

**Artículo Especial****Sección Latinoamericana - Región Cono Sur****Abuso sexual en niñas y niños.  
Consideraciones clínicas<sup>#</sup>**

Dr. RAUL D. ONOSTRE GUERRA\*

**RESUMEN**

**Objetivo.** Identificar antecedentes, cuadro clínico, conductas de riesgo individuales y familiares en un grupo de niños víctimas de abuso sexual.

**Población.** Niños que denunciaron ser víctimas de agresión sexual en el Organismo Nacional de la Mujer y Familia (ONAMFA) de la ciudad de El Alto, entre marzo de 1995 y marzo de 1996.

**Material y métodos.** Diseño prospectivo y descriptivo (serie de casos). Método de muestreo no probabilístico. A todos los niños que cumplieron con los criterios de inclusión se les aplicó un cuestionario que permitió indagar: datos generales, antecedentes familiares, antecedentes de la agresión, repercusiones individuales y familiares del abuso sexual. El examen físico se orientó a la evaluación de las lesiones físicas, obtención de muestras forenses del área genital, búsqueda de enfermedades de transmisión sexual y detección de embarazo.

**Resultados.** De 140 denuncias de agresión sexual, sólo 86 cumplieron con los criterios de inclusión. Las edades de las víctimas variaron de 3 a 18 años (promedio de 10,3). Predominó el sexo femenino (95%) afectando principalmente al grupo de preadolescentes. La mayoría pertenecían a familias disfuncionales y la agresión sexual ocurrió en su domicilio (54,6%). El tío fue el principal agresor intrafamiliar, vecinos y extraños el extrafamiliar. El examen físico fue normal en 51% y anormal en 49% de las víctimas. Se encontraron lesiones genitales (44,2%), lesiones anales (4,7%), embarazos (11,7%) y enfermedades de transmisión sexual (9,3%). Las lesiones genitales fueron: ausencia del himen (15%), laceraciones por desgarros (18,6%), himen atenuado (3,5%) y cicatriz en himen (7%). Las lesiones anales fueron: equimosis (1,2%), fisuras (2,4%) y cicatriz (1,2%). En la piel se encontraron lesiones físicas asociadas a la agresión sexual en el 23,3% (sugilaciones, equimosis por mordeduras, fracturas óseas y alopecia por arrancamiento). Madres y tías fueron los principales familiares denunciadores.

**Conclusión.** Es importante desarrollar estrategias, mecanismos de prevención y tratamientos de los casos de abuso sexual.

**Palabras clave:** síndrome de Kempe, abuso sexual, violación, incesto, lesiones genito-anales.

**SUMMARY**

**Objectives.** The present prospective and descriptive study was conducted with the purpose of identify risk factors associated with sexual abuse.

**Population.** The patients studied claimed to be victims of sexual abuse to the pertinent authorities from March 1995 to March 1996.

**Material & methods.** The questionnaire included: general information, family history and aggression data and the impact of the abuse in the patient and family. We did a complete physical exam with emphasis in body lesions and those of the anal and genital areas. STD and pregnancy were also searched.

**Results.** Of 140 claims of sexual abuse, only 86 met the inclusion criteria. The age range was 10.3 years (3-18), 95% of the victims were pre-adolescent girls. Sexual abuse occurred at home in 54.6%, the main aggressor was an uncle in the family and friends and strangers outside the house. Aunts and mothers were in most cases those responsible for bringing the problem to attention. The physical exam was abnormal in 49% of cases, we found genital lesions in 44.2%, anal lesions in 4.7%, pregnancy in 11.7% and STD in 9.3%. Associated skin lesions were found in 23.3%.

**Conclusions.** We need clear policies and strategies to prevent and treat the problem of sexual abuse.

**Key words:** Kempe's syndrome, sexual abuse, rape, incest, genital and anal lesions.

Arch.argent.pediatr 2000; 98(1): 27

**INTRODUCCION**

El abuso sexual se define como "la implicación de niños y adolescentes dependientes e inmaduros en cuanto a su desarrollo, en actividades sexuales que no comprenden plenamente y para las cuales

son incapaces de dar su consentimiento informado o que violan los tabúes sociales o los papeles familiares".<sup>1</sup>

El "National Center and Neglect" de los EE.UU., define a estas actividades como "contactos o interacciones entre un niño y un adulto, cuando el primero se utiliza para estimulación sexual del segundo o de otra persona".<sup>2</sup>

El abuso sexual en cualquiera de sus formas es el tipo de maltrato infantil más escondido y muy poco se da a conocer en el ambiente médico, social

# Trabajo de Ingreso a la Sociedad Boliviana de Pediatría, presentado en parte el 30.VII.98.

\* Médico Pediatra. Diplomado Superior en Derechos del Niño y Políticas Sociales.

