



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
SECCIÓN DE POSGRADO

ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA A FAMILIARES RESPONSABLES DE
MENORES VÍCTIMAS DE ABUSO SEXUAL HOSPITAL VÍCTOR
LARCO HERRERA 2014 - 2015

PRESENTADA POR
CRISTINA ALEJANDRINA EGUIGUREN ELI

ASESOR
MANUAL JESÚS LOAYZA ALARICO

TESIS PARA OPTAR GRADO DE MAESTRA EN MEDICINA CON MENCIÓN
EN PSIQUIATRÍA

LIMA – PERÚ

2017



**Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada
CC BY-NC-ND**

La autora solo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede cambiar de ninguna manera ni se puede utilizar comercialmente.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
SECCIÓN DE POSGRADO**

**ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA A FAMILIARES RESPONSABLES DE
MENORES VÍCTIMAS DE ABUSO SEXUAL
HOSPITAL VÍCTOR LARCO HERRERA 2014-2015**

TESIS

**PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE MAESTRA EN MEDICINA CON
MENCIÓN EN PSIQUIATRÍA**

**PRESENTADA POR
CRISTINA ALEJANDRINA EGUIGUREN LI**

**ASESOR
DR. MANUEL JESÚS LOAYZA ALARICO**

LIMA, PERÚ

2017

JURADO

Presidente: Enrique Bojórquez Giraldo, doctor en Medicina.

Miembro: Zoel Aníbal Huatuco Collantes, magíster en Políticas y Planificación en Salud.

Miembro: Pedro Javier Navarrete Mejía, doctor en Salud Pública.



A mis padres, que me dieron la vida y educaron con ejemplo para esforzarme a lo largo de mi vida y labor profesional

A mis hijos, con quienes comparto mis inquietudes, momentos de estudio y deseos de superación



AGRADECIMIENTO

A mis profesores de la maestría, por sus enseñanzas y orientaciones a lo largo de este estudio.

A mi asesor, por sus valiosas enseñanzas, apoyo y guía que ha hecho posible la culminación de este trabajo.



ÍNDICE

	Pág.
Jurado	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Resumen	vi
Abstract	vii
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO	4
1.1 Antecedentes de investigación	4
1.2 Bases teóricas	19
1.3 Definición de términos	29
CAPÍTULO II: HIPÓTESIS Y VARIABLES	31
2.1 Formulación de hipótesis	
2.2 Variables y su operacionalización	
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA	33
3.1 Diseño metodológico tipo y diseño	
3.2 Diseño muestral	
3.3 Procedimiento de recolección de datos	
3.4 Procesamiento y análisis de datos	34
3.5 Aspectos éticos	
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	35
CAPÍTULO V: DISCUSIÓN	42
CONCLUSIONES	50
RECOMENDACIONES	52
FUENTES DE INFORMACIÓN	
ANEXO	
Anexo 1: Instrumento de recolección de datos	

RESUMEN

El objetivo fue identificar la necesidad de atención psiquiátrica en los familiares responsables del menor víctima de abuso sexual de la consulta del Hospital Víctor Larco Herrera en los años 2014-2015.

El estudio es cuantitativo, observacional, descriptivo, retrospectivo de corte transversal, se trabajó con la población de pacientes menores de 18 años de la consulta del Hospital Víctor Larco Herrera de los años 2014-2015, se realizó la revisión de historias clínicas y fichas del MAMIS (Módulo de Atención del Maltrato Infantil).

La mayoría de menores abusados sexualmente fue de sexo femenino (65,11%), con mayor incidencia de abuso en el grupo adolescente (46,51%), procedentes principalmente de Chorrillos (16,27%). El abuso sexual intrafamiliar fue el más frecuente (69,76%) con el padre como principal agresor (46,66%), mientras que en el abuso sexual extrafamiliar el perpetrador más frecuente fue un conocido (69,23%). El principal diagnóstico psiquiátrico en los menores fue el trastorno de las emociones de comienzo en la niñez (25,58%). En 44,18% de casos los familiares fueron derivados a la atención psiquiátrica. El abuso sexual se presentó con una prevalencia de 12,01% de los casos de maltrato infantil atendidos.

Los datos epidemiológicos de abuso sexual y casuística en el intrafamiliar son semejantes a otros estudios publicados. La necesidad de atención psiquiátrica del familiar está encubierta por otros factores.

Palabras clave: abuso sexual, abuso sexual intrafamiliar, equipo multidisciplinario, soporte terapéutico.

ABSTRACT

The objective was to identify the need of psychiatric care in the relatives in charge of a child victim of sexual abuse, attended at the external medical service in the Victor Larco Herrera Hospital in the years 2014-2015.

The study is quantitative, observational, descriptive, retrospective of cross-sectional study. Population of patients under 18 years old attended at the external medical service of the Victor Larco Herrera Hospital in the years 2014-2015, the review of medical records and files of the MAMIS (Module of Attention for Child Abuse) was performed.

Most of the sexually abused children were female (65,11%) with a greater incidence in the teenager group (46,51%) mainly coming from Chorrillos (16,27%). Intrafamilial sexual abuse was more frequent (69,76%) with the father as the main aggressor (46,66%); while in the extrafamilial sexual abuse, the perpetrator was an acquaintance (69,23%). The main psychiatric diagnosis in the children was the Emotional disorders with onset specific to childhood (25,58%). In 44,18% of the cases, the relatives were derived to psychiatric care. Sexual abuse was present with a prevalence of 12,01% of the child abuse attended cases.

Epidemiological data of sexual abuse and casuistry in the intrafamilial environment are similar to other published studies. The need of psychiatric care of the relatives is covered by other factors.

Keywords: sexual abuse, intrafamilial sexual abuse, multidisciplinary team, therapeutic support.

INTRODUCCIÓN

El maltrato infantil, en sus diferentes tipos sea maltrato físico, psicológico, por negligencia o abuso sexual, ocasionará en el menor daño emocional con consecuencias a corto y largo plazo, que deben tener una intervención y afronte terapéutico especializado. De ellos, es el maltrato infantil tipo abuso sexual el que más acarrea consecuencias graves y deja serias secuelas en sus víctimas.¹

Según datos de la OMS, 1 de cada 5 mujeres y 1 de cada 13 hombres, declaran haber sufrido abusos sexuales en la infancia. La salud mental se ve afectada y el maltrato contribuye a las enfermedades del corazón, cáncer, suicidio y a enfermedades de transmisión sexual.² Se encuentran problemas de salud mental (depresión, trastornos de ansiedad, pensamientos y comportamientos suicidas) en personas adultas con antecedentes de abuso sexual en la niñez, lo que lleva a establecer una relación importante y significativa, aunque las manifestaciones variarán según la edad en que se produjo el maltrato, la severidad con que se produjo, la cercanía filial entre el agresor y el niño, el tiempo de duración del maltrato y otros factores alrededor, en el entorno del niño.³

Para los casos de abuso sexual, se requiere entender la situación vivida y los sentimientos que ha provocado el abuso sufrido en la víctima y en sus

familiares, no sólo al momento del descubrimiento del hecho, sino también a posterior, especialmente en los casos de abuso sexual intrafamiliar. Según diversos estudios que se describen en la literatura sobre abuso sexual en niños y adolescentes, el 90% de casos son perpetrados por conocidos de la familia y de ellos, entre un 65 a 80% los agresores son los propios padres.¹

El abuso sexual se puede dar dentro de familias de clase económica alta, media o baja, pero los casos de las familias de clase alta difícilmente serán detectados en hospitales ya que acuden, si lo requieren, a servicios de salud particulares, por lo que quedan en un anonimato registral. Las familias extremadamente pobres difícilmente llegan a servicios de salud públicos por falta de recursos económicos y se limitan a acudir a los hospitales en casos severos o de riesgo de muerte.

Los hogares de los pobres son mayores en número de miembros y con mayor proporción de niñas, niños y adolescentes, con una alta tasa de fecundidad, en contraste a lo que se halla en los hogares no pobres. En las viviendas de los hogares pobres, predomina en sus paredes, el material de adobe, quincha y tapia en un 46,2%, con piso de tierra en un 65% y techo de calamina o similar en un 61,73%.⁴ Estos hogares tienen condiciones de vivienda donde muchas veces comparten todos los miembros de la familia, niños y adultos, un mismo dormitorio. No hay privacidad para los adultos, menos aún para los menores de edad, y la necesidad de lograr mayor ingreso económico hace que tanto madre como padre tengan que trabajar, por lo que se descuida así, la crianza de los

hijos. Hay pobre comunicación entre ellos y esta mayormente, es utilizada para asuntos generales o informales, no personales, ya que no hay tiempo ni espacio para ello. Al darse la situación del maltrato, se requiere la intervención del equipo terapéutico especializado, así como del apoyo y sostén de la familia.

En nuestro país, en los casos de abuso sexual, en que ha habido denuncia ante la Fiscalía con la intervención de los Juzgados de Familia, las autoridades judiciales disponen como medida de protección del niño y velando por su salud mental que las instituciones de salud den atención psiquiátrica, al niño(a) abusado en forma gratuita en cumplimiento de la Ley de Protección frente a la Violencia Familiar. Esto se viene cumpliendo en los casos atendidos en la Consulta Externa del Departamento de Niños y Adolescentes del Hospital Víctor Larco Herrera, donde incluso hay un Módulo de Atención para el Niño o Adolescente Maltratado (MAMIS), que proporciona atención y tratamiento especializado gratuito.

CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO

1.1 Antecedentes de la investigación

En un estudio publicado en el año 2010 de tipo retrospectivo, descriptivo, transversal, realizado entre los años 1994 al 2006, en un centro de atención para niños maltratados en México, en 178 niños de 3 meses a 11 años de edad, se realizó la revisión de las respectivas historias clínicas. Se halló mayor porcentaje de niñas abusadas sexualmente que varones (60%), mientras que en el maltrato físico, el porcentaje era mayor en varones que en mujeres (51%). Los abusos sexuales se habían dado más entre los 5-11 años de edad (67%), la emaciación, la talla baja fue más frecuente en los menores de cinco años víctimas de maltrato físico; en cambio el sobrepeso y la obesidad fue mayor en las víctimas de abuso sexual. Se concluye que ante niños con grados de emaciación, baja talla, sobrepeso y obesidad se debe sospechar de algún tipo de maltrato físico o sexual.⁵

En un estudio descriptivo longitudinal, realizado entre los años 2001 al 2003 en la clínica forense de Cali Colombia, en una población de 250 menores de 10 a 19 años para estudiar la prevalencia de abuso sexual, con el uso de entrevistas semiestructuradas, se halló 77,5% de prevalencia de abuso sexual en mujeres, señalando que se presenta más en el sexo femenino y en edades de 10 a 14 años, que el abuso sexual de acuerdo a sus declaraciones había ocurrido

alrededor de sus hogares, que el agresor era conocido en el 82,6% de casos y la mayoría de denuncias provenían de los sectores más empobrecidos.⁶

En un estudio retrospectivo, realizado entre los años 2001 a 2002, en Barcelona, España en una población de 1033 estudiantes universitarios en quienes se aplicó un cuestionario para identificar eventos traumáticos en la infancia, se halló, que la frecuencia de agresión sexual ocurrida antes de los 18 años de edad era de 17,9% en hombres y 19% en mujeres. Hubo penetración en el 42,2% de casos, en mujeres antes de los 13 años y 25% después de los 13 años.⁷

