

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA

UNAN – Managua

HOSPITAL ALEMÁN NICARAGÜENSE



**TESIS PARA OPTAR AL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
PEDIATRÍA**

**Comportamiento clínico y epidemiológico del abuso sexual en niños y niñas
atendidas en el Hospital Alemán Nicaragüense de Enero del 2013 a
Diciembre del 2014**

Autor

**Dr. Lester Geovanny Benedith Quintanilla
Médico Residente de Pediatría**

Tutoras

**Dra. Thelma Vanegas
Pediatra Intensivista**

**Dra. Johana Galán
Especialista en Pediatría**

MANAGUA, NICARAGUA, FEBRERO DEL 2015

DEDICATORIA

Dedico este trabajo que es solo uno de los peldaños para completar una etapa en mi vida profesional:

*A **Dios**: por darme la oportunidad una vez más de ver mis sueños hechos realidad.*

*A mi **Familia** que me ha dado apoyo incondicional en todos los momentos de mi vida.*

*A todos mis **Maestros y Maestras**, quienes en muchos momentos difíciles me brindaron su apoyo.*

*A todos los **Niños y Niñas** que fueron parte de este estudio, ya que sin ellos no hubiera sido posible la realización del mismo.*

AGRADECIMIENTO

A **Dios** todopoderoso, quien guía cada paso de mi vida.

Agradezco todas las bendiciones que me ha brindado a lo largo de cada etapa de mi vida y ahora, permitiéndome alcanzar esta meta.

A mis **Padres Mauricio y Ramona**, a mis **Hermanos** que siempre han creído en mí, que sin su apoyo no hubiese sido posible alcanzar este peldaño en mi vida.

A mis **Maestros y Maestras**, que de manera incondicional me brindaron sus conocimientos y también sus consejos que me permitieron crecer como persona, en especial al **Dr. Eduardo Martin López Guerrero y Dr. Jaime Dávila Monge**.

A mis **Tutoras**, por su tiempo y dedicación en la instrucción para la realización de este trabajo.

Al departamento de **Trabajo Social y Psicología** por sus aportes en este Trabajo.

A la **Dra. Tammy Tijerino Marin**, que estuvo pendiente de los obstáculos que se presentaron durante la realización de este trabajo y ayudándome a vencerlas.

OPINION DEL TUTOR

El abuso sexual es una enfermedad social de proporciones epidémicas y endémicas cada vez más arraigadas en la población cuyos grupos más vulnerables son los niños, niñas, adolescentes y la mujer de manera general y tiene un impacto en todas las clases sociales.

Desde tiempos muy remotos se ha venido presentando este problema social y abordarlo es exponer un tabú, algo que es poco tratado a la luz pública, por ser un secreto, tanto para el abusado, que no quiere ser descubierto, como para la víctima, que está completamente desorientada y siente un miedo terrible debido a la vergüenza, el temor, la confusión y las amenazas del abusador.

El presente Trabajo titulado Comportamiento Clínico y Epidemiológico del Abuso Sexual en Niños y Niñas fue un esfuerzo para evaluar mediante un abordaje integral esta problemática.

Se diseñó un estudio descriptivo con alto rigor científico, lo cual hace que el estudio se validó con resultados fiables que podrán ser traspolado a la población en general, lo que nos permitirá brindar información y recomendaciones importantes que ayuden a solventar esta problemática.

Dra. Thelma Vanegas

Pediatra Intensivista

RESUMEN

El presente estudio fue realizado en niñas y niños que fueron traídos a los servicios de Pediatría y Gineco-Obstetricia, en busca de atención médica a quienes se encontró en su anamnesis que eran víctimas de abuso sexual durante el periodo de Enero del año 2013 a Diciembre del año 2014 cuyos principales resultados.

El 72% de los pacientes estudiados correspondían al sexo femenino, la edad de presentación en el 54% correspondían a los grupos de edad de 10 a 14 años, procedentes en su totalidad del área urbana.

La edad del abusador fue en su mayoría de 35 a 55 años con un 45.5%, en cuanto a la relación que existía entre este y la víctima se encontró que no había ningún tipo de relación y que todos los abusadores eran del sexo masculino.

Los factores que condicionaron la ocurrencia del delito fue en su mayoría la distorsión de roles familiares en el 72% de los casos. En cuanto al tipo de abuso sexual cometido por el agresor la penetración vaginal fue el tipo más frecuentemente encontrado con un 72%.

La consecuencia clínica más frecuentemente encontrada fue el embarazo en el 54% de los casos.

INDICE

I.	INTRODUCCION	1
II.	ANTECEDENTES	3
III.	JUSTIFICACION	7
IV.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	9
V.	OBJETIVOS	10
VI.	MARCO TEORICO	11
VII.	MATERIAL Y METODOS	38
VIII.	OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES	40
IX.	RESULTADOS	42
X.	DISCUSION Y ANALISIS	44
XI.	CONCLUSIONES	47
XII.	RECOMENDACIONES	48
XIII.	BIBLIOGRAFIA	49
XIV.	ANEXOS	51

I. INTRODUCCIÓN

La violencia intrafamiliar constituye un verdadero problema de salud pública, social y de respeto a los derechos humanos. Una de sus expresiones, el abuso sexual afecta de manera particular a la niñez.

A lo largo de la historia los menores han sido víctimas de abandonos, negligencias, maltratos y abusos sexuales por parte de personas adultas, con el objetivo de frenar e incluso impedir estas situaciones, se han ido creando leyes de protección para los menores y toda una red de profesionales especializados en trabajar con el menor y su entorno para poder hacer frente a estos problemas. A pesar de estas medidas, éstos continúan existiendo, dado que en muchos casos se hace verdaderamente difícil detectar situaciones de riesgos, hecho que complica la realización de un trabajo preventivo que impida su probable aparición.

Aunque los abusos sexuales en menores se han dado siempre, y así lo muestran numerosas referencias a lo largo de la historia, la ciencia no se ha ocupado de ellos hasta épocas muy recientes.

No debe extrañar que actualmente para la población este problema sea más alarmante y preocupante que tiempos atrás, dado que la rápida divulgación de los sucesos en los medios de comunicación y el elevado impacto social a raíz de una fuerte sensibilidad y concientización sobre el tema han hecho que se vivan de una forma muy directa en nuestra sociedad. Una vez que se ha producido el presunto abuso sexual de un menor y se ha interpuesto la denuncia pertinente, es evidente que se requiere un estudio detallado de la situación para poder dictaminar si realmente hay claros indicadores de que se ha abusado sexualmente del menor.

El abuso sexual ha sido uno de los tipos de maltrato infantil más tardíamente estudiados, si bien su revelación como maltrato frecuente, y sus importantes y perdurables efectos

psicológicos para las víctimas, ha dado lugar en las últimas décadas a un notable crecimiento en el interés profesional sobre la detección de estos casos y la intervención posterior con estas víctimas.

Los resultados de diversos estudios sugieren que hay un periodo crítico en el desarrollo del individuo en el cual la experiencia del estrés puede conllevar cambios neurobiológicos permanentes o muy duraderos, que aumentan la probabilidad de desarrollar trastornos del estado del ánimo y de ansiedad como respuesta a la experiencia de otros estresores posteriores en la vida del individuo.

II. ANTECEDENTES

El City Registry de Nueva York, contabilizó en un año más de 19,000 casos de supuestos abusos en niños. Se reporta además que en España y EEUU por ejemplo, alrededor de 20 a 25% de las niñas y 10 a 15% de niños sufren algún tipo de Abuso Sexual antes de los 17 años de edad.

Desde Asia y América Latina son vendidos a pedófilos de EEUU, Canadá y Europa, niños de los países más pobres, que superan la cifra de los 20,000 anuales, destinados la mayoría, a prestar servicios prostíbulos con precios inferiores a los de un equipo de video.

En la mayoría de los estudios los padres biológicos son los principales responsables de los abusos sexuales, seguidos por familiares cercanos, luego, por conocidos no familiares y por último, por desconocido.

Desde 1998 hasta el 2003 fueron atendidos por causa de abuso sexual 120 menores realizando revisión detallada de la documentación existente en el Centro Territorial de Medicina Legar de Manzanillo, provincia de Granma, Cuba cuyo objetivo era observar la frecuencia de abuso sexual, el cual concluye que en su mayoría el abuso ocurre en niñas-adolescentes del área urbana, el agresor es del sexo masculino y se encuentra en más de la mitad de los casos en el entorno familiar.

En 2001 se llevó a cabo en la Universidad de Barcelona sobre la experiencia en una unidad funcional de abuso a menores donde se hizo una revisión prospectiva de la historia de los pacientes con sospecha de abuso sexual. Se estudiaron 704 casos. El 75% eran niñas. El relato del niño fue la forma más frecuente de descubrimiento del abuso (51 %), la anamnesis fue positiva en el 45 % de ocasiones. La exploración genital fue normal en el 74% de casos y la anal en el 79%. En la conclusión final, el 40% fue normal, el 11%, compatible, el 41%, alta probabilidad y el 4%, seguro abuso sexual. El abusador fue en el 92% de casos un varón. Los tocamientos fueron la forma más frecuente de agresión y en el 25% el abuso duró más de un año.

En el año 2003 se realizó un estudio en niñas – adolescentes con historia de abuso sexual, atendidas en el Servicio de Psicología – Ginecología del Instituto Especializado de Salud del Niño, Lima- Perú, en el periodo de Enero a Octubre del 2003 el que concluye que es necesario mejorar los programas de prevención haciendo más participes a los padres, en cuanto al cuidado del menor, independientemente de las campañas de autocuidado infantil, puesto que el 53.7% tenía en su historia un suceso de abuso sexual cometido por una persona de sexo varón que pertenecía a su familia.

En nuestro medio se hace el reconocimiento a través del Decreto Ministerial (67-97. Noviembre 1996) el que aborda que la violencia es un problema de salud pública y para enfrentar este fenómeno se cuenta con los siguientes programas:

- Política pública contra la Explotación sexual y comercio de niños, niñas y adolescentes.
- El Plan nacional para la prevención de la violencia intrafamiliar y sexual, 2001-2006 y que se va a extender hacia el 2014.
- Programa de comisarías de la mujer y la niñez.
- Normas y procedimientos para la Atención de la violencia intrafamiliar.

En Agosto del año 2001, el Programa de Atención Integral a la Mujer, Niñez y Adolescencia publica las Normas y Procedimientos para la Atención a la Violencia Intrafamiliar, documento elaborado y validado con la participación de personal de salud de diferentes perfiles y niveles de atención del MINSa y de múltiples sectores que trabajan el tema.

De acuerdo a un estudio realizado por la Federación Coordinadora de Nicaragua de organizaciones no gubernamentales que trabaja con la niñez y la adolescencia (CODENI) en las ciudades de León, Estelí, Managua, Matagalpa, Granada y Chinandega, entre Septiembre y Octubre del año 2003, revela las concepciones de abusadores sobre las actividades sexuales con niñas, niños y adolescentes. Expresan que tienen relaciones con personas menores de edad porque son “fáciles de manipular”, además que no lo consideran un delito.

