

Características epidemiológicas, consecuencias físicas y emocionales a corto y largo plazo en niños de 4 a 15 años con sospecha de abuso sexual. Hospital del Niño. Panamá 2009 al 2011.

Autores: Dra. Vanessa Vernaza *
Dra. Evelyn Castillo **
Dra. Graciela Agámez **
Dra. Margarita Castro ***
Dr. Carlos Ríos ****

Recibido para publicación: 20 de agosto 2013

Aceptado para publicación: 5 de septiembre 2013

Resumen

El abuso sexual se refiere a las conductas sexuales coercitivas, impuestas a una persona menor de edad, por otra persona, que puede ser físicamente superior, con más experiencia y recursos, que utiliza incorrectamente su poder o autoridad. Es un hecho significativo que cada día emerge con más fuerza e involucra la vulneración de los derechos humanos. Por esta razón ante el creciente interés en el tema a nivel mundial, ante las devastadoras consecuencias sobre el niño, su entorno, salud física, emocional y posterior desempeño escolar y social, hemos decidido abordarlo.

Objetivo: Identificar las características sociodemográficas, consecuencias físicas en niños de 4 a 15 años con sospecha de abuso sexual, atendidos en el Hospital del Niño entre los años 2009 al 2011 y determinar si existe relación a corto y largo plazo entre la agresión y alteraciones psicoemocionales.

Metodología: Se realizó un estudio en dos fases: La primera fase un estudio descriptivo retrospectivo simple y la segunda fase, analítica de seguimiento, en un periodo de 18 a 24 meses posterior a sufrir agresión sexual, de los casos referidos a los Juzgados de Niñez y Adolescencia del Distrito de Panamá, mediante la aplicación de La Escala Children's Depression Inventory y la Escala de Ansiedad de Spence. La muestra fue de 92 casos. Se analizaron los datos con Excel 2010.

Resultados: El mayor número de casos de abuso sexual se encontró en la adolescencia temprana 36%, con una media de edad de 9.6 años, encontrando un factor de asociación de ocurrencia en el ámbito extra familiar con 21%; en donde el 79% el agresor era conocido por las víctimas. Sólo un 45% de los casos referidos se considero abuso según juzgados. Sólo un 26% cumplió la ruta crítica de forma integral.

Conclusiones: Encontramos la mayor afectación en el grupo de adolescencia intermedia. La agresión se realizó por un conocido de la víctima y el examen físico no fue concluyente para el dictamen de abuso. En los casos a quienes se aplicaron las herramientas de evaluación psicoemocionales se evidenció predominio de alteraciones de tipo emocionales.

Palabras Clave: Niñez, abuso sexual, desordenes psico-emocionales.

* Pediatra. Hospital del Niño. Panamá, Correo electrónico vernazav@hotmail.com

** Pediatra. Hospital del Niño. Panamá

*** Ginecología Pediátrica. Hospital del Niño. Panamá

**** Pediatra Salubrista. Jefe de Departamento de Medicina. Hospital del Niño Panamá.

Abstract

The sexual abuse refers to coercive sexual behaviors imposed to a minor by another person who can be physically superior, with more experience, resources, using in a wrong way his authority. It is significant fact that every day more strongly emerges and involves the violation of human rights. For this reason at the global increase of the topic with devastating consequences for the child, their environment, physical and emotional health and subsequent school and social performance, we decide to address this issue.

Objective: Identify the sociodemographic characteristics and physical consequences in children from 4 to 15 years with suspected sexual abuse, attended in Hospital del Niño between years 2009-2011 and determine if there exists association in a short or long term between the aggression and psycho-emotional disorders.

Methods: The study was conducted in two phases: the first one was a single retrospective study and the second phase was a follow-up analysis in a period from 18 to 24 months after the sexual attack, in those cases referred to the courts for Childhood and Adolescence Panama District, through the application of Children's Depression Inventory Scale and the Spence Anxiety Scale. The sample was 92 cases. Data were analyzed with excel 2010.

Results: The most cases of child sexual abuse were in the middle adolescence (36%), with a mean age of 9.6 years. We found association of occurrence in the extra-familiar environment with 21%, where the 79% of the aggressors were known people from the victim. 45% of the cases were considered sexual abuse by the Tribunals. Just 26% complete the entire process (Critical Route). The psycho-emotional disturbances were seen in a short term with 16% in adolescents.

Conclusions: the most affected group was the middle adolescence. The attack was done by a known person of the victim and the physical examination was not conclusive to determine sexual abuse. In the cases evaluated with the anxiety and depression scales the most resulted in emotional disturbances.

Key words: childhood, sexual abuse, psycho-emotional disorders.

Introducción

El maltrato infantil se define como: "toda violencia, perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, mientras que el niño se encuentre bajo la custodia de sus padres, de un tutor o de cualquiera otra persona que le tenga a su cargo".¹

El Convenio 182 de la OIT sobre las peores formas de Trabajo Infantil y la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño adoptada por la Asamblea General de la ONU el 20 de noviembre de 1989, marcaron un hito histórico fundamental en la defensa de los derechos humanos de los niños/as y adolescentes.² Según la OMS, un 20% de las mujeres y 5 a 10% de los hombres manifiestan haber sufrido abusos sexuales en la infancia; mientras que un 25 a 50% de los niños de ambos sexos refieren maltratos físicos.³

En ninguna etapa del desarrollo infanto-juvenil, el niño o adolescente está capacitado para dar su consentimiento a una relación o contacto sexual con un adulto.^{1,4} Sin embargo representa un hecho significativo que cada día emerge con más fuerza e involucra la vulneración de los derechos humanos, en la dimensión biopsicosocial, y legal, aunado al impacto que provoca en el sistema de salud.

La Legislación panameña en su ley 38 de 10 de julio de 2001, define en su artículo segundo la violencia sexual como la acción que obliga a una persona mediante el uso de la fuerza, intimidación, coerción, chantaje, soborno, manipulación, amenaza, uso de sustancias o drogas o cualquier otro mecanismo que afecte su voluntad, a participar en interacciones sexuales que por sí misma no constituyen necesariamente delito contra el pudor y la libertad sexual y obliga al pediatra clínico a denunciar los presuntos casos de agresión sexual a las instituciones correspondientes.⁴ Puede comprender desde exhibicionismo, caricias y manipulación genital, visión de los genitales, contacto oro-genital, introducción de objetos o penetración vaginal o rectal (violación) y explotación sexual del infante -prostitución y pornografía.

