

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO



ABUSO SEXUAL INFANTIL

VANIA MARÍA MIRANDA SAAVEDRA

Tesis

Presentada ante las autoridades de la
Escuela de Estudios de Postgrado de la
Facultad de Ciencias Médicas
Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Pediatría
Para obtener el grado de
Maestra en Ciencias Médicas con Especialidad en Pediatría
Enero 2021



ESCUELA DE
ESTUDIOS DE
POSTGRADO

Facultad de Ciencias Médicas Universidad de San Carlos de Guatemala

PME.01.063.2021

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HACE CONSTAR QUE:

El (la) Doctor(a): Vania María Miranda Saavedra

Registro Académico No.: 201790064

No. de CUI: 2083 01518 0101

Ha presentado, para su EXAMEN PÚBLICO DE TESIS, previo a otorgar el grado de Maestro(a) en Ciencias Médicas con Especialidad en **Pediatría**, el trabajo de TESIS **ABUSO SEXUAL INFANTIL**

Que fue asesorado por: Dra. Ana María Victoria Gramajo Aguilar

Y revisado por: Dr. Mario Herrera Castellanos MSc.

Quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite, la ORDEN DE IMPRESIÓN para **ENERO 2021**

Guatemala, 19 de octubre de 2020

Dr. Rigoberto Velásquez Paz, MSc.
Director
Escuela de Estudios de Postgrado

Dr. José Arnoldo Saenz Morales, MA.
Coordinador General
Programa de Maestrías y Especialidades



/emxc

Guatemala, 2 septiembre del 2020

Doctor
Oscar Leonel Morales Estrada MSc.
Coordinador Especifico
Programa de Maestrías y Especialidades
Facultad de Ciencias Médicas
Universidad de San Carlos de Guatemala
Hospital Roosevelt

Estimado Doctor Morales:

Por este medio informo que he **ASESORADO** a fondo el informe final de graduación que presenta la Doctora **Vania María Miranda Saavedra** carne **201790064** de la carrera Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Pediatría, el cual se titula: **Abuso Sexual Infantil**.

Luego de la asesoría, hago constar que la Dra. **Vania María Miranda Saavedra**, ha incluido las sugerencias dadas para el enriquecimiento del trabajo. Por lo anterior emito el dictamen positivo sobre dicho trabajo y confirmo está listo para pasar a revisión de la Unidad de Tesis de la Escuela de Postgrado de la Facultad de Ciencias Médicas.

Atentamente,

Dra. Ana María Gramajo
Pediatra
Col. 11,774


Dra. Ana María Victoria Gramajo Aguilar
Asesora

Guatemala, 25 de junio del 2020

Doctor
Oscar Leonel Morales Estrada MSc.
Coordinador Especifico
Programa de Maestrías y Especialidades
Facultad de Ciencias Médicas
Universidad de San Carlos de Guatemala
Hospital Roosevelt

Estimado Doctor Morales:

Por este medio informo que he **REVISADO** a fondo el informe final de graduación que presenta la Doctora **Vania María Miranda Saavedra carne 201790064** de la carrera Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Pediatría, el cual se titula: **Abuso Sexual Infantil.**

Luego de la revisión, hago constar que la Dra. **Vania María Miranda Saavedra**, ha incluido las sugerencias dadas para el enriquecimiento del trabajo. Por lo anterior emito el dictamen positivo sobre dicho trabajo y confirmo está listo para pasar a revisión de la Unidad de Tesis de la Escuela de Postgrado de la Facultad de Ciencias Médicas.

Atentamente,



Dr. Mario Herrera Castellanos MSc.

Revisor



Facultad de Ciencias Médicas Universidad de San Carlos de Guatemala

DICTAMEN.UIT.EEP.165-2020
16 de julio de 2020

Doctor
Francisco José Montiel Viesca, MSc. a.i.
Docente Responsable
Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Pediatría
Hospital Roosevelt

Doctor Montiel Viesca:

Para su conocimiento y efecto correspondiente le informo que se revisó el informe final de la médica residente:

Vania María Miranda Saavedra

De la Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Pediatría, registro académico 201790064. Por lo cual se determina Autorizar solicitud de examen privado, con el tema de investigación:

"Abuso sexual infantil"

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

Dr. Luis Alfredo Ruiz Cruz, MSc.
Unidad de Investigación de Tesis
Escuela de Estudios de Postgrado

c.c. Archivo
LARC/karin

2ª. Avenida 12-40, Zona 1, Guatemala, Guatemala
Tels. 2251-5400 / 2251-5409
Correo Electrónico: uit.eep14@gmail.com

INDICE

	Página
RESUMEN	i
I. INTRODUCCIÓN	1
II. ANTECEDENTES	3
III. OBJETIVOS	10
IV. MATERIAL Y MÉTODOS	11
V. RESULTADOS	19
VI. DISCUSIÓN Y ANALISIS	35
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	45
VIII. ANEXOS	49

INDICE DE TABLAS

TABLA	PÁGINA
TABLA 1	19
TABLA 2	19
TABLA 3	20
TABLA 4	20
TABLA 5	21
TABLA 6	21

INDICE DE GRAFICAS

GRAFICA	Página
GRAFICA 1	22
GRAFICA 2	22
GRAFICA 3	23
GRAFICA 4	23
GRAFICA 5	24
GRAFICA 6	24
GRAFICA 7	24
GRAFICA 8	24
GRAFICA 9	25
GRAFICA 10	26
GRAFICA 11	26
GRAFICA 12	27
GRAFICA 13	27
GRAFICA 14	28
GRAFICA 15	28
GRAFICA 16	29
GRAFICA 17	29
GRAFICA 18	30
GRAFICA 19	30
GRAFICA 20	31
GRAFICA 21	31
GRAFICA 22	32
GRAFICA 23	33
GRAFICA 24	33
GRAFICA 25	34