En enero del año 2005 se realizó en el Hospital Materno infantil Dr. Fernando Vélez Paiz sobre las características y abordaje del maltrato infantil en menores de 15 años donde el abuso sexual fue el segundo tipo de maltrato infantil. Aquí se estudiaron 45 pacientes de los cuales de los cuales 12 de ellos sufrieron de abuso sexual, de estos 4 pacientes sufrieron violación y en 3 pacientes vejación y en 5 casos no se especificó el tipo de abuso sexual

En el año 2005 la organización Save The Childrens Suecia realizó un informe sobre el abuso sexual contra niños, niñas y adolescentes en NICARAGUA, con información brindada por la comisaria de la niñez y la adolescencia, cuyos resultados arrojan que el abusador se encuentra en el entorno de la víctima, el grupo más afectado es de 11 a 15 años, del sexo femenino en el 96% de los victimarios son hombres entre los 30 – 45 años de edad.

Según datos publicados en la Revista “Ángel de la Guarda” en Septiembre del año 2006, entre el 25 y 47% de las niñas, niños y adolescentes nicaragüenses sufren acoso y abuso sexual desde edades tempranas. En su mayoría estos abusos son cometidos por familiares o amigos. Estas estadísticas revelan un incremento en la denuncia de los delitos sexuales y la violencia intrafamiliar contra mujeres, adolescentes, niñas y niños.

En enero del 2010 se realizó en el Hospital Materno infantil Dr. Fernando Vélez Paiz un estudio sobre el comportamiento clínico y epidemiológico sobre el abuso sexual en niñas y adolescentes en los servicios de pediatría y ginecología donde se encontraron un total de 34 casos, de los cuales el 73% eran adolescente distribuyéndose con un 41% en el grupo de adolescente tempranas, es decir entre las edades de 10 a 14 años. De acuerdo al tipo de abuso sexual 82.3% habían tenido penetración vaginal. En cuanto a la edad del abusador se encontró que el 47% eran adultos jóvenes entre 35 a 50 años. En cuanto a la relación existente entre el abusador y las víctimas de abuso se encontró que el 38% se trataba de su padrastro.

En el 2011 en la facultad de Psicología de la Universidad de Granada en España se llevó a cabo un estudio para Determinar la prevalencia, la naturaleza y las consecuencias de los abusos sexuales sufridos durante la infancia o la adolescencia. De 2159 estudiantes, 269

(12,5%) manifestaron haber sufrido abusos sexuales antes de los 18 años de edad. El 62,8% de los abusos consistió en tocamientos y la edad media de inicio fue a los 8,8 años. Los perpetradores, mayoritariamente varones y un 44% menores de edad, solían cometer los abusos en el hogar de la víctima o en el suyo, aprovechándose de las visitas o de su estrecha vinculación. Alrededor del 50% se sirvió del engaño o del juego. En cuanto a la salud mental de las víctimas, las universitarias con antecedentes de abusos sexuales tenían menor autoestima y asertividad, y puntuaciones más altas en actitud vital negativa, depresión y ansiedad, que las del grupo de comparación.

En Febrero del 2011 se realizó en el Hospital Materno infantil Dr. Fernando Vélez Paiz un estudio sobre comportamiento clínico y epidemiológico del maltrato infantil en niños menores de 15 años, donde el abuso sexual representó la segunda forma de maltrato infantil. Aquí se estudiaron 81 pacientes, de estos un total de 18 casos siendo las edades más afectadas de los 10 a los 14 años.

III. JUSTIFICACION

La violencia es una enfermedad social de proporciones epidémicas y endémicas cada vez más arraigada en la población. El futuro de la sociedad y de toda la civilización descansa en la posibilidad de hacer algo por evitar la violencia. Los niños y niñas maltratadas de esta generación, si sobreviven, serán padres y madres que maltraten a la generación siguiente y a miembros desadaptados de la sociedad.

El abuso sexual es un secreto angustiador con el que viven muchos niños y adolescentes. Es un tema delicado, complejo y sumamente serio, abordarlo es exponer un tabú, algo que es poco tratado a la luz pública, por ser un secreto, tanto para el abusador, que no quiere ser descubierto, como para la víctima, que está completamente desorientada y siente un miedo terrible.

Los niños, niñas y adolescentes, que sufren del abuso sexual tienen que vivir con un secreto desgarrador. Porque a no ser que intervenga una tercera persona, el niño o el adolescente seguirá atrapado en una situación dañina y perversa, debido a la vergüenza, el temor, la confusión y las amenazas del abusador.

El estado brindará especial atención a los niños, niñas y adolescentes que se encuentran en situación de peligro, riesgo psicológico, social o material de acuerdo a las disposiciones del Libro Segundo del Código de la niñez y adolescencia.

- **Relevancia del problema en Nicaragua**

El abuso sexual constituye una grave violación a los derechos humanos de las niñas, niños y adolescentes. Cruza transversalmente la sociedad, ocurriendo generalmente en el ámbito más cercano de la o el menor de edad agredido. Es un acto usualmente ocultado o negado, lo que coloca a las víctimas en una situación de mayor vulnerabilidad dejándoles frecuentemente solos frente a las consecuencias del abuso, por lo que los efectos de la agresión se profundizan por la vergüenza, la falta de credibilidad y el aislamiento a que son sometidos posterior al hecho, re victimizándoles.

La Policía Nacional que a pesar de que las cifras que se manejan de manera oficial son altas, estas corresponden sólo al número de aquellas/os que denuncian o reciben atención. El resto, la gran mayoría de los casos, continúan en el silencio, un secreto resguardado por mitos y tabúes sociales y reforzado por el reconocimiento de las dificultades de acceso a la justicia que enfrentan muchas de las personas agredidas que denuncian, contrastado con la impunidad que rodea comúnmente a los agresores del país.

A pesar de que existen pocos datos de prevalencia a nivel nacional que nos acerquen a la verdadera magnitud del abuso sexual, esta ha sido señalada por autores como problema que podría alcanzar ya niveles de epidemia, en una sociedad que se caracteriza por la convergencia de factores conocidos como condicionantes de altas tasas de violencia.

En Nicaragua da y el mundo a pesar de los múltiples estudios sobre este tema, la gran mayoría se han enfocado en valorar el abuso sexual a que se exponen las niñas y adolescentes, sin embargo no se ha logrado incidir mucho en el impacto social que este problema significa porque a pesar de existir numerosas organizaciones enfocadas en el tema desde hace un quinquenio estas no se les brindaba apoyo y aun no se les prioriza como debe ser.

A nivel mundial, latinoamericano y en nuestro medio es un problema de salud pública que día a día va en ascenso, pero que no se le presta la debida importancia y lo hacemos pasar desapercibido, sin tomar en consideración todas las alteraciones que esto provocara en el niño, niña y adolescente; desde el punto de vista psicológico, social, anatómico/funcional por tal razón considero importante la realización de dicho estudio.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es el comportamiento clínico, epidemiológico del Abuso sexual en niñas y niños atendidos en el servicio de Pediatría del Hospital Alemán Nicaragüense de Enero 2013 a Diciembre del 2014?

V. OBJETIVOS

Objetivo General

Describir el comportamiento así como las variables clínicas epidemiológicas del Abuso Sexual en niños y niñas atendidos en el Hospital Alemán Nicaragüense de Enero del 2013 a Diciembre del 2014.

Objetivos Específicos

1. Determinar las características sociodemográficas de los pacientes en estudio.
2. Determinar las características socio demográficas del agresor y su relación con las víctimas.
3. Señalar la presencia de factores condicionantes para la ocurrencia del delito.
4. Identificar las consecuencias clínicas en los diferentes tipos de abuso sexual.
5. Mencionar el manejo de los niños con Abuso sexual.

VI. MARCO TEORICO

1. CONCEPTUALIZACIÓN DEL ABUSO SEXUAL INFANTIL

1.1. El abuso sexual como una de las tipologías de maltrato infantil.

El maltrato infantil se define como acción, omisión o trato negligente, no accidental, que priva al niño de sus derechos y su bienestar, que amenaza y/o interfiere su ordenado desarrollo físico, psíquico o social y cuyos autores pueden ser personas, instituciones o la propia sociedad.

El maltrato no es un hecho aislado, sino que es un proceso que viene determinado por la interacción de múltiples factores. En muchos casos esa interacción dará lugar a uno o más tipos de maltrato, por lo que no podemos considerar el abuso sexual infantil como un fenómeno ajeno al resto de tipologías. (1, 2,3)

Dentro del concepto “maltrato infantil” se establecen distintas categorías en función de diferentes variables:

1. Maltrato físico.
2. Negligencia y abandono físico.
3. Maltrato y abandono emocional
4. Abuso Sexual. Se define como “...Contactos e interacciones entre un niño y un adulto cuando el adulto (agresor) usa al niño para estimularse sexualmente él mismo, al niño o a otra persona. El abuso sexual puede ser también cometido por una persona menor de 18 años cuando esta es significativamente mayor que el niño (víctima) o cuando el agresor está en una posición de poder o control sobre otro.

Dentro de esta concepción de abuso sexual, destacamos las siguientes categorías:

- ✓ Abuso sexual. Cualquier forma de contacto físico con o sin acceso carnal, con contacto y 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.

✓ Agresión sexual. Cualquier forma de contacto físico con o sin acceso carnal con violencia o intimidación y sin consentimiento.

✓ Exhibicionismo. Es una categoría de abuso sexual sin contacto físico, en la que hay exposición de los órganos genitales a un niño como medio para obtener gratificación sexual.

✓ 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.

Dentro de 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.
- Pornografía infantil.

✓ Maltrato perinatal. Definido como aquellas circunstancias de la vida de la madre, siempre que haya voluntariedad y negligencia, que perjudican el embarazo y al feto.

✓ Síndrome de Munchausen por poderes. Es un cuadro patológico en el que el padre o la madre (mayoritariamente son las madres) generan voluntariamente lesiones al niño, para hacerle pasar constantemente por enfermo. Puede llegar hasta el extremo de darle muerte.

✓ Maltrato institucional. Cualquier legislación, programa o procedimiento, ya sea por acción o por omisión, procedente de los poderes públicos o privados y de la actuación de

los profesionales al amparo en el marco de la institución, que vulnere los derechos básicos del menor, con o sin contacto directo con el niño. Se incluye la falta de agilidad en la adopción de medidas de protección o recursos.

Los profesionales de todos los ámbitos, incluido el judicial, han de tener claro que hay formas de coerción que pueden resultar tanto o más dañinas para el niño o niña que el empleo de la violencia en el episodio de abuso sexual infantil. (4,5)

Con frecuencia, los factores de riesgo y de protección del abuso sexual son los mismos que para otros tipos de maltrato infantil. Por otro lado, en numerosas ocasiones, los síntomas comportamentales son muy similares en los diferentes tipos de maltrato.

Todas las instituciones deberían desarrollar líneas de trabajo que incluyan formación a profesionales, sensibilización social, evaluación de programas y estudios de incidencia relativos a todas las tipologías de maltrato, incluidas la negligencia y el maltrato psíquico.

1.2. El abuso sexual como un abuso de poder

Existen numerosas definiciones de abuso sexual. En la mayoría de ellas se establecen dos criterios para hablar de abuso:

- a. Coerción. El agresor utiliza la situación de poder que tiene para interactuar sexualmente con el menor.
- b. Asimetría de edad. El agresor es significativamente mayor que la víctima, no necesariamente mayor de edad.