El abuso sexual infantil a pesar de ser una patología muy frecuente, muchas veces no sale a la luz, debido al sometimiento del niño y/o al diagnóstico clínico que es difícil y multidisciplinario.⁵ Siendo en realidad, un 50% de los casos, los niños que revelan el abuso y únicamente el 15% se denuncia a las autoridades; y tan solo el 5% se encuentran envueltos en procesos judiciales.⁶

A nivel mundial hay numerosos estudios que así lo demuestran y en la última década varios países de América Latina han hecho grandes esfuerzos por mejorar la detección y atención a las víctimas, en Panamá se desconoce la prevalencia real de este problema, así como las características sociodemográficas de las víctimas. Entre los años 2009 al 2011, fueron reportados 222 casos con sospecha de abuso sexual por el Hospital del Niño a los Juzgados de Niñez y Adolescencia, de los cuales 139 casos pertenecían al área Metropolitana, sin conocer las características socio-demográficas y el estado de cumplimiento de la ruta crítica, el desenlace en los casos referidos y si se presentaron alteraciones o secuelas físicas o psico-emocionales posteriores a la agresión. Este desconocimiento y la falta de estudios previos realizados en esta población fueron la principal justificación para realizar este trabajo.

El abuso sexual infantil es una patología muy frecuente, con una incidencia internacional anual de 0,5 casos por 1.000 niños, y una prevalencia durante la etapa de 0 a 18 años de uno de cada seis chicos y una de cada cuatro chicas. Sin embargo, estos datos pueden reflejar subregistros dado que el abuso sexual en ocasiones no deja lesiones o que cuando acude al médico éstas han curado, representando la complejidad del diagnóstico clínico.⁷ Las causas que originan el maltrato infantil han originado algunas teorías, entre las que están:^{7,8}

El modelo intrapersonal donde se señala que la violencia tiene su origen en una anomalía presente en la psicología del sujeto. Es la teoría más popular para explicar los hechos violentos que ocurren en las familias. El modelo psicosocial donde se señala que gran parte de los padres maltratadores son personas que han sufrido privación afectiva y malos tratos en su infancia. Por lo tanto, llegan a ser padres sin la madurez psicológica necesaria para asumir este rol.

El modelo sociocultural, que pone su atención en las estructuras sociales, sus funciones, las subculturas y los sistemas sociales, donde los valores y normas sociales dan origen y significado al uso de la violencia.

Se ha estudiado a nivel mundial y se ha logrado identificar factores de riesgos⁹ divididos en diferentes ámbitos como son: Factores inherentes al niño, como lo son los niños no deseados, discapacitados, prematuros, bajo peso, con enfermedades crónicas, hiperactivos.

Factores inherentes a la familia, donde se detallan los padres jóvenes, antecedentes personales de maltrato infantil, familia monoparental, embarazo no deseado, exposición precoz a la violencia, abuso de sustancias, atención prenatal inapropiada, enfermedad física o mental.

Factores inherentes a la comunidad y a la sociedad: leyes de protección al niño inexistentes o incumplidas, disminución del valor de los hijos (discapacidad, sexo), desigualdades sociales y de géneros, violencia organizada, alta aceptabilidad social de la violencia, niveles elevados de desempleo o pobreza, políticas y programas insuficientes de prevención del maltrato, la pornografía, la prostitución y el trabajo infantil.

Como se mencionó, el diagnóstico clínico es difícil, sobre todo por lo inespecífico que resulta la evaluación física en la mayoría de los casos. Los objetivos de la evaluación primaria de una posible víctima de abuso sexual son minimizar la ocurrencia de traumas adicionales, identificar lesiones de importancia médica, recolectar evidencia, detección y profilaxis de infecciones de transmisión sexual (ITS), anticoncepción de emergencia en pacientes menstruales, evaluación psicológica, seguimiento médico, apoyo legal y emocional. Esta evaluación debe ser rápida, preferiblemente antes de las 72 horas de ocurrido el abuso y lo más corta y discreta posible.^{10,11}

Los signos de traumatismo agudo por abuso sexual pueden comprender desde hematomas, abrasiones, laceraciones, desgarros del himen, heridas cortantes, eritema, irritación vulvar, en adolescentes la horquilla posterior es muy susceptible a las lesiones.¹² En cuanto al examen del área genital masculino se debe buscar lesiones en el pene a nivel del glande, surco balano-prepucial, frenillo, cuerpo y en el escroto, los testículos, y la evaluación del tono e integridad del esfínter anal.^{11,12}

Es importante tener en cuenta que el examen físico podría ser normal, en ciertas condiciones, pese a tratarse de abuso, ya que, el abusador puede no producir lesión física en el niño, las lesiones genitales usualmente curan con rapidez y pueden no dejar rastro y en el caso de las adolescentes el efecto estrogénico incrementa la elasticidad del himen lo que disminuye la posibilidad de ruptura del mismo.¹³

La investigación empírica y la elaboración teórica ubican los efectos del abuso sexual infantil en cuatro grandes áreas, de acuerdo con la Teoría de las Dinámicas Traumagénicas

(Finkelhorn y Browne 1985): en la sexualidad (sexualidad Traumática), en la confianza (traición), en la autoestima (estigmatización), y en la autoeficacia y autonomía (impotencia).

