiento. Puede incluir: penetración vaginal, oral y anal, penetración digital, caricias o proposiciones verbales explícitas (2).

Agresión sexual: cualquier forma de contacto físico con o sin acceso carnal, con violencia o intimidación y sin consentimiento (2).

Exhibicionismo: es una categoría de abuso sexual sin contacto físico. La gratificación sexual se obtiene mostrando el propio cuerpo (2),

Explotación sexual infantil: Una categoría de abuso sexual infantil en la que el abusador persigue un beneficio económico y que engloba la prostitución y la pornografía infantil. Se suele equiparar la explotación sexual con el comercio sexual infantil (1).

Dentro de la explotación sexual infantil, existen diferentes modalidades a tener en cuenta, puesto que presentan distintas características e incidencia:

- Tráfico sexual infantil.
- Turismo sexual infantil.
- Prostitución infantil (1).

Tipologías de explotación y abuso sexual, convenio del consejo de Europa

Abuso sexual: Conducta intencional de los dos siguientes tipos:

- Mantener actividades sexuales con un niño que no ha alcanzado la edad legal para las actividades sexuales.
- Mantener actividades sexuales con un niño, de cualquier edad.
- Utilizando la coacción, la fuerza o las amenazas.
- Abusando de una situación de especial vulnerabilidad del niño, en particular, debido a una discapacidad mental o física o una situación de dependencia.
- Abusando de una posición reconocida de confianza, autoridad o influencia sobre el niño, incluso en la familia (18).

Prostitución infantil: utilización de niños para actividades sexuales a cambio de dinero o de cualquier otra forma de remuneración o retribución para el menor o para una tercera persona (18).

Pornografía infantil: Representación visual de un niño manteniendo una conducta sexualmente explícita, real o simulada, o toda representación de los órganos sexuales de un niño, con fines principalmente sexuales (18).

Corrupción de niños: La corrupción de niños se define como un acto intencional, que causa que un niño con una edad legal menor a la requerida para realizar actividades sexuales presencie actos sexuales con otros niños o adultos. No es necesario que el niño participe de alguna manera en las actividades sexuales. Sólo es suficiente realizar dichos actos ante la presencia de niños para que una persona sea considerada responsable de la corrupción en niños (18).

Proposiciones a niños con fines sexuales: La referencia a las proposiciones a niños mediante las tecnologías de la información y la comunicación con el fin de proponerles un encuentro con el propósito de satisfacer un impulso sexual “ciber acoso sexual infantil” (18).

Cuadro de referencia rápida para la diferenciación de abuso sexual agudo y crónico (2,14,24)

ABUSO SEXUAL AGUDO (VIOLACIÓN)	ABUSO SEXUAL CRÓNICO
Generalmente es un evento agudo y suele ser cometido por desconocidos	Es frecuente que hayan pasado semanas, meses o años y habitualmente las agresiones se repiten con cierta periodicidad. Suele ser ocasionado por familiares o conocidos del menor.
El tipo de agresión más frecuente es la penetración vaginal, anal u oral.	Los tocamientos o exhibicionismo son los tipos de agresión más frecuente.
Es frecuente que exista agresión física.	El engaño, la seducción, las amenazas son las estrategias más utilizada por el agresor.
El agresor generalmente es desconocido. Es necesario tomar muestras de secreciones de la región genitoanal, de la cavidad oral o de ambas, para cultivos y búsqueda de espermatozoides	La decisión de la toma de muestras en sangre, secreción genitoanal o las dos, será individualizada y de acuerdo a criterios establecidos
Se debe administrar un esquema de profilaxis antimicrobiano contra infecciones de transmisión sexual.	La decisión de administrar tratamiento profiláctico debe ser individualizada y basada en criterios establecidos.
En adolescentes es necesario administrar anti fecundativos de emergencia.	Valorar anticoncepción de urgencia de acuerdo a la edad, tipo de agresión y tiempo transcurrido.

Modelo ecológico del abuso sexual

El marco ecológico integra los contextos de desarrollo del niño (microsistema, macrosistema y exosistema) estructurando los factores que intervienen en la etiología del maltrato.

- **Microsistema:** es el entorno más cercano al niño, en el que se desenvuelve su vida diaria y con el que está en contacto permanente, además de quién depende. El núcleo socializador prioritario en este nivel es la familia e influyen factores como la composición de ésta, el ajuste marital o las características del niño (19).
- **Exosistema:** está compuesto por los sistemas sociales que rodean al sistema familiar (escuela, trabajo, vecindario, amistadas, etc), cuyos valores y creencias configuran los del niño, puesto que limitan o enriquecen sus propias vivencias y configuran un mundo relacional (19).

- **Macrosistema:** son los valores de la cultura en la que se desarrolla el individuo. En la crianza de los niños influyen los conceptos sobre la paternidad y los roles de género, la concepción de los derechos de la infancia, etc. Todos estos valores configuran a su vez el enfoque de la vida individual, por ejemplo, a través de los medios de comunicación (19).

Estos sistemas relacionales interactúan constantemente, creando una serie de circunstancias o factores que producen un riesgo o una protección real frente al maltrato en cualquiera de sus formas (19).

Factores a considerar en el abuso sexual infantil

Intervienen diversos factores que es necesario considerar a fin de tener una idea más clara de los elementos implicados:

Coerción: El agresor utiliza su situación de poder o fuerza para interactuar sexualmente con el niño; incluye las amenazas, el engaño, la seducción, la fuerza física o ambas.

La diferencia de edad y del nivel de desarrollo: La diferencia de este factor entre el agresor y la víctima impiden que exista libertad de decisión o consentimiento de esta última; ambos poseen experiencias, grado de maduración biológica y expectativas diferentes. El análisis debe realizarse tomando en cuenta la edad de la víctima y del agresor.

Experiencias entre niñas(os) y adultos: Interacción sexual entre niñas (os) de 12 años o menos con un adulto de 18 años o más.

Encuentros sexuales entre niñas(os) o adolescentes. Incluye experiencias sexuales entre niñas (os) de 12 años o menos y otra persona que tiene menos de 18 años, pero es cuatro años mayor.

Experiencias sexuales entre adolescentes y adultos mayores. Interacción sexual entre adolescentes de 13 a 16 años y adultos 10 o más años mayor que el adolescente.

Experiencias sexuales entre niños de la misma edad.

La coerción física o emocional es criterio suficiente para establecer el diagnóstico de abuso sexual infantil, independientemente de la edad del agresor; se incluyen los abusos ocasionados entre iguales.

Tipo de conducta sexual. Este es otro aspecto que debe analizarse. Es necesario diferenciar las prácticas normales o juegos sexuales, que se dan entre niños con

edad similar y las conductas abusivas en donde la diferencia de edad o del desarrollo y la coerción suelen marcar la diferencia. Los juegos sexuales se presentan generalmente en preescolares y en los primeros años de la edad escolar y son conductas de exploración y conocimiento. (4 a 6 años). En el abuso sexual infantil existe una relación desigual; por edad, madurez o poder, entre el agresor y la víctima. En este sentido se entiende que un niño (a) no puede involucrarse en actividades sexuales ya que por su etapa evolutiva no comprende ni está capacitado para dar su consentimiento. De esta manera se hace énfasis que en el abuso sexual infantil existe desigualdad de poder entre los involucrados.

Consecuencias

Las consecuencias del maltrato infantil abarcan un espectro muy amplio, causan trastornos asociados a estrés y del desarrollo cerebral temprano, pueden alterar incluso el desarrollo de sistemas inmunitario y nervioso, con mayor riesgo de problemas conductuales y físicos como:

- Actos de violencia (víctimas o abusadores).
- Depresión.
- Consumo de tabaco.
- Obesidad.
- Comportamientos sexuales de alto riesgo.
- Embarazos no deseados.
- Consumo de alcohol y drogas (13,20).

Factores de riesgo

Hay factores que hacen a una persona más propenso a ser víctima de violencia y de violencia sexual como lo son:

Del niño:

- Menores de 4 años y adolescentes.
- Hijos no deseados o que no cumplan con expectativas de los padres.
- Necesidades especiales, llorar mucho, rasgos físicos anormales (2, 13,20,21).
-

De los padres y/o cuidadores:

- Dificultades para establecer vínculo afectivo con el recién nacido.
- No cuidar al niño.
- Antecedentes personales de maltrato infantil.

- Falta de conocimientos o expectativas no realistas sobre el desarrollo infantil.
- Consumo de alcohol y drogas.
- Actividades delictivas.
- Dificultades económicas (2, 13,20,21).

Relacionales:

- Problemas físicos, mentales o de desarrollo de algún miembro de la familia.
- Ruptura de la familia o la violencia entre los miembros de la familia.
- Aislamiento en la comunidad o la falta de una red de apoyos.
- Pérdida del apoyo de la familia extensa para criar al niño (2, 13,20,21).

Sociales y comunitarios:

- Desigualdades sociales y de género.
- Falta de vivienda adecuada o de servicio de apoyo a las familias y las instituciones.
- Niveles elevados de desempleo y pobreza.
- Disponibilidad a alcohol y drogas.
- Políticas y programas insuficientes de prevención de maltrato, pornografía, prostitución y trabajo infantiles.
- Normas sociales y culturales que debilitan el estatus del niño, sus relaciones con los padres, o que fomentan violencia hacia los demás, castigos físicos o rigidez de roles sociales genéricos.
- Políticas sociales, económicas, sanitarias y educativas que generan malas condiciones de vida, inestabilidad o desigualdades socioeconómicas (2, 13,20,21).

Clasificación del abuso sexual/violación

Por tipo de agresor

Al abuso sexual puede ser clasificado en intrafamiliar y extrafamiliar:

Esta es una clasificación según la relación ofensor-víctima, el ofensor puede estar dentro o fuera de la familia, esta clasificación cobra importancia con respecto a las medidas de protección al niño o niña víctima del abuso. Las acciones protectoras de la víctima se ven reducidas cuando el abuso es intrafamiliar, ya que su resguardo recae directamente en los sistemas de justicia, en cambio si el abusador es de origen extrafamiliar hay una red de apoyo en los adultos familiares de protección. Aquí se incluye el abuso sexual perpetrado por hermanos/as; en

Estados Unidos más de un tercio de los abusos sexuales son perpetrados por un menor de edad, y de ellos, el 40% son los hermanos, que consiste en la presencia de contacto sexual entre dos hermanos que tienen una diferencia de edad considerable (independientemente de la naturaleza de la actividad sexual) o cuando las actividades exceden la exploración sexual normal (13).

Los abusos sexuales intrafamiliares incluyen a todas las personas que conforman el grupo familiar biológico, político o adoptivo del niño, ya sea nuclear o extenso: padres, padrastros, madres, madrastras, hermanos/as, primos/as, tíos/as, abuelos/as (13).

En el caso de los abusos sexuales extrafamiliares se incluyen a todas las personas que no forman parte del núcleo familiar del niño, pero que tienen suficiente acceso a él, pero que tienen el tiempo para cometer dicho abuso, como lo son cuidadores, maestros/as, grupos y líderes religiosos que sean allegados a la familia o frecuentados por ésta (13).

Al contrario de lo que se creería, la mayoría de los abusos y violaciones se dan en el contexto intrafamiliar, por ello la mayor complejidad ante las intervenciones, sobre todo si es un familiar de línea directa, ya que hay un contacto amplio, tienen una relación vinculada a cuestiones legales de cuidado, la relación es más significativa y constituye una figura de poder; aquí el concepto de protección se ve dañado por la necesidad de preservar los lazos parentales, como derechos inalienables del niño. Debido a la necesidad de preservación del lazo de parentalidad biológica hay una mayor victimización asociada a este lazo, y su posterior revinculación debería estar asociada a la certeza de que el abuso no existió. En este caso hay un conflicto de deslealtades por las relaciones afectivas con el abusador y el resto de la familia. Tiene un mayor rechazo social y negación, ya que si cuesta trabajo entender que hay quienes se sienten atraídos sexo afectivamente por niños o niñas y no es un enfermo mental necesariamente, es mucho más complejo si se trata de miembros de su propia familia (13).

En los abusos extrafamiliares se divide entre perpetradores conocidos y no conocidos por el niño, y su familia. En los desconocidos se encuentran personas ajenas a la familia, desconocidas, que encuentran un placer exclusivo o casi exclusivo en la vinculación sexo-erótica solo con niños o niñas y que contactan un punto cotidiano de su víctima, estableciendo diversas técnicas y estrategias, incluso tecnológicas o virtuales (engaños, promesas y beneficios tentadores), logrando así el aislamiento de la víctima para establecer contacto sexual con él/ella, si es por vía electrónica se logra estableciendo contacto mediante sexting o intercambio de fotos pornográficas o de desnudos propios, con la finalidad de realizar grooming (intercambio de material pornográfico en redes de pedófilos) (2, 13).

Si el perpetrador es conocido del niño o la familia tiene un espacio más amplio de acción, ya que el contacto y la familiaridad del ofensor y su grupo familiar hace que tenga una vía de acceso más fácil para el contacto sexual. Si el perpetrador

tiene cierta autoridad sobre el niño o la niña, le será más difícil escapar de la situación (por ejemplo maestros). Pueden incluso involucrar a más de una víctima en una familia y hacer guardar el secreto a través de constantes amenazas; estos abusadores adoptan un rol de pseudoparentalidad hacia las víctimas, y atribuyen sus actos a una finalidad altruista, para la víctima este tipo de abusador cumple con llenar un hueco o faltante en su vida personal o familiar, como lo es cariño, cuidado, consejo o compañía (2, 13).

Temporalidad del abuso

Agudo: Agresión sexual aguda o violación (menos de 72 horas). Puede ocurrir en niños, aunque es más frecuente en adolescentes. En la exploración física es posible encontrar evidencias que apoyen el diagnóstico, principalmente cuando la revisión se realiza en las primeras 72 horas (24).

Crónico: Lo más frecuente es que se trate de tocamientos o que hayan transcurrido meses o años después de una penetración vaginal o anal. A menudo la agresión se ha repetido varias ocasiones. En estos casos es probable que no existan evidencias físicas, en cuyo caso el diagnóstico se basa en las evaluaciones realizadas por un equipo interdisciplinario (médicos, psicólogos o psiquiatras) (24).

Etapas del abuso sexual

El abuso sexual presenta etapas bien diferenciadas:

1. Fase de preparación
2. Fase de interacción sexual
3. Fase de develamiento
4. Fase de reacción al develamiento

1. Preparación:

Es el primer eslabón en el proceso de vinculación con la víctima, dado por la confianza, cariño que une al niño con el adulto. La posición de autoridad le agrega un elemento fundamental para hacer del sometimiento realidad, el ofensor inicia maniobras psicológicas como el favoritismo, hace sentir al niño que es especial y que ambos comparten un vínculo especial; así mismo va creando momentos propicios para el abuso (2, 13, 19).