Correspondencia: Hospital del Niño "Ovidio Aliaga Uría". Mayor Zubieta s/n, Miraflores, La Paz, Bolivia.

y legal, a pesar de que la frecuencia de casos se ha ido multiplicando en los últimos años.

En los países desarrollados se tienen perfectamente identificadas las características del agresor, víctimas, cuadros clínicos, así como los factores ambientales que favorecen el problema y las formas de tratamiento.<sup>3</sup>

En nuestro medio, este tema no ha sido aborda-

do con la suficiente profundidad, por lo que se ignora la magnitud, factores causales y las formas de tratamiento.

Muchos niños agredidos sexualmente establecen su primer contacto en nuestros establecimientos de salud y los recursos humanos para el diagnóstico, tratamiento e informe oportuno aún no se encuentran suficientemente preparados para el adecuado abordaje de este problema de índole psicosocial.

Las repercusiones médicas y psicosociales de las agresiones sexuales, sobre todo cuando ocurre un embarazo, son de tales dimensiones que comprometen el futuro del menor (mayor morbilidad y mortalidad) ya que implican mayor riesgo reproductivo, por lo cual es necesario que el pediatra las considere en su práctica clínica y asuma un papel activo en su estudio y tratamiento.<sup>4</sup>

Según estudios de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), existen diferentes niveles de reconocimiento de este problema a nivel de las instituciones.<sup>5</sup> El Organismo Nacional de la Mujer y Familia (ONAMFA), está catalogado como centro de Nivel 4 para el reconocimiento de este tipo de maltrato porque centraliza toda la información de una ciudad o departamento (*Gráfico 1*).

Presentamos la experiencia registrada en un centro médico de ONAMFA, describiendo de manera objetiva las ca-



**GRÁFICO 1**  
**Niveles de reconocimiento del maltrato infantil**

**TABLA 1**  
**Criterios operativos de agresión sexual utilizados en el estudio**

Variable	Concepto y definición	Referencia
Niño	Todo ser humano menor de 18 años de edad	UNICEF, Convención sobre los Derechos del Niño (Art.1)
Abuso sexual	La implicación de niños y adolescentes en actividades sexuales que no comprenden plenamente y para las cuales son incapaces de dar su consentimiento informado	Kempe HC. Pediatrics 1978; 62:382-412
Violación	El que tuviera acceso carnal con menor de uno u otro sexo que no ha llegado a la edad de la pubertad	Código Penal de Bolivia (Art. 308)
Estupro	El que mediante seducción o engaño tuviere acceso carnal con mujer que hubiere llegado a la pubertad y fuere menor de 17 años	Código Penal de Bolivia (Art. 309)
Abuso deshonesto	El que en las mismas circunstancias del artículo 308 realizara actos libidinosos no constitutivos del acceso carnal	Código Penal de Bolivia (Art. 312)
Incesto o abuso sexual intrafamiliar	Actividad sexual del entorno familiar con el niño	Dubowitz H, Black M, Harrington D. D. Am J Dis Child 1992; 146:300-5
Abuso sexual extrafamiliar	El que se produce fuera del ámbito familiar y cometido por desconocido	Dubowitz H, Black M, Harrington D. Am J Dis Child 1992; 146:300-5

racterísticas clínicas de diversas formas de agresión sexual, con el objeto de movilizar un proceso de sensibilización y compromiso con nuestros niños, no sólo para detectarlas, sino también para prevenirlas. Los pediatras y los médicos generales que atienden niños, deben estar alertas a reconocer los signos y síntomas del abuso sexual, para romper este silencio y encontrar maneras de ayudar a las víctimas.