Se ha demostrado que el 80% de las víctimas sufren consecuencias psico-emocionales negativas, que pueden aparecer inmediatamente después de la agresión o en la adolescencia si se produjeron en la niñez o en la edad adulta si el paciente no recibió tratamiento adecuado.¹⁴ Los efectos iniciales a corto plazo se definen como aquellas reacciones que ocurren en los próximos 2 años de ocurrida la agresión sexual. La más común demostrada en estudios empíricos ha sido el miedo, sin embargo existen secuelas internas que incluyen desórdenes del sueño y de la alimentación, fobias, depresión, culpabilidad, vergüenza y las secuelas con manifestaciones externas que incluyen problemas escolares, delincuencia, agresión, comportamiento antisocial, comportamiento sexual inapropiado y abandono del hogar.¹⁵ Los problemas asociados al comportamiento sexual puede no manifestarse inmediatamente; teniendo un tiempo de latencia entre el abuso sexual y sus manifestaciones de 2.2 a 2.7 años para los niños de 6 a 9 años y de 3 a 4 años para los de 10 a 12 años, pudiéndose encontrar de forma concomitante con otros diagnósticos psiquiátricos adicionales como los desórdenes de conducta (76%), seguido por déficit de atención / desorden de hiperactividad (40%), desorden de oposición desafiante (27%), la mayoría de los niños tenía más de un diagnóstico psiquiátrico.¹⁶

El CIE 10 ha establecido las consecuencias a corto y largo plazo del abuso sexual en la salud mental basado en síndromes o síntomas aislados. "Guías de Atención de Niños, Niñas y Adolescentes Menores de 15 años, víctimas de Abuso Sexual" Unicef/minsalci, 2011.

Se describen los efectos a largo plazo, los que comprenden más allá de los 2 años de ocurrida la agresión, siendo la depresión el síntoma más comúnmente reportado. El impacto de los efectos negativos a largo plazo se incrementa si la víctima se siente responsable, si en el acto sexual hubo penetración, si la frecuencia o duración del abuso fue excesiva, y si el agresor es miembro cercano de la familia. Se han reportado efectos a largo plazo en adultos como son ansiedad, autoagresión, desórdenes del sueño y alimentación, baja autoestima, problemas de relaciones interpersonales, impacto negativo en su vida sexual posterior, tendencia a la re-victimización y abuso de sustancias.^{17,18}

En cuanto a la ruta crítica a seguir, el Ministerio Público de Panamá establece que cualquiera que sea el departamento donde se informe el delito, a ser posible ante personas expertas en el tema, sean éstas médicos, policías, fiscales, jueces, deberán ponerse inmediatamente en funcionamiento los mecanismos de coordinación interinstitucional para que llegue inmediatamente al órgano competente y se adopte la oportuna decisión.¹⁶ Figura 1

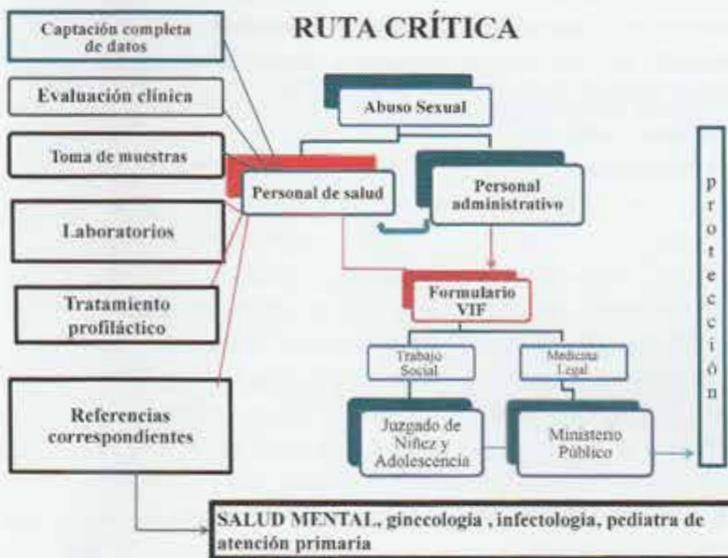


Fig.1 Algoritmo de seguimiento de la ruta crítica.

El equipo de salud tienen un papel relevante en la prevención, diagnóstico y atención de las víctimas de abuso sexual infantil, así como de las consecuencias, secuelas físicas y psicoemocionales que este deja, jugando un rol fundamental en la orientación a la familia sobre las implicaciones legales que este acto conlleva, la notificación obligatoria y el seguimiento individual y sistemático a cada caso. El abordaje de este problema requiere un equipo multidisciplinario con profesionales idóneos, no solo conocedores del problema sino con un gran compromiso para trabajar con el niño o niña afectada, sus familias y su entorno en general.

Materiales y método

Se realizó un estudio en dos fases, la primera fase es un estudio descriptivo retrospectivo simple y la segunda fase un estudio analítico de corte de seguimiento en el periodo mínimo de 18 a 24 meses posterior a sufrir la agresión sexual. Figura 2

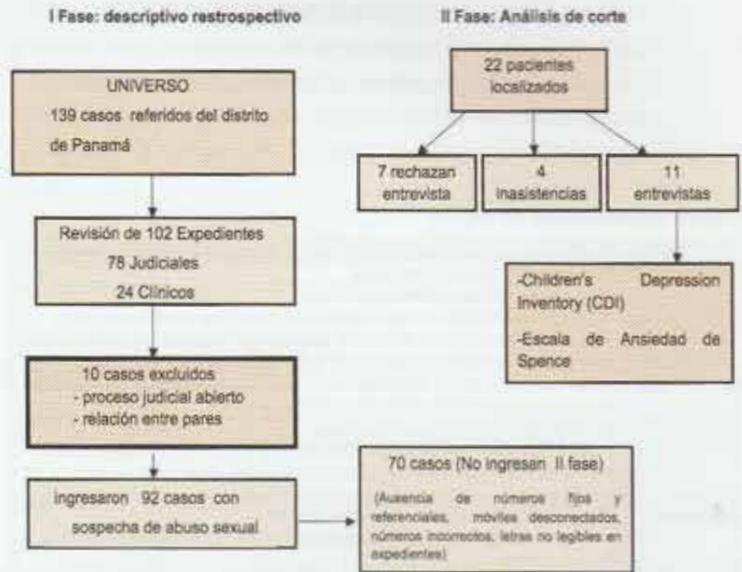


Fig.2 Algoritmo del desarrollo del estudio

El universo fue 139 casos de sospecha de abuso sexual de niños y niñas entre las edades de 4 a 15 años, en los años 2009 al 2011 procedentes del área Metropolitana del distrito de Panamá, atendidos en el Hospital del Niño de Panamá y referidos a los Juzgados de Niñez y Adolescencia 1 y 2 del distrito de Panamá con sentencia ejecutoria. De los cuales sólo 92 cumplieron con los criterios de inclusión para el estudio. Se excluyeron los pacientes con diagnóstico previo de alteración psicológica, con enfermedades crónicas, con retraso psicomotor severo, casos en los que se produjo la relación sexual entre pares con consentimiento, pacientes cuyo tutor se opone a la implementación de herramientas psicológicas, pacientes cuyos casos aún se encuentran en proceso judicial y los casos atendidos fuera del distrito de Panamá.