2. Fase de interacción sexual propiamente dicha:

En esta fase se desarrolla el contacto concreto con el cuerpo del niño, los primeros contactos suelen ser fugaces, con poco nivel de intrusividad, no es estático ni predecible. Hay veces que estos contactos se dan desde la fase previa, para verificar la permeabilidad o resistencia del niño. Una vez que esta fase esta instaurada el ofensor sabe que puede avanzar. Aquí se instaura el secreto, éste ayuda a mantener la homeostasis familiar e impiden a la víctima el develamiento de la situación, instaurando el sentimiento de responsabilidad, donde todo lo que sucede es responsabilidad de la víctima, esto permite que la actividad sexual prosiga se repita, mientras el ofensor persuade o presiona al niño para mantener el secreto, en toda situación de abuso sexual hay un maltrato emocional implícito, aunque en momentos se pierda la noción de si se produjo o no tal violencia (2, 13, 19).

3. Fase de develamiento:

El secreto cumple varias funciones: mantiene la homeostasis familiar, evita la crisis del develamiento (para la familia, la víctima y el ofensor) y protege al ofensor de las consecuencias de sus acciones. A pesar de todas las estrategias se puede develar al abusador, mismo que no es un solo acto, sino un proceso; puede ser accidental (si es sorprendido por otro adulto, alguna herida por la actividad sexual, infección de transmisión sexual o embarazo) o intencional, cuando el niño(a) toma la decisión de relatar lo que está diciendo (2, 13, 19).

4. Fase de reacción al develamiento

Desata una crisis en el seno familiar independientemente de que el abusador haya sido intra o extrafamiliar, siendo ésta de características e intensidad distintas en cada familia, con sentimientos de duda e impacto; fase represiva caracterizada por un conjunto de comportamientos y discursos tendientes a neutralizar los efectos de la divulgación, esto depende del adulto no ofensor (2, 13, 19).

Diagnóstico médico

Indicadores físicos

El mayor porcentaje de los abusos sexuales no causa lesiones físicas permanentes y observables, solamente un 30 – 50% de los casos reportados presentan hallazgos físicos compatibles con abuso sexual.

Signos y síntomas de abuso sexual por grupo etario:

- Preescolar: ansiedad, pesadillas, oscilaciones entre conducta retraída o muy impulsiva, temor, agresión, depresión, enuresis/encopresis, trastorno por estrés postraumático.
- Escolares: pesadillas, temores, quejas somáticas, hiperactividad, bajo rendimiento escolar, conductas regresivas, trastorno por estrés postraumático.
- Adolescencia: fugas del hogar, consumo de sustancias, abuso del alcohol, ideación suicida, intentos de suicidio, automutilaciones, conductas autoagresivas, quejas somáticas, conductas antisociales, promiscuidad/prostitución, trastorno por estrés postraumático (2,13,21,22).

Indicadores físicos específicos

- Embarazo.
- Lesiones en zonas genital y/o anal que no puedan ser explicadas por otras causas.
- Enfermedades de transmisión sexual.
- Contusión o sangrado anal o vaginal que no puedan ser explicados por otras causas.
- Semen en la ropa o el cuerpo (2,13,21,22).

Si se compara el abuso sexual con otras formas de maltrato infantil, éste conlleva generalmente sentimientos de culpa y vergüenza para el niño o la niña. Estos sentimientos generan mecanismos para sobrellevar la experiencia del abuso, uno de los cuáles es el “síndrome de adaptación” descrito por Ronald Smith, quién describe las 4 fases por las que atraviesa la víctima:

1. Guardar el secreto ante la impotencia de sentirse desamparado.
2. Entrampamiento: el perpetrador lo amenaza.
3. Revelación no convincente.
4. Retractarse (13).

Indicadores psicológicos específicos de abuso sexual

1. Actitudes de sometimiento.
2. Conductas agresivas que externalicen el conflicto.
3. Comportamiento sobreadaptado.
4. Indicios de actividades sexuales.
5. Juegos sexuales inadecuados con niños, con juguetes o con sus propios cuerpos, o conductas sexuales agresivas hacia terceros.
6. Comprensión detallada de conductas sexuales no acorde a la edad.
7. Permanencia prolongada en la escuela.

8. Mala relación con los pares y dificultades para establecer amistades.
9. Desconfianza, en especial hacia figuras significativas.
10. Disminución brusca del rendimiento escolar.
11. Falta de participación en actividades sociales y escolares.
12. Dificultades para concentrarse en la escuela.
13. Temor exacerbado a los hombres (cuando la víctima es niña y el ofensor, hombre).
14. Conducta seductora con adultos.
15. Conductas regresivas.
16. Retraimiento.
17. Depresión.
18. Ideación suicida.
19. Trastornos del sueño.
20. Fugas del hogar (2,21,22).

Las altamente específicas son

1. Indicios de actividades sexuales.
2. Juegos sexuales inadecuados con niños, con juguetes o con sus propios cuerpos, o conductas sexuales agresivas hacia terceros.
3. Comprensión detallada de conductas sexuales no acorde a la edad.
4. Temor exacerbado a los hombres (cuando la víctima es niña y el ofensor hombre).
5. Conducta seductora con adultos (2,13).

Indicadores físicos altamente específicos:

1. Embarazo.
2. Lesiones en zonas genital y/o anal que no puedan ser explicadas por otras causas.
3. Enfermedades de transmisión sexual.
4. Contusión o sangrado anal o vaginal que no puedan ser explicados por otras causas.
5. Semen en la ropa o el cuerpo (2,13).

Indicadores físicos inespecíficos:

1. Dolor o picazón en zona vaginal o anal.
2. Trastornos psicósomáticos tales como dolores abdominales recurrentes que no pueden ser explicados por causas orgánicas.
3. Trastornos de la alimentación;
4. Enuresis y encopresis en niños que habían logrado el control de esfínteres (2,13).

Indicadores emocionales:

- Miedos.
- Fobias.
- Síntomas depresivos.
- Ansiedad.
- Baja autoestima.
- Sentimientos de culpa.
- Estigmatización.
- Trastorno por estrés postraumático.
- Ideación y conducta suicida.
- Autolesiones.

Al ser el abuso sexual/violación un hecho o serie de hechos que deja secuelas profundas a nivel biopsicosocial, requiere de una intervención integral a la víctima y su entorno, por lo que hay que tomar en cuenta que no existen casos puros, ya que el abuso no es la única entidad a tratar, sino toda la red, familiar y social del individuo (2, 13).

Interpretación de Hallazgos físicos en sospecha de abuso sexual

Hallazgos documentados en recién nacidos o comúnmente vistos en niños no abusados: no relacionados con la revelación de abuso sexual.

- Variaciones normales de la apariencia del himen: anular (tejido himenal presente alrededor de la abertura vaginal, incluso en la ubicación de las 12 en punto), himen crecentico (el tejido himenal está ausente en algún punto por encima del 3 -9), himen microperforado (himen con 1 o más aberturas pequeñas), Himen imperforado (himen sin apertura), Sepmen himen: himen con 1 o más septos a través de la apertura), Himen redundante (himen con múltiples aletas, plegándose la una sobre la otra), Himen con

etiqueta de tejido en el borde, himen con montículos o protuberancias en el borde en cualquier lugar, cualquier muesca o hendidura del himen (independientemente de la profundidad) por encima de las 3 y 9, una muesca o hendidura debajo de las 3 en punto o las 9 en punto, que no se extiende hasta la base del himen.

- Borde posterior liso del himen que parece ser relativamente estrecho a lo largo de todo el borde; podría dar la apariencia de un “agradado” de la abertura vaginal.
- Bandas periuretral o vestibular.
- Crestas o columnas intravaginales.
- Cresta externa en el himen.
- Diástasis ani (área lisa).
- Etiquetas de piel perianal.
- Hiperpigmentación de la piel de los labios menores o tejidos perianales.
- Dilatación en abertura uretral.
- Características de la línea media: surco perineal (en adolescencia temprana, fracaso de la fusión de la línea media), rafé medio (se confunde con una cicatriz), visualización de la línea pectinada o dentada en la unión del ano y la mucosa rectal (observado cuando el ano está completamente dilatado).
- Dilatación parcial del esfínter anal externo, con el esfínter interno cerrado, provoca visualización parcial de la mucosa anal, confundiendo con laceración anal.

Hallazgos comúnmente causados por afecciones médicas distintas a trauma o contacto sexual:

- Eritema de tejidos anales o genitales.
- Aumento de la vascularización del vestíbulo e himen.
- Adhesión labial.
- Friabilidad de la fourchette posterior.
- Secreción vaginal no asociada a infección de transmisión sexual.
- Fisuras anales.
- Congestión venosa o acumulación venosa en el área perianal.
- Dilatación anal en niños con condiciones predisponentes como estreñimiento, encopresis o sedoanalgesia.

Hallazgos debido a otras condiciones que pueden confundirse con abuso:

- Prolapso uretral.
- Liquen escleroso y atrófico.
- Úlcera vulvar por enfermedad de Bechet.
- Eritema, inflamación o fisuras en tejido perianal o vulvar por una infección que no sea de transmisión sexual.
- Prolapso rectal.
- Decoloración roja/purpura de genitales postmortem.

Otros hallazgos sin consenso respecto al grado de importancia, mismos que se han asociado con antecedentes de abuso sexual:

- Dilatación anal completa (esfínter interno y externo), en ausencia de encopresis, sedación, anestesia y alteraciones neuromusculares.
- Muesca o hendidura en el borde del himen, en o debajo de las 3 en punto o las 9 en punto, que se extiende casi hasta la base del himen, pero no es una sección completa, esto se debe de tomar con precaución al menos que haya lesiones agudas en el mismo lugar.
- Hendidura completa o sospecha de transección a la base del himen a los 3 o 9.

Hallazgos causados por trauma, estos son altamente sugestivos aún en ausencia de divulgación del niño.

Trauma agudo de tejidos genitales o anales:

- Laceraciones agudas o hematomas en labios, pene, escroto o perineo.
- Laceración aguda de la Fourchette posterior o vestíbulo, que no involucra el himen.
- Moretones, petequias o abrasiones en el himen.
- Laceración aguda del himen de cualquier profundidad, parcial o completa.
- Laceración vaginal.
- Laceración perianal con exposición de tejidos debajo de la dermis.
- Lesiones residuales (cicatrizantes) en tejidos genitales/anales.
- Cicatriz perianal (difícil de diagnosticar a menos que haya habido lesión aguda previa documentada).
- Cicatriz de fourchete o fosa posterior (difícil de interpretar a menos que haya habido lesión aguda previa documentada).
- Corte transversal del himen debajo de las 3 o 9 en punto.
- Signos de mutilación, pérdida de parte o total de prepucio, clítoris, labios menores, mayores o cicatriz en línea vertical adyacente al clítoris.

INFECCIONES.

Infecciones no relacionadas con el contacto sexual:

- Vaginitis causada por infecciones fúngicas como *Candida albicans* o bacterianas transmitidas por medios no sexuales como *Streptococcus* tipo A o tipo B, *Staphylococcus* sp, *E. Coli*, *Shigella* u otros organismos gram negativos.
- Úlceras genitales causadas por infecciones virales como Epstein Barr o algún otro virus.

Infecciones que pueden transmitirse por transmisión sexual y no sexual:

Se deben buscar antecedentes de la madre de VPH, así como antecedentes del niño o niña de infección por herpes tipo 1 o molusco contagioso en otra parte del cuerpo.

- Molusco contagioso en área genital o anal.
- Condiloma acuminado en área genital o anal.
- Verrugas (aparecer después de los 5 años tiene mayor probabilidad de ser de contagio sexual).
- HVS tipo 1 o 2 en área genital, oral o anal.

Infecciones causadas por contacto sexual si se confirma con las pruebas adecuadas y se descarta la infección perinatal.

- Infección genital, rectal o faríngea por neisseria gonorrea.
- Sífilis.
- Infección genital o rectal por Chlamydia trachomatis.
- Infección por trichomonas vaginalis.
- VIH si se ha descartado transmisión por sangre o agujas contaminadas.

Hallazgos diagnósticos de abuso sexual:

- Embarazo.
- Semen en muestras forenses tomado del cuerpo de un niño o niña.

Resulta del consenso sobre el nivel de acuerdo e interpretación de hallazgos físicos en abuso sexual infantil:

- Dilatación anal completa en ausencia de factores predisponentes: 84%.
- Muesca profunda del himen en el borde posterior del himen 68%.
- Condiloma genital o anal sin otros indicadores de abuso (apareciendo después de 5 años) 91%.
- HSV-1 o HSV-2 confirmado en áreas genitales o anales en un niño sin otros indicadores de abuso 83%.
- Laceración aguda de la fourchette posterior o vestíbulo no implicando al himen 99%.
- Cicatriz perineal 96%.
- Cicatriz del fourchette posterior 96% (hallazgos difíciles de interpretar a menos que sea seguimiento de una lesión aguda).
- Laceración aguda del himen de cualquier profundidad 98%.
- Laceración vaginal 100%.
- Corte transversal del himen/hendidura completa debajo de 3 o 9 en punto, 100%.
- Laceración perianal 95%.
- Petequias o abrasiones en el himen 96%.

Infecciones no transmitidas por la madre.

- Neisseria gonorrea genital, rectal o faríngea: 98%.
- Sífilis 100%.
- Chlamydia genital o rectal: no se llegó a un consenso.
- Trichomonas vaginales: 81%.
- Embarazo 100%.
- Semen identificado en muestras focales del cuerpo del menor 95% (28).

Víctima y victimario

Según el estudio coordinado por Estes (2002), el 49% de quienes cometieron el delito son conocidos de la familia y el 47% se trata de familiares, padres, madres, hermanos. Solo en un 4% se reconoció la comisión del delito por parte de desconocidos. Esto se traduce en que un 96% de los casos se dieron en el hogar (13).

Generalmente el Estado asume que la familia es la autoridad incuestionable o prevalece una visión social que deslegitima la vivencia y opinión de niños y niñas, y en definitiva los derechos y garantías que poseen, situación que sin duda constituye maltrato institucional por omisión.

Los victimarios, en la mayoría de los casos son hombre, pero también existen mujeres y puede suceder, que el victimario sea menor de 18 años.

Hay algunas características que se encuentran de forma frecuente en victimarios, como alteraciones de la capacidad psíquica, consumo de alcohol o drogas, historia previa de maltrato, falta de establecimiento del vínculo o deficientes relaciones afectivas en infancia. Sin embargo, es complejo y falto de evidencias el dar un perfil establecido del victimario (22).

El Centro Nacional para Víctimas de Crímenes (NCVC, 2012), en Londres, realizó una investigación donde se reporta que los niños entre los 9 y los 13 años, son el grupo de edad que más frecuentemente es abusado, las mujeres son atacadas 4 veces más que los hombres, sin embargo, los hombres denuncian más el abuso sexual que las mujeres. La misma investigación refiere que del 86 – 94% de los perpetradores son varones y generalmente son conocidos por la víctima o su familia, se encontró que el 83% de los perpetradores eran conocidos, amigos de la familia o familia extendida, el 10% era un miembro de la familia inmediata a la víctima y el 10% restante eran extraños (22).

La atención médica y el abuso sexual infantil crónico y agudo

Objetivos de la atención a sobrevivientes de violación

- A. Su salud y bienestar físico, mental y social.
- B. Evaluar y tratar las lesiones.
- C. Prevenir infecciones de transmisión sexual y embarazo.
- D. Recabar evidencias médico legales (donde esto sea posible).
- E. Proporcionar consejería y seguimiento (19).