## MATERIAL Y METODOS

El diseño fue descriptivo, longitudinal y prospectivo. La muestra fue no probabilística (estudio de sujeto tipo) y estuvo representada por el total de niños que denunciaron agresión sexual en ONAMFA de la ciudad de El Alto, entre marzo de 1995 y marzo de 1996.

Se eligió a ONAMFA como centro investigativo, porque esta institución era el único centro de referencia para este tipo de delitos en El Alto, siendo catalogada como institución de Nivel 4 para el reconocimiento de este tipo de maltrato (OPS/OMS).

Las definiciones y conceptos operativos utiliza-

dos en este estudio se describen en la *Tabla 1*.

Ingresaron a este estudio todos los niños que cumplieron los siguientes criterios de inclusión: niños cuyos padres dieron consentimiento para la entrevista investigativa, niños de ambos sexos con un rango de edad de 0 a 18 años, antecedentes de agresión sexual en cualquiera de sus formas, niños con otro tipo de maltrato y abuso sexual secundario.

Se excluyeron los niños mayores de 14 años que mantuvieron relaciones sexuales por consentimiento propio, los que no acudieron a completar estudios de valoración requeridos y aquéllos cuyos padres negaron el consentimiento firmado para la entrevista investigativa.

A todos los que cumplieron los criterios de inclusión se les realizó una historia clínica completa, haciendo énfasis en la anamnesis (apoyada con un cuestionario) que permitió indagar datos generales, antecedentes familiares, antecedentes de la agresión (lugar, relación víctima-agresor, estrategias del agresor), repercusiones individuales y familiares del abuso sexual.

Para confirmar el diagnóstico, el examen físico

se orientó a la evaluación de las lesiones físicas, obtención de muestras forenses del área genital, búsqueda de enfermedades de transmisión sexual y detección de embarazo. La valoración clínica de los trastornos genitales se realizó mediante normas establecidas el año 1993, para el diagnóstico de abuso sexual.<sup>5</sup>

El seguimiento posterior y manejo legal fue llevado a cabo por las trabajadoras sociales y abogados de la institución.

En el análisis estadístico de los resultados se utilizaron medidas de tendencia central (frecuencias, promedios y porcentajes) ya que se trató de un estudio descriptivo.

## RESULTADOS

Durante un año de investigación se recibieron 140 denuncias de agresión sexual a niños. Sólo 86 casos

**TABLA 2**  
**Características de las víctimas de agresión sexual (n = 86)**

Variable	Frecuencia	%
<b>1) Sexo</b>		
Femenino	82	95
Masculino	4	5
<b>2) Edad (promedio: 10,3 años)</b>		
3-5 años	7	8,1
5-9 años	26	30,2
10-14 años	38	44,1
15-18 años	15	17,5
<b>3) Relación víctima-agresor</b>		
Conocido	68	79
Desconocido	18	21
<b>4) Tipo de familia</b>		
Funcional	22	25,6
Disfuncional	64	74,4
<b>5) Lugar donde ocurrió</b>		
Domicilio víctima	47	54,7
Domicilio agresor	14	16,3
Alojamiento público	10	11,6
Automóvil	8	9,3
Lote baldío	6	7,0
Escuela	1	1,2
<b>6) Tipo de delito (Código Penal)</b>		
Violación	30	35
Estupro	12	14
Abuso deshonesto	44	51

fueron confirmados y cumplían con los criterios de inclusión para los fines de este estudio.

### Sexo de las víctimas

Las proporciones entre los sexos fue significativamente mayor para el sexo femenino (95%) respecto del masculino (5%), encontrándose una relación de 17 a 1. Ver *Tabla 2*.

### Edad de las víctimas

El rango de edad tuvo una variación de 3 a 18 años, con un promedio de 10,3 años; el 44% de las víctimas pertenecieron al grupo etario de 10 a 14 años de edad (pubertad), seguido del grupo de 5 a 9 años (30%). Estos dos grupos concentraron casi tres cuartas partes de las víctimas.

### Relación de las víctimas con el agresor

79% de los agresores fueron conocidos por la víctima y sólo 21%, desconocido. Los principales agresores fueron: el tío (12%) y padrastro (9%) en el abuso sexual intrafamiliar; los vecinos (21%) y desconocidos (21%), en el abuso sexual extrafamiliar.