“En realidad, esta asimetría de edad determina muchas otras asimetrías: asimetría anatómica, asimetría en el desarrollo y especificación del deseo sexual (que no se especifica ni se consolida hasta la adolescencia), asimetría de afectos sexuales (el fenómeno de la atracción en pre púberes tiene menos connotaciones sexuales), asimetría en las habilidades sociales, asimetría en el experiencia sexual.... Por todo ello, ante una diferencia de edad significativa no se garantiza la verdadera libertad de decisión. Esta asimetría representa en sí misma una coerción.

Es fundamental no concebir el abuso sexual como una cuestión únicamente concerniente a la sexualidad del individuo, sino como un abuso de poder fruto de esa asimetría. Una persona tiene poder sobre otra cuando le obliga a realizar algo que ésta no deseaba, sea cual sea el medio que utilice para ello: la amenaza, la fuerza física, el chantaje. La persona con poder está en una situación de superioridad sobre la víctima que impide a ésta el uso y disfrute de su libertad. Pero igualmente importante es entender que el “poder” no siempre viene dado por la diferencia de edad, sino por otro tipo de factores. El abuso sexual entre iguales es una realidad a la que no debemos cerrar los ojos. En este caso, la coerción se produce por la existencia de amenazas o porque hay seducción, pero la diferencia de edad puede ser mínima o inexistente. Aun así, se consideraría abuso sexual.

En este sentido, los equipos psicológicos de los Juzgados de Familia han de jugar un papel esencial, y los peritajes psicológicos deberían validarse y perfeccionarse para incluir medidas fiables del “abuso de poder”. Defendiendo que ésta es la base del abuso, somos igualmente conscientes de la dificultad existente en algunos casos para probarla.

Se ha mencionado ya la no necesidad de una asimetría de edad (que sí establece la ley) pero es importante que se desarrollen pruebas de peritaje psicológico y que se les dé prioridad.

“De entre todos los modelos etiológicos del abuso sexual infantil, el más aceptado es el modelo elaborado por Finkelhor y Krugman, en el que se describen las cuatro condiciones para que el abuso se produzca:

Primera condición, relacionada con la motivación del agresor para cometer el abuso. En este sentido, los estudios establecen distintas categorías de motivaciones en los agresores sexuales, cada uno de los cuales desarrolla un modus operandi diferente:

- Por una parafilia sexual.
- Por repetición transgeneracional de experiencias previas de abuso en la infancia.
- Por un componente psicopático de personalidad.

- Por trastorno de control de los impulsos.
- Pedófilo exclusivo, por fijación obsesiva con un objeto sexualizado.

Segunda condición, relacionada con la habilidad del agresor para superar sus propias inhibiciones y miedos, recurriendo para ello al alcohol y las drogas.

Tercera condición, por la que se vencen las inhibiciones externas, o los factores de protección del niño.

Cuarta condición, que le permite vencer la resistencia del niño, para lo que se recurre al uso de la violencia o de la amenaza o el engaño y la manipulación. En este punto, hay menores especialmente vulnerables como los niños con discapacidades puesto que en algunos casos su capacidad para oponer resistencia se ve seriamente mermada o como el caso de los más pequeños de menos de tres años.”

1.3. El abuso sexual como una cuestión sobre la sexualidad de la persona

Una vez establecido que el abuso sexual no es sino una forma de maltrato al niño o a la niña y que éste maltrato supone y se basa en un abuso de poder sobre el menor, es importante, de cara a la conceptualización del abuso sexual infantil, abordar sus particularidades. El abuso sexual es una forma de abuso que afecta a la sexualidad del individuo.

En este punto es importante diferenciar la intimidad de la sexualidad y de la genitalidad. La intimidad de la persona está compuesta de múltiples contenidos y uno de ellos es la sexualidad, que a su vez no puede ser limitada a la genitalidad. Este es uno de los factores esenciales a la hora de comprender el abuso sexual infantil. En efecto, éste no se limita a realizar conductas genitales con el niño sino a un abanico de conductas sexuales mucho más amplio.

La victimización del niño en el abuso sexual infantil es psicológicamente dañina, socialmente censurable y legalmente perseguible. Sin embargo el componente sexual de esta forma de maltrato hace que su detección, la revelación e incluso la persecución de este tipo de delitos sean mucho más difícil. La detección viene dificultada por los miedos y mitos respecto al tema, puesto que invade la parcela privada relacional de la persona. No deja indiferente a nadie, nos afecta y nos interpela. Además, existe un gran número de falsas creencias y mitos sobre la sexualidad infantil y las relaciones familiares que afectan a la detección de los casos de abuso sexual infantil. Asimismo, la revelación se dificulta, tanto para la víctima como para el agresor. Algunos agresores pueden llegar a relatar el maltrato físico o la negligencia, pero difícilmente relatarán un abuso, cuyo componente de secreto es imprescindible para mantener su impunidad. Para la víctima, mucho más, puesto que narrará aspectos que atañen a esa esfera privada que presupone difícil de creer por su entorno, como lo es para él o para ella cuando el abuso sexual comienza. En cuanto a la persecución legal, el hecho de que el abuso sexual infantil se considere un delito privado va en esta línea. (6,7)

Por todo ello, el componente sexual de este tipo de abuso presenta y supone unas dificultades añadidas a las ya de por sí importantes en cualquier tipo de maltrato infantil.

1.4. Falsas creencias sobre el abuso sexual infantil.

A continuación, se referencia una clasificación interesante elaborada por Felix López y Amaia del Campo acerca de las falsas creencias existentes en el abuso sexual infantil.

Los abusos sexuales solo los sufren las niñas.
Hoy en día se dan más casos de abuso sexual que en el pasado.
Quienes cometen abusos sexuales son enfermos psiquiátricos.
Los abusos sexuales no se dan en todo tipo de situaciones sociales.
Los niños y niñas en este caso no dicen la verdad.
Los niños y niñas son responsables de abuso sexual.
Los niños y niñas a veces pueden evitar el abuso sexual.

Si el abuso tuviese lugar sobre un menor de mi entorno cercano, yo lo detectarí.
Cuando se da un abuso sexual sobre un niño o niña, su familia lo denuncia.
Los agresores sexuales son casi siempre desconocidos.
Los efectos de un abuso sexual son casi siempre muy graves.
Los abusos sexuales siempre van acompañados de violencia física.
Los abusos sexuales son poco frecuentes.

Se deberían promover programas de sensibilización social que incrementen el conocimiento sobre el abuso sexual infantil y erradiquen las falsas creencias sociales que están en la base de una visión distorsionada del problema que posibilita que las personas e instituciones lo nieguen o se inhiban ante él.

FALSAS CREENCIAS SOBRE EL ABUSO SEXUAL INFANTIL Y OTROS MALOS TRATOS INFANTILES

	Mitos	Realidades
Frecuencia	<ul style="list-style-type: none"> • Los abusos sexuales infantiles son infrecuentes. • Hoy ocurren más abusos que antes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Al menos un 20% de personas sufre en su infancia abusos sexuales. • Lo que sí está aumentando es la detección por parte de los profesionales y la comunicación que realizan algunas víctimas.
Detección	<ul style="list-style-type: none"> • Todos los malos tratos son iguales • Los malos tratos sólo ocurren dentro de la familia. • Si ocurrieran en nuestro entorno, nos daríamos cuenta. 	<ul style="list-style-type: none"> • A pesar de las similitudes, hay muchas diferencias entre los diferentes tipos de malos tratos. • Ocurren mayoritariamente en la familia, pero no exclusivamente. • No son tan fáciles de detectar.
	<ul style="list-style-type: none"> • El incesto ocurre en familias desestructuradas o de bajo nivel 	<ul style="list-style-type: none"> • El incesto ocurre en todos los tipos de familias.

	<p>socio-cultural</p> <ul style="list-style-type: none"> • El abuso sexual infantil va casi siempre asociado a la violencia física 	<ul style="list-style-type: none"> • La mayor parte de las veces existe una manipulación de la confianza, engaños y amenazas que no hacen necesaria la violencia física.
Agresores	<ul style="list-style-type: none"> • Son exclusivamente hombres. • Los hombres son incapaces de controlar sus impulsos sexuales. • El alcohol y el abuso de drogas son causas de los malos tratos infantiles y de la violencia familiar. • El agresor es un perturbado mental, un enfermo psiquiátrico o personas con un elevado grado de desajuste psicológico. • Nunca son los padres. Los agresores son casi siempre desconocidos. 	<ul style="list-style-type: none"> • La mayoría de las veces son hombres. • Saben, en general, cuando deben controlar sus impulsos sexuales. • El alcohol y las drogas son, en algunas ocasiones, la causa principal de los malos tratos. Sin embargo, en los casos en los que aparecen más causas tienen un papel activador de la conducta violenta. De hecho, el abuso de drogas y alcohol sirve para que los agresores se otorguen el permiso de tener conductas no permitidas socialmente como, por ejemplo, agresiones en el núcleo familiar (“No sabía lo que estaba haciendo, estaba borracho”). • Los agresores no tienen un perfil psicológico común. • Los agresores son casi siempre conocidos.
Papel de la madre	<ul style="list-style-type: none"> • Conoce consciente o inconscientemente que “aquello” está sucediendo. <p>Es igualmente responsable del</p>	<ul style="list-style-type: none"> • No siempre sabe que el abuso sexual infantil está ocurriendo. • En muchas ocasiones la madre conoce el abuso pero no lo denuncia.

	<p>incesto.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Denunciará cuando se de cuenta. • Rechaza al marido sexualmente y este se ve obligado a relacionarse sexualmente con la hija. 	<ul style="list-style-type: none"> • Nadie le obliga a ello, son racionalizaciones y excusas del agresor.
Los niños/as	<ul style="list-style-type: none"> • Son culpables de que les ocurra. Los menores de edad pueden evitar los abusos. • Lo niños y adolescentes fantasean, inventan historias y dicen mentiras en relación con haber sido abusados sexualmente. Lo hacen para captar la atención de las personas adultas sin prever las consecuencias. 	<ul style="list-style-type: none"> • No son culpables de que les ocurra, y no pueden evitarlos (entre otros motivos porque no suelen recibir educación al respecto). • Pocas veces inventan historias que tengan relación con haber sido abusados sexualmente. En general, si lo hacen es por influencia de los adultos.
A quien le pasa?	<ul style="list-style-type: none"> • A las niñas pero no a los niños. • Les ocurre a las niñas que se lo buscan (por ejemplo, a niñas que están en la calle a horas que tendrían que estar en casa). 	<ul style="list-style-type: none"> • Sufren abusos tanto niños como niñas, sin que haya tanta diferencia como se suele suponer entre el porcentaje de víctimas de uno u otro sexo. • Se trata de una excusa del agresor que no reconoce su responsabilidad y que trata de culpabilizar a la víctima.
Efectos	<ul style="list-style-type: none"> • Los niños que han sido maltratados se convertirán en agresores cuando sean adultos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Es más probable que las personas que han sufrido abusos se conviertan en agresoras. Sin embargo, sería

	<ul style="list-style-type: none"> • Los efectos son siempre muy traumáticos. • Los efectos no suelen tener importancia. • Sólo es grave si hay penetración. • Cuando la relación es profundamente Amorosa no es perjudicial. 	<p>determinista esperar que esto sucediera siempre así. Muchos hombres violentos con sus familias o pareja provienen de familias sin historial de violencia.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La gravedad de los efectos depende de factores como la frecuencia, el grado de parentesco, la intensidad, etc.
Denuncia	<ul style="list-style-type: none"> • No es obligatorio denunciarlos. • El niño/a perderá a su familia y el remedio será peor que la enfermedad. • La privacidad es un asunto de cada familia y nadie se ha de meter. 	<ul style="list-style-type: none"> • Es obligatorio denunciarlos. • Se minimiza el derecho del niño a ser protegido. • Es una justificación para evitar la intervención profesional.
Tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> • Si se denuncia se pierde la buena relación educativa o terapéutica con el niño o la familia. • Todos los malos tratos requieren una intervención similar pues se producen por causas muy parecidas. • Tratando a la familia se va hacia la curación del incesto. 	<ul style="list-style-type: none"> • Si no se denuncia, la credibilidad del profesional ante la víctima es casi nula. • La intervención puede variar en función de muchas características. • En primer lugar se ha de tratar a los miembros individualmente.
Prevención	<ul style="list-style-type: none"> • El abuso sexual y el resto de los malos tratos son algo inevitable. 	<ul style="list-style-type: none"> • En muchos casos se pueden prevenir.