En 2007, se publicó un estudio realizado para conocer la incidencia y características que presenta el abuso sexual en niños en el Brasil. Se estudiaron 98 casos llegados al Instituto de Medicina Forense de Río de Janeiro con sospecha de abuso sexual, de enero a julio del año 2000, con un estudio retrospectivo descriptivo. La mayoría de víctimas tenía entre 12 a 15 años de edad. Los agresores eran mayormente conocidos (55 casos), y la relación familiar encontrada con el agresor fue de 16,13 % para el padre, padrastro o tutor (con 20 casos), para el caso en que el agresor había sido otro familiar la frecuencia encontrada fue de 28,23% (con 35 casos) y para el caso de agresor desconocido fue 13,71% (con 17 casos). Se concluyó que se requieren estudiar factores culturales y socioeconómicos en los casos de abuso sexual y que no todos se pueden detectar debidamente, como sucede cuando el abuso es por voyeurismo o por tocamientos.⁸

En un estudio publicado en el año 2008, con el objetivo de detectar las características de los casos de abuso sexual que llegan a urgencias de un Hospital Universitario de Barcelona, España, realizado en el año 2004, se desarrolló un estudio retrospectivo descriptivo. Se utilizó el protocolo de atención para los casos de abuso sexual del Servicio de Urgencias. Se halló que de 48 casos, las víctimas presentaron edad media de 6,8 años de edad (42 mujeres, 6 varones), 25 de los casos provenían de hogares de padres separados; 27% de casos correspondieron a 10 niñas con diagnóstico de abuso sexual agudo (2 casos con penetración vaginal) con agresores hombres, mayormente familiares y en los 8 casos de tocamientos, el agresor había sido el padre. Se concluyó que en urgencias no se puede evaluar y dar tratamiento adecuado a las víctimas de abuso sexual, ya que se requiere un manejo multidisciplinario. Las víctimas son principalmente niñas y el agresor fue mayormente una persona conocida.⁹

En un estudio realizado en 2007, a 565 estudiantes del décimo y undécimo grado de colegios públicos y privados del área urbana y rural de Caldas Antioquía, Colombia, se aplicó un instrumento de recolección de datos diseñado en el sistema electrónico de captura de datos Teleform en busca de la relación existente entre el abuso sexual infantil con la depresión y el consumo de drogas en jóvenes. Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal. Se halló que 76,5% de víctimas de abuso sexual infantil habían sido de sexo femenino, con una edad promedio de la víctima de $10,3 \pm 3,52$ años, con una frecuencia de abuso entre $2,47 \pm 3,36$ años, con un rango de

edad del abusador entre 12 y 80 años., el agresor había sido hombre en el 92,6% de casos. En el 48,5%, el agresor había sido un familiar, mayormente primos con 13,2% de frecuencia, tíos 11,7%, padrastros 7,3 %, padres con 5,8 %. En 79,4 % el abuso había sido tipo tocamientos, 45,6% de casos con exhibicionismo y 35,8% con penetración vaginal o anal. En 63,2 % el abusador condicionó a la víctima a mantener el secreto y en 33,8 % había amenazado con hacerle daño. Se halló antecedentes de abuso sexual en la infancia, en un 52% de casos de depresión, en un 21,1% de jóvenes detectados con baja autoestima y en un promedio de 30% de jóvenes consumidores de diversas sustancias psicoactivas.¹⁰

En un estudio realizado el año 2009, en México, estado de Morelos, con el objetivo de hallar los factores del abuso sexual en la niñez y adolescencia, en una población de 1730 estudiantes de 260 escuelas secundarias, 92 preparatorias y 1 universidad en el período 2003-2004, estudio de tipo descriptivo en el que utilizaron cuestionarios con escalas validadas. Se halló una prevalencia importante de casos de intento y abuso sexual consumado en estudiantes antes de los 12 años de edad. Las mujeres presentaron una mayor prevalencia de intento de abuso sexual que los hombres en una relación de 6/2, con abuso consumado en 3,6% para las mujeres y 1,9% para los hombres. En las mujeres, el principal agresor fue un desconocido 30,5% y el padre, padrastro o hermano ocupó un 3,2% de frecuencia, En las mujeres, se dio 11,5% de revictimización para intento de abuso sexual y en hombres 14,3%. El principal agresor en el abuso sexual, consumado en las mujeres, fue el novio con 37,8% de frecuencia seguido de otros con 30,3% tales como el sacerdote,

primo y maestro. En los hombres el abuso sexual fue mayormente por un desconocido con 38,5% y la frecuencia para el padre o padrastro fue de 15,3%. En los casos de abusadoras mujeres, correspondió al parentesco de tía como agresora contra el menor masculino. Solo con una frecuencia de 1,9%, las víctimas de abuso sexual consumado presentaron denuncia legal. Se halló que los estudiantes con adecuada autoestima tienen menor posibilidad de ser víctimas de abuso sexual y los casos de abuso sexual consumado se dieron más en los casos donde había alcoholismo del padre y violencia familiar. El estudio no halló alta frecuencia de abuso sexual consumado entre estos estudiantes comparativamente con otros estudios revisados por los investigadores.¹¹

En un estudio publicado el año 2006, en México, realizado con el objetivo de encontrar la relación entre el abuso sexual en la etapa adulta y el antecedente de haber sido víctima de abuso sexual en la niñez, se estudió a 26042 mujeres entre 15-25 años de edad con nivel socioeconómico muy bajo, que acudieron a instituciones de salud pública de octubre 2002 a marzo 2003, de 32 entidades federativas de México, estudio tipo descriptivo. Se aplicó el cuestionario ENVIM 2003. Se determinó que 42,5 % habían tenido maltrato físico en sus hogares toda su vida, 7,3% sufrieron abuso sexual antes de los 15 años, 3,4 % sufrieron violación por una persona distinta a la pareja. La posibilidad de ser maltratada física y sexualmente por la pareja o esposo actual fue de 1,44 veces más en mujeres que habían sido maltratadas pocas veces en la infancia, y fue de 3,10 veces más, cuando el maltrato fue casi siempre. El abuso sexual antes de los 15 años resultó ser un antecedente importante para

la violencia física y sexual que la persona tendría en la adultez, con 3,10 veces más probabilidades que las que no tienen el antecedente de abuso infantil. También las mujeres victimadas sexualmente en su infancia tuvieron 11,8 veces más probabilidades de ser violadas por una persona diferente a su pareja, en comparación con las mujeres que no lo tuvieron. Concluyen que la experiencia de la violencia y abuso sexual en la niñez tiene como efecto posterior una revictimización y/o violencia en la edad adulta.¹²

En un estudio publicado en el año 2007, con el objetivo de determinar las edades en que las víctimas de abuso sexual acuden por ayuda y su relación con el agresor, estudio realizado en España, en el año 2005, en 593 casos atendidos en la Asociación de asesoramiento en casos de abuso, se encontró que 166 eran menores de 18 años, (36 varones, 128 mujeres), y 323 eran adultos (57 varones, 266 mujeres). Estudio de tipo descriptivo, en el que se utilizó un protocolo creado por los profesionales de la Asociación. Encontraron que la mayoría de casos de abuso sexual que solicitaban asesoramiento lo hacían en edad adulta, con severas consecuencias psicológicas presentes, debidas al abuso sufrido en la niñez. La mayoría de agresores habían sido figuras paternas con 38,04%, otros familiares 29,19% o conocidos 17,70%. El tipo de abuso sexual más frecuente fueron tocamientos y señalan que el abuso sexual infantil es un problema mucho más extendido en la sociedad española de lo que previamente podría estimarse. Se destaca, que es de necesidad la atención especializada no solo a las víctimas de abuso sexual infantil, sino también a sus familias.¹³

En un estudio publicado el año 2010, con el objetivo de evaluar el conocimiento de menores de edad sobre drogas, alcohol, abuso sexual infantil, violencia intrafamiliar e infecciones de transmisión sexual, realizado en el año 2009, en una población de 180 estudiantes del IV^a grado de Escuela de San Joaquín Flores Heredia de Costa Rica, se encontró que 77,6% afirmaron no haber recibido información sobre sexualidad, 91,1% desconocían información sobre métodos anticonceptivos, 100% de los niños refirió conocer a una menor de 15 años embarazada, 83,3 % desconocían qué era una enfermedad de transmisión sexual y desconocían formas de contagio. Concluyeron que había deficiente preparación de los escolares en temas de sexualidad incluso básica, de abuso sexual infantil, de enfermedades de transmisión sexual y de alcohol y drogas. Con ello, señalaban que habría una posible relación entre la falta de conocimiento de los escolares con el elevado número de embarazos adolescentes.¹⁴

En un estudio publicado en el 2007 para determinar la percepción de la familia en casos de abuso sexual intrafamiliar (ASI), se estudió el caso de dos gemelas bivitelinas víctimas de ASI, atendidas en el hospital de Porto Alegre, Brasil. Fue un estudio trasversal, en que se aplicó una entrevista semiestructurada e instrumentos exploratorios sobre la familia (prueba para el sistema familiar, análisis y test de identificación de familias, y familiograma). Se halló que las gemelas tenían cada una diferente percepción de su familia. Mientras que una de ellas se sentía menos integrada a su grupo familiar y expresaba más conflicto, la otra tenía sentimientos de mayor integración al grupo familiar. Se hallaron factores como el alcoholismo, desempleo y

conflictos en la familia considerados de riesgo para la presentación del abuso sexual. Se concluyó que se debe ampliar la forma de estudio de los casos de abuso sexual, en los que se deben incluir puntos de vista sociológico, antropológico, de género, relacional, socioeconómico, histórico y cultural, para un mejor afronte.¹⁵

En un estudio publicado en el 2013, realizado en Bogotá, Colombia en el año 2008, se realizó el estudio correlacional de corte transversal, en una población de 50 adolescentes abusadas sexualmente. Se aplicaron escalas que midieran su resiliencia, ideación suicida y estados de ánimo, se halló correlación negativa alta entre la resiliencia moderada con niveles altos de ideación suicida en 29 de ellas. En el promedio general, los puntajes fueron bajos en cuanto al estado de ánimo, con dificultades para establecer relaciones, inseguridad, desconfianza y baja autoestima.¹⁶

En una revisión sistemática de trabajos publicados en inglés y español, realizada entre los años 1999 al 2010 sobre efectos neurobiológicos del abuso sexual en los niños, se halló la detección de cambios neuroendocrinos como aumento de cortisol y disminución del nivel de serotonina, entre otros, con cambios anatómicos evidentes como menor tamaño intracraneal y cerebral con disminución del volumen de estructuras nerviosas. Se mencionan también, la disminución de la corteza visual y del cuerpo caloso, los cuales provocarían cambios funcionales, con alteración de las respuestas a las emociones. La memoria, razonamiento y abstracción se encontraron alterados, con comportamientos de sobrealerta en los menores. Se concluyó que se deben

conocer que existen efectos neurobiológicos provocados por el abuso sexual, base de la diversa patología mental que pueden ir presentando y que requieren de la debida atención y tratamiento.¹⁷