Las actitudes que muestre el personal de salud desde el primer contacto pueden ser definitorias del proceso de atención. Por ello, además de la calidad técnica para un buen diagnóstico, una respuesta sensible, cálida, comprensible y solidaria puede facilitar que la persona hable de lo sucedido (lo que ayuda a explicar las lesiones que presente), a partir de que perciba un auténtico interés, respeto y confidencialidad. Conviene que el personal de salud tenga presente que quizá sea la única oportunidad de facilitarle el camino a la persona violada para retomar sus capacidades, para enfrentar los procesos de duelo, negación, ira, frustración, impotencia y más, por lo que es oportuno que la médica o el médico garantice con el paciente y sus padres en el caso necesario (15.16,19):

- Brindar la escucha y el apoyo incondicional a la persona agredida, atendiendo a la comunicación verbal y no verbal, dando credibilidad absoluta a su dicho (15.16,19).
- Omitir cualquier juicio de valor sobre su persona o condición y evitar en lo absoluto enunciados como “yo en su lugar hubiera” o “cualquiera hubiera” (15.16,19).
- Mostrar atención y empatía con la persona. Imaginarse en su lugar para comprender lo que siente permite una actitud sensible durante la valoración médica. Antes de realizar cualquier exploración, explicar todo el procedimiento médico y solicitar su consentimiento. Una revisión hecha sin respeto y sensibilidad, aunque sea técnicamente correcta, puede ser vivida como una segunda violación (revictimización) y entorpecer el proceso de atención (15.16,19).
- Hablar con un lenguaje claro y sencillo es indispensable en estas circunstancias cuando la persona violada está en un estado de estrés, ansiedad y angustia. Es importante que el personal de salud se dé a entender y le manifieste su reconocimiento a la valentía demostrada por acudir a recibir atención (15.16,19).
- Apoyar la expresión de sentimientos y emociones, respetando los silencios de la persona agredida. Esto facilita la reflexión y la organización del pensamiento para arribar a las acciones a seguir en la prevención de mayores daños. Sus silencios

suelen resultar especialmente incómodos para el personal de salud, pero pueden serle útiles para percatarse de su situación emocional. Preguntarle innecesariamente detalles del incidente no ayuda al buen desarrollo de la consulta y puede interpretarlo como que se le culpa de la violación, empeorando su situación emocional (15.16,19).

- Revisar cuidadosamente y con respeto a su integridad emocional y corporal, identificando cualquier indicio que ponga en riesgo la vida o una función, como fracturas, hemorragias, estados de choque, incluyendo el emocional, o estados psicológicos limítrofes, cuidando el pudor y evitando procedimientos médicos injustificados (15.16,19).
- Manejar, en caso de requerirse, la crisis emocional o solicitar apoyo de personal capacitado para ello (15.16,19).

Hay que considerar que existe la posibilidad de lesiones externas e internas, riesgo de ITS y VIH y daño emocional. Aun cuando en apariencia no exista un riesgo físico letal, el daño en las diferentes esferas de la persona es profundo y se requiere la total atención del equipo de salud, una vez que él o la sobreviviente decidió buscar atención en unidades médicas (19).

En el abuso sexual, debemos de tener en cuenta que lo más frecuente es el incesto, lo que generalmente se mantienen en secreto. Con frecuencia la solicitud de atención médica o psicológica es por situaciones aparentemente no relacionadas como son:

- Alteración de la conducta del menor.
- Presencia de vulvovaginitis o una infección de transmisión sexual (ITS).
- Hiperemia o lesiones genitoanales.
- Versión del menor.
- Embarazo no esperado en la edad de la menor.
- Sospecha de un familiar.
- Hallazgo durante una exploración médica (24).

Primer contacto

Debe basarse en evaluaciones realizadas por un equipo interdisciplinario (pediatras, psiquiatras o psicólogos) con un estudio sistematizado.

1. Entrevista con el cuidador y el paciente (27).
 - Si la Institución cuenta con profesionales con experiencia en el tema, se debe solicitar su valoración de manera inmediata antes de realizar entrevista, exploración física o cualquier otra intervención.

- A diferencia de las agresiones agudas, los pacientes que han sufrido abuso sexual crónico no acuden con una historia clara del evento ocurrido, por ello es necesario analizar la versión del paciente y la del familiar de manera detallada.
- La entrevista se efectuará por separado y debe iniciarse con el cuidador principal o el adulto que solicita la atención y posteriormente con la niña o el niño agredido.
- El tipo de entrevista es semiestructurada (sin cuestionario previo, preguntas libres) y se realizará de preferencia por un médico y un psicólogo o psiquiatra. Si se considera necesario, podrán participar otros profesionales como observadores a través de una cámara de Gesell.
- Utilizar un lugar privado y tranquilo, donde exista un ambiente de confianza, respeto y confidencialidad.
- Explicar a la familia y al menor la finalidad de la entrevista y el procedimiento a realizar.
- Los pacientes que han sido víctimas de abuso sexual presentan síntomas que es necesario investigar, éstos se clasifican en manifestaciones físicas, de conducta, emocionales, sexuales y sociales y deben relacionarse con la etapa del desarrollo del paciente. Las manifestaciones sexuales se han relacionado con mayor frecuencia al abuso sexual infantil; sin embargo, deben valorarse de manera global y conjunta, ya que no es posible establecer una relación directa entre un solo síntoma y el abuso.
- Realizar un análisis del testimonio del paciente y del adulto. La versión debe ser clara, detallada y consistente. Su evaluación requiere profesionales con experiencia en el tema (14,24,27).

2. Exploración física:

- La exploración física en los casos de abuso sexual infantil no es una urgencia; por ello es necesario esperar a que sea realizada por los profesionales especializados.
- Es necesario obtener consentimiento informado de los familiares antes de realizar cualquier procedimiento (exploración física, toma de muestras, de fotografías o de ambas).
- Durante la exploración física, deben estar presentes la madre u otro familiar y la enfermera.
- Si se trata de un adolescente, se solicitará su consentimiento para que permanezca el familiar; la enfermera debe estar presente.
- No se debe forzar la exploración física.
- Informar al paciente (de acuerdo a su edad) y al familiar, en qué consiste la exploración genitoanal; con mayor razón si se emplea un colposcopio u otro instrumento.
- La información que se brinde al paciente debe tener en cuenta la edad, el desarrollo y las características de su personalidad; utilizando un lenguaje comprensible e intentando establecer una relación cálida y de confianza que disminuya su temor (14,24,27).

- Explorar al paciente de manera ordenada por zonas: extra-genital (cavidad oral, faringe, cuello, tórax, abdomen, extremidades); paragenital (muslos, glúteos) y finalmente área genitoanal.
- Posición: En prepúberes se utiliza la posición supina con las piernas en abducción o “posición de rana”. Se puede utilizar la misma posición con ayuda de la madre. También se utiliza la posición de rodilla-pecho (genupectoral) para mejor visualización igual que en los púberes. En varones la revisión se inicia en posición supina para examinar pene, testículos, escroto y periné. Para visualizar la región anal se usa la posición supina-lateral/rodilla-pecho o genupectoral. También se puede solicitar la ayuda del familiar.
- En el abuso sexual crónico es común que no haya datos físicos evidentes. La ausencia de lesiones no descarta el abuso sexual.
- En caso de encontrar lesiones se deben describir detalladamente y con dibujos. La localización de las lesiones se debe describir de acuerdo a las manecillas del reloj, en donde la uretra indica la posición de las 12 horas y la región anal las 6 horas (16,24,25,27).

Exámenes de laboratorio y profilaxis antimicrobiana

En los casos de abuso sexual, el riesgo de adquirir una Infección de transmisión sexual es bajo (3.5%). No es necesario tomar muestras para estudios de laboratorio de manera sistemática; para hacerlos hay que seguir las siguientes directrices:

- Si existe sospecha o certeza de que el agresor es portador de ITS; en caso que el paciente tenga signos y síntomas sugestivos de una ITS; por la sospecha de la alta prevalencia de ITS en el agresor (homosexuales, ex-convictos, sexo servidores, etc.) (16,24,25,27).
- En menores de dos años se deben descartar las infecciones adquiridas por transmisión perinatal: gonorrea, sífilis, virus de inmunodeficiencia humana (VIH) e infección por virus del papiloma humano (VPH). En este último caso se deben, considerar la heterotransmisión o la autoinoculación. (16,24,25,27).

Evaluación psicológica y psiquiátrica

- Se realiza en el cuidador que solicita la atención y en la niña o niño agredido.
- La valoración al cuidador, se inicia con una entrevista interdisciplinaria (médico y psicólogo); posteriormente, se realiza una entrevista semiestructurada a profundidad con el fin de obtener mayor información sobre la psicodinamia de la familia y su relación con el proceso desencadenante de abuso sexual.

- Para valorar a la niña o al niño, se debe tomar en cuenta su edad y su disposición.
- Es necesario generar confianza a través de la buena relación entre ambos.
- En los casos de incesto, hay que valorar la relación que existe con el agresor, el significado que éste tiene para el paciente y la familia y de esta manera enfocar la acción.
- La evaluación psicológica tanto para el menor como para el cuidador, se apoya en pruebas psicológicas y técnicas establecidas para tal fin (16,24,25,27).

Integración del diagnóstico

El diagnóstico de abuso sexual se establece con la información de las evaluaciones médica y psicológica del paciente y su familia. Se basa en el análisis de la historia sobre el evento (testimonio), presencia de indicadores del comportamiento, evaluación psicológica y exploración física (16,24,25,27).

El abuso sexual crónico, a diferencia del abuso sexual agudo, excepcionalmente se diagnostica sólo en base al examen físico o en datos de laboratorio. En los casos de abuso sexual por tocamientos o cuando existe el antecedente de penetración (vaginal o anal) y el tiempo transcurrido es considerable (meses o años), los hallazgos físicos a menudo faltan, incluso cuando el perpetrador admite la penetración genital o anal. Se debe tomar en cuenta que las lesiones de la mucosa cicatrizan rápida e íntegramente en semanas (16,24,25,27).

Pronóstico

Aproximadamente 80% de las víctimas sufre trastornos psicológicos, lo que depende del grado de culpabilidad que los padres hayan creado en el niño o del apoyo familiar del que disponga, así como de las redes de apoyo familiar y las estrategias de afrontamiento de la víctima. Los niños muy pequeños (preescolares), tienen recursos psicológicos limitados; pueden mostrar negación de lo ocurrido. En los niños en etapa escolar, son más frecuentes los sentimientos de culpa y vergüenza ante el suceso. En la adolescencia el abuso sexual muestra un conflicto especial porque el agresor puede intentar el coito y hay el riesgo de un embarazo; el adolescente toma conciencia de la relación incestuosa, lo cual lleva un cargo emocional difícil de remitir (24).

Consecuencias a largo plazo

Afectan al 30% aproximadamente y tiene que ver con la vinculación familiar con el agresor, ruptura, falta de apoyo familiar o dudas del testimonio del menor; así como las biológicas, donde podemos encontrar procesos infecciosos (VIH/sida) así como el cargo de hijos no deseados producto de la violación (23).

Factores de mal pronóstico

- Falta de apoyo principalmente de la madre o de otros familiares.
- Falta de credibilidad en el menor.
- Abuso sexual provocado por personas con vínculos significativos.
- Niñas (os), víctimas de violación o agresiones sexuales con violencia física o emocional: amenaza de daño o muerte.
- Edad de la víctima. A mayor edad, la experiencia se considera más traumática, debido a la mejor comprensión de su significado.
- Interacción sexual más elaborada: coito vaginal, anal o ambos.
- Cronicidad. Agresiones sexuales ocasionadas por tiempo prolongado, generalmente años (24).

NORMA OFICIAL MEXICANA 046

La norma oficial mexicana 046 es el medio por el cuál en México se pretende el cumplimiento y la tutela garantías y derechos específicos que se refieren a la igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres y al establecimiento de condiciones para el desarrollo y desenvolvimiento de los individuos, las familias, las comunidades y los pueblos indígenas.

De este contexto se establece el derecho a la protección a la salud y la plena igualdad jurídica de los hombres y las mujeres. No obstante, subsisten aún profundas inequidades entre ellos, que propician situaciones de maltrato y violencia hacia los grupos en condición de vulnerabilidad en función del género, la edad, la condición física o mental, la orientación sexual u otros factores, que se manifiestan cotidianamente.

Por su alta prevalencia, efectos nocivos e incluso fatales, la violencia familiar y sexual es un problema de salud pública que representa un obstáculo fundamental para la consolidación efectiva de formas de convivencia social, democrática y con pleno ejercicio de los derechos humanos. Su magnitud y repercusiones, documentados a través de encuestas e investigaciones, no deben minimizarse.

El espectro de daños a la salud se da tanto en lo biológico -desde retraso en el crecimiento de origen no orgánico, lesiones que causan discapacidad parcial o total, pérdida de años de vida saludable, ITS/VIH/SIDA, hasta la muerte-, como en

lo psicológico y en lo social, pues existe un alto riesgo de perpetuación de conductas lesivas, desintegración familiar, violencia social e improductividad.

La norma oficial mexicana 046 presenta los siguientes indicadores de violencia:

Indicadores de violencia física: a los signos y síntomas -hematomas, laceraciones, equimosis, fracturas, quemaduras, luxaciones, lesiones musculares, traumatismos craneoencefálicos, trauma ocular, entre otros-, congruentes o incongruentes con la descripción del mecanismo de la lesión, recientes o antiguos, con y sin evidencia clínica o mediante auxiliares diagnósticos, en ausencia de patologías condicionantes.

Indicadores de violencia psicológica: a los síntomas y signos indicativos de alteraciones a nivel del área psicológica -autoestima baja, sentimientos de miedo, de ira, de vulnerabilidad, de tristeza, de humillación, de desesperación, entre otros- o de trastornos psiquiátricos como del estado de ánimo, de ansiedad, por estrés postraumático, de personalidad; abuso o dependencia a sustancias; ideación o intento suicida, entre otros.

Indicadores de violencia sexual: a los síntomas y signos físicos -lesiones o infecciones genitales, anales, del tracto urinario u orales- o psicológicos -baja autoestima, ideas y actos autodestructivos, trastornos sexuales, del estado de ánimo, de ansiedad, de la conducta alimenticia, por estrés postraumático; abuso o dependencia a sustancias, entre otros-, alteraciones en el funcionamiento social e incapacidad para ejercer la autonomía reproductiva y sexual.

Según esta norma, es obligación de los establecimientos que presten servicios de salud privados y públicos: estabilizar, reparar daños y evitar complicaciones a través de evaluación y tratamiento de lesiones físicas asociadas a la violencia sexual, así como promover la estabilidad emocional de la persona garantizando la intervención en crisis y posterior atención psicológica.

En caso de violación, las instituciones prestadoras de servicios de atención médica, deberán, de acuerdo a la norma oficial mexicana aplicable, ofrecer de inmediato y hasta en un máximo de 120 horas después de ocurrido el evento, la anticoncepción de emergencia, previa información completa sobre la utilización de este método, a fin de que la persona tome una decisión libre e informada.