2. DIMENSIÓN DEL PROBLEMA

El abuso sexual infantil es una cuestión raramente tratada con toda la veracidad posible. Se trata de sucesos secretos. Existen algunos estudios que reflejan la incidencia del abuso sexual en las diferentes comunidades autónomas: inglés en 1991 informa de unos 7590 casos de maltrato a menores en Cataluña de los cuáles el 2,8 por cien de los casos eran de abuso sexual. En Andalucía la cifra asciende a 171 casos, lo que supone un 3,6 por cien de los casos de malos tratos detectados. Además, en un estudio a nivel nacional se señaló que de 359 casos de abuso sexual infantil, lo que supone un total de 4,2 por cien de los casos de maltratos. El 78,8 por cien de las víctimas eran niñas, y la frecuencia aumentaba conforme lo hacía la edad de las mismas. (8,9)

De cualquier modo, los datos de los que se dispone son sólo una pequeña parte de los casos que realmente ocurren y ello es así por las características propias del abuso:

- ✓ Muchos casos se producen dentro de la familia.
- ✓ Es una cuestión referente a la sexualidad del individuo, sobre la que se mantiene el secreto, el miedo y las falsas creencias.
- ✓ Los niños pequeños no tienen autonomía para denunciarlo.
- ✓ Existe miedo en muchos profesionales y ciudadanos a las implicaciones que puede originar la denuncia.
- ✓ Hay un gran desconocimiento del tema, de sus diferentes manifestaciones, así como de las situaciones de riesgo que pueden favorecer los abusos sexuales....

Todas las instituciones deberían promover la realización de estudios de incidencia de abuso sexual infantil en las distintas Comunidades Autónomas, estableciendo además un

registro unificado de casos en las mismas, si se quiere tener una visión real de la magnitud del problema en nuestro país.

Pese a la elevada incidencia de abusos sexuales a menores, no hay pruebas de que en la actualidad haya más casos que hace 40 ó 50 años. La detección sí ha sufrido un aumento importante, pero no hay pruebas de que la incidencia también haya aumentado. Además, sabemos que se conocen sólo entre el 10 por cien y el 20 por cien de los casos reales. Es lo que se llama el vértice de la pirámide del maltrato.

Posiblemente lo que ocurre es que en la actualidad se produce menos tolerancia social respecto a la vulneración de derechos de los niños. Hoy por hoy se estima que el 23 por cien de las niñas y un 15 por cien de los niños sufren abusos sexuales antes de los 17 años en España.

Los abusos sexuales a menores son, por lo tanto, más frecuentes de lo que generalmente se piensa, aunque es necesario precisar que en estos porcentajes se incluyen desde conductas sexuales sin contacto físico (por ejemplo, el exhibicionismo) hasta conductas más íntimas como el coito anal o vaginal. Así, uno de cada cuatro casos de abusos sexuales infantiles se trata de conductas muy íntimas y exigentes, como el coito vaginal o anal, el sexo oral y la masturbación.

3. MODELO ECOLÓGICO DEL ABUSO SEXUAL INFANTIL

El marco ecológico integra los contextos de desarrollo del niño (microsistema, macrosistema y exosistemas) estructurando los factores que intervienen en la etiología del maltrato (10,11):

✓ Desarrollo del individuo. El desarrollo de la persona es evolutivo, gradual y basado en la interacción con los demás. Desde ahí, la experiencia previa que los padres traen de su propia vida a la hora de abordar la paternidad va a condicionar el desarrollo del niño, al igual que cualquiera lesión o discapacidad que tenga.

✓ Microsistema. Es el entorno más cercano al niño, en el que desenvuelve su vida diaria y con el que está en contacto permanente, además de quien 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.

✓ Exosistema. Está compuesto por los sistemas sociales que rodean al sistema familiar (escuela, trabajo, vecindario, amistades, etc...) cuyos valores y creencias configuran los del niño, puesto que limitan o enriquecen sus propias vivencias y configuran un mundo relacional.

✓ 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.

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

Entre los factores de riesgo, existen algunos especialmente relevantes:

✓ Discapacidad psíquica grave de uno o ambos padres.

- ✓ Consumo de alcohol o drogas de uno o ambos padres.
- ✓ Historia de maltrato previa en uno o ambos padres.
- ✓ Falta de establecimiento del vínculo o deficientes relaciones afectivas entre los padres y el niño.
- ✓ Falta de red de apoyo psicosocial, aislamiento social de la familia.
- ✓ Problemas de disarmonía y ruptura familiar.
- ✓ Desempleo o pobreza.
- ✓ Falta de reconocimiento de los derechos del niño como persona.
- ✓ Aceptación social de pautas como el castigo físico.

Entre los factores de compensación o protectores se destacan los siguientes:

- ✓ Historia de vinculación afectiva de los propios padres o reconocimiento y elaboración de la historia, en caso de ser negativa.
- ✓ Existencia de una red de apoyo psicosocial.
- ✓ Seguridad económica.
- ✓ Armonía y apoyo de la pareja en la crianza.
- ✓ Integración social de la familia y del niño con sus iguales.

Todos estos factores interactúan permanentemente creando una estructura relacional constante, en la que las personas nos desenvolvemos. Es importante conservar esta

perspectiva para evaluar cada caso individualmente y entender que las circunstancias vitales de cada persona definen sus posibilidades, no sólo sus limitaciones.

3.1. Factores de protección y de riesgo en el abuso sexual infantil

Previnfad propone un modelo integral de evaluación. En este modelo no sólo se distingue entre factores protectores o compensadores y de riesgo o potenciadores, sino que dentro de cada categoría, se establece la diferencia entre los factores estables o los factores situacionales. Es decir, dentro de los factores potenciadores que suponen un riesgo, hay algunos que están presentes a lo largo de toda la historia, que vienen dados antes del abuso (vulnerabilidad) como una experiencia de abuso intrafamiliar previa, y otros que surgen como los conflictos maritales (provocadores). En los factores compensadores sucede lo mismo: existen factores relacionados con el ambiente familiar que suponen una protección constante (protectores) como la comunicación intrafamiliar o unas determinadas pautas de cuidado, y otros que surgen (tampones), como las experiencias de satisfacción provenientes del cuidado del niño. La importancia de esta diferencia se deriva de las posibilidades de intervención y modificación en estos factores y sirve para entender que hay circunstancias que pueden precipitar el proceso, pero ser temporales.

Asimismo, existe otra síntesis que ordena los factores de protección y riesgo según su ámbito de influencia, no sobre su capacidad de protección del niño o niña. Según esta clasificación, los factores de riesgo serían los siguientes:

INDIVIDUALES

- Factores parentales:

✓ Historia de malos tratos o abandono. En concreto, tener una madre con historia de abuso sexual infantil.

- ✓ Rechazo emocional en la infancia.
- ✓ Carencia de vinculación afectiva en la infancia o de cuidado.
- ✓ Ignorancia sobre las características del desarrollo evolutivo y sexual del niño y sus necesidades.
- ✓ Historia de ruptura familiar.
- ✓ Bajo nivel de inteligencia.
- ✓ Pobre autoestima.
- ✓ Falta de capacidad empática.
- ✓ Pobres habilidades sociales.
- ✓ Poca tolerancia al estrés.
- ✓ Problemas psicológicos.
- ✓ Madre enferma, discapacitada o ausente del hogar. Por ejemplo, una madre que trabaje fuera del hogar por la noche.
 - Factores relacionados con las características del niño:
 - ✓ Introverso.
 - ✓ Aislado socialmente.
 - ✓ Problemas de conducta.
 - ✓ Temperamento difícil.
 - ✓ Discapacidad física o psíquica.

FAMILIARES

- Relación padres-hijos:
 - ✓ Desadaptada.
 - ✓ Ciclo ascendente de agresión.
 - ✓ Técnicas de disciplina coercitiva.
 - ✓ Falta de vinculación afectiva.

- Relación de pareja:
 - ✓ Conflicto conyugal.
 - ✓ Violencia y agresión en la pareja o hijos no deseados.

- Configuración familiar:
 - ✓ Tamaño excesivo familiar.
 - ✓ Familias monoparentales.

- Aislamiento social de la familia.

SOCIOCULTURALES

- Ámbito laboral.
 - ✓ Desempleo.

- ✓ Pobreza.
- ✓ Pérdida de rol.
- ✓ Insatisfacción laboral o tensión en el trabajo.

- Red psicosocial de apoyo:

- ✓ Aislamiento.
- ✓ Pérdida.
- ✓ Alta movilidad
- ✓ Escasa integración social.

- Factores culturales:

- ✓ Legitimación de la violencia.
- ✓ Aceptación del castigo físico.
- ✓ Actitud hacia la infancia, hacia la mujer y la familia.
- ✓ Vulneración de los derechos de la infancia.

El abuso sexual infantil es el resultado de la conjunción de una serie de factores, no hay un único factor causal. Por ello, es importante trabajar y promover los factores de protección y evaluar los riesgos añadidos procedente de las llamadas “poblaciones de riesgo”, pero sin estigmatizarlas.

4. CONSECUENCIAS DEL ABUSO SEXUAL INFANTIL A CORTO PLAZO

De entre las consecuencias a corto plazo, conviene recalcar un fenómeno importante: el Síndrome de acomodación al abuso sexual infantil, que tiene muchos paralelismos con el Síndrome de Estocolmo y que incluye cinco fases (12,13):

1. Impotencia. Los niños víctimas de abuso sexual generan un fenómeno de indefensión aprendida, puesto que sus intentos por evitar el abuso resultan vanos. Poco a poco dejarán de intentarlo siquiera.
2. Mantenimiento del secreto. La manipulación y la amenaza a la que son sometidos les obliga a mantener, sobre todo, en los casos de abuso intrafamiliar una doble vida para mantener el secreto y evitar la revelación.
3. Entrampamiento y acomodación. Si el abuso se prolonga en el tiempo, el niño poco a poco irá asumiendo el papel de pareja del agresor.
4. Revelación espontánea o forzada. Cuando se llega a la revelación, suele ocurrir con un igual, pudiéndose producirse bien de manera espontánea o bien forzada por un adulto al valorar los indicios.
5. Retracción. Si no hay una intervención efectiva, incluso habiéndola, la retracción es frecuente, por culpa, vergüenza o miedo.