En un estudio realizado en España, de las publicaciones en Scielo, Psycinfo y Social Sciences Citation Index de la Web of Science de los años 1997 al 2007 sobre los efectos más frecuentes del abuso sexual presentados en menores a largo plazo, se encontró que había una variada psicopatología que se iba presentando a lo largo del desarrollo del menor, lo que se expresó en una diversidad de trastornos encabezados por los trastornos emocionales, depresión, ansiedad, trastorno por estrés postraumático, seguidos por problemas de comunicación, aislamientos, conductas autoagresivas, intentos suicidas, problemas de adaptación, alteraciones en su sexualidad. Además se presentaron revictimizaciones con una relativa frecuencia. Se concluye, que es importante considerar que se da una afectación a largo plazo con la presencia de revictimizaciones para las que se deben plantear estrategias de intervención y previsión.¹⁸

En otro estudio, realizado entre 1986 a 2008, de investigaciones realizadas en España y a nivel internacional sobre efectos psicológicos del abuso sexual, se encontró que se daban principalmente problemas emocionales con miedos, ansiedad, depresión, intentos suicidas, trastorno por estrés postraumático, alteraciones del comportamiento y alteraciones de relación con familiares y pareja. Se concluye, que al no presentarse un cuadro clínico único, hace más

difícil la detección del abuso sexual que aún no haya sido develado, el cual no se debe desestimar en la evaluación del menor.¹⁹

En un estudio realizado en Asunción Paraguay, en el año 2012, se realizó una revisión sistemática de los trabajos realizados de los años 2008 a 2012. Se halló también que hay diversidad de trastornos mentales que se presentan a posterior en el menor abusado sexualmente. También con frecuencia, se da la revictimización y la transmisión intergeneracional del abuso sexual, lo que implica una responsabilidad en el manejo e intervención con diseño de acciones para favorecer pilares de resiliencia en el menor.²⁰

En un estudio descriptivo transversal realizado en Santa Marta Colombia en el año 2011, en una población de 1400 estudiantes de secundaria seleccionando una muestra de 230 alumnos, se halló mayor incidencia de abuso sexual que el abuso físico o emocional. Se reportó, con 32% de frecuencia y que el abuso sexual era mayor en mujeres que en varones, lo cual influiría en la presentación de alteraciones mentales a lo largo del desarrollo de los menores.²¹

En un estudio publicado en el año 2016, realizado en 17 clínicas diferentes de EE UU, Países Bajos, Nueva Zelandia, Sudáfrica entre el 2008-2012, se realizó el ensayo clínico aleatorizado en 1008 pacientes con diagnóstico de depresión con 336 controles sanos, a quienes se le aplicó el cuestionario de

estrés de la primera infancia. Se halló que el 62,5 % de casos con depresión habían tenido una exposición temprana a abuso sexual emocional y físico. Se reportó una pobre respuesta a los tratamientos farmacológicos con antidepresivos, comparativamente al grupo sano, en quienes se encontró estrés traumático temprano solo en el 28% de casos. Se concluyó que en los casos de depresión con pobre respuesta farmacológica, se debería realizar una mayor investigación de antecedentes en la infancia de abuso sexual, para diseñar otro tipo de intervención terapéutica que mejore su respuesta al tratamiento.²²

En un meta análisis realizado entre 1991 al 2014, realizado en Italia con la escala Newcastle-Otawa, se mostraron resultados importantes en cuanto a la asociación entre maltrato emocional y depresión en el adulto con OR (Odds Ratio) de 2,72, abuso sexual de la niñez y depresión en el adulto con un OR de 2,42 mientras que con la violencia familiar el OR fue 2,06. Se concluyó que todos ellos serían elementos causales de la presentación de trastornos mentales en la adultez.²³

Se realizó en EE.UU., en el año 2014, un ensayo clínico aleatorio a 50 víctimas de violación con diagnóstico de trastorno por estrés postraumático, en quienes se buscaba detectar la variación de pensamientos respecto al abuso sufrido al finalizar el tratamiento psicoterapéutico y luego del seguimiento a largo plazo en años posteriores volver a evaluar ese pensamiento. Se usó escalas para depresión y estrés postraumático. Se concluyó que los cambios de mejora del pensamiento se relacionaban con la mayor o menor severidad

del trastorno mental, lo cual debía tenerse en cuenta para determinar el tiempo de duración del tratamiento psicoterapéutico.²⁴

En un estudio publicado en el 2011, en Brasil, realizado en una población de 18 mujeres víctimas de abuso sexual, con ocurrencia del abuso con tiempo no menor de un año, atendidas en un hospital universitario del Brasil con participación del Programa Federal Centinela, con edades entre 14-.25 años de edad, se encontró que 12 de ellas habían sido víctimas de abuso sexual extrafamiliar (ASE) y 6 de abuso sexual intrafamiliar (ASI). El estudio realizado fue de tipo descriptivo, observacional, con entrevistas semiestructuradas y abiertas. Se presentaron los siguientes resultados: posterior al ASE y en el corto plazo, las consecuencias presentadas eran semejantes a las señaladas en la literatura internacional, con miedo generalizado, depresión, aislamiento, baja autoestima, síntomas compatibles con estrés postraumático y a posterior en el largo plazo, presentaban inseguridad, nerviosismo, desmotivación, falta de apetito, gastritis, depresión crónica, con frialdad en sus relaciones sexuales y de pareja, con miedo a que se repita el abuso. En cambio, en las víctimas de ASI, la investigadora no halló similitud con lo revisado en la literatura, las víctimas habían verbalizado fundamentalmente sentimientos de vergüenza y pensamientos de que lo ocurrido no debía hablarse en público, por lo que su comportamiento, fue influido por ello. Las entrevistadas referían que para superar el trauma había sido fundamental el apoyo de la familia y amigos. Los autores concluyen señalando que se coincide con otras investigaciones en que la familia y las figuras significativas juegan un papel importante para la resiliencia de la víctima, que la familia, al fomentar un ambiente de protección y

afecto, se constituye en la unidad funcional que favorece la resiliencia de la víctima y de sus miembros, la cual es necesaria para enfrentarse a las adversidades.²⁵

En el 2016, se publicó un estudio realizado entre los años 2009 a 2013 en la Corporación de Pacaibí en Chile con 191 niños(as) menores de 10 años de edad, víctimas de abuso sexual intrafamiliar (ASI). El 61.8% era de sexo femenino, con edad media de 6,88 años de edad, 36,6% eran casos en que el abusador había sido un familiar que vivía con el menor; en 34% de casos, el abusador era un familiar que no vivía con la víctima y en el 27%, el agresor era conocido, 0% del abuso fue sin penetración, 68 % de los menores estaban viviendo con sus padres después del abuso y 16,7% estaban a cargo de una institución. En el 41,9% de casos, la situación fue revelada por el menor; en 58,1% la situación de abuso tuvo que ser detectada. La madre era la figura que más sobresalía para la detección y para la develación, seguida de los agentes institucionales. Se encontró que existía una relación importante entre la continuidad del abuso y el momento de la develación, en los casos en que el ASI se había dado una sola vez, fue de un 46,6%, que era la mayoría que lo había revelado en menos de 1 mes de ocurrido el abuso, lo que fue considerado como una revelación temprana; en cambio, cuando el ASI había ocurrido más de una vez, la revelación fue tardía después de seis meses y llegó a 43,2%. Se evidenció que los que menos revelaban eran los varones, por una cuestión de género, ya que los menores lo vinculan a una relación homosexual por lo que prefieren callar. En los casos de ASI, son las niñas las que más frecuentemente lo revelan siendo la detección en ellas más temprana

comparativamente a lo que ocurre con los varones. Del total de la población estudiada, solo 1/3 de niñas y niños revelaron la situación en forma temprana. Ello coincide con la literatura en que mayormente sus revelaciones son tardías. Así, en el abuso sexual intrafamiliar, la detección es más frecuente y se da antes que la revelación. En cuanto a los adultos, familiares del niño abusado se concluye que su presencia es de importancia para fortalecer la reparación en los menores y para el desarrollo de estrategias de prevención de los casos de abuso sexual, aunque también se tiene que tener en cuenta que estos adultos deben a su vez recibir apoyo en cuanto a acoger las revelaciones que le realicen los niños. Considerando que la revelación se presenta con menor frecuencia en los casos de ASI, en los niños de menor edad y cuando la víctima es varón, es que se deben plantear las estrategias preventivas e interventoras. En los casos que el abuso se da en forma crónica y continua, se presenta en la víctima sentimientos de indefensión, fragilidad y vulnerabilidad, con la existencia también, de un dominio psicológico sobre la víctima. Se halló de importancia la figura de la madre, tanto para el momento de la revelación, como para el acompañamiento durante el proceso terapéutico reparatorio.²⁶

En un estudio cualitativo publicado en el año 2009, realizado en una población de 5 madres de 4 niñas y 1 niño todos ellos menores de 10 años de edad, víctimas de abuso sexual y que venían acudiendo a Centros de atención a la familia en Medellín en el año 2005, se encontró que el abuso sexual intrafamiliar (ASI) se daba en familias frágiles que presentaban dificultades afectivas, comunicacionales y de tipo socioeconómico, y que al darse el abuso, este producía un efecto devastador que afectaba más aún sus áreas

deficitarias, además de sufrir la estigmatización de la sociedad y la incompreensión, incluso de las instituciones encargadas de atender y acoger los casos de abuso. Las madres, al enterarse del abuso sexual de sus hijos presentaron diversa sintomatología ante lo ocurrido. Los síntomas fueron desde quejas de dolores de cabeza, mareos, insomnio hasta cuadros de pánico, angustia y depresión que persistieron por varios meses después de enterarse del abuso, además de experimentar emociones de dolor, rabia o deseo de venganza. La forma de reacción y la conducta de la madre ante el abuso y ante el agresor fue variable, ya que estas dependían de diversos factores como la personalidad previa, sus pensamientos, conceptos y valores, formas de enfrentarse a los problemas y cómo resolverlos y su nivel de compromiso y responsabilidad para con el hijo. Las relaciones incestuosas, además, despertaban en la madre sentimientos de rivalidad y celos hacia la hija. Por lo que se produce una situación de ambivalencia y conflicto, por un lado, sus valores de comprensión y protección hacia la hija; por otro lado, la frustración y sentimientos de mella en su rol de madre y esposa, que requerían ser atendidos y que se daban además en un clima de inestabilidad tanto emocional como socioeconómico en el que se veía inmersa la familia. El estudio señala que esta situación requiere ser comprendida por las instituciones que atienden los casos de abuso sexual para que estas madres sean apoyadas terapéuticamente. Para la situación de incesto, también se señaló que debe considerarse que los hermanos son afectados no solo en lo emocional, sino que también sufrirán alteración en su relación con el padre agresor y con la víctima misma. Se concluye que el abuso sexual intrafamiliar afecta a toda la familia, no solo al menor abusado, ya que se produce un quiebre de las

relaciones y soportes vitales que se habían forjado para la existencia de la familia y representar su rol frente a la sociedad y que al darse esto, en algunos casos el menor es, además, separado de la familia²⁷

1.2 Bases teóricas

El Centro Internacional de la Infancia en París define el maltrato infantil como toda acción u omisión realizada por individuos, por instituciones o por la sociedad en su conjunto y todos los estados derivados de estos actos y de su ausencia que lleven a privar a los niños de su libertad o de sus derechos que les corresponden y/o que dificulten su desarrollo. El maltrato infantil se clasifica en: maltrato físico, emocional, por negligencia y por abuso sexual.⁸