Se realizó revisión de expedientes con la aplicación de un formulario de recolección de datos, en el Departamento de Archivos Clínicos del Hospital del Niño. Los datos de los pacientes que no ameritaron hospitalización y que no contaban con expediente clínico, se obtuvo previa autorización en los juzgados 1 y 2 de Niñez y Adolescencia del Distrito de Panamá, cuyos nombres fueron localizados a través de estadísticas del departamento de Trabajo Social del Hospital del Niño. Se utilizó para la descripción de los hallazgos físicos de nuestro estudio la clasificación de Adams del 2004,¹⁴ que divide los hallazgos en tres categorías.

Categoría 1: donde se describen hallazgos normales,
 Categoría 2: se refiere a hallazgos no específicos con o sin ITS y
 Categoría 3: descritos con moderada y alta especificidad para
 abuso sexual donde se incluye además la categoría 3d de
 certeza de abuso sexual.¹⁴ Tabla 1

Tabla 1. Clasificación de Adams

Clasificación de Adams según hallazgos físicos encontrados en la evaluación médica	
Categoría 1	Categoría 1 a : Variantes normales
	Categoría 1b: Otras condiciones médicas: Escoriaciones, sangrado o lesiones vasculares producidas por: Hemangiomas, liquen escleroatrófico, enf. De Behcet, infección por estreptococo, prolapso de uretra, cuerpo extraño vaginal, eritema del vestíbulo o de la zona perianal. Otros: Leucorrea vaginal, friabilidad de la horquilla, fisuras anales, aplanamiento de los pliegues perianales, dilatación anal menor a 2 cm
Categoría 2	Categoría 2 a : Hallazgos no específicos: Incisura en U o en V del borde posterior del himen mayor del 50% del espesor, orificio himeneal mayor a 1 cm, condilomas genitales, lesiones vesiculares úlceras genitales o anales, marcada e inmediata dilatación anal más de 2 cm.
	Categoría 2b : Hallazgos no específicos con ITS HSV I o II o condilomas en área genital o anal de primera aparición en un niño mayor a 3 años.
Categoría 3	Categoría 3 a : Moderada especificidad para abuso Abrasión, laceración, contusión de labios, perihimeneal o perineal; cicatrices o laceraciones de la horquilla o perianales.
	Categoría 3 b : Alta especificidad para abuso Laceración aguda del himen, equimosis himeneal, laceración perianal que se extiende al esfínter anal externo, desgarramiento himeneal completo, área de ausencia de tejido himeneal.
	Categoría 3 c: Presencia de infecciones que confirman el contacto con secreciones infectivas Gonococia, HIV, sífilis: Clara evidencia de abuso. Chlamydia, trichomonas, HSV II: Probable abuso. HSV I, HPV: Posible abuso. Vaginosis bacteriana: No significativo
	Categoría 3d : Diagnóstico de certeza de abuso sexual Embarazo, espermatozoides identificados en muestras tomadas directamente del cuerpo del niño que sufrió abuso.

Fuente: J Pediatric Adolescent Gynecol. 2004.

En la segunda fase del estudio de los 92 pacientes que cumplían los criterios de inclusión; se logró ubicar vía telefónica previa autorización del Comité de Bioética del Hospital del Niño a un total de 22 casos; de los cuales 11 accedieron previa firma del consentimiento informado a la entrevista en compañía de su representante legal para la implementación por una investigadora de las herramientas: Escala Children's Depression Inventory (CDI) y la Escala de Ansiedad de Spence las cuales son de uso libre.^{17,18}

El autoinforme CDI (Children's Depression Inventory) es el más usado para la evaluación de la depresión infantil en niños y adolescentes de 6 a 17 años. Esta escala se creó a partir del Beck Depression Inventory (Beck, 1967), para ser aplicado a niños y adolescentes en edad escolar.¹⁷

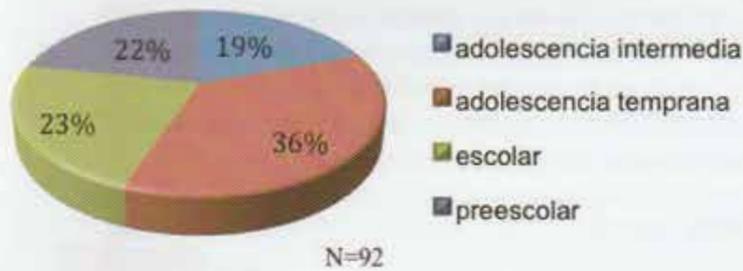
El CDI consta de 27 ítems que miden sintomatología depresiva. Entre los síntomas que recoge incluye: el estado de ánimo deprimido, problemas interpersonales, sentimientos de incapacidad, anhedonia y autoestima baja o negativa.

De los diversos instrumentos existentes que miden depresión o sintomatología depresiva es el que requiere un nivel más bajo de comprensión. La escala discrimina entre jóvenes con diagnóstico de depresión mayor o distimia. Además es una prueba sensible a los cambios de la sintomatología depresiva a través del tiempo, lo que le hace adecuado para el uso en estas edades por su fácil administración y puntuación. A pesar de que el CDI no es un instrumento diagnóstico, sus ítems se corresponden con los síntomas que aparecen en el DSM-IV (APA, 1995) y en el DSM-IV-TR (APA, 2000). Las alternativas de respuesta presentan los siguientes valores: 0 Ausencia de sintomatología, 1 Sintomatología leve, 2 Sintomatología depresiva. La puntuación directa del CDI consiste en la suma del total de los puntos obtenidos. Siendo la puntuación máxima posible de 54 puntos y la mínima de 0. El punto de corte es 19 que es indicativo de depresión severa, mientras que una puntuación de 10 ó más debería considerarse como indicativa de depresión moderada.¹⁷