### Tipo de familia al que pertenecía la víctima

74,4% de las víctimas pertenecían a familias

disfuncionales. Sólo 25,6% de las familias cumplían con las funciones establecidas para la adecuada crianza de los hijos. Las familias disfuncionales estaban caracterizadas por el alcoholismo (35%), abandono (23%) y desintegración familiar (16,46%).

### Estrategias del agresor sexual

La mayoría (76,6%) empleó el soborno para asegurar el silencio de sus víctimas (ofrecimientos de regalos y dinero, empleo laboral, etc.); sólo el 23,4% de los agresores utilizó la amenaza y fuerza física para someter a sus víctimas.

### Tipo de delito

Para fines legales de la institución donde se realizó el estudio, todos los casos denunciados fueron tipificados según lo establece el Código Penal vigente en nuestro país; correspondiendo el 35% al delito de violación, 14% a estupro y 51% a abuso deshonesto.

### Examen físico

Normal en 51% y anormal en el 49% de las niñas víctimas de agresión sexual. Lesiones genitales (44,2%), lesiones anales (4,8%), embarazos (11,7%) y enfermedades de transmisión sexual (9,3%).

Las lesiones genitales específicas de abuso sexual se centraron en el himen y labios menores, encontrándose ausencia del himen (15%), laceraciones por desgarros en la posición de las 4 y 8 horas del reloj (18,6%), himen atenuado (3,5%) y cicatriz en himen (7%). Las lesiones anales fueron: equimosis (1,2%), fisuras (2,4%) y cicatriz (1,2%). Ver *Tabla 3*.

El examen de piel mostró otras lesiones físicas asociadas a la agresión sexual en 23,3% de los casos: equimosis, patequias por mordeduras y sugilaciones (11,6%), fracturas óseas en húmero o clavícula (7%) y alopecia por arrancamiento (4,7%). Ver *Tabla 3*.

### DISCUSION

La violación y otras for-

**TABLA 3**  
**Cuadro clínico en niños víctimas de abuso sexual**

Hallazgos	Frecuencia	%
<b>Normal</b>	44	51
<b>Anormal</b>	42	49
<b>Lesiones genitales</b>		
Himen ausente	13	15
Himen desgarrado	16	18,6
Himen atenuado	3	3,5
Himen cicatrizado	6	7,1
<b>Lesiones anales</b>		
Desgarro	2	2,3
Equimosis	1	1,2
Cicatriz	1	1,2
<b>Lesiones en piel</b>		
Contusiones	14	16,3
Fractura ósea	6	7
Alopecia traumática	4	4,7
<b>Enfermedad transmisión sexual</b>		
Sífilis	2	2,3
Gonorrea	2	2,3
Tricomoniasis	3	3,5
Condiloma acuminado	1	1,2
<b>Embarazo</b>	10	11,6

mas de agresión sexual en la niñez y adolescencia son fenómenos cada vez más reconocidos en nuestro medio. Aunque se ignora su verdadera incidencia, se sabe que las mayores víctimas son de sexo femenino, como lo demuestran estadísticas de otros países.<sup>6</sup> Ver *Tabla 4*.

El abuso sexual en varones fue evidente sólo en los primeros cinco años de vida (5%), probablemente porque a esta edad, ni el hombre ni la mujer pueden defenderse, pero a medida que van desarrollando, la curva de agresión a la mujer va ascendiendo a diferencia de la agresión a los varones, porque ya empiezan a defenderse.<sup>7</sup> Sin embargo, muchos casos son encubiertos por nuestra misma sociedad (prejuicios machistas), que no acepta la violación a un hombre, asociándolo generalmente a un posible comportamiento homosexual. En relación a este aspecto, Krugman observa un incremento de varones abusados sexualmente en niños institucionalizados.<sup>7</sup>

Si bien no existe límite para ser víctima de un abuso sexual, la edad de mayor riesgo se encuentra en la etapa de la pubertad, probablemente porque a esta edad se expresan los cambios en el desarrollo físico y sexual, como también la ampliación del espacio de socialización.<sup>7</sup>

David Finkelhor (1987), al analizar la relación de la víctima con el agresor, señala que un factor que influye en el abuso sexual es la cercanía. Cuanto mejor se conozcan la víctima y el agresor, mayores serán la duración, intensidad, grado de agresión sexual y consecuencias psicológicas.<sup>8</sup>

En el presente estudio el 79% de los agresores fueron conocidos y sólo el 21%, desconocido. Ellos tenían un fácil acceso y gozaban de la confianza de las víctimas por constituirse en vecinos, trabajadores callejeros o amigos de la familia que se aprovecharon de esa confianza. Este hallazgo desmiente algunas creencias que se mantienen en nuestra

población respecto a cuidar a los hijos de los desconocidos.