Informar de los riesgos de posibles infecciones de transmisión sexual y de la prevención a través de la quimioprofilaxis y de acuerdo a la evaluación de riesgo, prescribir la profilaxis contra VIH/SIDA conforme a la norma oficial mexicana aplicable, tomando en cuenta la percepción de riesgo de la usuaria o el usuario.

Registrar las evidencias médicas de la violación, cuando sea posible y previo consentimiento de la persona afectada así como proporcionar consejería, seguimiento y orientación a la persona afectada sobre las instituciones públicas, sociales o privadas a las que puede acudir para recibir otros servicios.

En caso de embarazo por violación, y previa autorización de la autoridad competente, en los términos de la legislación aplicable, las instituciones públicas prestadoras de servicios de atención médica, deberán prestar servicios de aborto médico a solicitud de la víctima interesada.

Así como obligación de la misma institución de salud el llevar un registro de atención a víctimas de agresión sexual, así como el oportuno aviso al ministerio público (29).

DISEÑO DEL ESTUDIO

Pregunta de investigación

¿Cuál es la incidencia y tipos de violencia sexual en pacientes pediátricos referidos al Hospital del Niño y Adolescente Morelense en los últimos 5 años?

Justificación

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que, en el mundo, aproximadamente 150 millones de niñas y 73 millones de niños han sido víctimas de alguna forma de abuso sexual antes de cumplir los 18 años de edad (26).

En los EE.UU. aproximadamente 88,000 niños son víctimas de AS anualmente; 12 a 25% son niñas y 8 a 10% son varones (24).

En México, no existe un sistema coordinado entre instituciones públicas o procuradurías (organizaciones gubernamentales) y organizaciones no gubernamentales (ONG), para tener cifras confiables sobre abuso sexual infantil; sin embargo, hay estudios sobre su frecuencia. El Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) informa que se denuncian, en promedio, dos casos al día de abuso sexual infantil. En la Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado del Instituto Nacional de Pediatría (CAINM-INP-UNAM) la frecuencia del problema es de 14% (24).

El 94% de los delitos sexuales no se denuncian, dado la inexistencia de cifras y el subregistro que existen, se proyectaron cifras de ENSANUT 2012 y ENVIPE 2011 – 2016, donde 16,521 mujeres entre 10 a 14 años habrían sido violadas en el 2015 y 29,697 de entre 15 -19 años (1).

El estado de Morelos es una de las 7 entidades del país con tasas más elevadas de abuso sexual y violencia contra la población infantil en México, se encuentra

después de Chihuahua, Baja California, Baja California Sur, Jalisco y Colima; en Morelos se tiene una tasa de 23 por cada 100 mil y la tasa nacional es de 12.8 por cada 100 mil. Sin embargo, estas tasas son solo de los casos reportados (1).

Según el estudio “las niñas y las adolescentes en México frente a la violencia” de Save the Children, 4 de cada 10 delitos sexuales en México son en menores de edad; se comenten aproximadamente 240 mil delitos sexuales en menores de edad cada año en México, sin embargo, solo 28 672 son las personas registradas en averiguaciones previas por violencia sexual infantil en niñas menores de 15 años, entre 2010 y 2015. Los casos atendidos en los servicios de salud en el mismo periodo fueron de 317 996. Queda claro que los casos de violencia sexual infantil no son correctamente registrados, que hay un vacío enorme en su registro y, aun así, las cifras son terroríficas (1,2).

Debido a lo alarmante de las estadísticas reportadas de abuso infantil y del adolescente en México y siendo Morelos uno de los estados con estadísticas más elevadas de este delito, se decidió hacer un proyecto de investigación, en el Hospital del Niño Morelense (HNM) ya que este hospital cuenta con una fiscalía donde se atienden y resguardan pacientes referidos como víctimas de violencia sexual; con la finalidad de cuantificar los casos de violencia sexual infantil atendida en este centro hospitalario en los últimos 5 años y realizar una clasificación de los tipos de violencia sexual que ocurren en esta población en el estado de Morelos, lo que nos ayudará a identificarla y a hacer consciencia del impacto en la salud pública que tiene y poder realizar campañas para evitarla.

Objetivo general

Describir los casos de violencia sexual infantil referidos al Hospital del Niño Morelense en un periodo de tiempo de 5 años (2014 a 2018), para evidenciar y visibilizar a la violencia sexual infantil como un problema social y de salud pública.

Objetivos específicos

Contabilizar los casos de niños violentados sexualmente que son atendidos en Hospital del Niño Morelense del 2014 al 2018 para clasificar lo siguiente:

1. Año en que ocurrió.
2. Sexo de la víctima.
3. Edad de presentación del hecho detonante.
4. Tiempo de evolución.
5. Relación que guarda el menor con el/la victimario.

6. Cantidad de agresores.
7. Lugar de los hechos.
8. Que tipo de violencia sexual se llevó a cabo, identificando los casos de sospecha, abuso, violación, tocamientos, uso de pornografía.
9. Identificar si les fue referido o consultado durante su estancia a los servicios de: psicología, psiquiatría e infectología.
10. Identificar si les fue administrada profilaxis para: VIH, infecciones de transmisión sexual y embarazo.
11. Identificar si fue dado aviso a la fiscalía del menor.
12. Identificar si fue iniciada una carpeta de investigación.
13. Identificar el uso de violencia física.
14. Identificar diagnóstico clínico secundario a la agresión sexual (si lo hay).
15. Identificar en los casos en que existe agresión a otro integrante de la familia.
16. Identificar el familiar o institución con quien se egresa.

Clasificación de la investigación

Estudio retrospectivo, descriptivo, observacional.

MATERIAL Y MÉTODOS

Población objetivo

Todos los pacientes pediátricos, femeninos y masculinos que ingresaron a urgencias, en los que se realizó el diagnóstico de violencia sexual de enero del 2014 a diciembre del 2018.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

Criterios de inclusión

1. Pacientes pediátricos con edades entre 0 y 18 años.
2. Femeninos y masculinos.

3. Pacientes ingresados bajo el diagnóstico de violencia sexual infantil en alguno de sus tipos.
4. Fecha de agresión entre enero del 2014 a diciembre del 2018.

Criterios de exclusión

1. Diagnóstico erróneo.

Criterios de eliminación

1. Duplicidad de pacientes.

Ubicación del estudio

El estudio se llevó a cabo en el Hospital del Niño Morelense, Morelos México.

Tamaño de muestra

Se solicitó la base de datos a informática y se obtuvo una base de datos de 155 atendidos en el servicio de urgencias por violencia sexual en este periodo de tiempo.

Plan de análisis:

1. Se evaluaron los expedientes electrónicos.
2. Se realizó una base de datos con las variables de cada paciente obtenidas de su expediente (ver anexo).
3. Se procesarán con programa SPSS.
4. Se analizaron de forma cuantitativa las variables obtenidas.
5. Se reportaron frecuencias y número de casos por cada variable (ver anexo).
6. Se utilizó el programa Excel para la elaboración de gráficos con la información ya analizada.

RESULTADOS

- Durante los años 2014-2018, hubo un total de 256 pacientes quienes acudieron al servicio de urgencias y consulta externa del HNM, por violencia sexual, en calidad de resguardo en lo que se aclaraba su situación con la fiscalía del menor o por iniciativa de los cuidadores para evaluación clínica.
- Se excluyeron los casos de la consulta externa ya que en su gran mayoría ya habían sido atendidos en el servicio de urgencias y esto generaba una duplicidad de datos, quedando un total de 155 casos en 5 años (2014-2018).
- Tomando de la muestra sólo los atendidos en el servicio de urgencias.

RESULTADOS POR VARIABLE

Año

De un total de 155 casos, 9 sucedieron en el 2014, 23 en 2015, 34 en 2016, 48 en 2017 y 41 en 2018. Siendo 2017 el año con mayor incidencia de casos (31% del total), y encontrando que el 57.5% de los casos, se presentaron en los años 2017 y 2018.

año	cantidad	porcentaje
2014	9	5.8
2015	23	14.8
2016	34	21.9
2017	48	31
2018	41	26.5
total	155	100

Tabla 1. Muestra casos por año.

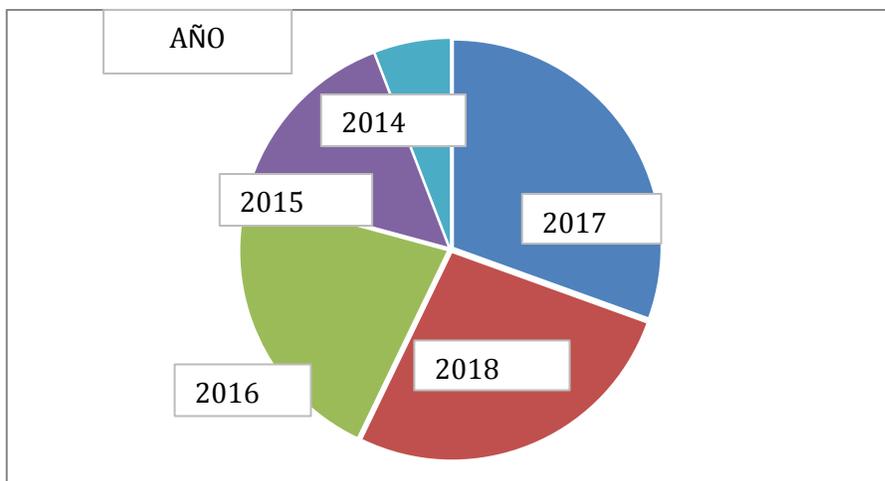


Gráfico 1. Muestra distribución por año, de mayor a menor porcentaje.

Año (reporte de fiscalía del menor HNM).

En cuanto a el reporte por la fiscalía del menor del Hospital del Niño Morelense encontramos que durante el periodo de tiempo del estudio (2014 – 2018) se realizaron 204 denuncias, con una incidencia elevada en los años 2015 y 2017 (con 53 y 63 casos respectivamente).

Sexo de la víctima por año			
Año	Mujer	Hombre	Total
2014	9	0	9
2015	37	16	53
2016	26	8	34
2017	52	11	63
2018	37	8	45
total	161	43	204
%	78.9	21.1	100

Tabla 2. Muestra número de víctimas por año y por sexo de acuerdo a reporte de Fiscalía.

Sexo de la víctima

Hubo predominio del sexo femenino con 135 casos (87.1%) versus 20 casos (12.9%) de hombres violentados durante este periodo de tiempo; datos que se

aproximan a lo reportado por la fiscalía del menor, ya que de ellos el 78.9% fueron mujeres respecto al 21.07% hombres.

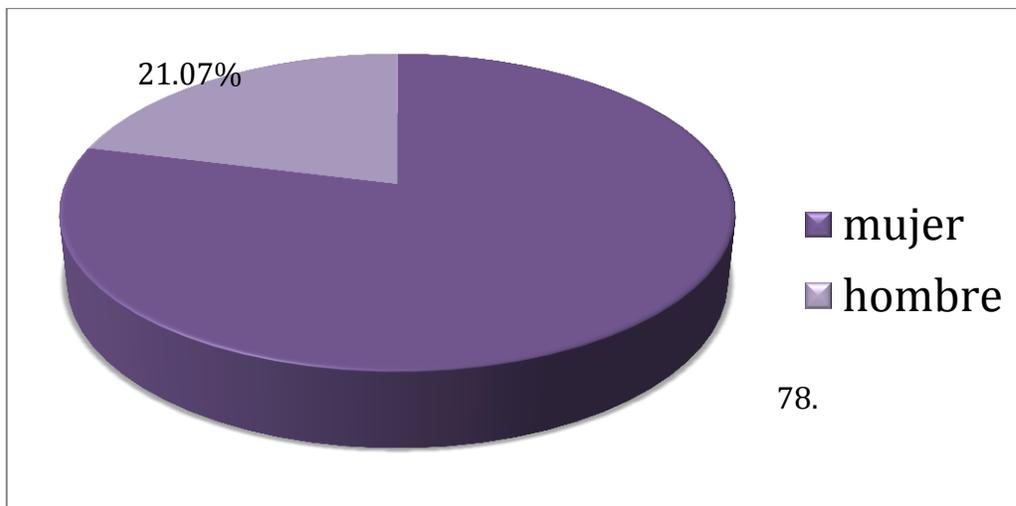


Gráfico 3. Muestra la distribución por sexo de los casos reportados ante la fiscalía del menor HNM del 2014-2018.

Edad de presentación

De acuerdo a la edad de presentación, se encontró que los grupos más vulnerables fueron el grupo de 1 a 5 años y el grupo de 10 a 15 años, con el 41.4% y 38.7% respectivamente. Con picos máximos de incidencia a los 2, 4, 12 y 14 años.

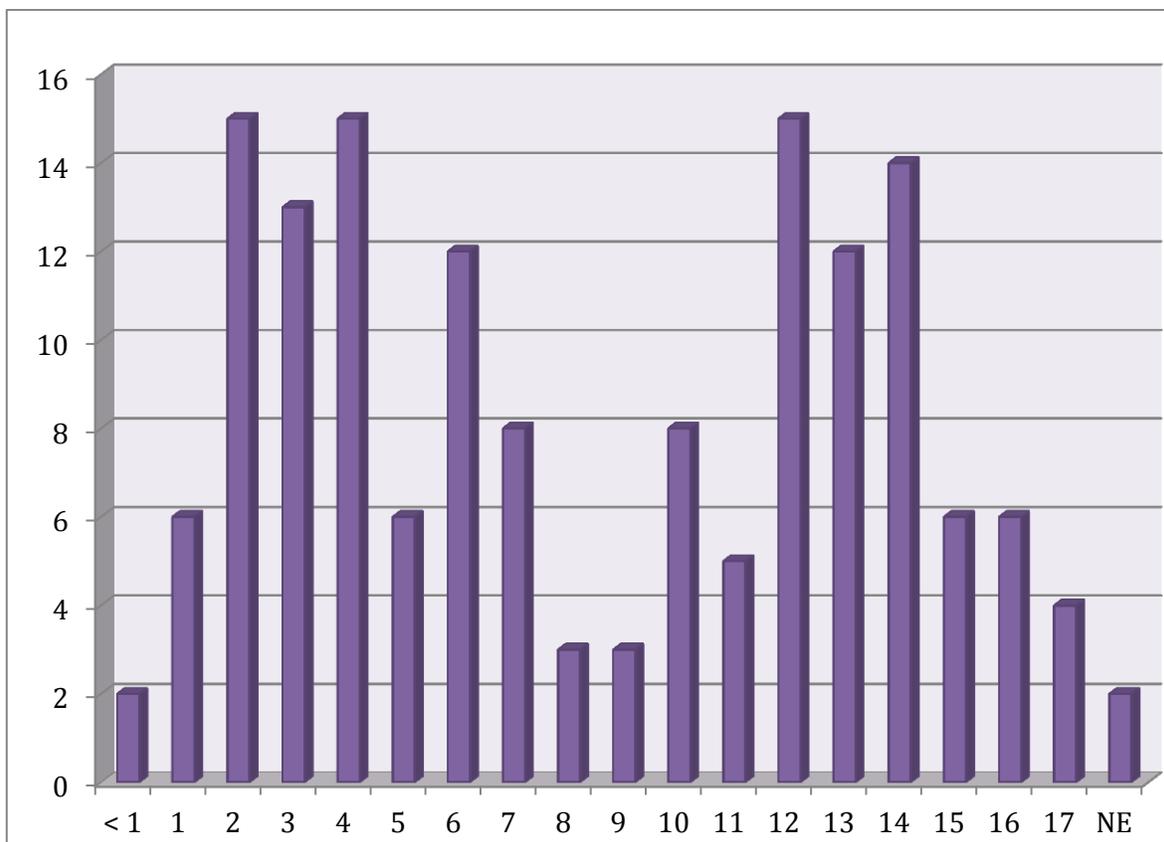


Gráfico 4. Muestra edad de inicio/presentación del abuso sexual

Victimario

En 97 casos (62.58%) el victimario es conocido o familiar, en 33 casos es desconocido (21.29%) y en 25 casos (16.12%) no se especificó en el expediente. De los familiares o conocidos de la familia (n=97), el padrastro y los primos son los que se encontraron en 1° lugar como victimarios, 16 y 15 casos respectivamente; seguidos del papa en 12 casos y por el vecino en 11 casos.