El marco general del maltrato infantil es la violencia, la cual es un conjunto de hechos que suceden aisladamente; es un proceso y hacen parte esencial de él las condiciones estructurales que la posibilitan como son la pobreza, la marginalidad y la inequidad.²⁸

En el caso de la violencia familiar, como toda violencia, atenta contra los derechos de las personas afectadas, contra su integridad y su dignidad, inhibiendo su desarrollo personal, provocando daños tanto físicos como psicológicos, muchas veces irreversibles en el entorno familiar, educativo, laboral, recreativo y comunitario. Son afectados, tanto hombres como mujeres de todas las edades, niveles educativos y clases sociales.²⁹

La violencia familiar tiene tres características, que son su frecuencia, intensidad y el carácter cíclico con el que se da. Las formas más frecuentes de violencia familiar que se presentan son: la violencia conyugal contra la mujer, el maltrato infantil y el maltrato al anciano.²⁹

En cuanto al abuso sexual que es uno de los tipos de maltrato infantil, se considera que no solo se refiere a la penetración, sino que se incluyen también las palabras insinuantes, tocamientos como caricias, besos, manipulación física al menor, que el agresor le muestre sus órganos sexuales, hasta llegar a la penetración o violación en sí. Además, se considera como abuso sexual la explotación sexual a la que puede ser sometido un niño, niña o adolescente, para conseguir beneficio económico de terceros, como es el caso de la prostitución y pornografía.²⁸

El abuso sexual a niños incluye cualquier tipo de actividad de contenido sexual en la que se involucre al niño(a) destinada a satisfacer al adulto, sea familiar, tutor, conocido o desconocido, donde se puede identificar una relación asimétrica de poder sobre el niño. Se han podido describir casos de tocamientos, penetración, incesto, violación, sodomización, explotación del niño sin que se haya dado el contacto físico con el agresor, obligándolo o engañando al menor para que participe en actividades de satisfacción sexual a terceros sin que finalmente se establezca el contacto físico directo entre el niño y su agresor.³⁰

La familia es el núcleo primario de la sociedad, donde el niño(a) debe desarrollarse en primera instancia, donde comienza a liberar y viabilizar todos sus impulsos, y donde debe recibir la guía para modular su conducta, y sus emociones, explorar y probar sus aptitudes y destrezas. El estilo de crianza sería el producto de lo transmitido por ambos padres y por la sociedad, interactuando y condicionándose entre ellos.³¹

El incesto y el abuso sexual infantil tienen denominadores comunes, se originan en la familia a temprana edad y van afectando negativamente el desarrollo normal del menor, con la presentación de diversa patología psiquiátrica a lo largo de su vida, que van a requerir de tratamiento e intervención psicoterapéutica y que muchas veces acuden a buscar ayuda profesional recién en la etapa adulta, ya sea por desconocimiento de la ayuda especializada que necesitan o por presentar somatizaciones de sus problemas emocionales que hace que primero sean atendidos por otras especialidades médicas, o finalmente, porque temen aún hablar de lo ocurrido en la niñez.

El incesto y el abuso infantil se presentan en sistemas familiares que los promueven, donde se identifican estilos de conducta con pobre control de impulsos, donde no existen medidas de protección para los niños y hay carencia de medidas de autocuidado, donde los límites entre sus miembros no están bien definidos, se caracterizan por conductas no asertivas y se evidencia que existe una dependencia social y emocional entre ellos. El incesto y el abuso sexual se asocian a una desorganización y deterioro en la familia y en la sociedad del punto de vista social, político y económico, donde se da una falta

de valores, y se llega a priorizar más los bienes materiales que la vida humana.³¹

Las reacciones de los padres y madres de los menores víctimas de abuso sexual son muy diversas, en respuesta al gran estrés que les suscita el mismo abuso, ya que lo sucedido les resulta intolerable. Se suelen mostrar molestos, manifestando odio al abusador, o con llantos frecuentes o aislamiento, y se tornan poco comunicativos tanto al interior de la familia como hacia el exterior. En el caso de incesto, el problema que se presenta es más complicado, ya que algunas madres pueden experimentar celos del menor, preocupación por el sustento económico familiar, ya que al ser acusada la pareja, esta puede perder el empleo o ir a la cárcel, incluso puede presentar dudas de que la pareja conyugal haya cometido realmente el abuso, lo cual le provocará sentimientos divididos entre la niña(o) y su pareja.³²

En cuanto a la víctima de abuso sexual, es difícil precisar su perfil, ya que en las víctimas se hallan diversas características que dificultan obtener un patrón único del menor abusado sexualmente. Igualmente ocurre con la valoración del impacto ya que en los diferentes estudios al tratar de encontrar una relación entre el impacto con la edad de la víctima, los hallazgos son disímiles. Así, en algunos casos se tiene que a menor edad del niño, el impacto fue muy devastador y traumatizante lo que impide su normal desarrollo desde el momento en que se produjo el abuso, mientras que en otros casos se ha encontrado que a menor edad del niño, hay mayor probabilidad de presentar patología de tipo disociativa o de dejar secuelas negativas adversas que vayan

evidenciándose en el desarrollo de su personalidad. Se muestra además, dificultad de interrelación con su grupo familiar y entorno, y en otros casos, más bien por ser las víctimas de corta edad, el impacto es menor al no entender lo que ocurre alrededor y finalmente, queda como una mala experiencia. Lo que sí se ha encontrado en el niño(a) de mayor edad es un mayor riesgo de que el agresor consume la penetración así como del uso de la violencia física para lograr su cometido. Por su parte, autores como C.H. Kempe enfatizan que las víctimas de abuso sexual de corta edad son incapaces de comprender lo que realmente ocurre ni de dar ningún tipo de consentimiento como algunos agresores pretenden argumentar. Que todo abuso sexual en cualquier edad del menor con o sin violencia física va a provocar en el niño(a) un daño emocional que tendrá efectos negativos en la salud mental de la víctima y que estos se irán presentando en etapas posteriores de su desarrollo , como trastornos de difícil tratamiento.³³⁻³⁵

Para valorar el impacto en la víctima, se tiene que evaluar la presencia de variables como la presencia o no de violencia física, la identidad del agresor, la relación de parentesco entre víctima y agresor, la cercanía con la víctima , la cronicidad e intensidad con la que se dio el abuso y la propia víctima en sí no solo en cuanto a su edad cronológica, también en cuanto a su edad mental, el medio en el que se desenvuelve, su capacidad de resiliencia, que es la capacidad intrínseca de poder sobreponerse a las crisis y adversidades y la capacidad de recibir apoyo o rechazo de su grupo familiar. Es importante por ello, la forma en que el grupo familiar, reaccione ante la agresión.^{33,35}

Por todo lo anteriormente señalado el abuso sexual se conceptualiza como cualquier tipo de contacto sexual con una persona menor de 18 años por parte de un adulto desde una posición de poder o autoridad sobre el menor donde este puede ser utilizado para la realización de actos sexuales o como objeto de estimulación sexual. Se consideran cuatro tipos de abuso sexual:

- **Incesto:** cuando el contacto físico sexual es con una persona de consanguinidad lineal sea padre, madre, hermano, tío o sobrino. También se incluye el caso en que el adulto haya asumido el rol paternal en forma permanente, como es el caso del padrastro.
- **Violación:** Cuando el agresor es otra persona diferente a las señaladas para el abuso sexual tipo incesto.
- **Vejación sexual:** Si el contacto sexual es por tocamientos intencionados de las zonas erógenas y genitales del niño o forzando y haciendo que el niño sea el que toque al agresor.
- **Abuso sexual sin contacto físico:** cuando se da la seducción verbal al niño, o conductas de exposición de órganos genitales y desnudos ante el niño, realizando masturbaciones en su presencia, hacerlo observar relaciones sexuales de otros, con el fin que el agresor obtenga gratificación. También cuando se incluye al niño en actividades de contenido sexual para las que su edad y nivel de desarrollo psicosexual no está preparado, sean estas forzadas o no, donde hay una relación de poder del agresor sobre el niño, por el que logra inducirlo, a participar en estas actividades. Según la definición de la OMS (1986), la explotación

sexual de un niño implica que éste sea víctima de un adulto o de una persona evidentemente mayor que él con fines de satisfacción sexual. Se considera también el voyeurismo y la prostitución de menores.

El Programa de Aprendizaje en Sexualidad y Afectividad de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile, señala tanto de estudios realizados por el Programa (1983-1991) como de las cifras oficiales de su país, que en los casos de víctimas menores de 18 años de edad, el abuso sexual mayormente no es denunciado y que esto ocurre en un 75-80% de casos. Que las víctimas de agresión sexual fueron mayormente entre los 10 a 14 años de edad y en un 70% de casos los agresores eran familiares o conocidos, además que cuando el agresor era el padre o padrastro, el abuso era continuo.³⁴

Es difícil precisar la incidencia real del abuso sexual intrafamiliar en la población en general, dado que este se da al interior de la familia en un entorno privado y que en la víctima existiría un sentimiento de desconfianza e indefensión que prolongaría el tiempo de la develación. En encuestas desarrolladas en diversos países como EE.UU. y España en los años 1990 y 1997, realizadas en adultos, se encontraron en sus antecedentes que habían sufrido abuso sexual en la niñez, se señalaron porcentajes importantes de ocurrencia con 23-27% en mujeres y 15-16% en varones. Los agresores generalmente fueron varones de mediana edad quienes con frecuencia eran familiares o conocidos de la víctima.³⁶

Con frecuencia, el abuso sexual intrafamiliar se da en familias disfuncionales, con alteración en sus vínculos relacionales y donde también se pueden encontrar otros tipos de violencia. Por ello se debe considerar la necesidad de estudiar a la familia, y con ello, decidir el tipo de tratamiento e intervención que lleve a alcanzar la recuperación de la familia incluida la de los otros niños también afectados por el abuso sexual develado.³⁷

Para un mejor estudio e intervención psicoterapéutica de los casos de abuso sexual, se requiere conocer la explicación ecológica respecto a la etiología de la violencia familiar y del abuso sexual, así como conocer los diferentes tipos de familias incestuosas que se pueden presentar. En la explicación ecológica en cuanto a la etiología de la violencia familiar, maltrato infantil y abuso sexual en general, se ha identificado una causalidad múltiple con interacciones en cuatro niveles determinados:

- **El primer nivel es el individual:** con variables ontogénicas como la historia de vida de la persona, características de la personalidad, estilos cognitivos y estilos de resolución de conflictos.
- **El segundo nivel es el del microsistema:** es el grupo en el que se incluye necesariamente el individuo, es la familia, es el entorno inmediato de desarrollo del niño y que se constituye en su red social primaria.

- **El tercer nivel es el del exosistema:** son los sistemas de la comunidad y sus estructuras sociales, que son los que median entre el individuo, la familia y el sistema cultural más amplio.
- **El cuarto nivel es el del macrosistema:** donde se dan los valores y creencias culturales que adquieren la forma de un pensamiento social.