Otro criterio propuesto por Finkelhor para la detección del maltrato sexual es el referente al tipo de familia al que pertenece la víctima. Una familia desintegrada o disfuncional presenta mayores signos de vulnerabilidad para un ataque sexual a los niños. Se observa que las niñas que tienen un padrastro sufren índices de violación más altos que las familias desintegradas en las que la madre no se ha vuelto a casar.<sup>8</sup>

El elevado número de familias disfuncionales (74,4%), alcohólicas (35%) nos señala la importancia que en nuestro ambiente tienen estas manifestaciones en la génesis de este problema. De manera especial cuando el modelo materno es de una mujer no asertiva, oprimida, víctima de agresión intrafamiliar, incapacitada para poder transmitir habilidades de conducta que ayuden a sus hijas a protegerse.

Las agresiones sexuales pueden ocurrir en lugares despoblados y alejados, pero también en sitios públicos, concurridos y cercanos. Es común que los agresores sean personas conocidas y que gozan de la confianza de las víctimas.<sup>4</sup>

En nuestro estudio, más de la mitad de los casos (54,7%) ocurrieron en el propio domicilio de la víctima. Estos resultados coinciden con hallazgos de otros investigadores como Finkelhor,<sup>9</sup> quien demostró que el riesgo de sufrir abuso sexual en los niños es mayor en casa que en la guardería.

Llamó la atención que el 11,6% de las agresiones sexuales ocurrieron en alojamientos y hoteles públicos, que muestra la elevada complicidad de estos establecimientos al permitir el ingreso ilegal de las víctimas menores de edad.

La idea de que sólo seres violentos, degenerados, antisociales y trastornados pueden abusar sexualmente de un menor, es un prejuicio muy extendido entre la gente. Rich Snowdon (1984) en su informe sobre experiencias médicas con agresores sexuales de niños, expresa que éstos son personas de toda clase social, completamente normales.<sup>10</sup>

La mayoría de los agresores (76,6%) emplearon el soborno para asegurar el silencio de sus víctimas (ofrecimientos de regalos y dinero, empleo laboral, etc.); sólo el 23,4% de los agresores utili-

**TABLA 4**  
**Características de edad y sexo**  
**en niños víctimas de agresión sexual (EE.UU.)**

Años	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982
Muestra (n)	2.105	4.354	6.713	14.777	10.729	17.672	32.048
Promedio de edad	10,6	10,9	10,7	10,6	10,6	10,23	9,9
Sexo (%)							
Masculino	15,4	14,2	13,3	14,4	15,7	16,4	15,8
Femenino	84,6	85,8	86,7	85,6	84,3	83,6	83,2
Total (%)	100	100	100	100	100	100	100

Modificado de Walker CE, Bonner BL, Kaufman KL.<sup>6</sup>

zó la amenaza y la fuerza física. Estudios epidemiológicos confirman la impresión clínica general, según la cual los agresores sexuales prefieren la utilización de los sobornos y amenazas con mucha más frecuencia que la fuerza bruta para obligar a sus víctimas. No es frecuente la existencia de abuso sexual y maltrato físico.<sup>11</sup>

En el Código Penal vigente en nuestro país, encontramos que esta problemática se encuentra tipificada en los Arts. 308 al 312 (Violación, Estupro y Abuso deshonesto), en el Título XI como "Delitos contra la libertad sexual".<sup>12</sup>

Es un hecho preocupante que en la legislación boliviana no exista un trato especial para el delito de incesto (sólo es considerado como circunstancia agravante de la violación o estupro) y posibilita la sanción sólo en caso de comprobarse acceso carnal o cópula. Finalmente, en la tipificación de violación no se incluye entre las causas agravantes la posibilidad de embarazo de la víctima.