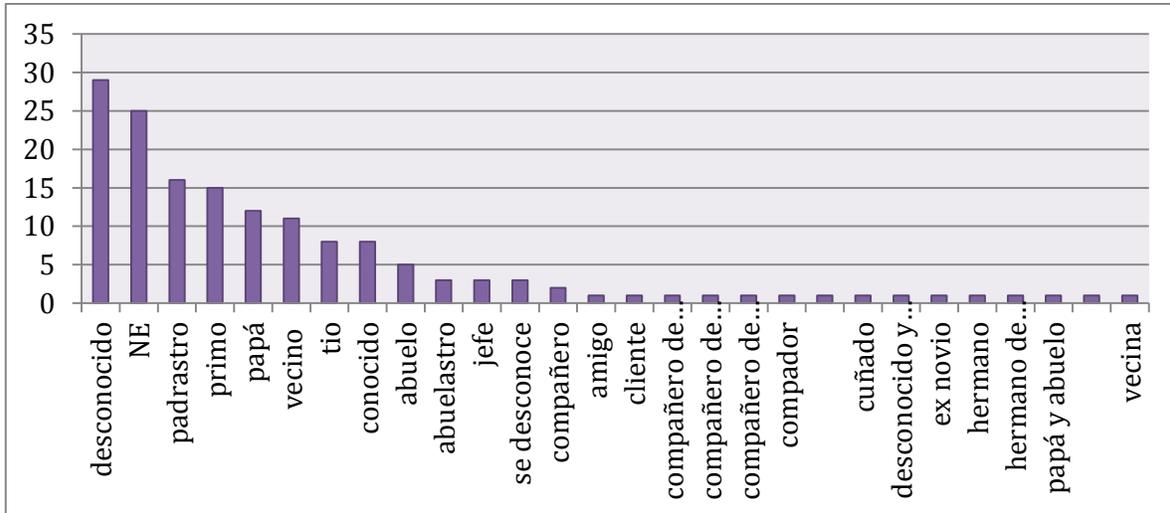


Gráfico 5. Muestra relación con el victimario.

Número de victimarios.

En 109 casos fue un solo victimario (70.32%), no se especifica en 34 casos (21.93%), en 9 casos hubo 2 victimarios (5.80%), en 2 casos fueron 3 agresores (1.3%) y en 1 caso múltiples victimarios sin poderlos contabilizar (0.64%).

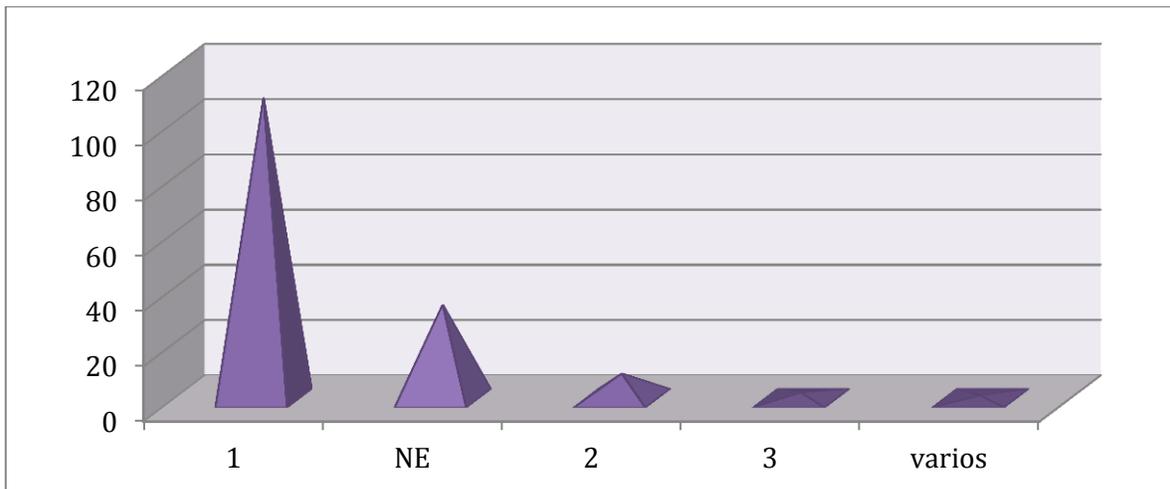


Gráfico 6. Muestra número de victimarios.

Cuidador principal

Respecto al cuidador principal la mamá es quien encabeza la estadística con 124 casos (80%). De forma secundaria los abuelos eran cuidadores principales en 9 casos (5.8%), papá 6 casos (3.9%), tía 3 casos (1.9%), ambos padres con intervalos de lunes a viernes mamá y fines de semana con papá 2 casos (1.3%) y de forma menor el cuidado de bisabuela, hermano, madrastra o compartido entre mamá y abuela con 1 caso cada uno (1.8% en total, 0.6% cada uno). Hubo 7 casos en los que no se pudo encontrar información respecto al cuidador principal, en 5 casos (3.2%) no se especificaba en la nota ya que provenían de familias extensas sin un cuidador principal bien identificado y la responsabilidad del menor no recae directamente en alguien, y en 2 casos (1.3%) no se aporta esa información en el expediente.

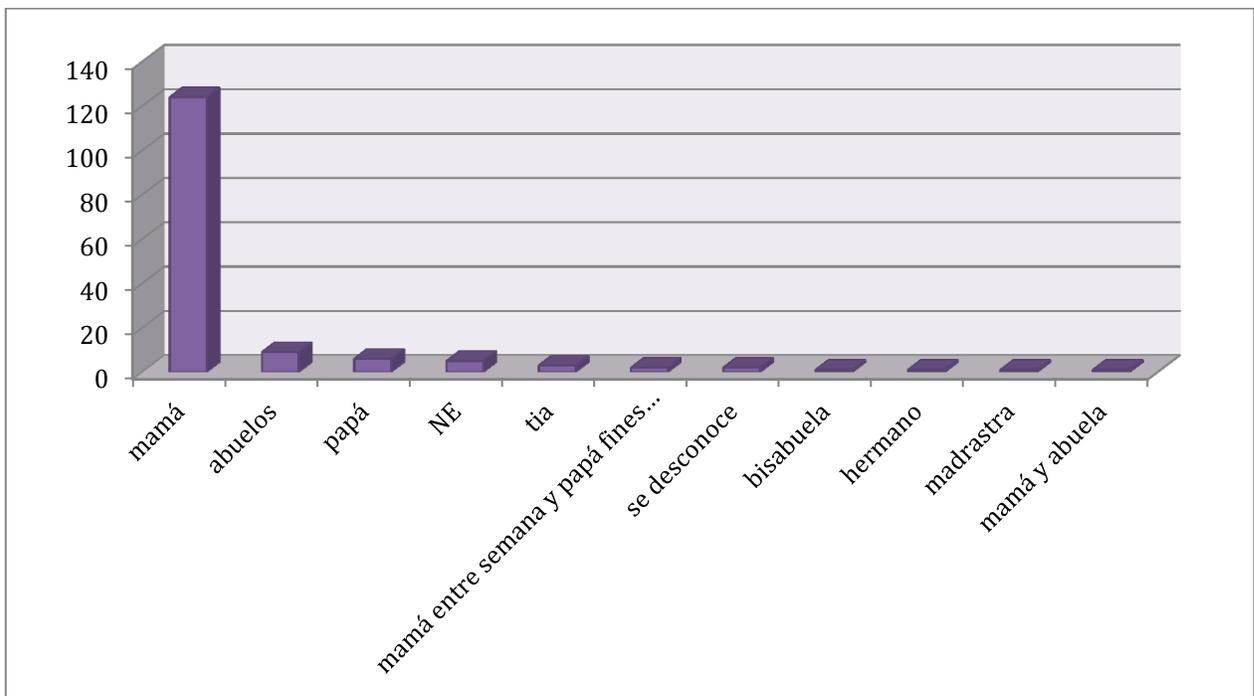


Gráfico 7. Muestra cuidador principal.

Tiempo de evolución.

La mayor proporción de los casos fueron evento único con 103 casos (66.5%), padeciendo e abuso crónico el 12.9%, y en 20.6% se ignoraba el tiempo de evolución.

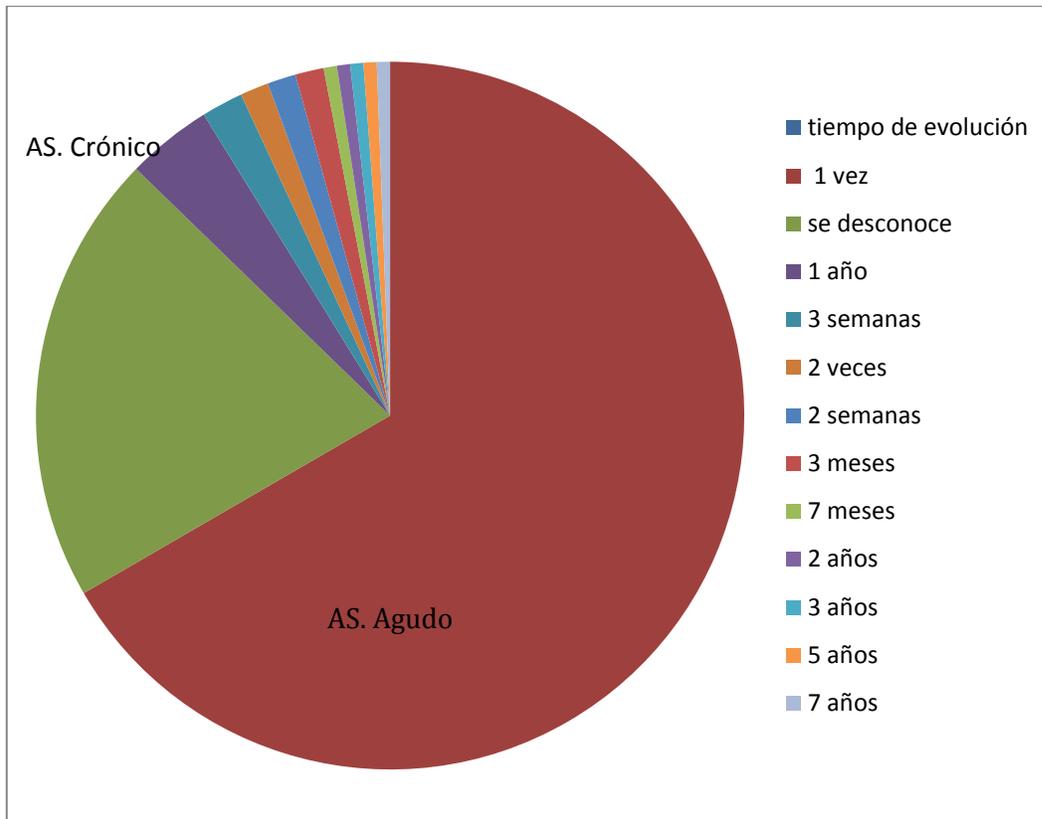


Gráfico 8. Muestra temporalidad del abuso sexual.

Tiempo de evolución	Fr	%
1 vez	103	66.5
se desconoce	32	20.6
1 año	6	3.9
3 semanas	3	1.9
2 veces	2	1.3
2 semanas	2	1.3
3 meses	2	1.3
7 meses	1	0.6
2 años	1	0.6
3 años	1	0.6
5 años	1	0.6
7 años	1	0.6

Tabla 3. Muestra tiempo de evolución.

Sitio de ocurrencia

De acuerdo al sitio de ocurrencia, 61 casos (39.4%) fue en casa del menor, lugar desconocido en 35 casos (22.6%), vía pública 10 casos (6.5%); con menor porcentaje casa de abuelos 5 casos (3.2%), casa de tía en 5 casos (3.2%), casa de vecino, escuela y fiesta en 4 casos (2.6% cada lugar), hotel 3 casos (1.9%), casa de papá y vehículo en vía pública 2 casos cada uno (1.3% cada lugar), así como presentaciones de 1 caso en diversos sitios.

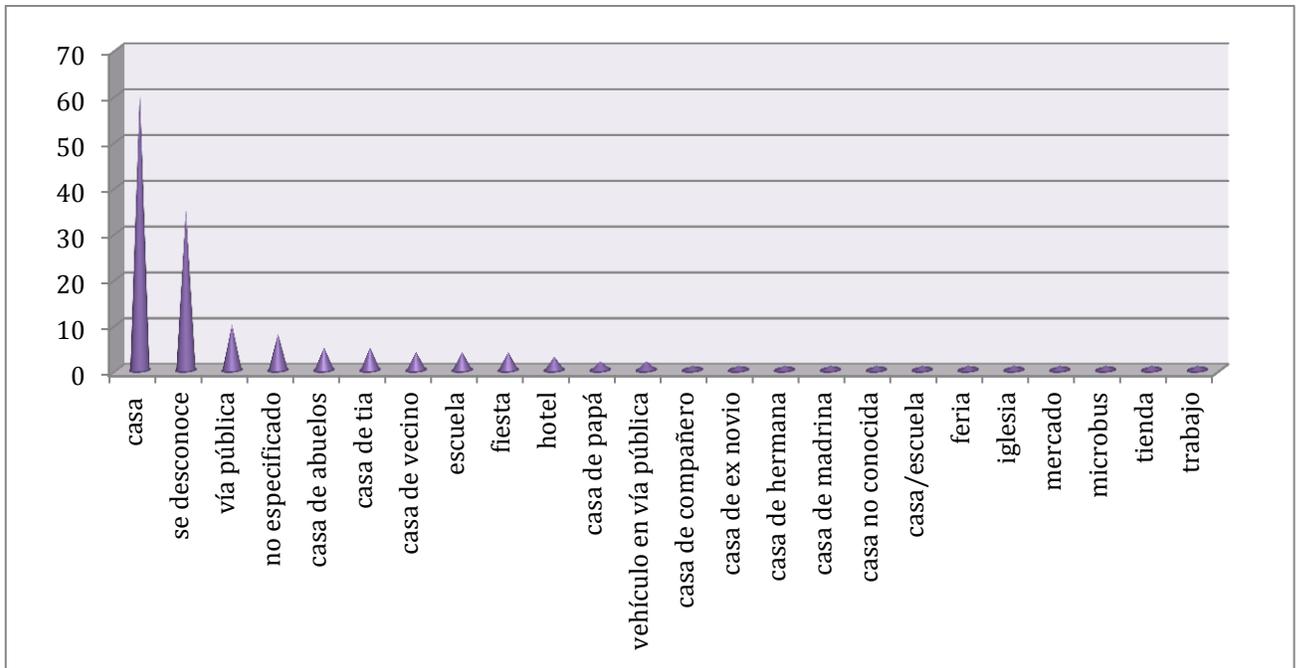


Gráfico 9. Muestra sitio de ocurrencia.