En cuanto al tipo de familia al que pertenece la víctima, se plantea la clasificación de familias incestuosas de acuerdo a su organización y propuesta por un estudioso de la familia como es J. Barudy, quién halló tres tipos de familia:

- **Familia de organización enmarañada y altruista:** caracterizada por un padre preocupado en exceso por los niños y niñas, por su cuidado, que se muestra muy cercano con ellos y asume incluso el rol materno en presencia de la madre. Si se diera la develación del abuso sexual en este tipo de familia, el padre aceptaría que cometió la falta prometiendo cambiar y sería perdonado.
- **Familia de organización caótica, y promiscua:** donde se dan diversos abusos a más de un miembro de la familia. Caracterizada por ser cerrada socialmente, con escasa o nula comunicación al exterior, en procura de guardar el secreto de abuso sexual intrafamiliar.
- **Familia de organización rígida y autoritaria:** aquí al producirse la develación el agresor negará su falta y en forma paradójica el acusado más bien será el niño, donde la madre estará de parte del agresor y en contra del niño.³⁷

Respecto a la intervención terapéutica en las víctimas de abuso sexual, se debe considerar que en todas se requieren de muestras y actitud de apoyo y comprensión desde la revelación inicial. Se debe evitar la censura y la crítica, actitudes que deben continuar a lo largo de todo el proceso de tratamiento y rehabilitación. Se debe procurar que el trabajo e intervención de los diferentes profesionales que participen se dé en forma coordinada. Se debe evitar a la víctima repeticiones de relatos dolorosos innecesarios o miradas o actitudes de censura. El tratamiento fundamentalmente debe ir encaminado a evitar la revictimización del menor y atender psicoterapéuticamente el daño y secuelas psicológicas causadas por el abuso sexual. La intervención terapéutica debe buscar que la víctima pueda recobrar la confianza y el apego perdidos hacia los miembros de su familia.

En el abuso sexual, sea intrafamiliar o extrafamiliar se debe trabajar con la familia, no solo porque se le requiera para orientarla en cuanto al apoyo incondicional a la víctima, sino por la serie de reacciones emocionales, conflictos y cambios en la dinámica familiar que se hayan podido producir en sus miembros después de la revelación, bien sea por sentimientos ambivalentes hacia el agresor o hacia la víctima o contra ellos mismos con sentimientos de culpa al no haberse dado cuenta de lo que ocurría al interior del hogar desde un inicio, no haberlo reconocido a tiempo, haber estado sospechándolo y no haberlo detenido, no haber creído al niño con anterioridad o incluso no creer completamente todavía lo relatado por el menor.

Igualmente, en la víctima se pueden dar sentimientos ambivalentes hacia el agresor, sentir afecto y rechazo a la vez difíciles de entender o aceptar.

El trabajo con la familia tiene que ir encaminado a orientar el apoyo que le deben dar a la víctima y ayudar a la familia a salir de la crisis en que está inmersa, para recuperar nuevamente su funcionalidad.³⁸

1.3 Definición de términos

- **Abuso sexual:** se considera abuso sexual cuando un adulto o adolescente, utilizando su poder sobre el menor, lo incluye en actividades de tipo y contenido sexual, con o sin penetración.
- **Salud mental:** estado de bienestar físico, emocional y social.
- **Equipo terapéutico especializado:** equipo multidisciplinario conformado para dar atención terapéutica especializada en salud mental, para lograr el restablecimiento del paciente.
- **MAMIS especializado:** es el módulo para atención a niños y adolescentes maltratados que funciona en el Hospital Víctor Larco Herrera, conformado por un equipo multidisciplinario especializado en Salud Mental para atender los diferentes tipos de maltrato infantil, dado el daño emocional que se presenta en todos los tipos de maltrato. El MAMIS recibe los casos derivados de las Defensorías Municipales (DEMUNAS), del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, de Fiscalías y Juzgados, así como los casos de maltrato de difícil manejo

referidos de los hospitales generales. El equipo está conformado por un psiquiatra, un psicólogo, enfermera y trabajadora social, en el que se incluye de acuerdo al caso y necesidad terapéutica, también, al terapeuta físico, la profesora especializada en aprendizaje y la profesora especializada en lenguaje.



CAPÍTULO II: HIPÓTESIS Y VARIABLES

2.1 Formulación de hipótesis

No hay hipótesis, por tratarse de un estudio descriptivo.

2.2 Variables y su operacionalización

VARIABLE	DEFINICIÓN	TIPO VARIABLE SEGÚN NATURALEZA	INDICADOR	ESCALA MEDICIÓN	CATEGORÍA	VALOR CATEGORÍA	MEDIO DE VERIFICACIÓN
Sexo	Fenotipo desde nacimiento	Cualitativa	condición biológica referida por pac.	nominal	Varón mujer		Historia clínica
Edad	Tiempo de existencia desde nacimiento	Cuantitativa	Años cumplidos al realizar anamnesis	razón	Años	Pre-escolar (2-5 a) Escolar (6-11 a) Adolescente (12-17 a.)	Historia clínica
Procedencia	Lugar de residencia	cualitativa	Domicilio al realizar anamnesis	nominal	Distrito		Historia clínica
Tipo Abuso sexual	Maltrato al menor de contenido sexual	cualitativa	Relación filial o no entre agresor y víctima	nominal	Familiar No familiar		Historia clínica

VARIABLE	DEFINICIÓN	TIPO VARIABLE SEGÚN NATURALEZA	INDICADOR	ESCALA MEDICIÓN	CATEGORÍA	VALOR CATEGORÍA	MEDIO DE VERIFICACIÓN
Abuso sexual familiar	Abuso sexual causado por agresor vinculado filialmente al menor	cualitativo	Relación filial de agresor señalada en anamnesis	nominal	Padre Padrastrro Hermano, Tío Abuelo Cuñado		Historia clínica
Abuso Sexual no familiar	Abuso sexual causado por agresor sin vínculo filial al menor	cualitativo	Relación de agresor con víctima señalada en anamnesis	nominal	Conocido desconocido		Historia clínica
Patología Psiquiátrica	Síntomas clínicos que constituyen Criterios Diagnósticos de Trastornos psiquiátricos	cualitativo	Diagnóstico realizado por psiquiatra, médico tratante	nominal	Trastorno psiquiátrico		Historia clínica

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1 Diseño metodológico:

El estudio es cuantitativo, observacional, descriptivo, retrospectivo de corte transversal. El diseño es no experimental.

3.2 Diseño muestral

Población

Se trabajó con una población muestral de pacientes que acudieron a la consulta externa de niños y adolescentes del Hospital Víctor Larco Herrera con diagnóstico de abuso sexual entre los años 2014 y 2015.

Criterios de selección

- Criterios de inclusión: niños y adolescentes menores de 18 años que acudieron por iniciativa del familiar o referidos de otras instituciones como Defensorías Municipales (DEMUNAS), Ministerio de la Mujer, Fiscalías o Juzgados.
- Criterios de exclusión: pacientes con historias clínicas incompletas.

3.3 Procedimiento de recolección de datos

- Se procedió a la revisión de las historias clínicas de la población seleccionada, se revisaron las evaluaciones y recomendaciones del médico tratante, del personal de psicología, del personal de servicio social, todos ellos miembros del equipo terapéutico multidisciplinario.

- Se procedió a la revisión de las fichas del MAMIS (Módulo de atención a los casos de maltrato infantil del sector salud), para obtención de datos adicionales que no se habían consignado en las historias clínicas.
- Se procedió al llenado de la ficha de recolección de datos.
- Se hizo uso de un programa estadístico para el vaciado de la información

3.4 Procesamiento y análisis de datos

Se hizo uso del paquete estadístico SPSS v23 y una PC 16. La data se presenta haciendo uso de estadística descriptiva.

3.5 Aspectos éticos

La investigación empleó técnicas y métodos de investigación documental, sin realizar intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, psicológicas o sociales de las personas que participaron en el estudio. Se respetó el derecho a la confidencialidad, y se protegió la privacidad de las personas, a quienes no se identificó.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS

Tabla 1. Abuso sexual en la consulta externa de niños y adolescentes según sexo en el Hospital Víctor Larco Herrera 2014-2015

Sexo	Frecuencia	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Femenino	28	65,11	65,11
Masculino	15	34,88	100,00
Total	43	100,00	

En la consulta externa de niños y adolescentes del Hospital Víctor Larco Herrera la mayor frecuencia de abusados sexualmente en el período 2014-2015 correspondió al sexo femenino (65,11%, 28/43), con una frecuencia que casi duplicó los casos que se presentaron en varones

Tabla 2. Abuso sexual en la consulta externa de niños y adolescentes según grupo etario en el Hospital Víctor Larco Herrera 2014-2015

Grupo Etario (Edades)	Frecuencia	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Pre.Escolar (2-5 años)	06	13,95	13,95
Escolar (6-11 años)	17	39,53	53,48
Adolescente (12 -17 años)	20	46,51	100,00
Total	43	100,00	

En la consulta externa de niños y adolescentes del Hospital Víctor Larco Herrera en el período 2014-2015 el primer lugar de frecuencia de abuso sexual se presentó en el grupo correspondiente a los adolescentes entre 12 a 17 años de edad (46,51%, 20/43).

Tabla 3. Abuso sexual en la consulta externa de niños y adolescentes según procedencia en el Hospital Víctor Larco Herrera 2014-2015

Procedencia	Frecuencia	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Chorrillos	07	16,27	16,27
Magdalena	06	13,95	30,22
Surquillo	05	11,62	41,84
Callao	04	9,30	51,14
Surco	03	6,97	58,11
Villa El Salvador	03	6,97	65,08
Jesús María	02	4,65	69,73
San Miguel	02	4,65	74,38
Otros (*)	11	25,58	100,00
Total	43	100,00	

(*) En Otros se han agrupado 11 casos de 11 Distritos.

Habiéndose dado un caso en cada uno de los siguientes 11 distritos: :Villa María del Triunfo, San Juan de Miraflores, San Juan de Lurigancho, Bellavista, La Perla, Ventanilla, Cercado, La Victoria, Barranco, Pueblo Libre, San Borja.

En la consulta externa de niños y adolescentes del Hospital Víctor Larco Herrera, la mayor frecuencia de abuso sexual en el período 2014-2015 correspondió al distrito de Chorrillos (16,27%, 07/43).

Se observó que los cuatro primeros lugares de procedencia hallados fueron, en orden decreciente: Chorrillos, Magdalena, Surquillo y Callao

Tabla 4. Abuso sexual en la consulta externa de niños y adolescentes según tipo de abuso sexual en el Hospital Víctor Larco Herrera 2014-2015

Tipo de abuso sexual	Frecuencia	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Intrafamiliar	30	69,76	69,76
Extrafamiliar	13	30,23	100,00
Total	43	100,00	

En la consulta externa de niños y adolescentes del Hospital Víctor Larco Herrera, la mayor frecuencia de tipo de abuso sexual en el período 2014-2015 correspondió al abuso sexual intrafamiliar (69,76%, 30/43) que es poco más del doble que los casos de abuso sexual extrafamiliar.

Tabla 5. Abuso sexual intrafamiliar en la consulta externa de niños y adolescentes según relación filial con el agresor en el Hospital Víctor Larco Herrera 2014-2015

Relación Filial de Agresor	Frecuencia	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Padre	14	46,66	46,66
Madre	01	3,33	49,99
Padrastro	06	20,00	69,99
Hermano	01	3,33	73,32
Tío	05	16,66	89,98
Primo	03	10,00	100,00
Total	30	100,00	

En la consulta externa de niños y adolescentes del Hospital Víctor Larco Herrera, la mayor frecuencia en cuanto a la relación filial del agresor de abuso sexual intrafamiliar en el período 2014-2015 correspondió al padre (46,66%, 14/30) seguido en segundo lugar por el padrastro (20%, 06/30).