La Academia Americana de Pediatría ha propuesto protocolos a seguir en casos de abuso sexual y violación a menores. Las metas de la intervención pediátrica en casos de violación comprenden la identificación, tratamiento de lesiones e infecciones, prevención del embarazo, envío de la víctima y su familia a orientación psicológica.<sup>13</sup>

Hym señala que el examen ginecológico con espéculo es innecesario para las púberes, a menos que haya hemorragia vaginal activa sin causa conocida. La posición genupectoral, bien tolerada por la mayoría de los niños, permite una excelente observación no invasiva del himen posterior, la vagina, el ano y con frecuencia el cuello uterino.<sup>14</sup>

Baye J. Chadwick en 1993 clasificó los hallazgos físicos en niñas agredidas sexualmente, en orden decreciente, de acuerdo a la especificidad diagnóstica en: signos específicos, compatibles, a veces secundarios y rara vez secundarios a abuso sexual.<sup>15</sup>

Es importante resaltar que en el 51% de los casos estudiados el examen físico fue normal con historia clara de agresión sexual: caricias genitales, contacto orogenital e intentos de coito. Uno de los factores que probablemente reduzca mucho la frecuencia de lesiones, son las estrategias de los agresores para no causar daño a la víctima, manteniendo de esta manera el contacto con el niño y evitando el descubrimiento.

Hymel afirma que en la pubertad temprana aumentan la elasticidad del himen, su redundancia y el flujo vaginal fisiológico, lo que en conjunto hace que las lesiones himenales sean menos visibles después de la pubertad por los efectos estrogénicos.

El manoseo vaginal y anal por lo general no causa daño porque estos tejidos se dilatan con mucha facilidad.<sup>9</sup> Por esta razón, un examen físico normal no confirma ni descarta abuso sexual; si un pediatra es llamado a testificar, debe explicar la frecuente ausencia de trastornos físicos.

El examen genito-rectal confirmó lesiones causadas por penetración reciente y antigua. Las lesiones específicas de abuso sexual se centraron en el himen y labios menores (44,2%) y ano (4,7%). A diferencia de otros estudios de abuso sexual en niños, sólo en un caso se evidenció semen y vello pubiano en los genitales de la víctima (signo forense patognomónico), probablemente porque la mayoría de los casos fueron denunciados después de las 24 horas del incidente o debido al cambio de ropas interiores y aseo genital previo al examen físico. Se señala que el tiempo anterior a las 12 horas aumenta la probabilidad de encontrar espermatozoides en las secreciones cervicales de las víctimas.<sup>16</sup>

La frecuencia relativa de enfermedades de transmisión sexual en niños víctimas de agresión sexual es paralela a la frecuencia en adultos. Así, muchos menores adquieren infecciones gonocócicas y sífilis. En el presente estudio llamó la atención el hallazgo de tres casos de tricomoniasis que bibliográficamente es una excepción a la regla; aunque es muy frecuente en la mujer adulta, es rara en niños porque en las prepúberes, las vías genitales bajas, no sometidas al estrógeno son muy resistentes a la infestación por el protozoario.<sup>2</sup>

El embarazo a causa de una violación es una tragedia para muchas adolescentes que deben sufrir las repercusiones tanto a nivel individual y familiar como social. A nivel personal renuncian a las expectativas o proyectos futuros como: la virginidad, estudios superiores, matrimonio, etc. Si no se practica el aborto (autorizado en casos de violación por el Código Penal), este conflicto se prolonga a lo largo de 9 meses, culminando con un bebé no deseado, producto de una relación involuntaria, ilícita o agresiva y con perspectivas desfavorables hacia el futuro.

Los niños producto de una violación se encuentran en riesgo especial de sufrir abandono, negligencia o abuso físico.<sup>4</sup>

Consideramos importante definir normas hospitalarias respecto a la profilaxis contra el embarazo en niñas que han sufrido agresión sexual. Muchos investigadores recomiendan administrar dos comprimidos de etinilestradiol y norgestrel dentro de las 72 horas del ataque y la misma dosis doce horas después. Esta droga actuaría impidiendo la

implantación del blastocisto.<sup>14</sup>

A nivel familiar, tías y madres fueron las personas que mayormente asumieron la responsabilidad de la denuncia, seguida por la policía, padres y abuelos. Las reacciones de la familia ante la noticia fueron variadas: manifestación de angustia por el futuro de sus hijos, actitud de culpabilidad a sí mismos, culpabilización a terceros e incluso al destino.