Lesiones causadas

Las lesiones causadas durante el evento detonante, fue en 112 casos (72.3%) sin daño físico, en 21 casos (13.5%) hubo alguna lesión asociada, en el 3.9% no se especifica su hubo lesiones físicas.

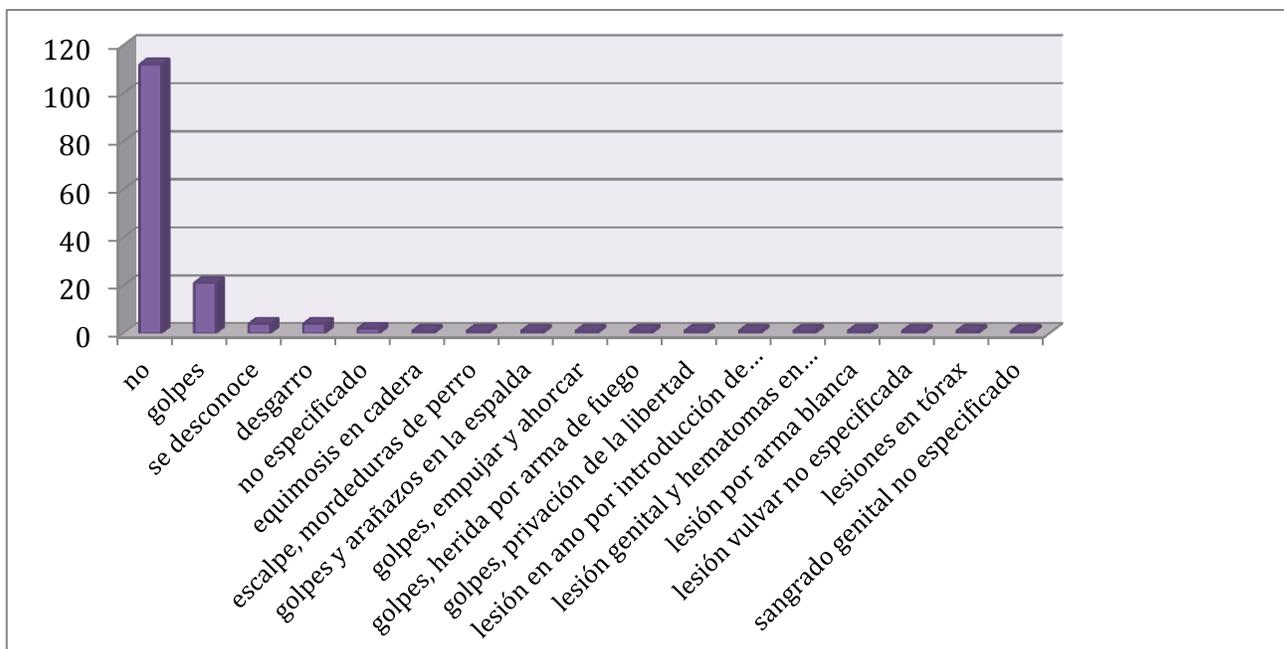


Gráfico 10. Muestra lesiones causadas.

Tipos de violencia sexual

Se identificaron en las 155 víctimas diferentes formas de abuso sexual, la violación o abuso sexual agudo fue la forma más frecuente de presentación con el 51% de los casos, el abuso sexual crónico se corroboró en el 26.5% y dentro de este se encontraron 3 casos (1.9%) de pornografía infantil. 46 casos fueron llevados por sospecha de abuso sexual (29.7%) y solo se pudo corroborar en 7% de los casos (11 pacientes) la presencia de éste; solo 1 paciente acudió por tentativa (0.6%). Los tocamientos fueron referidos por los pacientes en 26 casos (16.8%).

Abuso		
No	109	70.3
Si	41	26.5
Se desconoce	5	3.2
	155	100
Violación		
Si	79	51
No	71	45.8
Se desconoce	5	3.2

	155	100
Sospecha		
No	109	70.3
Si	46	29.7
	155	100
Tentativa		
No	149	96.1
Se desconoce	5	3.3
Si	1	0.6
	155	100
Pornografía		
No	147	94.8
Si	3	1.9
Se desconoce	5	3.3
	155	100
Tocamientos		
No	124	80
Si	26	16.7
Se desconoce	5	3.3
	155	100

Tabla 4. Muestra tipos de violencia sexual ejercida.

Diagnóstico secundario

En el 92.9% de los casos, no se encontró en el expediente un diagnóstico posterior relacionado al abuso sexual, por falta de seguimiento. Resaltan los procesos infecciosos, así como una paciente embarazada.

Diagnostico posterior al abuso sexual	Fr	%
No se realizó diagnostico	147	92.9
IVU	3	1.9
Condiloma acuminado	2	1.3
Vulvovaginitis no especificada	2	1.3
Cervicovaginitis por E. Coli	1	0.6
Cirugía reconstructiva, gammaglobulina antirábica	1	0.6
Lesiones vulvares no especificadas	1	0.6

Transtorno distímico, intento suicida	1	0.6
VIH	1	0.6
Embarazo	1	0.6

Tabla 5. Muestra diagnósticos secundarios.

Manejo multidisciplinario

Los casos en que se dio manejo por otra especialidad fueron: Psiquiatría: 6.5%, Psicología: 44.5%, Infectología: 34.8%.

Referencia a psiquiatría		
No	143	92.3
Si	12	7.7
	155	100
Referencia a psicología		
No	86	55.5
Si	69	44.5
	155	100
Referencia a infectología		
No	101	65.2
Si	54	34.8
	155	100

Tabla 6. Muestra referencia a subespecialidades.

Administración de profilaxis

La administración de profilaxis para VIH, Infecciones de transmisión sexual (ITS) y embarazo se dieron de la siguiente manera: contra VIH se administró en 20%, ITS a 31.6% y contra embarazo en 20%.

Profilaxis VIH		
No	123	79.4
Si	31	20
Portadora	1	0.6
	155	100
Profilaxis ITS		
no	106	68.4
si	49	31.6
	155	100
Profilaxis embarazo		
no	124	80
si	31	20
	155	100

Tabla 7. Muestra administración de profilaxis.

Otros familiares abusados

Se indago acerca del abuso sexual como parte de una dinámica familiar patológica; en 143 pacientes no se comenta la agresión de otro familiar en las notas médicas ni de psicología (92.3%), pero se encontró que en 10 casos (6.5%) se especificó el abuso de otro familiar.

Reporte a fiscalía y apertura de carpeta de investigación

A pesar de que el reporte a fiscalía se realizó en un 97% de los casos; la apertura de carpeta de investigación se especifica en 80 casos (51.6%), no se especifica su apertura en 72 casos (46.5%) y no se realizó en 3 casos (1.9%).

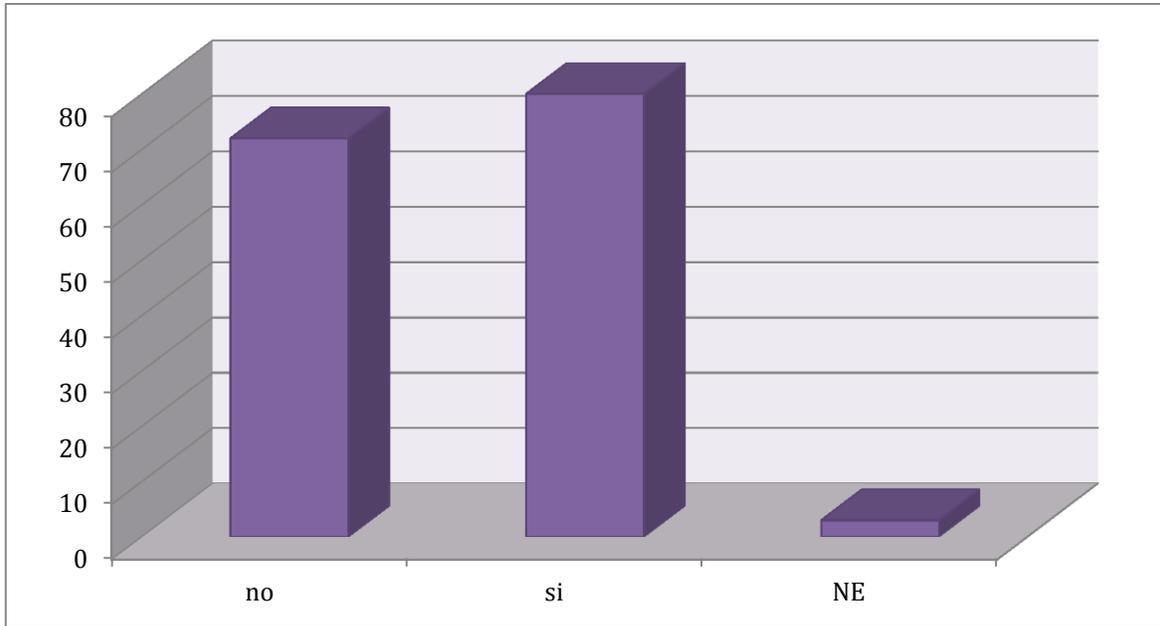


Gráfico 11. Muestra apertura de carpeta de investigación.

Persona con quien se egresa

La persona o institución con quien egresa la víctima es sumamente importante para el resguardo y cuidado posterior de la víctima, así como la prevención de nuevos eventos; en el análisis de los datos se encontró que 125 pacientes fueron egresados con la madre (80.6%), 9 casos con el DIF (5.8%), 7 casos con el papá (4.5%), 6 casos con la abuela (3.9%), 3 casos con la tía (1.9%), no se especifica en 2 casos (1.3%), con ministerio público 1 caso, 1 de alta voluntaria y 1 se escapó del hospital (0.6% cada uno).

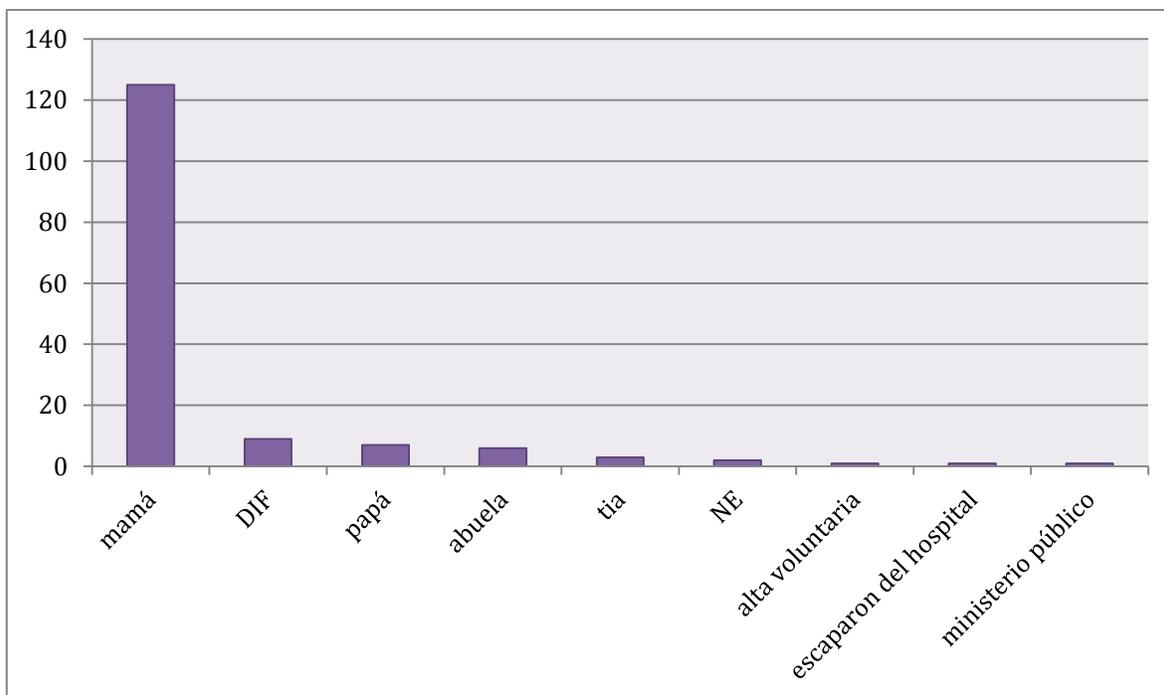


Gráfico 12. Muestra con quién egresa el paciente.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El estudio más completo respecto a la violencia sexual infantil es el “diagnóstico sobre la situación del abuso sexual en un contexto de violencia hacia la infancia en México”, realizado por Early Institute A.C, en el 2019 (primera edición), donde se hace un reporte de los datos de INEGI y tasas de víctimas de delitos sexuales, siendo el estado de Morelos y específicamente Cuernavaca, la ciudad con más delitos sexuales con una estimación de total de víctimas de 16,954 y una tasa de 5569 (ENCOPRED 2014); por encima de ciudades como Gustavo A. Madero, Guadalajara, Iztapalapa y Nezahualcoyotl. sin embargo estas tasas son poco fiables para la población infantil, ya que solo representan a los niños mayores de 12 años que han sido incluidos en los estudios, el análisis cruzado destaca una prevalencia de abuso sexual de 5.8% (30).

El mismo Early Institute hace un estudio durante el 2015 donde se hace una distribución de casos por grupo de edad y sexo de diagnóstico de abuso sexual, nacional, donde de 0-5 años tiene 43 casos, de los cuáles el 55.8% eran mujeres, de 6 a 12 años 70 casos, donde el 75.7% eran mujeres y de 13 a 17 años 196 casos, donde el 99% eran mujeres, y hace referencia a que encuentra en 2014, 3 defunciones por agresión sexual, 2 casos en 2015 y 1 caso en 2016.

Existen otros datos de victimización, para los grupos de edad de 6 a 9 años, 10 a 12 y 13 a 15 años de edad. Sin embargo, estos otros datos específicos sobre abuso sexual, no provienen de una encuesta con las características de la anterior, sino que provienen de la Consulta Infantil y Juvenil 2012, lo cual, como su nombre lo indica, consiste en un ejercicio (organizado por el Instituto Nacional Electoral), mediante el cual, se aplica un cuestionario a todos los niños y niñas que quieran participar, emulando la acción de ir a votar. No hay ni muestreo, ni selección aleatoria, —condiciones que implican introducción de sesgos. Sin embargo, este tipo de ejercicio da una estimación que se encuentra en ninguna otra fuente.