Tabla 6. Abuso sexual extrafamiliar en la consulta externa de niños y adolescentes según tipo de agresor en el Hospital Víctor Larco Herrera 2014-2015

Tipo de agresor	Frecuencia	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Conocido	09	69,23	69,23
Desconocido	04	30,76	100,00
Total	13	100,00	

En la consulta externa de niños y adolescentes del Hospital Víctor Larco Herrera, la mayor frecuencia en cuanto al agresor de abuso sexual extrafamiliar en el periodo 2014-2015 correspondió al tipo de agresor conocido (69,23%,09/13), que es un poco más del doble que los casos de agresores desconocidos.

Tabla 7. Abuso sexual en la consulta externa de niños y adolescentes según diagnóstico psiquiátrico en el Hospital Víctor Larco Herrera . 2014-2015

Diagnóstico Psiquiátrico	(CIE 10)	Frecuencia	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
T.de emociones	(F93.8)	11	25,58	25,58
Depresión	(F32.0)	08	18,60	44,18
T.estrés post.	(F43.1)	06	13,95	58,13
T. ansiedad mixto	(F41.2)	05	11,62	69,75
Enuresis	(F98.0)	04	9,30	79,05
T.comportamiento	(F94.8)	03	6,97	86,02
T.oposicionista d.	(F91.3)	02	4,65	90,67
T.disocial	(F91.0)	02	4,65	95,32
T. psicótico agudo	(F23.0)	01	2,32	97,64
T. comportamiento por consumo	(F19.0)	01	2,32	100,00
Total		43	100,00	

Se tiene la codificación de los Trastornos psiquiátricos, entre paréntesis de acuerdo a la Clasificación CIE 10 (OMS).

En la consulta externa de niños y adolescentes en el Hospital Víctor Larco Herrera el diagnóstico psiquiátrico de mayor frecuencia entre las víctimas de abuso sexual en el período 2014-2015, correspondió a Trastornos de las emociones de comienzo en la infancia con ansiedad y tristeza (F93.8), (25,58%, 11/43) seguido por los siguientes trastornos: según orden de frecuencia:

- Trastornos depresivos (F32.0), (18,60%,08/43).
- Trastorno por estrés postraumático (F43.1), (13,95%, 06/43)
- Trastorno de ansiedad mixto con ansiedad y depresión (F41.2), (11,62%, 05/43).
- Trastorno de la eliminación: enuresis (F98.0), (9,30%, 04/43).
- Trastornos del comportamiento social de inicio en la infancia y adolescencia (F94.8), (6,97%, 03/43).
- Trastorno oposicionista desafiante (F91.3), (4,65%, 02/43).
- Trastorno disocial (F91.0), (4,65%, 02/43)
- Trastorno psicótico agudo (F23.0), (2,32%, 01/43).
- Trastorno del comportamiento debido a consumo de múltiples drogas (F19.0), (2,32%, 01/43).

Tabla 8. Abuso sexual en la consulta externa de niños y adolescentes según familiar derivado a la consulta de adultos en el Hospital Víctor Larco Herrera 2014-2015

Familiar derivado	Frecuencia	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Derivado	19	44,18	44,18
No Derivado	24	55,81	100,00
Total	43	100,00	

En la consulta externa de niños y adolescentes del Hospital Víctor Larco Herrera, la mayor frecuencia de familiares de víctimas de abuso sexual en el período 2014-2015 correspondió a No Derivado a la Consulta de Adultos para tratamiento (55,81%, 24/43).

Tabla 9. Maltrato Infantil tipo abuso sexual en la consulta externa de niños y adolescentes en el Hospital Víctor Larco Herrera 2014-2015

Maltrato Infantil	Frecuencia	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Maltrato tipo abuso sexual	43	12,01	12,01
Otros tipos de Maltrato	315	87,98	100,00
Total	358	100,00	

En la consulta externa de niños y adolescentes del Hospital Víctor Larco Herrera, se halló que el abuso sexual correspondió al 12,01%, (43/358) de los casos de maltrato infantil atendidos en el período 2014-2015.

CAPÍTULO V: DISCUSIÓN

De los resultados obtenidos se observa que de los casos estudiados de abuso sexual en la consulta externa de niños y adolescentes del Hospital Víctor Larco Herrera, en el período 2014-2015, la mayor frecuencia de abuso correspondió al sexo femenino (65,11%, 28/43), con una frecuencia que casi duplicó los casos que se presentaron en varones (34,88%, 15/43) lo cual coincide con lo señalado en la literatura y lo encontrado en otros estudios revisados, en que se encuentra que si bien es cierto que el abuso sexual se puede dar tanto en niñas como en niños, el mayor porcentaje se presenta en las primeras, siendo el factor sexo un factor de riesgo a tomar en cuenta respecto a la incidencia.^{5,6,7,26}

En cuanto a la edad, se encontró que el primer lugar de frecuencia de los casos de abuso sexual estaba en el rango entre 12 a 17 años de edad con 46,51% de frecuencia (20/43 casos) correspondiente al grupo de adolescentes. El segundo lugar se halló en el rango entre 6 a 11 años de edad, grupo escolar con 39,53% de frecuencia (17/43 casos), y en tercer lugar el rango entre 2 a 5 años de edad, grupo pre-escolar con 13,95% de frecuencia (6/43 casos). En los estudios de investigación revisados, se tiene que la mayor frecuencia de abuso sexual es alrededor de los 12 años mientras que otros señalan 10 años a más, y que la penetración se da más frecuentemente en las víctimas de mayor edad.^{6,7,9}

Respecto a la procedencia de los casos de abuso sexual, el primer lugar correspondió al distrito de Chorrillos (16,27%, 07/43); el segundo lugar, al distrito de Magdalena con 13,95% de frecuencia, el tercer lugar, a Surquillo con 11,62%, el cuarto lugar al Callao con 9,30 % de frecuencia, el quinto lugar a Surco y Villa El Salvador cada uno con 6,97% de frecuencia, el sexto lugar Jesús María y San Miguel cada uno con 4,65 % de frecuencia y el séptimo lugar correspondió a 11 distritos con 1,32 % de frecuencia cada uno (1 caso en cada uno de ellos). Estos once distritos son: Villa María del Triunfo, San Juan de Miraflores, San Juan de Lurigancho, Bellavista, La Perla, Ventanilla, Cercado, La Victoria, Barranco, Pueblo Libre y San Borja.

Si bien es cierto que el abuso sexual se puede dar en cualquier estrato socioeconómico, para el abuso sexual intrafamiliar, en los diferentes estudios al respecto, se señalan con mayor énfasis factores de riesgo como el nivel socioeconómico bajo, la pobreza, factores de hacinamiento en la vivienda, consumo de alcohol y violencia intrafamiliar. En las historias clínicas revisadas, solo se menciona el dato procedencia distrital, sin precisar muchas veces si provienen de pueblos jóvenes o asentamientos humanos. En todo caso, los cuatro primeros distritos en que se encontró la mayor frecuencia, como son Chorrillos, Magdalena, Surquillo y Callao están habitados por una población de condición económica mayormente media y pobre con zonas de suburbios presentes en ellos. Es pertinente, mencionar que la población característica que acude por atención médica al hospital, es en su gran mayoría de condición pobre. No se hallaron casos procedentes del cono Norte u otras zonas como La Molina, Huaycán, Vitarte o Chosica, a pesar que el hospital Larco Herrera

tiene influencia y ámbito nacional que le permite recepcionar pacientes procedentes de cualquier parte del país; sin embargo, en la práctica diaria, se observa que la población del departamento de Lima acude para atención siguiendo una sectorización geográfica basada en la cercanía al hospital, por lo que llegan al hospital mayormente desde los distritos aledaños, Callao y cono Sur, lo cual se ha visto reflejado en las estadísticas encontradas.^{6,12,28}

Los resultados obtenidos mostraron que de los casos de abuso sexual que acuden para atención a la consulta externa de niños y adolescentes correspondían mayormente a casos de abuso sexual intrafamiliar (frecuencia 69,76%, 30/43 casos) siendo poco más del doble que los casos de abuso sexual extrafamiliar (frecuencia 30,23%, 13/43 casos). Estos resultados coinciden con lo que se ha encontrado en estudios realizados en otros países a nivel mundial; el abuso sexual en niños se da más frecuentemente en el hogar, no fuera de él, con personas cercanas, conocidas, como son muchas veces sus propios familiares, quienes no solo tienen a estos niños a su alcance sino que además ejercen roles de poder sobre ellos, incluso es encubierto, en algunos casos, por los otros adultos del grupo familiar.^{9,10,26,34}

Los resultados mostraron que la relación filial del agresor con la víctima más frecuentemente hallada en los casos de abuso sexual intrafamiliar fue la del padre con 46,66% de frecuencia (14/30 casos) seguido en segundo lugar por el padrastro, con 20% de frecuencia (6/30 casos). En tercer lugar, el tío con 16,66% de frecuencia (5/30 casos), en cuarto lugar el primo con 10%% de

frecuencia (3/30 casos), en quinto lugar se halló que el hermano y madre obtuvieron un 3,33% de frecuencia cada uno (1/30 casos). Estos resultados llegan a coincidir con otros estudios realizados al respecto, donde el padre se constituye como el principal agresor, padre o tutor seguido por el padrastro y que, además, el abuso se puede dar en forma continua durante varios años hasta que la víctima tenga la edad suficiente para oponerse al agresor, para develar o salir de ese hogar. En este estudio, se encontró un caso de abuso sexual intrafamiliar con más de un agresor, eran el padre, el hermano y el tío, donde la develación había ocurrido alrededor de los 14 años de edad de la víctima.^{1,8,13}

En los casos de abuso sexual extrafamiliar, se halló que mayormente el agresor era un conocido con 69,23% de frecuencia, (9/13 casos), fue un poco más del doble que los casos de agresores desconocidos a los que correspondió 30,76% de frecuencia (4/13 casos). Esto coincide también con lo revisado en otros estudios que señalan que el abuso sexual en niños y adolescentes es perpetrado en primer lugar por familiares y, en segundo lugar, por conocidos de la víctima como el vecino, el amigo, el maestro o el sacerdote entre otros y, en último lugar, los agresores encontrados eran desconocidos.^{26,34}

En la consulta externa de niños y adolescente del Hospital Víctor Larco Herrera, en el período 2014-2015, el diagnóstico psiquiátrico más frecuentemente encontrado entre las víctimas de abuso sexual fue el trastorno

de las emociones de inicio en la infancia y adolescencia con ansiedad y tristeza (código CIE 10: F93.8)⁴⁰ con 25,58% (11/43 casos), seguido en segundo lugar por los trastornos depresivos (F32.0) con 18,60% de frecuencia (08/43 casos); en tercer lugar los trastornos por estrés postraumático (F43.1) con 13,95% de frecuencia (06/43 casos), en cuarto lugar se hallaron los trastornos mixtos de ansiedad con ansiedad y depresión (F41.0) con 11,62% de frecuencia (05/43 casos); en quinto lugar se halló enuresis (F98.0) con 9,30% de frecuencia (04/43 casos). El sexto lugar correspondió a los trastornos del comportamiento social de inicio en la infancia y adolescencia (F94.8) con 6,97% de frecuencia (03/43 casos), el séptimo lugar fue para el trastorno oposicionista desafiante (F91.3) con 4,65% de frecuencia (02/43 casos), el octavo lugar fue para el trastorno disocial (F91.0) con 4,65% de frecuencia (02/43 casos) y, el noveno lugar correspondió al trastorno psicótico agudo (F23.0) con 2,32% de frecuencia (01/43 casos), también en el noveno lugar se ubicó al trastorno del comportamiento debido a consumo de múltiples drogas (F19.0) con 2,32% de frecuencia (01/43 casos).