⇒ ⇒ ⇒ ⇒ Consecuencias a corto plazo

FÍSICAS:

- ✓ Pesadillas y problemas de sueño.
- ✓ Cambio de hábitos de comida.
- ✓ Pérdida de control de esfínteres.

CONDUCTUALES:

- ✓ Consumo de drogas y alcohol.
- ✓ Fugas.
- ✓ Conductas autolesivas o suicidas.
- ✓ Hiperactividad.
- ✓ Bajada del rendimiento académico.

EMOCIONALES:

- ✓ Miedo generalizado.
- ✓ Agresividad.
- ✓ Culpa y vergüenza.
- ✓ Aislamiento.
- ✓ Ansiedad.
- ✓ Depresión, baja autoestima y sentimientos de estigmatización.
- ✓ Rechazo al propio cuerpo.
- ✓ Síndrome de stress postraumático.

SEXUALES:

- ✓ Conocimiento sexual precoz o inapropiado de la edad.
- ✓ Masturbación compulsiva.
- ✓ Exhibicionismo.

- ✓ Problemas de identidad sexual.

SOCIALES:

- ✓ Déficit en habilidades sociales.
- ✓ Retraimiento social.
- ✓ Conductas antisociales.

4.1. Consecuencias del abuso sexual infantil a largo plazo.

Aunque no existe un cuadro diferencial del abuso sexual infantil, hay consecuencias de la vivencia que permanecen o, incluso, pueden agudizarse con el tiempo, hasta llegar a configurar patologías definidas.

A continuación, se enumeran algunas de las consecuencias a largo plazo que puede vivir un niño o niña víctima de abuso sexual.

FÍSICAS:

- ✓ Dolores crónicos generales.
- ✓ Hipocondría o trastornos psicosomáticos.
- ✓ Alteraciones del sueño y pesadillas recurrentes.
- ✓ Problemas gastrointestinales.
- ✓ Desórdenes alimentarios, especialmente bulimia.

CONDUCTUALES:

- ✓ Intentos de suicidio.
- ✓ Consumo de drogas y alcohol.

- ✓ Trastorno disociativo de identidad.

EMOCIONALES:

- ✓ Depresión.
- ✓ Ansiedad.
- ✓ Baja autoestima.
- ✓ Síndrome de estrés postraumático.
- ✓ Dificultad para expresar sentimientos.

SEXUALES:

- ✓ Fobias sexuales.
- ✓ Disfunciones sexuales.
- ✓ Falta de satisfacción sexual o incapacidad para el orgasmo.
- ✓ Alteraciones de la motivación sexual.
- ✓ Mayor probabilidad de ser violadas. En un estudio se recogió que era 2,4 por cien más probable que una mujer víctima de abuso sexual infantil fuera después violada.
- ✓ Mayor probabilidad de entrar en la prostitución. En un estudio realizado sobre 200 prostitutas, el 60 por cien de ellas habían sido abusadas sexualmente cuando eran niñas.
- ✓ Dificultad para establecer relaciones sexuales, autovalorándose como objeto sexual.

SOCIALES:

- ✓ Problemas de relación interpersonal.

✓ Aislamiento.

✓ Dificultades de vinculación afectiva con los hijos.

✓ Mayor probabilidad de sufrir revictimización, como víctima de violencia por parte de la pareja.

Por todo ello, la atención que se le ha de proporcionar a un niño víctima de abuso sexual no debe únicamente centrarse en el cuidado de sus lesiones sino debe ser coordinada entre los distintos profesionales prestando atención psicológica, dándole un seguimiento a corto y medio plazo y proporcionando atención y apoyo al menor y a la familia.

Como ya se ha indicado, el papel de la familiar es esencial en la recuperación del niño: si le creen desde el primer momento y le apoyan, constituyéndose en modelo y referente afectivo alternativo, el menor se recuperará antes y mejor que en caso contrario.

ENFOQUE GENERAL DEL TRABAJO DE PREVENCIÓN

Prevenir el abuso sexual infantil es una labor compleja, que atañe no sólo a los profesionales, sino que ha de desarrollarse involucrando a los distintos agentes sociales de la comunidad. Por eso es importante, antes de entrar a valorar los programas de prevención, establecer a priori tres criterios a los que deben obedecer (14).

El abuso sexual no es sino un modo de maltrato al niño, puesto que vulnera sus necesidades y daña su desarrollo físico, afectivo y social. Sin embargo, es importante valorar sus características diferenciales respecto a las otras tipologías de maltrato, por tres motivos:

1. El abuso sexual infantil sucede en la mayoría de los casos sin violencia física, pero sí emocional. Se emplea la manipulación y el engaño, o la amenaza y el soborno. Sin embargo, la violencia física solamente media en un 10 por cien de los casos.

2. Es importante recordar que los niños, sobre todo los más pequeños, viven el abuso con sorpresa -no tienen referente de comparación para el comportamiento del adulto como algo ocasional, no intencionado, casi accidental puesto que para ellos es impensable que ocurra otra cosa. Poco a poco, irán percibiendo el abuso como más intrusivo e intencional. Sin embargo, al principio es difícil que se den cuenta de lo que está ocurriendo, por lo que es muy difícil la revelación.

3. El abuso sexual, como ya se ha explicado, es una cuestión de abuso de poder pero tiene un componente que no debemos olvidar en cuanto a la sexualidad del individuo, tanto del agresor como de la víctima. La vulneración de la sexualidad del niño puede dañar su desarrollo, impedirle establecer relaciones afectivo sexuales normalizadas o inducirle a pautas sexuales erróneas y dañinas.

Cuando se emprende cualquier tipo de labor de prevención en este ámbito, es necesario mantener un enfoque positivo. No es posible reducir la incidencia del maltrato infantil ni paliar sus efectos en el niño, si no fomentamos unas pautas de trato adecuadas. Los padres y demás adultos cercanos al niño, antes de saber el grado de equivocación con el que hacen las cosas, han de tener una oportunidad de hacerlas bien.

En la crianza de los niños, hay una infinidad de cosas que se dan por sabidas, como si “el sentido común” fuera garante de su conocimiento. Esta presunción no es cierta. Los padres a menudo ignoran el modo en el que han de enfrentarse al cuidado de sus hijos, a sus necesidades. De esta forma, esta crianza se suele convertir en un aprendizaje mutuo a base de ensayos y errores.

METODOLOGÍA GENERAL EN EL TRABAJO DE PREVENCIÓN

La metodología que se debería seguir pasa por:

✓ La involucración de padres y otros agentes sociales. Un programa de prevención que trabaje solamente con los niños y niñas, por muchas habilidades que les proporcione, será

menos efectivo, porque no les facilitará posibilidades de generalización de esas capacidades.

✓ El apoyo y asesoramiento a los profesionales de campo. La formación sobre el abuso sexual infantil que poseen los profesionales responsables de la atención a la infancia es limitada. No sólo es importante que profesionales expertos en el campo desarrollen programas de prevención e investigación al respecto, sino que los profesionales que han de detectar y evaluar los casos puedan hacerlo adecuadamente. Save the Children Suecia desarrolla un programa de selección y formación de los profesionales responsables del cuidado a la infancia de modo que se garantice la calidad del trato que reciben los niños y niñas.

✓ La consideración especial de grupos vulnerables. A menudo, los programas de prevención primaria sólo están diseñados para poblaciones generales, sin atender a las características diferenciales de algunos colectivos. Por ello, las habilidades o conocimientos que se les proporcionan suelen ser poco útiles, puesto que no pueden aplicarlos en su entorno y realidad.

✓ La planificación del programa y de la evaluación del mismo, considerando el contexto familiar y social. Para diseñar un programa de prevención primaria eficaz es fundamental que los contenidos puedan aplicarse en la realidad familiar y social de la persona destinataria y que contemplen las características sociales, económicas y educativas, entre otras, de su contexto vital.

✓ La evaluación previa y posterior de todos los programas de prevención. Es necesario establecer pautas que garanticen la aplicabilidad de las actuaciones a otros colectivos, así como su eficacia.

NIVELES DE TRABAJO DE PREVENCIÓN

Cuando se habla de prevención, es importante diferenciar distintos niveles:

1. Prevención primaria. Es toda intervención con población general (padres, niños y niñas, profesionales, etc.) que tiene como fin incrementar sus conocimientos y proporcionarles pautas de relación positivas y de autodefensa. Se trabaja cuando el abuso todavía no ha ocurrido, favoreciéndose su detección. Es la labor de prevención más eficaz puesto que - de tener éxito- reduciría la incidencia de los casos de abuso sexual infantil.

2. Prevención secundaria. En este campo se trabaja con las llamadas “poblaciones de riesgo”, personas que por sus características o circunstancias están sujetas a un mayor riesgo de sufrir un abuso sexual. Todo niño o niña está en riesgo de sufrir abuso sexual, pero en el caso de menores pertenecientes a determinados colectivos aquél aumenta. Nos referimos concretamente a:

- Niños institucionalizados.
- Niños con discapacidad física o psíquica.
- Niños hijos de mujeres jóvenes.
- Niños en situación de pobreza.
- Niños que viven en familias desestructuradas
- Niños que viven en familias donde ha habido experiencias previas de abuso.

3. Prevención terciaria. Se trabaja cuando ya ha tenido lugar el abuso, tanto con la víctima -para que no vuelva a sufrirlo, proporcionándole pautas de autodefensa, además de una posibilidad de tratamiento y rehabilitación eficaz- como con el agresor para evitar su reincidencia. Es difícil establecer el límite entre esta labor y el tratamiento en sí mismo, pero, aunque a menudo coincidan, pueden complementarse porque cumplen objetivos distintos y siguen metodologías diferentes.

NORMAS NACIONALES DE ATENCION A PACIENTES CON ABUSO SEXUAL (15)

Todo paciente que llegue Emergencia o a consulta Externa de cualquier área de atención con sospecha de Abuso sexual detectados durante el interrogatorio debe ser atendido como una EMERGENCIA ingresando al Hospital aunque su condición médica no lo indique, para su atención integral.

1. Reportar a PSICOLOGIA quienes realizaran Intervenciones exploratorias, de crisis y determinación de los **FACTORES DE RIESGO** así como el diagnóstico psicológico de la paciente.
2. Reportar a TRABAJO SOCIAL para exploración social de las condiciones de la paciente.
3. En caso de que el paciente llegue en fin de semana o por las noches debe realizarse el ingreso del paciente, no debe permitirse el Alta ni Abandono para reportar el caso en a.m.
4. Una vez iniciada su valoración se realizaran por parte del equipo Psicosocial orientaciones educativas a padres familiares y pacientes tratando de que estos comprendan la magnitud del problema, persuadir y orientar la realización de un proceso legal que permita la protección y recuperación emocional de la víctima.
5. Orientación estricta de la separación de la víctima del agresor y o personas que puedan culpabilizar y revictimizar a la paciente.
6. Psicología realizara intervenciones en crisis a pacientes y familiares y sesiones de apoyo, persuasión, relajación, valorando sistemáticamente los riesgos.
7. A la paciente y madre se brinda a través de psicoterapia cognitiva estrategias de autocuidado y empoderamiento personal.
8. El equipo psicosocial debe orientar al personal médico y de enfermería encargado del cuidado del paciente sobre el riesgo elevado y manejo ético del mismo.