La investigadora Hernández Dávila (2013), organizó y presentó los resultados de esta consulta en torno a abuso sexual y maltrato, un trabajo para el Centro de Estudios para el Adelanto de las Mujeres y la Equidad de Género. En esta consulta, la pregunta que dio pie a una estimación de abuso sexual fue: “Tocan mi cuerpo contra mi voluntad y me siento mal”, a lo que el niño o niña respondió “Sí”, o “No”. Se tuvieron los siguientes resultados:

- En el grupo de edad de 6 a 9 años, el 9.4% de las niñas y el 13.1% de los niños afirmaron que han tocado su cuerpo.
- En el grupo de 10 a 12 años, a nivel nacional, 6.2% de las niñas y 9% de los niños respondió que los han tocado.
- Para los adolescentes de 13 a 15 años, el 4.6% de las niñas y el 6.1% de los niños afirmó haber sufrido esa situación (30).

Sin embargo no hay un estudio en México actual que determine las características del abuso sexual.

Hay que tener en cuenta también que según la OMS aproximadamente el 80% de las víctimas sufre consecuencias emocionales negativas, esto depende de quien fue el agresor, el grado de culpa del niño ejercido por sus padres así como de las estrategias de afrontamiento del problema de que disponga la víctima.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que en el mundo, aproximadamente 150 millones de niñas y 73 millones de niños han sido víctimas de alguna forma de abuso sexual antes de cumplir los 18 años de edad (26).

El estado de Morelos es una de las 7 entidades del país con tasas más elevadas de abuso sexual y violencia contra la población infantil en México, se encuentra después de Chihuahua, Baja California, Baja California Sur, Jalisco y Colima, en Morelos se tiene una tasa de 23 por cada 100 mil, y la tasa nacional fue de 12.8 por cada 100 mil. Sin embargo estas tasas es solo de los casos reportados.

Según el estudio “las niñas y las adolescentes en México frente a la violencia” de Save the Children, 4 de cada 10 delitos sexuales en México son en menores de

edad; se comenten aproximadamente 240 mil delitos sexuales en menores de edad cada año en México, sin embargo solo 28 672 son las personas registradas en averiguaciones previas por violencia sexual infantil en niñas menores de 15 años, entre 2010 y 2015.

México fue catalogado según la OCDE como el 1° lugar mundial de violencia sexual infantil y sólo se denuncia 1 de cada 10 casos.

Cada año, más de 4 millones y medio de niñas y niños son víctimas de abuso sexual en México, país que según la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) tiene el primer lugar mundial en estos delitos.

De acuerdo con el Colectivo contra el Maltrato y Abuso Sexual Infantil, esta cifra es poco realista porque sólo es denunciado uno de cada 100 casos de abuso sexual infantil: “Estas cifras hablan del grave problema que estamos viviendo a escala nacional. Los principales agresores se encuentran en el seno familiar: padres biológicos, padrastros, hermanos, abuelos, tíos, sobrinos, primos... Los abusadores sexuales están en el seno de nuestras familias”,

De acuerdo a nuestro estudio realizado en el Hospital del Niño Morelense hubo un total de 155 casos de violencia sexual atendidos en urgencias del 2014 al 2018, siendo el 2017 el año con mayor incidencia de casos, en todos los años hay prevalencia de éste tipo de violencia ejercida contra mujeres en un 78.9%, lo cuál es determinante, pero también podría estar influenciado por constructos de género en la población y el rechazo a la denuncia o idea del abuso sexual en hombres, lo cuál podría causar un subdiagnóstico, sin embargo concuerda con los estudios antes presentados.

Los picos de presentación fueron a los 2, 4, 12 y 14 años, mismo que coincide con los reportes internacionales, sin embargo hay un pico de incidencia en lactantes que en la literatura no trasciende, siendo el grupo más vulnerable según nuestro estudio, aquellos entre 1-5 años.

Hubo un 66.5% de casos de abuso sexual agudo y un 12.9% de abuso sexual crónico, donde hubo en 1.9% uso de pornografía y en el 16.8% tocamientos.

Los victimarios más frecuentes fueron aquellos que se encontraban dentro del núcleo familiar en 62.58%, así como el sitio de agresión más frecuente, la casa de la víctima en un 39.4%.

La cantidad de victimarios fue único en el 70.3%. En los diagnósticos secundarios resaltan lesiones físicas y procesos infecciosos.

Los pacientes llevaron manejo conjunto en el momento o de referencia posterior, a psiquiatría en 6.5%, psicología en 44.5% e infectología en 34.8%, alcanzándose una buena cobertura de profilaxis para ITS, VIH y embarazo, ya que en su mayor proporción fue administrada a quien se encontraba en tiempo y con factores de riesgo.

La presencia de otros familiares abusados fue del 6.5% lo cual muestra una dinámica familiar patológica. La persona con quien se egresa fue mayoritariamente la mamá en el 80.6% de los casos.

El reporte a fiscalía se realizó en un 97% de los casos, sin embargo la apertura de carpeta de investigación se especificó en sólo el 51.6% de los casos.

Esto nos permite visibilizar las dimensiones del problema así como comparar cifras respecto a las publicadas, en México, primer lugar de delitos sexuales contra niños en el mundo, donde Morelos es una entidad con alta tasa de violencia sexual infantil y bajas tasas de denuncia; e identificar la violencia sexual como parte de una enfermedad médica, socio/cultural y psicológica silente, que ha herido la parte más valiosa de la humanidad: “la niñez”, siendo necesaria la visibilización de la misma y la puesta en marcha de estrategias efectivas para su prevención y su manejo integral, siendo una responsabilidad multidisciplinaria, donde *el pediatra debe ser punta de lanza*.

BIBLIOGRAFIA:

1. Violencia sexual y embarazo infantil en México. <https://www.ipasmexico.org/wp-content/uploads/2018/06/Brochure%20Violencia%20Sexual%20y%20Embarazo%20Infantil%20en%20Me%CC%81xico,%20un%20problema%20de%20salud%20pu%CC%81blica%20y%20derechos%20humanos.pdf>
2. Violencia Sexual contra los niños y las niñas. Abuso y explotación sexual infantil. Guía básica para profesionales. Save The Children. Liliana Orjuela López, Virginia Rodríguez Bartolomé. España 2012.
3. Real Academia de la Lengua Española. <https://dle.rae.es/srv/fetch/fetch?id=EN8xffh>
4. Real Academia de la Lengua Española. <https://dle.rae.es/?id=XIApmpe>
5. Código Penal del Estado de Morelos. Artículo 261.
6. Código Penal del Estado de Morelos .Artículo 260.
7. Código Penal del Estado de Morelos. Artículo 12.
8. Real Academia de la Lengua Española. <https://dle.rae.es/?id=O5a03Rk>
9. Real Academia de la Lengua Española. <https://dle.rae.es/?id=RI3I8xg>
10. Real Academia de la Lengua Española. <https://dle.rae.es/?id=0DKKo2d>
11. Real Academia de la Lengua Española. <https://dle.rae.es/?id=ZoWtFfy>
12. Real Academia de la Lengua Española. <https://dle.rae.es/?id=1NDL6uX>
13. Abuso Sexual Infantil. Cuestiones relevantes para su tratamiento en la justicia, UNICEF. Sandra Baita, Paula Moreno, UNICEF Uruguay 2015.
14. Prevención de la violencia en la familia. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/303594/Prevencion_de_la_violencia__Tipos_de_Violencia.pdf
15. Norma Oficial Mexicana 046. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención. <http://www.cndh.org.mx/DocTR/2016/JUR/A70/01/JUR-20170331-NOR19.pdf>
16. Atención Médica a personas Violadas. Centro Nacional de equidad de género y salud reproductiva. México 2004. http://vidasinviolencia.inmujeres.gob.mx/sites/default/files/pdfs/sistema_nacional/modelos/atencion/Atencion%20Medica%20personas%20violadas.pdf
17. Maltrato a menores, Organización Mundial de la salud. https://www.who.int/topics/child_abuse/es/

18. Convenio de Europa para la protección de los niños contra la explotación y el abuso sexual.
http://www.coe.int/t/dg3/children/pdf/ConventionSexualAbuse_sp.pdf
19. Abuso sexual infantil: Manual de formación para profesionales. Save The Children. 2001.
20. Sunah Kim, Dabok Noh & Hyunlye Kim (2016) A Summary of Selective Experimental Research on Psychosocial Interventions for Sexually Abused Children, *Journal of Child Sexual Abuse*, 25:5, 597-617, DOI: 10.1080/10538712.2016.1181692
21. Judy Cashmore, Rita Shackel. The long-term effects of child sexual abuse. Australian Institute of Family Studies. Paper N. 11, 2013.
22. Katherine McGuire & Kamala London (2017) Common Beliefs About Child Sexual Abuse and Disclosure: A College Sample, *Journal of Child Sexual Abuse*, 26:2, 175-194, DOI: 10.1080/10538712.2017.1281368
23. López F, Carpintero E, Hernández A, Martín MJ, Fuertes F. Prevalence and sequelae of childhood sexual abuse in Spain. *Child Abuse and Neglect* 1995;19:1039-50.
24. Carolina Araceli García-Piña; Arturo Loredó-Abdalá, Martha Gómez-Jiménes. Guía para la atención del abuso sexual infantil. *Acta pediátrica de México* 2009;20(2):94-103.
25. American Academy of Pediatrics. Guidelines for the Evaluation of Sexual Abuse of Children. Subject Review. *Pediatrics* 1999;3:186-90.
26. WHO Global Estimates of Health Consequences Due to Violence against Children. Background Paper to the UN Secretary General's Study on Violence Against Children. Geneva World Health Organization 2006.
27. Child sexual abuse. GUIDELINES FOR MEDICO-LEGAL CARE FOR VICTIMS OF SEXUAL VIOLENCE 2017.
28. Interpretación of medical findings in suspected child sexual abuse: an update for 2018. Joyce A. Adams MD, Karen J. Farst MD, article review, department of pediatrics iniversity of california, 2018.
29. NOM-046-SSA-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención.
30. Diagnóstico sobre la situación del abuso sexual infantil en un contexto de violencia hacia la infancia en México. Early Institute, 2019.

ANEXO 1. VARIABLES

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	UNIDAD DE MEDICIÓN/CATEGORÍAS	DEFINICIÓN OPERACIONAL
Año en que sucedió	Cuantitativa ordinal	Años	Año del suceso 2014, 2015, 2016, 2017 o 2018.
Edad	Cuantitativa ordinal	Años	Tiempo en años a partir de la fecha de nacimiento aportada/ Tiempo que ha vivido una persona (3).
Sexo	Cuantitativa nominal	Hombre/ mujer	Condición orgánica, masculina o femenina. Conjunto de seres pertenecientes a un mismo sexo. Sexomaculino, femenino (4).
Tiempo de evolución	Cuantitativa nominal	Días, meses, años.	Tiempo de evolución del abuso.
Relación con el victimario	Cuantitativa nominal	Padre, madre, abuelos, conocido, familiar, desconocido.	Si es desconocido o si guarda alguna familiaridad con el victimario.
Cantidad de victimarios	Cuantitativa ordinal	1,2,3, se desconoce, no especificado o varios.	Cantidad de personas que ejercieron violencia sexual en la víctima.
Abuso	Cuantitativa nominal	Si/No	Al que sin el propósito de llegar a la cópula, ejecute un acto sexual en una persona menor de 12 años o que no tenga la capacidad de comprender el significado del hecho o que por cualquier causa no pueda resistirlo o la obligue a ejecutarlo (5).
Violación	Cuantitativa nominal	Si/No	Al que sin el consentimiento de una persona y sin el propósito de llegar a la cópula, ejecute en ella un acto sexual o la obligue a ejecutarlo (6).
Tocamientos	Cuantitativa nominal	Si/No	Si en el abuso se dieron tocamientos a la víctima.
Tentativa de violación	Cuantitativa nominal	Si/No	la tentativa es punible cuando se ejecutan hechos encaminados directamente a la realización de un

			delito, si éste no se consuma por causas ajenas a la voluntad del agente (7).
Uso de pornografía	Cuantitativa nominal	Si/No	Si durante la agresión o parte de ella se obligó a ver o se mostró material de contenido pornográfico.
Sospecha	Cuantitativa nominal	Si/No	Si acudió por la sospecha de violencia sexual en el menor, no corroborándose en el expediente la presencia o no de abuso.
Cuidador principal	Cuantitativa nominal	Mamá, papá, abuelo paterno, abuelo materno, abuela materna, abuela paterna, tía, tío, ajeno a la familia (niñera), otros.	Persona en quien recae principalmente el cuidado y vigilancia del menor.
Daño físico relacionado	Cuantitativa nominal	Si/No (cuáles).	Si hubo la presentación de lesiones, golpes, aplicación de drogas, discapacidad, muerte.
Violencia física	Cuantitativa nominal	Si/No	Es el uso de la fuerza física para provocar daño, no accidental; o con algún tipo de arma u objeto que pueda provocar o no lesiones ya sean internas, externas, o ambas (14).
Lugar de la agresión	Cuantitativa nominal	Vivienda/vía pública/ desconocido/ otros	Vivienda: lugar donde se habita, casa Vía pública: espacio externo de la comunidad de uso común. Desconocido: no supo donde fue el incidente Otros: un lugar distinto a los anteriores.
Administración de profilaxis para ITS	Cuantitativa nominal	Si/No	Azitromicina/metronidazol/doxicilina/c eftriaxona (15,16).
Administración de profilaxis	Cuantitativa nominal	Si/No	Antifecundación de emergencia (15,16).

para embarazo			
Administración de profilaxis para VIH	Cuantitativa nominal	Si/No	Antiretrovirales profilácticos (15,16)
Reporte a fiscalía	Cuantitativa nominal.	Si/No	Reportar a fiscalía/ministerio público (15,16)
Apertura de carpeta de investigación.	Cuantitativa nominal.	Si/No	Si se aclara en el expediente la apertura de carpeta de investigación por parte de la fiscalía del menor.
Referencia a infectología	Cuantitativa nominal	Si/No	Valoración durante o envío posterior
Referencia a psicología	Cuantitativa nominal	Si/No	Valoración durante o envío posterior
Referencia a psiquiatría	Cuantitativa nominal	Si/No	Valoración durante o envío posterior
Otros familiares abusados	Cuantitativa nominal	Si/No	Si existe abuso como parte de la dinámica familiar o si hubo agresión sexual en otro integrante de la familia.
Diagnóstico clínico	Cuantitativa nominal	Si/No (cuáles).	Si existió algún diagnóstico plasmado en el expediente clínico secundario al o los eventos de violencia sexual.
Número de casos por año reportados a fiscalía	Cuantitativa ordinal	Cantidad de casos por año (2014 – 2018).	Cantidad de casos por año (2014 – 2018) reportados por fiscalía.
Sexo de la víctima por año reportados por fiscalía	Cuantitativo ordinal	Número de casos. Hombre/mujer. Año (2014-2018).	Cantidad de casos presentados por año y por sexo del 2014 al 2018. Reportados por fiscalía.
Sexo de la víctima en porcentaje del total de casos reportados por fiscalía.	Cuantitativo ordinal	Hombre/mujer, número de casos y porcentajes.	Porcentaje e agresiones del total de casos por sexo. Reportados por fiscalía.