Según los estudios revisados y lo encontrado en el presente trabajo, las consecuencias psicopatológicas del abuso sexual en niños y adolescentes son múltiples afectándolos emocionalmente, dañando su salud mental y expresándose en una diversidad de patología psiquiátrica, encabezadas por los trastornos emocionales y del estado de ánimo. En la mayoría de estudios, se menciona en primer lugar al trastorno por estrés postraumático y también a la depresión como los trastornos más frecuentes de presentación en víctimas de abuso sexual. En el presente estudio, se les encontró en tercer y segundo

lugar, respectivamente. También hay estudios que señalan hallazgos de pacientes con consumo de sustancias psicoactivas, en quienes, se encontraron antecedentes de abuso sexual infantil. En el presente trabajo, este diagnóstico se encontró presente en el noveno lugar de frecuencia.^{18-20,33-35}

El principal objetivo del presente estudio fue encontrar la necesidad de dar atención psiquiátrica al familiar responsable que acompaña a la víctima de abuso sexual. Para ello se verificó en cada caso si el familiar había sido derivado a la consulta de adultos para su tratamiento individual. Los resultados obtenidos fueron, que la mayoría de familiares no fue derivado para tratamiento con una frecuencia de 55.81% (24/43 casos), ligeramente mayor que los que sí fueron derivados con 44.18% de frecuencia (19/43 casos) que ocuparon el segundo lugar. Es conveniente señalar que la mayoría de los casos de abuso sexual que acuden para atención al hospital Víctor Larco Herrera son enviados por las DEMUNAS (Defensorías Municipales) del Ministerio de la Mujer o por orden de la Fiscalía o Juzgados. Estos son hechos denunciados que se encuentran inmersos en procesos judiciales, y que al amparo de la Ley de Protección frente a la Violencia Familiar, tienen la gratuidad de la atención para la víctima. Por ello, se tiene que las constancias de atención, evaluaciones, informes e historias clínicas pueden ser solicitadas por estas autoridades cuando lo dispongan y se requieran en el proceso judicial. Es necesario conocer esa situación ya que, durante el estudio, se obtuvo la información de casos que requiriendo la derivación del familiar, esta no se llegó a dar por resistencia del mismo familiar, quien por recomendación de su abogado

argumentaba, que en la historia no podía figurar su derivación a psiquiatría , la cual al ser detectada por el Juez , lo llevaría a asumir que el tutor de la víctima por requerir una atención psiquiátrica, no estaría en condiciones de hacerse cargo del menor, por lo que se le incapacitaría legalmente, con lo cual le podría quitar la custodia de su niño(a) para trasladarlo a un albergue y que sea tutelado por el Estado. En otros casos, los familiares mencionaban no poder acudir a tratamiento por falta de medios económicos para pagar consultas y medicinas. Al respecto, los estudios de los últimos años apuntan con más fuerza a que no solo se debe dar tratamiento especializado a la víctima, sino también a la familia, en procura de mejorar el apoyo que debe tener la víctima en todo momento. La familia debe constituirse como soporte terapéutico del menor víctima de abuso sexual, en forma adecuada. Para lo cual, es importante, atender la afectación emocional individual en el familiar responsable del niño, especialmente en los casos de abuso sexual intrafamiliar, en que el tratamiento en muchos casos debe, incluso, dirigirse a toda la familia afectada. Ello, permitiría mejorar el pronóstico del tratamiento del menor..^{9,13,25-}

27

Finalmente, se obtuvo la prevalencia del abuso sexual sobre los otros tipos de maltrato infantil que llegaron a la consulta de niños. Se encontró que el abuso sexual representó un 12.01% (43/358 casos) de todos los casos de maltrato infantil que se atendieron en el período 2014-2015, en el Hospital Víctor Larco Herrera. En los estudios revisados sobre abuso sexual, no se ha hallado alguno que señale prevalencia del abuso sobre los demás tipos de maltrato, pero se

menciona en varios de ellos que el maltrato físico y el maltrato emocional son los que más frecuentemente se presentan en la población infantil. De una revisión de estudios realizados a nivel mundial entre los años 1946 al 2011, sobre prevalencia del abuso sexual infantil en la población general, se señalan datos de prevalencia de abuso sexual con cifras de 18,95% en mujeres y 9,7% en varones y, se menciona que el abuso sexual en la población se presentaría en una de cada cinco mujeres y en uno de cada diez varones.^{1,41}



CONCLUSIONES

La prevalencia del abuso sexual intrafamiliar que llegó a la consulta de niños fue 69,76%, porcentaje significativo frente al 30,23% de los casos de abuso sexual extrafamiliar que se atendieron en el período 2014-2015.

En el abuso sexual intrafamiliar el mayor agresor fue el padre con 46,66% de frecuencia, seguido en segundo lugar por el padrastro con 20%.

En cuanto a las características epidemiológicas del menor víctima de abuso sexual, se encontró que la mayor frecuencia en cuanto a la variable sexo se presentó en el sexo femenino con 65,11 %, en cuanto a la edad fue más frecuente en el grupo adolescente (edades entre 12-17 años) con una frecuencia de 46,51%, seguido en segundo lugar por el grupo escolar (de 6 a 11 años) con 39,53%. En cuanto a la procedencia, se encontró que los cuatro primeros lugares de procedencia fueron Chorrillos (16,27%), Magdalena (13,95%), Surquillo (11,62%) y Callao (9,30%) al sumar los porcentajes de estos cuatro distritos se obtiene 51,14 % de frecuencia frente al resto de otros 20 distritos donde residían los menores.

Como consecuencia del abuso sexual, se presentaron una diversidad de trastornos psiquiátricos en las víctimas, se encontraron 10 diferentes trastornos como diagnóstico psiquiátrico, el más frecuente fue el trastorno de emociones con ansiedad de inicio en la infancia y adolescencia con 11% de frecuencia, seguido, en segundo lugar, por la depresión con 8%.

La frecuencia con la que los miembros del equipo terapéutico multidisciplinario derivaron al familiar del menor a la consulta de psiquiatría de adultos fue 44,18%, con ello correspondió al segundo lugar de frecuencia. Estadísticamente, la mayoría de los familiares no son derivados para atención psiquiátrica (55,81%).

De acuerdo a la revisión de los casos y a la información obtenida de los miembros del equipo multidisciplinario, existe la necesidad de derivar al familiar acompañante de la víctima, que generalmente es la madre, a la consulta de psiquiatría de adultos, aunque ello no se evidencia totalmente en las estadísticas obtenidas, ya que por una situación de temor ante las consecuencias legales, las madres prefirieron no ser enviadas a la atención solicitando al profesional que la derivación no figure en la historia clínica, para no perjudicarlas. Y en otros casos, también se negaron a ser derivadas ante las dificultades económicas y falta de recursos para solventar su tratamiento (pago de consulta y medicinas) priorizando sus gastos para la atención de las necesidades primarias de su núcleo familiar. Faltó, también la concientización del profesional respecto a la necesidad ineludible de la intervención terapéutica en los familiares, para que una vez reconstituidos en su salud mental sean capaces de ser un soporte adecuado para el menor víctima de abuso sexual. Se mejoraría así, el pronóstico de la intervención especializada que se realice por parte del equipo terapéutico multidisciplinario.

RECOMENDACIONES

Se deben realizar más estudios respecto al abuso sexual en niños, estudiar otras variables de importancia, como son el tipo de familia del menor víctima de abuso sexual y características psicopatológicas del familiar agresor, así como sus antecedentes para los casos de abuso sexual intrafamiliar, con la finalidad de ayudar a realizar mejores estrategias de prevención e intervención en los casos de abuso sexual.

Mayor concientización entre los profesionales que atienden estos casos para la intervención terapéutica en la familia para la atención y tratamiento a la madre, que por lo general es la acompañante de la víctima, quien también requiere soporte emocional para apoyar mejor al menor y acompañarlo en todo el proceso terapéutico.

Mayor información a las autoridades judiciales respecto a esta necesidad de tratamiento a la familia, y específicamente al familiar responsable y acompañante del menor, para que así como se viene disponiendo el tratamiento gratuito para el menor, se disponga de igual forma para el familiar.

Estudio ampliado para los casos de abuso sexual que requieren atención psiquiátrica y llegan a las tres instituciones psiquiátricas de Lima, como son el Hospital Hermilio Valdizán, Hospital Víctor Larco Herrera y el Instituto de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi, para tener así, una mayor cobertura de casos y posibilidad de análisis comparativos en cuanto al entorno y las características de las víctimas de abuso sexual que acuden a ellas.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1.- Fuentes G. Abuso Sexual Infantil Intrafamiliar [Tesis Lic.]. Universidad Nacional de Tucumán- Facultad de Filosofía y Letras .Año 2011.

2.- Cabana B. Maltrato Infantil. Tipos, causa y consecuencias-Año 2014. [consultado 03 de mayo 2017] disponible en [https://www.lifeder.com/maltrato infantil](https://www.lifeder.com/maltrato-infantil).

3.- OPS, OMS. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Año 2003.

4.- Instituto Nacional de Estadística e Informática. Evolución de la Pobreza Monetaria 2009-2015, Informe Técnico. Perú.

5.- Martín V, Loredó-Abdalá A., Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado- Instituto Nacional de Pediatría, Universidad Nacional Autónoma de México. Estado de nutrición en niños víctimas de abuso físico y de abuso sexual. Rev. Investigación Clínica, noviembre–diciembre 2010, Vol. 62, Núm. 6: 524-531.

6.- Aguilar A., Salcedo M. Caracterización de la violencia sexual en adolescentes de 10 a 19 años, 2001-2003, Cali. Rev. Colombia Médica año de publicación: 2008, Vol. 39 N° 4:356-63.

7.- Pereda N., Forns M. Prevalencia y características del abuso sexual infantil en estudiantes universitarios españoles. Child Abuse & Neglect, 2007; Vol.31:.417-426 .Barcelona España [consultado 03 de mayo 2017]

Disponible en:

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0145213407000695>

8.- De Oliveira N., Galluzzi da Silva B., Tavares M. Estudio da incidencia de abuso sexual contra crianças no Rio de Janeiro, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, agosto 2007; 23(8) [consultado 03 de mayo 2017]

Disponible en: [http](http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0145213407000695)

9.- Sainz de la Maza V., et al. Abuso sexual infantil. Características de las consultas y manejo desde el servicio de urgencias Sant Joan de Déu. Universitat.Rev. Emergencias 2008; 20: 173-178. Barcelona, España.