9. Trabajo Social debe realizar las visitas domiciliarias requerida para preparar el reintegro posterior de la paciente, así como la búsqueda de redes de apoyo.
10. De igual forma de reporta el caso a Medicina Legal, Ministerio de familia, incluso a la policía en caso de que no existan familiares que asuman esta responsabilidad.
11. Psicología realizara Psicoterapias familiares y/o de familia a que en su mayoría estos problemas están asociados a disfunciones familiares graves.
12. Trabajo Social focalizará las redes de apoyo necesarias para el caso.
13. Se realizaran por la parte Médica y/o de Psicología las solicitudes y coordinaciones de Interconsultas con Psiquiatría y otras especialidades que amerite la paciente.
14. El equipo psicosocial determinara el alta hasta que las condiciones familiares garanticen la integración adecuada del px y el riesgo este altamente disminuido (Riesgo bajo).
15. Con el alta el caso siempre tendrá seguimiento por Consulta Externa de Psicología inicialmente 1 vez por semana espaciándose gradualmente según la evolución del caso lo permita, prolongando este seguimiento a través de un 222-año como mínimo. Además consideramos de suma importancia el acompañamiento para el proceso legal.
16. En todos los casos La Dirección del Hospital no puede rehusar el ingreso de estos pacientes según Resolución Ministerial 31-93 que obliga a internar a los pacientes psiquiátricos y psicopatológicos en el hospital de su comunidad, sobre todo en estos casos en que las pacientes están más al borde de la muerte que en otros casos de enfermedades convencionales.

VII. MATERIAL Y METODO

Diseño del estudio: Descriptivo, retrospectivo, de corte transversal.

Área y período de estudio: Hospital Alemán Nicaragüense en el periodo de Enero 2013 – Diciembre 2014.

Universo y muestra. Nuestro universo de estudio fueron todos los niños y niñas atendidas por abuso sexual en el Hospital Alemán Nicaragüense durante el periodo de estudio, teniendo como muestra todos los expedientes que cumplieron con los criterios de inclusión.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Diagnóstico de abuso sexual.

De 1 mes a 14 años de edad.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Expediente clínico Incompleto.

Expedientes clínicos extraviados en el periodo de revisión de expedientes.

RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN:

La información se recolectó de los expedientes clínicos y fichas realizadas por Trabajo Social previa autorización por escrito de las autoridades del hospital y fueron plasmados en una ficha que se realizó con el fin de cumplir con los objetivos del estudio.

TECNICAS Y PROCEDIMIENTOS.

Se procesó con el programa SPSS, luego se plasmó en gráficos, para su respectivo análisis.

LIMITANTES:

Poca información documentada.

VARIABLES

Para **objetivo N°1** Determinar las características sociodemográficas de los pacientes.

- ✓ Edad
- ✓ Sexo
- ✓ Procedencia

Para **objetivo N°2** Determinar las características socio demográficas del agresor y su relación con las víctimas.

- ✓ Edad del agresor
- ✓ Relación de la víctima con el agresor

Para **objetivo N°3** Señalar la presencia de factores condicionantes para la ocurrencia del delito.

- ✓ Convivencia con otros adultos no tutores
- ✓ Distorsión de roles familiares
- ✓ Baja autoestima del menor
- ✓ Niño en riesgo

Para **objetivo N° 4** Identificar las consecuencias clx en los diferentes tipos de abuso sexual.

- ✓ Tipo de abuso
- ✓ Secuelas a corto plazo

Para **objetivo N° 5** Mencionar el manejo de los niños con Abuso sexual.

- ✓ Valoración médica
- ✓ Valoración por Trabajo social
- ✓ Valoración por Psicología
- ✓ Psicoterapia recibida
- ✓ Seguimiento por consulta externa
- ✓ Abordaje legal

VIII. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Variable	Definición	Escala
Objetivo N° 1		
Edad	Tiempo cronológico que transcurre desde que el paciente nace hasta la fecha del estudio medida en años.	Menor de 1 año 1 a 4 años 5 a 9 años 10 a 14 años
Genero	Condición biológica del sexo de la persona que contesta.	Masculino Femenino
Procedencia	Lugar de residencia de la paciente al momento del suceso	Urbano Rural
Objetivo N° 2		
Edad del agresor	Tiempo transcurrido en años que el agresor tenía al momento que cometió el abuso	Menor de 20 años 20 a 34 años 35 a 50 años Mayor de 50 años
Relación del agresor con las víctimas	Vínculo existente entre la víctima y agresor	Padraastro Vecino Tío Abuelo Padre biológico Ninguna
Objetivo N° 3		
Factores condicionantes	Son todos los factores del medio que coadyuvaron a que ocurrieran los hechos	Convivencia con otros adultos no tutores
		Distorsión de roles familiares
		Baja autoestima del

		menor
		Capacidades diferentes
Objetivo N° 4		
Tipo de abuso	Submodalidades del abuso sexual infantil	Penetración anal Penetración vaginal Relación oral Tocamientos Laceración del prepucio
Secuelas a corto plazo	Relacionado a todas las alteraciones físico y/o psicológicas que derivaron del evento	Ansiedad Depresión Embarazo Rechazo al embarazo Mala atención escolar Aislamiento
Objetivo N° 5		
Manejo del paciente	Abordaje integral. Médico, psicológico y social.	Valoración médica
		Valoración por Trabajo social
		Valoración por Psicología
		Seguimiento por consulta externa
		Psicoterapia recibida
		Abordaje legal

IX. RESULTADOS

El presente estudio fue realizado en niñas y niños que fueron traídas a los servicios de Pediatría y Gineco-Obstetricia, en busca de atención médica a quienes se encontró en su anamnesis que eran víctimas de abuso sexual durante el periodo de Enero del 2013 a Diciembre del 2014 arrojando los resultados que a continuación describimos, los cuales constituyen un total de 11 pacientes.

En relación a los datos generales de los pacientes en estudios, se encontró que el sexo femenino con un 72% fue el más afectado por Abuso sexual. El grupo etario que predominó con un 54% correspondían a las edades de 10 a 14 años seguidos de un 36.4% del grupo de edad de 5-9 años, ningún pacientes menor de 1 año de edad fue encontrado con diagnóstico de abuso sexual, de procedencia urbana en su totalidad. (Ver tabla 1)

Al determinar la edad del abusador se encontró que el 45.5% eran adultos jóvenes entre 35-50 años, seguidos del grupo de edad de menores de 20 años con un 27.5%, y el grupo de edad mayores de 50 años con un 18%. En cuanto a la relación existente entre el abusador y las víctimas de abuso se encontró que en el 45.5% no tenían ningún tipo de relación, el resto pertenecían al padre biológico, abuelo, padrastro, tío, primo, vecino y abuelo con un 9% cada uno, todos los abusadores eran del sexo masculino. (Ver tabla 2)

Al momento de determinar los factores condicionantes para el delito, encontramos que en el 72% fue por distorsión de roles familiares por divorcios y/o separaciones, madre o padre fuera del país por situación laboral, abandono de padres biológicos, en el 18% de los casos fue la convivencia con otros adultos no tutores y en el 9% existían datos de baja autoestima que condicionó el hecho. Catalogando el tipo de abuso sexual de los que fueron víctimas las niñas y niños encontramos 72% habían tenido penetración vaginal con sus diferentes lesiones y complicaciones, el 18% fue solamente tocamiento o manoseo y 1 paciente fue un niño de 7 años al que le manipularon al prepucio por otro menor de edad provocándole laceración del mismo. (Ver tabla 3)

En cuanto a las consecuencias clínicas del abuso sexual en el 54% fue el embarazo, uno de los cuales terminó en aborto incompleto, el 36% de los pacientes con abuso sexual terminó en uso de estupefaciente, el 18% tuvo comportamiento agresivo y el resto de pacientes presentó ansiedad, depresión, mala atención escolar y aislamiento. (Ver tabla 4)

En el 100% de los pacientes se les realizó abordaje multidisciplinario según la ruta crítica. (Ver tabla 5)

X. DISCUSION Y ANALISIS

Los niños, con sus propias características de inmadurez biológica y psicológica, son convertidos en muchas ocasiones en blanco de agresiones físicas y psicológicas, como lo es el Abuso sexual. Estas agresiones suelen convertirse a su vez en factores que inciden directamente en la aparición de trastornos emocionales transitorios o permanentes y que en muchas ocasiones son actos usualmente ocultos o negados, colocando a la víctima en situación de mayor vulnerabilidad y que en muchas ocasiones enfrentan solos las consecuencias del Abuso, convirtiéndolo en un problema multicausal y cuyos efectos aun no son evaluables, ni medibles, por tal razón su manejo es también multidisciplinario para tratar de disminuir las secuelas que este ocasiona en las victimas.

En la realización de esta investigación encontramos que el sexo femenino es el más afectado, estudios similares en España reportaron mayor incidencia en las niñas, esto puede explicarse por factores culturales propios de nuestra sociedad en donde el sexo femenino ha sido visto como objeto sexual, aunque en la literatura refiere que tanto niños como niñas sufren de abuso sexual sin que haya tanta diferencia como se suele suponer entre el porcentaje de victimas de uno u otro sexo.

En cuanto a la edad en que los menores sufren Abuso Sexual, el grupo más prevalente fue de 10 a 14 años, dato que se corresponde con lo que describen estudios realizados en Nicaragua en el 2005 por Save the Childrens Noruega, Fundación sobrevivientes de Nicaragua y Dos Generaciones durante los años 2002 y 2003 y estudios de Latinoamérica en donde se demostró que la mayor frecuencia de abuso ocurre en este grupo de edad entre un 65 a 85%, considerando que se debe a que esta es la etapa de mayor susceptibilidad por los cambios que sufren niños y niñas hacia a la adolescencia; convirtiéndola en la etapa más vulnerable debido a que el abusador logra establecer con su víctima un nivel de acercamiento y se asegura que este no contara a nadie el contacto establecido.

La procedencia del área urbana prevaleció sobre la rural con un 100%, este dato se correlaciona con los estudios y lo que refleja la literatura, que los abusos ocurren con más

frecuencia en niños y niñas del área urbana dado que estos hogares tienden a disolverse con más facilidad, los menores quedan al cuidado de otras personas porque sus tutores deben de trabajar, así como la presencia en la zona urbana de bares y zonas nocturnas que los hacen más vulnerables al consumo de sustancias ilícitas.