ANEXO 2. FRECUENCIAS Y PORCENTAJES.

variable	frecuencia	porcentaje
tiempo de evolución		
1 vez	103	66.5
se desconoce	32	20.6
1 año	6	3.9
3 semanas	3	1.9
2 veces	2	1.3
2 semanas	2	1.3
3 meses	2	1.3
7 meses	1	0.6
2 años	1	0.6
3 años	1	0.6
5 años	1	0.6
7 años	1	0.6
abuso		
no	109	70.3
si	41	26.5
se desconoce	3	1.9
NE	2	1.3
violación		
si	79	51
no	71	45.8
se desconoce	3	1.9
NE	2	1.3
sospecha		
no	107	69
si	46	29.7
NE	2	1.3
tentativa		
no	149	96.1
se desconoce	3	1.9
NE	2	1.3
si	1	0.6
pornografía		
no	149	96.1
si	3	1.9

se desconoce	3	1.9
NE	2	1.3
tocamientos		
no	124	80
si	26	16.8
se desconoce	3	1.9
NE	2	1.3
reporte a fiscalía		
si	151	97.4
NE	3	1.9
no	1	0.6
relación con victimario		
desconocido	29	18.7
NE	25	19.1
padraastro	16	10.3
primo	15	9.7
papá	12	7.7
vecino	11	7.1
tio	8	5.2
conocido	8	5.2
abuelo	5	3.2
abuelastro	3	1.9
jefe	3	1.9
se desconoce	3	1.9
compañero	2	1.3
amigo	1	0.6
cliente	1	0.6
compañero de escuela	1	0.6
compañero de escuela y papá	1	0.6
compañero de la escuela y primo del compañero	1	0.6
compador	1	0.6
conocido por red social	1	0.6
cuñado	1	0.6
desconocido y mamá	1	0.6
ex novio	1	0.6
hermano	1	0.6
hermano de padraastro	1	0.6
papá y abuelo	1	0.6
seminarista de la iglesia	1	0.6
vecina	1	0.6
referencia a psiquiatria		

no	143	92.3
si	10	6.5
NE	2	1.3
referencia a psicología		
no	84	54.2
si	69	44.5
NE	2	1.3
referencia a infectología		
no	99	63.9
si	54	34.8
NE	2	1.3
profilaxis VIH		
no	121	78.1
si	31	20
NE	2	1.3
portadora	1	0.6
profilaxis ITS		
no	104	67.1
si	49	31.6
NE	2	1.3
profilaxis embarazo		
no	122	78.7
si	31	20
NE	2	1.3
persona con quien egresa		
mamá	125	80.6
DIF	9	5.8
papá	7	4.5
abuela	6	3.9
tia	3	1.9
NE	2	1.3
alta voluntaria	1	0.6
escaparon del hospital	1	0.6
ministerio público	1	0.6
otros familiares abusados		
no	143	92.3
si	10	6.5
NE	2	1.3
número de victimarios		
1	109	70.3
NE	34	21.9

2	9	5.8
3	2	1.3
varios	1	0.6
lugar de la agresión		
casa	61	39.4
se desconoce	35	22.6
vía pública	10	6.5
no especificado	8	5.2
casa de abuelos	5	3.2
casa de tia	5	3.2
casa de vecino	4	2.6
escuela	4	2.6
fiesta	4	2.6
hotel	3	1.9
casa de papá	2	1.3
vehículo en vía pública	2	1.3
casa de compañero	1	0.6
casa de ex novio	1	0.6
casa de hermana	1	0.6
casa de madrina	1	0.6
casa no conocida	1	0.6
casa/escuela	1	0.6
feria	1	0.6
iglesia	1	0.6
mercado	1	0.6
microbus	1	0.6
tienda	1	0.6
trabajo	1	0.6
daño físico		
no	112	72.3
golpes	21	13.5
se desconoce	4	2.6
desgarro	4	2.6
no especificado	2	1.3
equimosis en cadera	1	0.6
escalpe, mordeduras de perro	1	0.6
golpes y arañazos en la espalda	1	0.6
golpes, empujar y ahorcar	1	0.6
golpes, herida por arma de fuego	1	0.6
golpes, privación de la libertad	1	0.6
lesión en ano por introducción de lápiz	1	0.6

lesión genital y hematomas en senos	1	0.6
lesión por arma blanca	1	0.6
lesión vulvar no especificada	1	0.6
lesiones en tórax	1	0.6
sangrado genital no especificado	1	0.6
sexo		
mujer	135	87.1
hombre	20	12.9
edad de inicio		
< 1	2	1.3
1	6	3.9
2	15	9.7
3	13	8.4
4	15	9.7
5	6	3.9
6	12	7.7
7	8	5.2
8	3	1.9
9	3	1.9
10	8	5.2
11	5	3.2
12	15	9.7
13	12	7.7
14	14	9
15	6	3.9
16	6	3.9
17	4	2.6
NE	2	1.3
diagnóstico clínico		
no	141	90.4
IVU	3	1.9
se desconoce	3	1.9
condiloma acuminado	2	1.3
cervicovaginitis por E. Coli	1	0.6
cirugía reconstructiva, gammaglobulina anti rábica	1	0.6
lesiones vulvares no especificadas	1	0.6
transtorno distímico, intenso suicida	1	0.6
VIH	1	0.6
vulvovaginitis no especificada	2	1.3
embarazo	1	0.6
demanda		

no	72	46.5
si	80	51.6
NE	3	1.9
cuidador principal		
mamá	124	80
abuelos	9	5.8
papá	6	3.9
NE	5	3.2
tia	3	1.9
mamá entre semana y papá fines de semana	2	1.3
se desconoce	2	1.3
bisabuela	1	0.6
hermano	1	0.6
madrastra	1	0.6
mamá y abuela	1	0.6
año		
2017	48	30.3
2018	41	26.5
2016	34	21.9
2015	23	14.8
2014	9	5.8

Anexo 3. Definiciones operacionales.

La información para la obtención de las variables fue obtenida directamente del expediente médico clínico de los pacientes, interrogatorio médico, así como notas posteriores plasmadas en el expediente, así como el registro de interconsultas, laboratorios, procedimientos quirúrgicos y diagnóstico psicológico posterior; ya que no tenemos acceso a los expedientes jurídicos o al dictamen pericial de la fiscalía del menor.

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL
Año en que sucedió	Año del suceso 2014, 2015, 2016, 2017 o 2018. Se toma como año del suceso la fecha de la primera nota registrada en urgencias en caso de acudir inmediatamente o la fecha especificada por el paciente cuando fue el caso.
Edad	Tiempo en años a partir de la fecha de nacimiento aportada/ Tiempo que ha vivido una persona.
Sexo	Hombre/mujer.
Tiempo de evolución	Tiempo de evolución del abuso, si fue una sola ocasión se catalogó como abuso sexual agudo y crónico en caso de ser en ocasiones repetidas. Se tomó el tiempo indicado por el paciente y/o el familiar.
Relación con el victimario	Si es desconocido o si guarda alguna familiaridad con el victimario, referido por el paciente, así como los casos en que era desconocido.
Cantidad de victimarios	Cantidad de personas que ejercieron violencia sexual en la víctima.
Abuso	Operacionalmente se refiere como al acceso al cuerpo del menor a través de tocamientos, besos de manera repetida a través de un periodo de tiempo, o que tenga actividad sexual propiamente dicha con el menor, dividiéndose en: <ul style="list-style-type: none">- Abuso sexual agudo.- Abuso sexual crónico.
Violación	Al que sin el consentimiento de una persona y sin el propósito de llegar a la cópula, ejecute en ella un acto sexual o la obligue a ejecutarlo. Operacionalmente se tomaba positivo cuando había datos clínicos que indicaban violación o cuando se refería de manera directa por el paciente la introducción de dedos, falo o cualquier otro objeto en cavidad oral, anal, vaginal. Así como sexo oral ejercido en el paciente o que haya sido

	obligado a hacerlo en el victimario.
Tocamientos	Si en el abuso se dieron tocamientos al cuerpo de la víctima.
Tentativa de violación	Operacionalmente cuando el paciente o familiar refirió la tentativa o hecho no consumado, de acceso al cuerpo del menor por el victimario.
Uso de pornografía	Si durante la agresión o parte de ella se obligó a ver o se mostró material de contenido pornográfico, así como filmar a la víctima o tomar fotografías o cualquier material visual o auditivo del cuerpo de la víctima o de representación sexualmente explícita.
Sospecha	Si acudió por la sospecha de violencia sexual en el menor, no corroborándose en el expediente la presencia o no de abuso.
Cuidador principal	Persona en quien recae principalmente el cuidado y vigilancia del menor (mamá, papá, abuela, abuelo, abuelos (ya sea maternos o paternos, tios (as), o de tiempo compartido entre familias.
Daño físico relacionado	Si se presentaron lesiones, golpes, aplicación de drogas, discapacidad, muerte, relacionados a el acto de violencia sexual.
Violencia física	Es el uso de la fuerza física para provocar daño, no accidental; o con algún tipo de arma u objeto que pueda provocar o no lesiones ya sean internas, externas, o ambas.
Lugar de la agresión	Vivienda: lugar donde se habita, casa. Vía pública: espacio externo de la comunidad de uso común. Desconocido: no supo donde fue el incidente Otros: un lugar distinto a los anteriores (se especifica).
Administración de profilaxis para ITS	Azitromicina/metronidazol/doxicilina/ceftriaxona.
Administración de profilaxis para embarazo	Antifecundación de emergencia, según sea el caso.
Administración de profilaxis para VIH	Antiretrovirales profilácticos, según tipo de exposición y tiempo de haberse presentado.
Reporte a fiscalía	Reportar a fiscalía del menor/ministerio público.
Apertura de carpeta de investigación.	Si se aclara en el expediente la apertura de carpeta de investigación por parte de la fiscalía del menor.
Referencia a infectología	Valoración durante o envío posterior.
Referencia a psicología	Valoración durante o envío posterior.
Referencia a	Valoración durante o envío posterior.

psiquiatría	
Otros familiares abusados	Si existe abuso como parte de la dinámica familiar o si hubo agresión sexual en otro integrante de la familia, referido por el paciente o el familiar en notas médicas o de psicología.
Diagnóstico clínico	Si existió algún diagnóstico plasmado en el expediente clínico secundario al o los eventos de violencia sexual.
Número de casos por año reportados a fiscalía	Cantidad de casos por año (2014 – 2018) reportados por fiscalía.
Sexo de la víctima por año reportados por fiscalía	Cantidad de casos presentados por año y por sexo del 2014 al 2018. Reportados por fiscalía.
Sexo de la víctima en porcentaje del total de casos reportados por fiscalía.	Porcentaje e agresiones del total de casos por sexo. Reportados por fiscalía.



Cuernavaca, Morelos a 27 de Enero del 2020.

Dr. Ernesto González Rodríguez
Secretario de Docencia de la
Facultad de Medicina
Presente:

Estimado Dr. González, por este conducto me permito informarle que he revisado el trabajo de Tesina **"CUANTIFICACION Y CLASIFICACION DE CASOS DE VIOLENCIA SEXUAL INFANTIL REFERIDOS AL HOSPITAL DEL NIÑO MORELENSE DE 2014 A 2018"**, que para obtener el diploma de Especialista en Pediatría Médica me proporciono la alumna Jazmín Elide Flores de Lucio. Le comunico que su contenido es adecuado y suficiente, por lo que de acuerdo al artículo 110 del Reglamento de Posgrado de la UAEM le otorgo:

Dictamen I se aprueba el trabajo de tesina tal como se presenta.

Así mismo, le agradezco la invitación a participar en este programa educativo, reiterando además mi disposición para seguir colaborando en este tipo de actividades. Sin otro particular por el momento, reciba un cordial saludo.

ATENTAMENTE


Dr. Jesús Santa Olalla Tapia



Cuernavaca, Morelos a 27 de Enero del 2020.

Dr. Ernesto González Rodríguez
Secretario de Docencia de la
Facultad de Medicina
Presente:

Estimado Dr. González, por este conducto me permito informarle que he revisado el trabajo de Tesina "CUANTIFICACION Y CLASIFICACION DE CASOS DE VIOLENCIA SEXUAL INFANTIL REFERIDOS AL HOSPITAL DEL NIÑO MORELENSE DE 2014 A 2018", que para obtener el diploma de Especialista en Pediatría Médica me proporciono la alumna Jazmín Elide Flores de Lucio. Le comunico que su contenido es adecuado y suficiente, por lo que de acuerdo al artículo 110 del Reglamento de Posgrado de la UAEM le otorgo:

Dictamen I se aprueba el trabajo de tesina tal como se presenta.

Así mismo, le agradezco la invitación a participar en este programa educativo, reiterando además mi disposición para seguir colaborando en este tipo de actividades. Sin otro particular por el momento, reciba un cordial saludo.

ATENTAMENTE


Dr. Armando Bustamante Pérez



Cuernavaca, Morelos a 27 de Enero del 2020.

Dr. Ernesto González Rodríguez
Secretario de Docencia de la
Facultad de Medicina
Presente:

Estimado Dr. González, por este conducto me permito informarle que he revisado el trabajo de Tesina **“CUANTIFICACION Y CLASIFICACION DE CASOS DE VIOLENCIA SEXUAL INFANTIL REFERIDOS AL HOSPITAL DEL NIÑO MORELENSE DE 2014 A 2018”**, que para obtener el diploma de Especialista en Pediatría Médica me proporciono la alumna Jazmín Elide Flores de Lucio. Le comunico que su contenido es adecuado y suficiente, por lo que de acuerdo al artículo 110 del Reglamento de Posgrado de la UAEM le otorgo:

Dictamen l se aprueba el trabajo de tesina tal como se presenta.

Así mismo, le agradezco la invitación a participar en este programa educativo, reiterando además mi disposición para seguir colaborando en este tipo de actividades. Sin otro particular por el momento, reciba un cordial saludo.

ATENTAMENTE



Dra. Vera Lucia Petricevich



FACULTAD DE MEDICINA

Secretaría de Docencia – Jefatura de Posgrado

"2019, a 100 años del asesinato del General Emiliano Zapata Salazar"

Cuernavaca, Morelos a 27 de Enero del 2020.

Dr. Ernesto González Rodríguez
Secretario de Docencia de la
Facultad de Medicina
P r e s e n t e:

Estimado Dr. González, por este conducto me permito informarle que he revisado el trabajo de Tesina "CUANTIFICACIÓN Y CLASIFICACIÓN DE CASOS DE VIOLENCIA SEXUAL INFANTIL REFERIDOS AL HOSPITAL DEL NIÑO MORELENSE DE 2014 A 2018", que para obtener el diploma de Especialista en Pediatría Médica me proporcionó la alumna Jazmin Elide Flores de Lucio. Le comunico que su contenido es adecuado y suficiente, por lo que de acuerdo al artículo 110 del Reglamento de Posgrado de la UAEM le otorgo:

Dictamen l se aprueba el trabajo de tesina tal como se presenta.

Así mismo, le agradezco la invitación a participar en este programa educativo, reiterando además mi disposición para seguir colaborando en este tipo de actividades. Sin otro particular por el momento, reciba un cordial saludo.

ATENTAMENTE



Dr. Gregorio Chan Díaz