[consultado 03 de mayo 2017] disponible en:

https://www.researchgate.net/publication/28221084_Abuso_sexual_infantil_caracteristicas_de_las_consultas_y_manejo_desde_el_servicio_de_urgencias

10.- Gallego C. Historia de abuso sexual y su relación con depresión, autoestima y consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de media vocacional del municipio de Caldas Antioquia, Colombia. 2007. Rev. CES Medicina, enero-junio 2008; Volumen 22 No.1:17-27.

[consultado 03 de mayo 2017] disponible en:

<http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/3896/1/4.pdf>

11.- Chavez R. Factores del abuso sexual en la niñez y la adolescencia en estudiantes de Morelos, México. Rev Saúde Pública 2009;43 (3):506-14.

[consultado 10 de mayo 2017]

Disponible en: <http://www.scielo.org/pdf/rsp/v43n3/177.pdf>

12.- Rivera L. Abuso físico y sexual durante la niñez y revictimización de las mujeres mexicanas durante la edad adulta. Rev. Salud pública de México 200; supl. 2., vol.48: 268-278. [consultado 10 de mayo 2017]

Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v48s2/31383.pdf>

13.- Pereda N. Víctimas de abuso sexual en la infancia. Víctimas de abuso sexual en la infancia. Child Abuse & Neglect 31 (2007):417–426.

[consultado 10 mayo 2017] disponible :

https://www.researchgate.net/profile/Noemi_Pereda/publication/28141419_Victimas_de_abuso_sexual_en_la_infancia_Estudio_descriptivo/links/0912f50bfb892e3c65000000.pdf

14.- Hernández S. Evaluando el conocimiento de menores de edad sobre drogas, alcohol, abuso sexual infantil, violencia intrafamiliar e infecciones de transmisión sexual: El caso de la escuela Estados Unidos de América. Rev. Medicina Legal de Costa Rica, setiembre 2010. ISSN vol. 27 (2):1409-0015.

[consultado 10 de mayo 2017]

Disponible en: <http://www.scielo.sa.cr/pdf/mlcr/v27n2/a03v27n2.pdf>

15.- Pelisolil C. Percepção de família em vítimas de abuso sexual intrafamiliar: estudo de caso Arquivos Brasileiros de Psicologia, 2007; vol 59 (2) :256-269.

[consultado 10 de mayo 2017]

Disponible en: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/arp/v59n2/v59n2a14.pdf>

16.- M. Quiceno J. Calidad de vida, resiliencia e ideación suicida en adolescentes víctimas de abuso sexual. Rev. Psicopatología y Psicología Clínica. 2013;Vol. 18 (2): 107-117. Bogotá Colombia, [consultado 10 mayo 2017]

Disponible en : http://revistas.uned.es/index.php/RPPC/article/view/12767/pdf_3

17.-. Pereda N Gallardo D Revisión sistemática de las consecuencias neurobiológicas del abuso sexual infantil. Rev.: Gaceta Sanitaria 2011; vol 25(3):233-239 [consultado 10 de mayo 2017]

Disponible: <http://www.gacetasanitaria.org/es/revision-sistemica-las-consecuencias-neurobiologicas/articulo/S0213911111000045/>

18.- Pereda N. Consecuencias psicológicas a largo plazo del abuso sexual infantil Rev.: Papeles del Psicólogo. 2010. Vol. 31(2):191-210. Universidad Barcelona, España [consultado 20 de mayo 2017]

Disponible en: <http://www.papelesdel psicologo.es/pdf/1846.pdf>

19.- Pereda N. Consecuencias psicológicas iniciales del abuso sexual infantil Rev. Papeles del Psicólogo 2009. Vol. 30(2):135-144. Universidad de Barcelona, España.[consultado 20 de mayo 2017]

Disponible en: <http://www.papelesdel psicologo.es/pdf/1702.pdf>

20.- Rodríguez Y. Consecuencias psicológicas del abuso sexual infantil Rev. Eureka, año 2012 volumen 9(1):58-68. [consultado 20 de mayo 2017]

Disponible en: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/eureka/v9n1/a07.pdf>

21.- Batista Y. Presencia del maltrato y abuso sexual en el hogar de estudiantes de secundaria en tres colegios públicos de la ciudad de Santa Marta – Magdalena- Colombia. Rev.: Duazary 2013 No. 1: 67-72.

[consultado 20 de mayo 2017]

Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4730398.pdf>

22.- Williams L. El trauma de la niñez predice la respuesta antidepresiva en adultos con depresión mayor: datos del estudio aleatorio internacional Estudio para predecir el tratamiento optimizado para la depresión. Rev.Translational Psychiatry 2016, 12(3):1-7. [consultado 20 de mayo 2017]

Disponible en:<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27138798>

23.- Mandelli L. El papel del trauma temprano específico en la depresión del adulto: Un metanálisis de la literatura publicada. Trauma infantil y depresión en adultos. Rev.European Psychiatry. 2015, 36(3):1-16.

[consultado 20 mayo 2017]

Disponible :[http://www.europsy-journal.com/article/S0924-9338\(15\)00094-2/abstract](http://www.europsy-journal.com/article/S0924-9338(15)00094-2/abstract)

24.- Iverson K. Las creencias relacionadas con el trauma de los supervivientes de violación antes y después de terapia de procesamiento: Asociaciones con PTSD y síntomas de depresión. Rev. Behaviour Research and Therapy 66 (2015): 49-55. Boston University School of Medicine, Boston, MA, USA. [consultado 20 mayo 2017]

Disponible en:<http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2015.01.002>

25.- De Carvalho R. Abuso sexual y Resiliencia: enfrentando las adversidades. Revista Mal Estar e Subjetividade, 2011; vol. 11 N° 2:727-750.

26.-Arredondo V. Develación del abuso sexual en niños y niñas atendidos en la Corporación Pacaibi. Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales Niñez, y Juventud 2016.vol 14 (1): 385-399.

27.- Quiroz A, Peñaranda F. Significado y respuestas de las madres al abuso sexual de sus hijas(os). Rev. Latinoamericana de Ciencias Sociales Niñez y Juventud, 2009. 7 (2):1027-1053.

28- Castro J. Niñas, Niños y Adolescentes, Exclusión y desarrollo psicosocial. Perú. Ifejant. 1ª edición.2001

29.- Ministerio de Salud del Perú. Violencia Familiar y Maltrato Infantil, situación de la violencia familiar en el Perú. Año 2000.

30.-.- American Psychiatric Association.. Guía de consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-5ª.edit. Año 2014

31.- Ministerio de Salud del Perú. Cuaderno de Promoción de la Salud N° 3. Incesto y Abuso sexual infantil, un Enfoque desde la Psicología Preventiva. Mayo 2003.

32.- Sánchez L, Pérez L. Ayudando a nuestros Niños. Una Guía para el apoyo a padres y madres de niñas(os) que han sido abusados sexualmente. .Promudeh, Unicef. Año 1999

33.- Echeburúa E, Guerrica C. Violencia contra los Niños. Editorial Barcelona, Ariel 3ª edición, año 2005: 94.

34.- PASA . Programa de Aprendizaje en Sexualidad y Afectividad de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile [consultada 20 de mayo 2017]

Disponible en: [www.pasa.cl/wp-content/upload/2011/08. El Abuso Sexual Infantil.doc](http://www.pasa.cl/wp-content/upload/2011/08.El_Abuso_Sexual_Infantil.doc)

35.- Peroni G, Prato J. Aportes para la Intervencion en Maltrato y Abuso Sexual Infantil. UNICEF Uruguay.Abril 2012: 31. Cooperativa Andenes.

36.-San Martin J. Violencia contra los niños.capitulo IV pag.86, Barcelona Editorial Ariel, 3ª edición 2005

37.- Balta S, Moreno P. Abuso Sexual Infantil. Cuestiones relevantes para el tratamiento en la Justicia pag 112. Unicef Uruguay. 1ªedición, Octubre 2015

38.- Horno P. Abuso Sexual Infantil, Manual de formación para profesionales. Save The Children.pag 176. 1ªedición Noviembre 2001

39.- Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional de Enfermedades, décima revisión (CIE-10), edición 2003

[consultado 20 de mayo 2017]

Disponible en: <http://ais.paho.org/classificatios/chapters/pdf/volume2.pdf>

40.- Losada A. Epidemiología del abuso sexual infantil., Argentina. Rev. .de Psicología GEPU (Grupo estudiantil profesional de Psicología Univalle) ISSN 2145-6569, junio 2012, vol.3 (1):201-229.

41.- Perales P. Maltrato físico y abuso sexual: sus consecuencias psicopatológicas. Rev. Psiquiatría Clínica, 1994. 31(1):45-56..

42.- Echeburúa E., Guerrica C. Tratamiento psicológico de las víctimas de abuso sexual infantil intrafamiliar: un enfoque integrador. Rev. Psicología Conductual 2011; vol 19 (2):469-486 [consultado 20 de mayo 2017]

Disponible: <https://www.enu.eus/echeburua/pdfs/as.pdf>

43.- Cantón D, Cortés R. Consecuencias del abuso sexual infantil: una revisión de las variables intervinientes. mayo-agosto 2015 Rev. Anales de Psicología 31 (2):607-614.

44.- Ballard E. Las clases latentes de exposición al trauma en la niñez predicen el desarrollo de resultados de salud conductual en la Adolescencia y adultez. Rev. Psychological Medicine (2015), 45: 3305–3316. EE.UU. [consultado 20 de mayo 2017]

Disponible en: <https://doi.org/10.1017/S0033291715001300>.

45.- Pandina G. Impacto del autoreporte de abuso juvenil sobre el resultado de tratamiento en pacientes con Trastorno depresivo mayor. Año 2004-2005 Rev. Journal of Forensic Nursing 2013:129-136. [acceso 20 de mayo 2017]

Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2013.01.053>

46.- Ventosa M., Navarro R. Perfil clínico e intervención en salud mental con mujeres supervivientes a abuso sexual infantil intrafamiliar (incesto) Rev. Mujer y Salud Mental 2007; vol 14(4):153-62. [consultado 20 de mayo 2017]

Disponible en:

<https://www.google.com.pe/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwjgycLBsvrRAhXDvxQKHdtbAfkQFggYMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.elsevier.es%2Fes-revista-psiquiatria-biologica-46-pdf-13110389-S300&usq=AFQjCNFgy5u68KOLhkEbhGEjU7TXwZ6phg&bvm=bv.146094739,d.eWE&cad=rja>

ANEXO



Anexo 1: Instrumento de recolección de datos

Ficha de recolección de datos

N.º registro-----

a.- Sexo:

Masculino ()

Femenino ()

b.- Edad:

Pre-escolar (2-5 años) -----()

Escolar (6-11 año)----- ()

Adolescente (12 a 17 años) ----()

c.- Procedencia: -----

d.- Acompañante (grado de parentesco): -----

e.- Referido por (institución que refiere): -----

f.- Tipo de maltrato: -----

g.- Tipo de abuso sexual:

Abuso sexual intrafamiliar ()

Abuso sexual extrafamiliar ()

h.- Relación filial con agresor :

Padre ()

Madre ()

Padrastro ()

Hermano ()

Tío ()

Primo ()

Abuelo ()

i.- Abuso sexual extrafamiliar:

Agresor conocido ()

Agresor desconocido ()

j.- Diagnóstico psiquiátrico de víctima: -----

k.- Familiar del menor derivado a consulta de psiquiatría de adultos:

Si ()

No ()