En cuanto a la edad de la persona que comete el delito la más frecuente fue el grupo de edad de 35 a 50 años, lo que se contradice con lo que describe la literatura internacional donde encontramos que la edad es variable pudiendo ser un adolescente de 12 años, un adulto de 45 años o uno mayor de 50 años, no predominando un grupo etario específico, sin embargo lo que está claro es que siempre la persona abusadora es mayor respecto al niño o niña que sufre abuso sexual.

En cuanto a la relación que existe entre el abusador y la víctima en nuestro estudio se encontró que la mayoría no existía ningún tipo de parentesco familiar, no relacionándose con la literatura nacional e internacional siempre es un miembro del grupo familia que puede explicarse por la relación de confianza que existe y aprovechándose de la autoridad comete el delito sobre el niño.

En los factores condicionantes para que ocurriera el delito, el más relevante es que las víctimas procedían de hogares distorsionados, que los hacía vulnerables a que personas ajenas a la familia y que los niños buscando refugios en personas mayores a ellas y que pueden ser vistas como modelos a seguir, condicionando un factor de riesgo para la ocurrencia del delito.

Con respecto al tipo de Abuso Sexual en nuestro estudio el que mayor prevaleció fue la penetración vaginal, según datos arrojados por estudios realizados con estadísticas de la comisaría de la niñez y la adolescencia por puntos de encuentro y Save The Childrens Suecia, en más de la mitad de los casos este es el principal tipo de abuso, demostrándose a su vez que lo que se busca es la satisfacción del deseo sexual del abusador.

En cuanto a las consecuencias clínicas lo más frecuente que se encontró fue el embarazo. El embarazo es consecuencia del acto de abuso sexual. Diversos estudios han encontrado

que entre el 11 y el 20% de los embarazos en adolescentes son un resultado directo de la violación, dato que se corresponde con nuestro estudio.

Las secuelas que más comúnmente se encontraron son del aspecto psíquico tales como depresión, ansiedad, mala atención escolar.

En todas los pacientes se dio abordaje integral, un abordaje multidisciplinario, que está descrito en la literatura internacional que debe realizarse para tratar todas las consecuencias que este tipo de delito produce, tanto orgánicas, emocionales, psicológicas, etc.

XI. CONCLUSIONES

Una vez realizado el estudio concluimos lo siguiente:

Las víctimas que sufrieron abuso sexual fueron del sexo femenino de los 10 a los 14 años del área rural.

La edad del agresor que predominó fue de 35 a 50 años y no tenía relación de parentesco con la víctima.

El factor condicionante para la ocurrencia del delito fue la distorsión de las familias y el tipo de abuso fue la penetración vaginal.

Las secuelas que predominaron fue el embarazo.

Se realizó manejo multidisciplinario en todos los casos.

XII. RECOMENDACIONES

Que el Ministerio de Salud de a conocer a todo el personal médico y no medico involucrado en la atención a víctimas de abuso sexual, la normativa para la atención de la violencia intrafamiliar y abuso sexual elaborada y revisadas en el año 2009.

Incorporar al protocolo hospitalario de atención a niños, niñas y adolescentes víctimas de abuso sexual un abordaje integral que involucre a Pediatría, Ginecología, Psicología y Trabajo social.

Diseñar un registro manual o electrónico de los casos de Abuso sexual que sirvan de fuente de información para futuras investigaciones.

Monitorizar el cumplimiento del flujograma de atención ante un caso de abuso sexual y darlo a conocer al personal involucrado en la atención directa.

Crear una clínica especializada para el seguimiento de las víctimas de abuso sexual, que cuente con un equipo multidisciplinario que este conformado al menos por un pediatra, ginecólogo, psicólogo y trabajador social.

XIII. BIBLIOGRAFIA

1. Alonso, J.M./ Hernández, J.A./ Petitbó, D. (1999) "Guía de actuación del psicólogo en los abusos sexuales y otros maltratos en la infancia"
2. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1994) Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, DSM-IV. Ed. Masson, Barcelona.
3. Del Campo, A. y López, F. (1997c). Prevención de abusos sexuales a menores. Unidad Didáctica para Educación Secundaria. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales y Amarú Ediciones.
4. DÍAZ HUERTAS, J.A. y otros (1999) " Atención al maltrato infantil desde el ámbito sanitario" Conserjería de Sanidad de la Comunidad de Madrid.
5. GRACIA, E. Y MUSITU, G. (2001) "Los malos tratos a la infancia. Lecturas técnicas" Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
6. GORMAN-SMITH, DEBORAH, MATSON, JONHY L. (1992) "Abuso sexual y personas con retraso mental", traducido por B.G. Bermejo y publicado en "The sexual abuse of children: theory and reseearch" Volume n 1. Hisdalle, New jersey, LEA.
7. MANZANERO, A. (2000) "Credibilidad y exactitud de los recuerdos de menores víctimas de agresiones sexuales" Anuario de Psicología Jurídica, Colegio Oficial de Psicólogos.
8. LAMEIRAS FERNÁNDEZ, MARÍA: "Los abusos sexuales a menores" EN Psicología clínica y de la salud en el siglo XXI. Posibilidades y retos. Dykinson psicología (pp 361-407), Madrid (2000)

9. LÓPEZ ORTEGA, JUAN JOSÉ: “La protección jurídica de los niños víctimas en los procedimientos penales” EN El menor en la legislación actual. Universidad Antonio Nebrija, 1998
10. SAVE THE CHILDREN (1999) “Carpeta de Formación para padres de la campaña Educa, no pegues” Material elaborado por Pepa Horno, Barbara Calderón, rocío Berzal, Luis García Campos y Rufino González.
11. SAVE THE CHILDREN (1999) “Material de difusión de la campaña “Educa, no pegues”: tríptico, guía y guía para padres” Material elaborado por Pepa Horno, Barbara Calderón, Rocío Berzal, Luis García Campos y Rufino González.
12. NOGUEROL, V. (1997) “Aspectos psicológicos del abuso sexual infantil” en J.Casado, J.A. Diaz y C. Martinez (eds) Niños maltratados, Madrid, Diaz de Santos.
13. NYMAN, A. Y SVENSSON (1995) “Chicos. Abuso sexual y tratamiento”. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales y Save the Children Suecia.
14. LÓPEZ, F. Y DEL CAMPO, A. (1997a). Prevención de abusos sexuales a menores. Guía para educadores. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales y Amarú Ediciones.
15. Normas y Protocolos Para la Prevención, Detección y Atención de la Violencia Intrafamiliar y Sexual. Ministerio de Salud. Dirección General de Extensión y Calidad de la Atención. Normativa 031. Managua- Noviembre 2009.

ANEXOS

Anexo 1.

FICHA DE RECOLECCION DE LA INFORMACION

1. Datos generales del victima

Iniciales

Número de Expediente

Sexo

Edad

Procedencia

2. Tipo de abuso

Penetración anal

Penetración Vaginal

Penetración oral

Tocamiento manoseo

Laceración Prepucio

3. En caso de abuso en adolescente ocurrió embarazo

Si

No

4. Edad del Agresor

Menor de 20 años

20 a 35 años

35 a 50 años

Mayor de 50 años

5. Relación de la víctima con el agresor

Ninguno/desconocido

Padre biológico

Abuelo

Tío

Vecino

Padraastro

6. Factores condicionantes para la ocurrencia del delito

Convivencia con otro adulto no tutor

Distorsión de roles familiares

Baja autoestima del menor

Capacidades diferentes

7. Secuelas detectadas a corto plazo

Ansiedad

Depresión

Embarazo

Rechazo al embarazo

Mala atención escolar

Aislamiento

Uso de estupefaciente

8. Seguimiento por esta unidad

Si

No

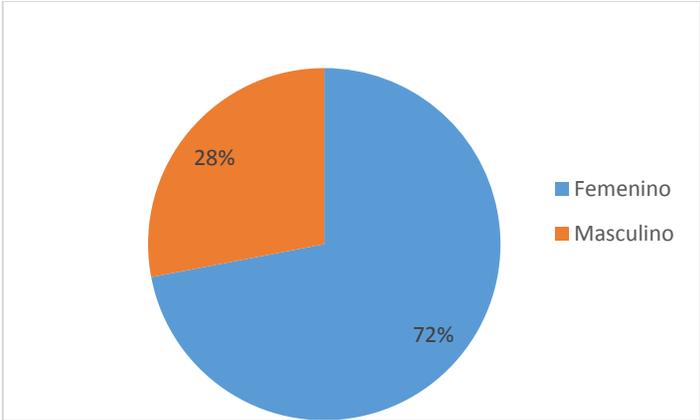
Anexo 2. Tablas y Gráficos

Tabla 1: Características generales de los pacientes con abuso sexual atendidos en el Hospital Alemán Nicaragüense de enero del 2013 a Junio del 2014.

Variable	Frecuencia (n: 11)	Porcentaje (%)
Sexo		
Femenino	8	72
Masculino	3	28
Edad		
< 1año		
1 – 4 años	1	9
5-9 años	4	36.4
10 a 14 años	6	54
Procedencia		
Urbano	11	100
Rural		

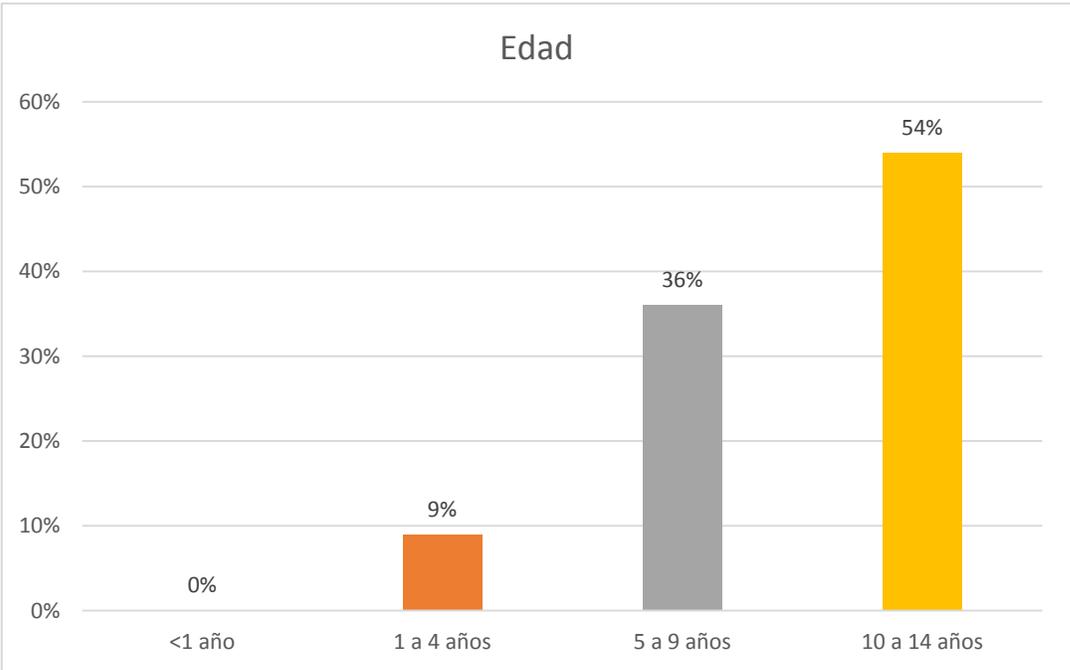
Fuente secundaria: Ficha de Trabajo social

Grafico 1. Sexo de los pacientes con abuso sexual atendidos en el Hospital Alemán Nicaragüense de enero del 2013 a Junio del 2014.