El 30% de las víctimas agredidas sexualmente, en lugar de recibir protección por sus familiares, recibieron reproches y abuso físico al responsabilizarlos por lo ocurrido.

En los casos de incesto (19,8%) se observó la parcialización de la madre por el agresor (esposo). El motivo por el cual se impone la lealtad hacia el cónyuge, en detrimento de la hija es todavía controversial entre los investigadores.<sup>17</sup>

McCullogh y Sherman en 1991, señalan que en estos casos la madre debe hacer frente a muchos problemas: la temida ruptura con los parientes y conocidos; la incertidumbre acerca del futuro desde el punto de vista económico y social; el miedo a no poder enfrentarse a las exigencias de la vida cotidiana sin el marido; la propia incapacidad para oponerse a una violencia que ella misma ha sufrido; el dolor y el sentimiento de haber sido ignorada y engañada; la convicción de haber fracasado como esposa y madre. Por último, a esto se añade el deseo de evitar a la hija experiencias traumáticas, como pueden ser la policía y los tribunales. Todo ello provoca efectos de impotencia y desamparo que la madre es incapaz de superar.<sup>17</sup>

El manejo pediátrico de estos niños fue problemático e insuficiente en muchos casos, en parte por deficiencias en el trabajo multidisciplinario y falta de experiencia y capacitación de los profesionales en el abordaje de estos casos.

Los resultados encontrados hacen evidente que cualquier niño puede ser agredido sexualmente, sin embargo, existen indicadores de riesgo que ayudan a sospechar una agresión sexual. Es importante la pesquisa y el diagnóstico temprano para brindar tratamiento oportuno y limitar las se-

cuelas a corto, mediano y largo plazo.

Consideramos necesario promover actividades de desarrollo, protección y autodefensa de las víctimas, así como la instrumentación de estrategias de prevención del abuso sexual en particular y de maltrato infantil en general. ■

## BIBLIOGRAFIA

1. Kempe HC. Sexual abuse, another hidden pediatric problem. *Pediatrics* 1978; 62:182-8.
2. Paradise JE. Valoración médica del niño que ha sufrido abuso sexual. *Clin Pediatr North Am* 1990; 4: 889-912.
3. Baker AW, Duncan SA. Child sexual abuse: a study of prevalence in Great Britain. *Child Abuse Negl* 1985; 9:457-67.
4. Saucedo-García JM. Abuso sexual, violación y embarazo en la adolescencia. *Bol Med Hosp Infant Mex* 1995; 52: 451-4.
5. OPS/OMS: Protocolo de estudio de maltrato físico interpersonal de los niños. Washington 1994: 32.
6. Walker CE, Bonner BL, Kauffman KL. The physically and sexually abused child. New York: Pergamon Press, 1988: 15.
7. Krugman RD. Recognition of sexual abuse in children. *Pediatr Rev* 1986; 8: 25.
8. Finkelhor D. El abuso sexual al menor. México DF: Ediciones Pax, 1987.
9. Finkelhor D. Epidemiological factors in the clinical identification of child sexual abuse. *National Center of Child Abuse & Neglect* 1993; 17: 67-70.
10. Kavemann B, Lohstoter I. Padres agresores: violencia sexual contra niñas. Hamburg: Ediciones Reinbek, 1984:96.
11. Faber ED, Showers J, Johnson CF. The sexual abuse of children: a comparison of male and female victims. *J Clin Child Psychol* 1984; 13: 294.
12. Código Penal. La Paz: Los Amigos del Libro, 1997.
13. American Academy of Pediatrics. Committee on Adolescence. Sexual assault and the adolescent. *Pediatrics* 1994; 94: 761-5.
14. Hymel KP, Jenny C. Child sexual abuse. *PIR* 1996; 17: 236-49.
15. Bays J, Chadwick D. The medical diagnosis of the sexually abused child. *Child Abuse Neglect* 1993; 17: 91-110.
16. Gomez RR, Wunsch CD, Davis JH. Qualitative and quantitative determinations of acid phosphatase activity in vaginal washings. *Am J Clin Pathol* 1975; 64:423.
17. McCullogh M, Sherman A. Adolescent pregnancy: contributing factors and strategies for prevention. *Adolescence* 1991; 26: 809-16.