Escala de Ansiedad para Niños de Spence (Spence Children's Anxiety Scale, SCAS), es una herramienta útil para evaluar ansiedad. Está compuesta por 38 ítems referidos a síntomas de ansiedad con cuatro opciones tipo Likert: nunca (0), a veces (1), muchas veces (2) y siempre (3). Incluye, además, 6 ítems positivos de relleno para contrarrestar el sesgo negativo de los anteriores, y cuya calificación no se evalúa, ni se toma en cuenta en los análisis. Se califica mediante la suma de los puntos obtenidos para cada ítem. A mayor puntaje, más ansiedad.¹⁸

Resultados

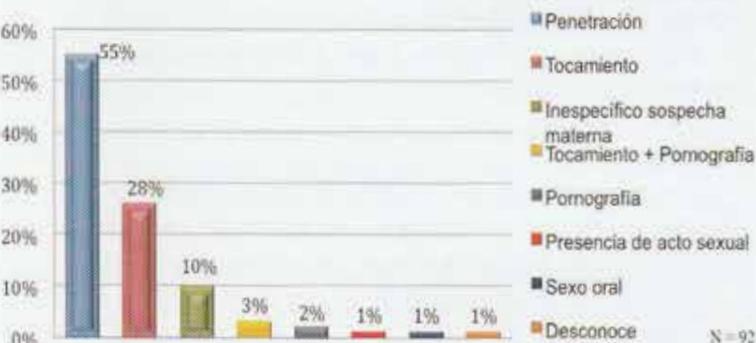
Se evidenció predominio del sexo femenino con un 76%, siendo la relación hombre/ mujer 3.2/1. En la distribución por grupo etario se observó un predominio en el grupo de adolescencia temprana, seguido de los escolares: Gráfica 1



Gráfica 1. Porcentaje de Casos de Abuso Sexual por grupo etario.

Fuente: Juzgado de Niñez y Adolescencia del Primer circuito del Distrito de Panamá. Departamento de Estadística Hospital del Niño Panamá.

Según el tiempo transcurrido entre la agresión sexual y el reporte de denuncia, un 44 % de los casos con sospecha de abuso sexual denuncian el hecho antes de las 72 horas de la agresión y se observa un alto porcentaje de examen físico normal al momento de la denuncia (62 %) y sólo un 17 % se reportó como sugestivo de abuso sexual, en el cual sólo un 2 % fue certero. Según el tipo de abuso sexual denunciado la penetración alcanzó el primer lugar (55 %). Un 35% de los casos incluyen formas de abuso sexual que no precisan lesiones físicas Gráfica 2



Gráfica 2. Distribución de casos según tipo de Abuso Sexual.

Fuente: Juzgado de Niñez y Adolescencia del Primer circuito del Distrito de Panamá. Departamento de Estadística Hospital del Niño Panamá.

En los casos evaluados dentro de las primeras 72 horas se encontraron en su mayoría hallazgos físicos inespecíficos para el diagnóstico de abuso sexual.

Con respecto al tipo de familia se observa un porcentaje muy similar entre la familia nuclear con un 26 % y la extensa con un 27 %. Respecto al estado civil de los padres, en el 33 % de los casos reportados se describen hogares de padres unidos, mientras que un 30% son hogares de padres separados y solo un 10% con unión estable.

Según el lugar de la agresión, se observan porcentajes similares entre los casos dados en el hogar con un 47 % y un 44 % dado fuera del hogar. En la adolescencia temprana se observa un 21% de los casos con agresión fuera del hogar, mientras que en los grupos etarios más pequeños predomina la agresión dentro del hogar (12%-14%).

En cuanto a las características del agresor, se detallan las mismas en la tabla 2

Tabla 2. Características Del Agresor

Características del Agresor (N= 92)	Frecuencia	Porcentaje
SEXO		
Masculino	70	76 %
Femenino	22	24 %
EDAD (intervalo en años)		
< 15 años	10	11 %
16 – 20	21	23 %
21-25	10	11 %
>30	11	12%
>40	8	9 %
No consignado	14	13 %
CONOCIDO	73	79 %
DESCONOCIDO	19	21 %
RELACIÓN CON LA VÍCTIMA		
VECINO	25	27 %
PADRASO	11	12 %
PRIMOS	9	10 %
PADRE	5	5 %
OTROS (hermanos, abuelo, tío, amigo, novio)	23	25 %
AUSENCIA SUSTANCIAS LÍCITAS	61	66 %

Fuente: Juzgado de Niñez y Adolescencia del Primer circuito del Distrito de Panamá. Departamento de Estadística Hospital del Niño Panamá

Respecto a la denuncia de la agresión, se encontraron reportados por la figura materna 71% de los casos, seguidos en un 11% por la figura paterna y un 4 % por el médico pediatra. El manejo profiláctico de los casos evaluados se observa en la gráfica 3



Gráfica 3. Porcentaje de pacientes que recibieron tratamiento profiláctico.

Fuente: Juzgado de Niñez y Adolescencia del primer circuito del distrito de Panamá. Departamento de Estadísticas Hospital del Niño.

De 32 casos (35%) que recibieron tratamiento profiláctico un 44 % (14 casos) recibió tratamiento de manera incompleta y un 46 % recibió tratamiento completo. En los casos de sospecha de abuso sexual, se reportaron infecciones de transmisión sexual en un 11 % (10 casos), de estos encontramos que 5 casos correspondieron a herpes genital, Infección por *Neisseria gonorrhea* (2 casos) y se reportó sífilis, linfogranuloma venéreo y condilomatosis (1 caso cada uno). De los casos de sospecha de abuso sexual evaluados por Psicología (43 casos) se observó un mayor porcentaje de trastornos emocionales con un 16 % en el grupo de adolescencia temprana e intermedia y un 14 % en los escolares.

Con respecto a la presencia de alteraciones psicoemocionales dentro de los primeros 6 meses posterior a la agresión, se observó una mayor frecuencia de casos con trastorno emocional con un 33 % (14 casos) y un 5 % de casos con alteración sexual. Del total de 92 casos incluidos en el estudio, se encontró 41 casos (45%) confirmados como abuso sexual por el Juzgado de Niñez y Adolescencia, descartándose sólo en un 11% y existiendo un alto porcentaje sin determinar 39 % (36 casos) dado al cierre por inasistencia de las partes interesadas (padres y víctimas) o por infructuosa ubicación de casos por el Juzgado y corregidurías.