Fuente: Tabla 1

Grafico 2. Edad de los pacientes víctimas de abuso sexual atendidos en el Hospital Alemán Nicaragüenses de enero del 2013 a Junio del 2014.



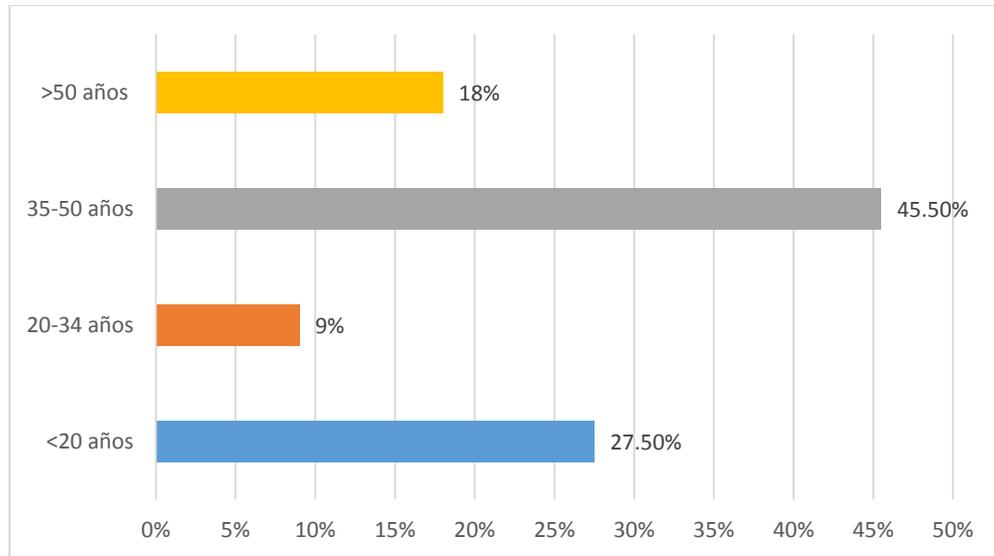
Fuente: Tabla 1

Tabla 2. Edad del agresor y su relación con las víctimas de abuso sexual atendido en el Hospital Alemán Nicaragüense de enero del 2013 a Junio del 2014.

Variable	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Edad		
<20 años	3	27.5
20-34 años	1	9
35-50 años	5	45.5
>50 años	2	18
Relación Agresor-Victima		
Ninguna	5	45.5
Padre biológico	1	9
Abuelo	1	9
Tío	1	9
Padrastro	1	9
Vecino	1	9
Primo	1	9

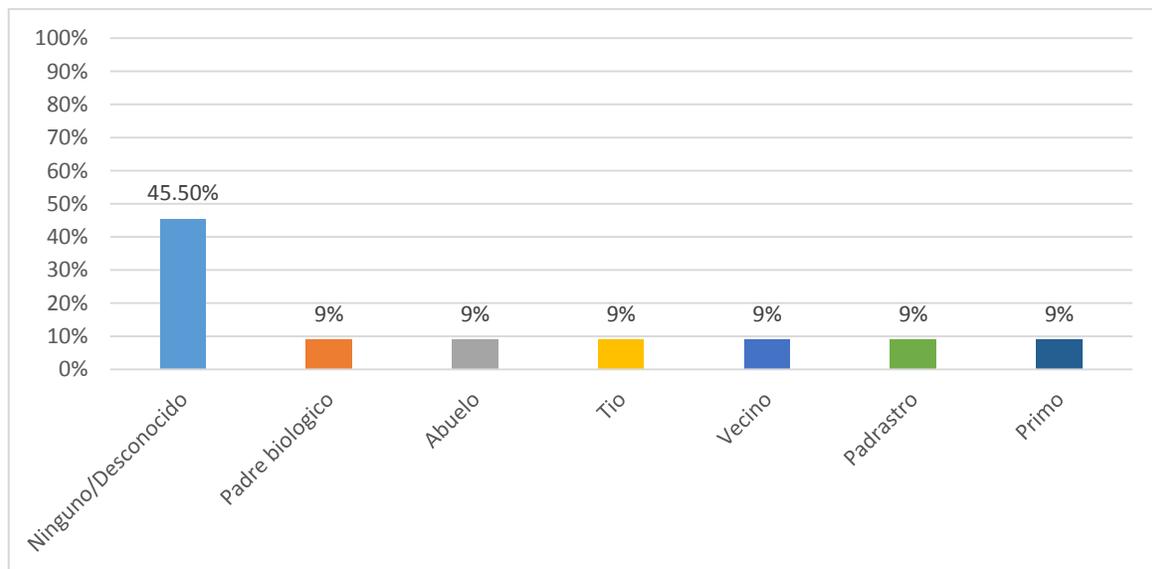
Fuente secundaria: *ficha de trabajo social*

Grafico 3. Edad del agresor de víctimas de abuso sexual atendidos en el Hospital Alemán Nicaragüense de enero del 2013 a Junio del 2014.



Fuente: Tabla 2

Grafico 4. Relación Agresor-Víctima de abuso sexual atendida en el Hospital Alemán Nicaragüense de enero del 2013 a Junio del 2014.



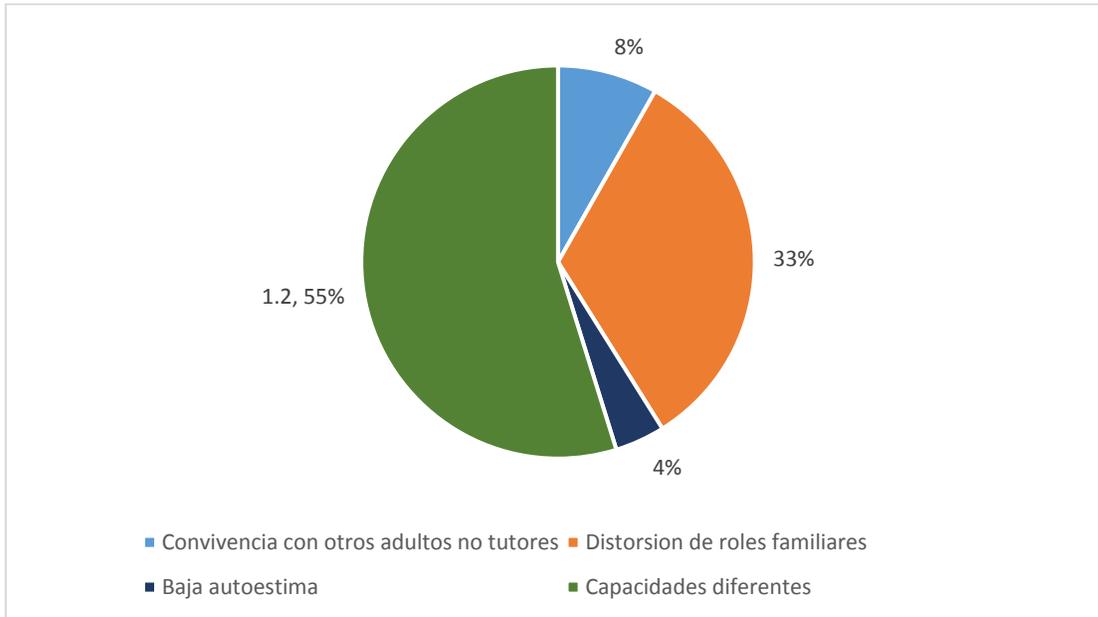
Fuente: Tabla 2

Tabla 3 Factores Condicionantes para la ocurrencia del abuso, tipos de abuso y secuelas

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Factores condicionantes		
Convivencia con otros adultos no tutores	2	18
Distorsión de Roles familiares	8	72
Baja autoestima del menor	1	9
Capacidades diferentes		
Tipos de abuso		
Penetración vaginal	8	72
Penetración anal		
Penetración oral		
Tocamiento	2	18
Laceración del prepucio	1	9

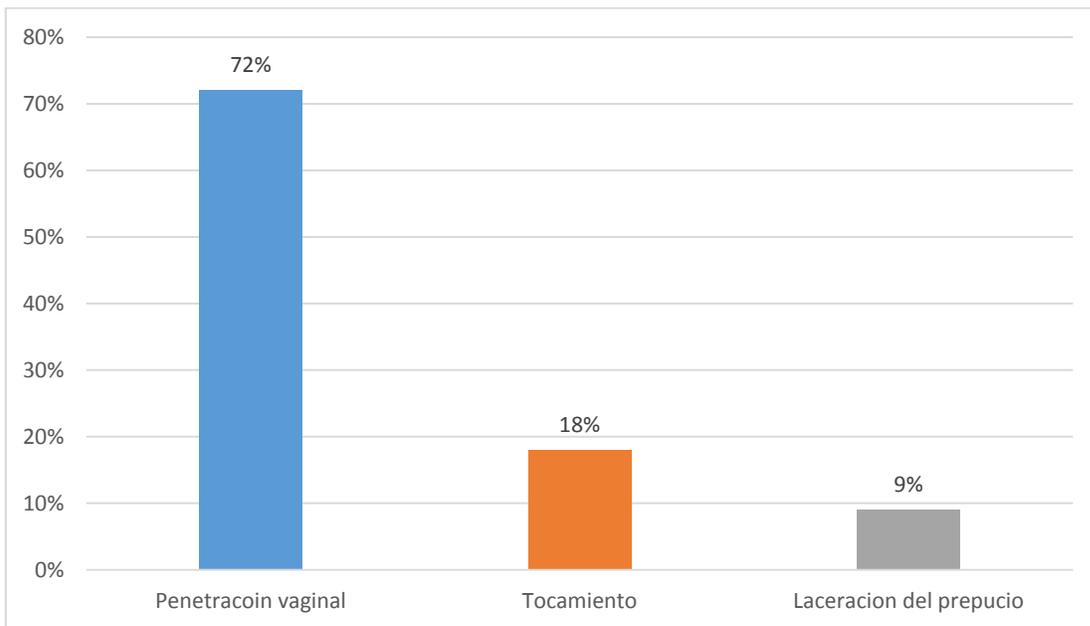
Fuente secundaria: ficha de trabajo social

Grafico 5. Factores Condicionantes para la ocurrencia del abuso



Fuente: Tabla 3

Grafico 6. Tipos de Abuso sexual encontrados en las victimas atendidas en el Hospital Alemán Nicaragüense de enero del 2013 a Junio del 2014.



Fuente: Tabla 3

Tabla 4. Consecuencias clínicas

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Secuelas a corto plazo		
Ansiedad	1	9
Depresión	1	9
Agresión	2	18
Embarazo	6	54
Mala atención escolar	1	9
Aislamiento	1	9
Uso de estupefaciente	4	36

Fuente secundaria: ficha de trabajo social

Tabla 5. Manejo multidisciplinario

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Manejo del Abuso sexual		
Valoración Medica	11	100
Valoración por Trabajo social	11	100
Valoración por psicología	11	100
Seguimiento por Consulta externa	11	100
Psicoterapia recibida	11	100
Abordaje legal	11	100