La mayor parte de los casos determinados como abuso sexual según el Juzgado, se encuentran en la categoría I de Adams (examen físico normal). De acuerdo a las consideraciones finales del juzgado un 31% de los casos fue cerrado por inasistencia, el 20% de los casos no ameritó medida de protección y en el 10% de los expedientes no aparece consignada la consideración final. En la mayoría de los casos (39%) se adoptó medida de protección, de las cuales el 26% fue de tipo administrativa, el 11% cambio de domicilio y el 2% albergue temporal.

En los resultados de la II Fase de Análisis tenemos cinco pacientes evaluados en un tiempo menor de 18 a 24 meses y seis pacientes evaluados en un lapso mayor de 24 meses de ocurrida la agresión. Del total de entrevistas, 5 casos resultaron sugestivos de depresión, encontrándose 3 casos en el grupo de adolescencia temprana y 2 casos de escolares. De estos 3 fueron evaluados en un lapso mayor de 24 meses, de los cuales dos pacientes resultaron con un puntaje superior a 19, para la Escala de CDI sugiriendo presencia de depresión severa y tres pacientes con puntajes entre 10-18 que sugieren depresión moderada.

En cinco pacientes los puntajes fueron significativos para ansiedad según Escala de Spence, de los cuales cuatro tenían más de 24 meses de haber sufrido la agresión.

En la gráfica 4 se detalla la Ruta Crítica basado en el cumplimiento de los puntos detallados en la figura 1.



Gráfica 4. Porcentaje de casos con ruta crítica

Fuente: Juzgado de Niñez y Adolescencia del primer circuito del distrito de Panamá. Departamento de Estadísticas Hospital del Niño.

Del total de los casos con sospecha de abuso sexual, la mayoría (73%) no cumplió la ruta crítica de forma integral, presentando fallas principalmente en el manejo profiláctico de ITS, evaluaciones por Medicina Legal y referencias para el seguimiento por Salud Mental.

Discusión

En los casos referidos por sospecha de abuso sexual a los Juzgados de Niñez y Adolescencia del distrito de Panamá, hemos observado una disminución de aproximadamente de 8 a 11 casos/año en el periodo estudiado, que puede deberse a sub-registro.

Se reportó un mayor número de casos de sexo femenino, con predominio en la adolescencia temprana, seguidos de los escolares. La media de edad es de 9.6 años. Resultados similares fueron publicados por LA UNICEF-Chile donde se encontró un 36% de prevalencia en el sexo femenino y entre 3% y 29% en hombres⁷ y en un estudio realizado en Panamá por el Ministerio de Salud sobre "Avances de la violencia intrafamiliar en la región metropolitana de salud" donde 84.1% eran mujeres y el 32% se encontraba entre los 10 y 15 años.^{19,20}

En nuestro estudio mostró que el 79 % (73) de los casos los agresores eran conocidos de las víctimas, en primer lugar el vecino seguido por el padrastro, resultados similares a los datos

del Informe de Save The Children⁸ donde se reportó un 78% de los casos el agresor era conocido, siendo principalmente el padre, padrastro u otro familiar. Igualmente en la UNICEF- CHILE, se reportó un 66% como agresor conocido, correspondiendo a la figura paterna con un 38% y un 28% de casos de incesto ocupando el mayor porcentaje el grupo de primos en un 10%⁷ y en el estudio de Pou Fernández²¹ donde el 65% igualmente eran conocidos.

Los agresores se encontraban entre las edades de 16 a 20 años (21 casos), siendo estos de sexo masculino con un 98% (90 casos). Concordando con publicaciones como Turcios donde la mayoría los abusadores son varones con un 80-95% de los casos siendo heterosexuales intrafamiliares.²² Se observó un riesgo de ocurrencia extrafamiliar con el grupo de edad perteneciente a la adolescencia temprana (21%) y tardía (12%) y mayor riesgo de ocurrencia intrafamiliar en el grupo escolar (14%) y preescolar (12%); resultados similares fueron encontrados por Pou Fernández²¹ en el ámbito intrafamiliar.

El 26% de los casos estudiados pertenecían a un tipo de familia nuclear y un 27% al tipo de familia extensa, datos similares fueron reportados en La UNICEF- CHILE, donde el 29% pertenecían a familias extensas.⁷ Estos datos difieren a los encontrados en el estudio de Cáceres²³, donde el 37.1% eran familias mono-parentales, con un 55.7% nuclear y el 7.2% extensas, igualmente en el estudio de Del Campos²⁴ donde se da la agresión principalmente en familias monoparentales. En cuanto al estado civil de los padres en nuestro estudio encontramos porcentajes similares entre separados y unidos (30% y 35% respectivamente), al momento de de la agresión, resultados que difieren de los de Pou Fernández²¹, donde el 46% son separados.

El tipo de abuso predominante en un 55% fue de penetración vaginal, seguido del tocamiento en un 28%, resultados similares a los de Save The Children- España donde el 47% fue por penetración.⁸ A diferencia del estudio Pereda²⁵, donde el tipo de abuso sexual más frecuente en la muestra analizada fue el tocamiento (64.39%), seguido de la penetración vaginal con un 19.27%. Al igual que el estudio de Bardales²⁶, donde el 40% fue por tocamiento y sólo un 7.4% por penetración. Quizás el tocamiento y otras formas no se denuncian en nuestro medio.

Un 44% (40) de los casos con sospecha de abuso sexual denunciaron el hecho antes de cumplir las 72 horas de ocurrido.

Se encontró que un 62% de los casos con sospecha de abuso sexual tenían al momento de la evaluación un examen físico normal, correspondiente a la categoría 1 de Adams y sólo un 17% correspondía a la categoría 3 de Adams. Resultados que coinciden con el estudio de Adams, donde se reporta que sólo un 15% de las víctimas de abuso se encontrarán lesiones al evaluarse en las primeras 72 hrs y solo en un 2% los datos clínicos confirman el diagnóstico de abuso. En general las lesiones físicas se encuentran en el 27% de las víctimas.¹⁴ Resultados similares igualmente en el estudio de Pou Fernández²¹ donde el 74% se encontró un examen físico normal.

Se encontró a la vez en la misma categoría I de Adams, la mayor frecuencia (19 casos) de consideraciones de abuso sexual, por el Juzgado de Niñez y Adolescencia. En el 68% no se reportaron infecciones de transmisión sexual, en el 11% donde se documentó una infección de transmisión sexual ya descritos. Hubo 3 casos de embarazo no deseado, donde reportó un caso de maltrato al recién nacido al mes de vida. El estudio de Lago⁹ encontró 5% de embarazos en casos de abuso sexual en niños. Adams¹⁴ mostró igualmente bajo riesgo para adquirir una ITS; para Gonococo de 6-12%, Chlamydia 4-17%, y para sífilis de 0.5 a 3% y para VIH menor de 1%.

Del total de 92 casos que ingresaron en el estudio, sólo 45% (41) fueron considerados abuso sexual por El Juzgado de Niñez y Adolescencia, con un 39% de casos sin determinar por la infructuosa localización de los mismos, resultados diferentes a los reportes de los estudios Save the Children España donde el 79% de los casos son considerados abusos y sólo un 4% de los sospechas son casos sin determinar.⁸ De los casos considerados abuso sexual, se evidenció que sólo un 66% (27) recibieron evaluación por salud mental, 4 casos no fueron evaluados y en 10 casos no se consignó si fue realizada la evaluación.

Se encontró que del total de casos con sospecha de abuso, fueron evaluados por salud mental 43 casos, de éstos casos, se encontró reportado en los expedientes principalmente alteraciones emocionales, 16% en la adolescencia temprana y tardía y 14% en los escolares. Además, un importante porcentaje, 33% (14 casos) con presencia de trastornos emocionales documentadas principalmente a corto plazo posterior de la agresión sexual. Estos trastornos reportados en su gran mayoría fueron depresión y ansiedad. Se observó también un bajo porcentaje (2%) de trastornos de conductas sexuales caracterizadas por exhibicionismo, introducción de objetos en vagina, en la adolescencia temprana y preescolar, sin encontrar porcentajes relevantes con respecto a las alteraciones conductuales en los casos estudiados.

Datos similares a los reportados en el estudio de Torregosa²⁷ donde las principales secuelas son las emocionales con un 57%, y un bajo porcentaje (8%) las de tipo sexuales. Y difiriendo con este mismo estudio en cuanto a las alteraciones conductuales, donde un 35% pertenecían a este tipo de alteración y 25% de alteraciones físicas.

En el estudio Barthauer¹⁵, al menos 80% de las víctimas sufren consecuencias psicológicas negativas, y los efectos a largo plazo pueden afectar al menos al 30% de las víctimas. Nuestro análisis posterior ha mínimo 18 meses de ocurrida la agresión, solo se pudo realizar en 11 casos que se lograron localizar y accedieron a la entrevista con la aplicación de herramientas descritas. De un total de 11 casos un 11.9% del total de pacientes incluidos en el estudio, se encontró 100% del género femenino, en edad preescolar 3 casos, escolar 3 casos, adolescente temprano 4 casos y adolescente tardío 1 caso.

Del total de entrevistas 7 casos resultaron positivos al aplicar las herramientas. De estos 2 pacientes resultaron con un puntaje superior a 19 para la Escala de CDI sugiriendo presencia de depresión severa y tres pacientes con puntajes entre 10-18 que sugieren depresión moderada. En cinco pacientes los puntajes fueron significativos para ansiedad según escala de Spence. El total de los pacientes con hallazgos positivos se encontraban entre menos de 24 meses de intervalo de ocurrido el evento de agresión y 4 de los casos superaban los 24 meses de ocurrida la agresión y no marcaron resultados positivos.

Conclusiones

El grupo etario con mayor número de casos de abuso sexual se encontró en el grupo de adolescentes femeninas y muestra un factor asociado de ocurrencia con el ámbito extra familiar siendo conocidos por las víctimas y en su gran mayoría eran vecinos; con respecto al ámbito intrafamiliar la agresión sexual fue de tipo por tocamientos principalmente en escolares y preescolares, que procedían de familias extensas y padres bajo libre unión. En nuestro medio no se encontró factor asociado de ocurrencia con el uso de sustancias ilícitas por el agresor.

La mayor frecuencia de casos considerados abuso sexual por el Juzgado de Niñez y Adolescencia reportaron un examen físico normal, no siendo este el elemento a considerar para el diagnóstico definitivo de abuso sexual. Se observó un alto porcentaje de las ITS reportados que se escapan del abordaje profiláctico, demostrando la importancia del seguimiento.

Existe un gran subregistro y falta de seguimiento de los casos, debido al alto porcentaje de los casos cerrados sin determinación por inasistencia de las partes interesadas, siendo difícil la evaluación objetiva del cumplimiento de la ruta crítica y la principal falla en el cumplimiento de la ruta crítica se presentó en el cumplimiento correcto del tratamiento profiláctico y en el seguimiento por salud mental. La principal falla en el tratamiento profiláctico completo en los casos de contacto sexual se debió a la ausencia de antiretrovirales y anticonceptivos de urgencia.

En todos los grupos de edad la principal alteración encontrada fue la emocional, en su mayoría por ansiedad, encontrándose la depresión de forma predominante en el grupo de adolescencia temprana y escolares y los principales problemas psicoemocionales se reportaron en la evaluación psicológica de los casos a corto plazo y en la evaluación pasados los 24 meses, el grupo de preescolares no presentó alteraciones en la aplicación de herramientas.

Limitaciones

Datos incompletos con ausencia de apellidos, teléfonos, direcciones referenciales y hallazgos físicos muy inespecíficos en formulario de Violencia Intrafamiliar (VIF) llenado por el médico pediatra en el momento de la denuncia. Infructuosa ubicación de casos por el Juzgado y corregidurías debido a la falta de datos en las hojas de VIF, y ausencia de datos adicionales aportados por las generales de los pacientes.

El gran número de casos sin seguimiento que al ser localizados rechazaron la aplicación de evaluación. No se pudo evaluar las consecuencias físicas por lo inespecífico e indeterminado de los datos al describir las lesiones físicas.

Recomendaciones

Todas las actuaciones de los profesionales deben estar guiadas por la anteposición del interés superior del niño a cualquier otro tipo de intereses, dando seguimiento a los casos, ofreciendo apoyo a la familia, no sólo al niño o niña víctima del abuso sexual, mediante la implementación de un equipo multidisciplinario que se les prepare en el reconocimiento y manejo integral del tema, a nivel terciario, dado lo complejo y difícil que resulta el maltrato infantil de tipo sexual.

La elaboración de esquemas que permitan visualizar de manera sencilla la ruta crítica a seguir y darlo a conocer entre el personal a intervenir en el proceso.

Evitar la revictimización principalmente en los pacientes hospitalizados no interrogando al menor, hasta contar con la evaluación y/ o entrevista de las autoridades competentes (Juzgado, Medicina legal), en los casos cuya historia de sospecha de abuso sexual sea dada por el familiar.

Agradecimientos: A los Juzgados de Niñez y Adolescencia 1 y 2 del distrito de Panamá, por permitir la ubicación y realización de revisión de los expedientes.

Referencias

- Santana-Tavira R, Sánchez-Ahedo R, Herrera-Basto E. El maltrato infantil: un problema mundial. *Salud Publica Mex* 1998;40(1):58-65.
- Semá, L. ¿Cómo afecta en los niños de 3 a 6 años de edad, el maltrato físico, emocional o mental? Disponible en: <http://200.21.104.24/grume/investigacion/documentos/Maltrato%20infantil2.pdf>
- Maltrato infantil y abuso sexual en la niñez. Organización Panamericana de la Salud. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/ad/fch/ca/si-maltrato1.pdf>
- Gaceta Oficial 24, 350 de 23 de julio de 2001. Ley 38 de 10 de julio de 2001.
- Committee on Child Abuse and Neglect. Guidelines for the evaluation of sexual abuse of children: subject review. *Pediatrics*, 1999;103(1): 186-191.
- Echeburúa E, de Corral P. Secuelas emocionales en víctimas de abuso sexual en la infancia. *Cuad Med Forense* 2006; 12(43-44): 75-82.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Ministerio de Salud de Chile. Guía Clínica Atención de Niños, Niñas y Adolescentes Menores de 15 años víctimas de Abuso Sexual. Mayo 2011.
- Saved the Children, España. Informe sobre el Programa de Prevención y sensibilización del abuso sexual infantil (1998 – 2004).
- Lago G, Céspedes JA. Abuso Sexual Infantil. Programa de Educación continua en pediatría. Sociedad Colombiana de Pediatría. Año 5, módulo 3: 16-30.
- Larain S, Bascuñán C. Maltrato Infantil: una dolorosa realidad puertas adentro. Naciones Unidas. Desafíos. 2009; 9:4-9
- Redondo Figuero C, Ortiz Otero MR. El abuso sexual infantil. *Bol Pediatr* 2005; 45:3-16.
- Sam Soto S, Gayón Vera E. Guía práctica para el abordaje y manejo de lesiones ano-genitales por virus de papiloma humano en adolescentes. *Acta Pediatr Mex* 2006;27(3):151-6.
- Navarro P. Valoración de la región anal en el delito sexual en la medicina forense clínica. *Med. leg. Costa Rica* [online]. 2001, vol.18, n.2, pp. 68-77. ISSN 1409-0015.
- Adams JA. Medical evaluation of suspected child sexual abuse. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2004; 17(3):191-7.
- Barthauer LM, Leventhal JM. Prevalence and effects of Child Sexual Abuse in a poor, rural community in El Salvador: a retrospective study of women after 12 years of civil war. *Child Abuse Negl*. 1999; 23(11): 1117-1126.
- Comisión Nacional para la Prevención de los Delitos de Explotación Sexual. Guía para denunciar delitos de explotación sexual comercial de niños, niñas y adolescentes en Panamá. Panamá 2009.
- López Alonso SR, Huizing E, Lacida Baro M. Cuestionario de Depresión Infantil CDI. En Cuestionarios, tests e índices para la valoración del paciente Salud Mental. Servicio Andaluz de Salud. Ed. Tecnographic, S.L España. 2004; 69-72.
- Hernández-Guzmán L, Bermúdez-Ornelas G, Spence SH et al. Versión en español de la Escala de Ansiedad para Niños de Spence (SCAS). *rev.latinoam,psicol.* [online]. 2010, vol.42, n.1 [cited 2013-09-05], pp. 13-24.
- Carrillo F, Godoy A, Gavino A, Nogueira R, Quintero C, Casado Y. Escala de ansiedad infantil de Spence fiabilidad y validez de la versión Española. Sep.2011 The free library website. Disponible en: <http://www.thefreelibrary.com>.
- Ministerio Público. Fondo mixto hispano-Panameño de cooperación. Violencia doméstica y maltrato a niños, niñas y adolescentes. 2010.
- Pou Fernandez J, Ruiz España A, Comas Masmirja LI, Petitbó Rafat MD, Bañez Fanes M, Bassets Marill J. Abuso sexual. Experiencia en una unidad funcional de abusos a menores. *An Esp Pediatr* 2001;54 (3):243-250
- Turcios Morales LA. Estudio descriptivo del abuso sexual infantil en El Salvador durante el periodo 2001-2009. *Psicología jurídica y forense*. Disponible en: <http://psicologajuridica.org/archives/736>. Enero 2011.
- Cáceres G. et al Diagnóstico Situación de Abuso Sexual Infantil. SENAME, Chile 2007.
- Del Campo Sánchez A. Detección del abuso sexual a menores: definición, prevalencia, indicadores y factores de riesgo. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2003;5(20):629-641.
- Pereda N, Forns M. Prevalencia y características del abuso sexual infantil en estudiantes universitarios españoles. *Child Abuse & Neglect* 2007; 31: 417-126
- Bardales Mendoza O, Huallpa Arancibia E. Maltrato y Abuso Sexual en niños, niñas y adolescentes: estudio realizado en los distritos de San Martín de Porres, Cusco e Iquitos. Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social, Perú. 2005. Disponible en www.mimp.gob.pe/files/programas_nacionales/_/maltrat_nna_smp.pdf
- Torregosa FL. El niño maltratado. En: El maltrato a los niños y sus repercusiones educativas. Memorias del 2do. Simposio Interdisciplinario e Internacional. México, D.F.; Federación Iberoamericana contra el Maltrato Infantil, 1992;11:55-74.
- www.metabase.net. Ministerio de Salud Panamá. Avances de la vigilancia de la violencia intrafamiliar en la región metropolitana de salud: experiencias del periodo 1998-2000.