RESUMEN

El abuso es el acto en el que una persona en su relación de poder o confianza involucra a un menor en una actividad de contenido sexual, propiciando la victimización y de la cual el ofensor obtiene satisfacción. Datos estadísticos reportan aumento de casos del 2012 al 2016 del 200%. Por ello el Sistema de Salud desarrolló un protocolo de acción ante la violencia sexual, aplicado en las instituciones de atención pública. *Objetivo:* describir la caracterización clínico epidemiológica de los pacientes que acuden al Hospital Roosevelt por historia de abuso sexual. *Material y métodos:* incluyó 40 pacientes que ingresaron de enero a diciembre del 2018. Caracterizándolos según sexo, edad, historia clínica y los hechos del abuso. *Resultados:* 28 pacientes de sexo femenino y 12 masculino, mayormente de 5 a 10 años ($X=6.33$, $SD=2.51$). 75% detalló un abuso sexual de carácter crónico, 58% intrafamiliar, con lesiones que no se limitan a ser físicas, cambios conductuales y síntomas psicossomáticos de estrés postraumático. El seguimiento fue por 6 meses. *Conclusiones:* La ausencia de una sanción penal efectiva alimenta la vulnerabilidad, promueve la revictimización e imposibilita la reinserción a la “normalidad” de los pacientes pediátricos que se desenvuelven dentro del contexto de subordinación de género y sector social desfavorecido del país. Por lo tanto; definir el perfil de la víctima de abuso sexual dentro del contexto guatemalteco permite conocer el problema y resalta la importancia del involucramiento multisectorial, para garantizar el derecho a una vida libre de violencia sexual.

Palabras clave: Perfil, abuso sexual.

I. INTRODUCCIÓN

La violencia sexual se da en todos los países del mundo sin respetar la edad, sexo, clase socioeconómica o distribución geográfica. Considerándose así, una problemática de salud pública que afecta toda la población, y a pesar de ello es un tema poco investigado y poco notificado.

Al comprender la complejidad del problema de la violencia sexual, las autoridades del país como mandato de La Constitución Política de la República de Guatemala junto a la Ley de Protección Integral de la Niñez y Adolescencia, Decreto 27-2003 y la Ley para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Intrafamiliar, Decreto 97-2006, crean proyectos de atención interdisciplinaria, intersectorial y especializada a estos pacientes. Para el 2003 se instaura la clínica de enfermedades infecciosas del Hospital Roosevelt con un modelo de atención integral a víctimas sobrevivientes de abuso sexual. (5) En el año 2016 se implementa en todas las instituciones públicas, el protocolo de atención a víctimas sobrevivientes de violencia sexual donde se establece una ruta de atención que garantiza la protección y bienestar infantil de estos pacientes. (5)

En los reportes anuales, UNICEF reportó en el 2012 un total de 12 denuncias públicas de abuso sexual a niños y niñas, a nivel de toda la república, contabilizando así un total de más de 4000 casos anualmente. Reportes estadísticos mencionan que del año 2012 al 2016 aumentó en un 200% el reporte de casos mensuales a nivel nacional. Para el año 2018, INACIF registró el total de 8,157 evaluaciones clínicas por delitos sexuales, de las cuales 3,754 se realizaron en niños y niñas menores de 14 años. (4)

El alto costo humano, social y económico de la violencia sexual ha convertido esta coyuntura en una prioridad pública, por lo que el 9 de diciembre del año 2019 entra en vigencia la “Política Pública contra la Violencia Sexual en Guatemala 2019-2029” promovida por la secretaría contra la violencia sexual, explotación y trata de personas; con el objetivo de “Disminuir la incidencia de casos de violencia sexual, fortaleciendo la respuesta institucional ante las principales causas y consecuencias, atendiendo de forma integral a las víctimas y facilitando el acceso a la justicia, con el fin de garantizar la protección de los derechos humanos de toda la población vulnerable”. (4)

En base a los datos anteriores, y considerando las consecuencias tanto físicas como psicológicas que presentan estos pacientes, se considera de gran importancia describir el perfil de la víctima, del abusador y el contexto en el que se da la agresión sexual. Dicha descripción

se hace a partir de variables y categorías señaladas por la literatura en la población vulnerable a la violencia sexual.

Por lo tanto, en esta investigación se incluyen los datos de los expedientes clínicos de todos los pacientes pediátricos que acudieron al Hospital Roosevelt durante el período de enero a diciembre del 2018 por historia de abuso sexual.

Entre los datos que se resaltan, está el hecho que todos los pacientes son evaluados y notificados por médicos especialistas y médicos forenses de INACIF, Ministerio público, PGN y PDH para una determinación completa del caso. Sin embargo, en el 89% de casos a pesar de ser notificados a un juez, se evidencia la falta de una sanción penal efectiva, lo cual afecta al paciente en su reintegración y desenvolvimiento familiar, social y escolar.

II. ANTECEDENTES

En Guatemala, la violación se tipifica como delito contra la libertad e indemnidad sexual de todas las personas. Respecto al marco jurídico nacional; la Carta Magna establece en su artículo 1 que el Estado de Guatemala se organiza para proteger a la persona y a la familia, su fin supremo es realizar el bien común. Además, en los artículos 2,4 y 44 consigna el deber del Estado de garantizar a todos los habitantes de la República el derecho a la libertad, seguridad, desarrollo integral y otros derechos que se vinculan a la protección contra la violencia sexual. (4)

En el 2011, la organización Médicos Sin Fronteras creó una clínica en el Hospital General San Juan de Dios para la atención de víctimas sobrevivientes de abuso sexual. A partir de ésta se han habilitado otras clínicas en centros de salud de las zonas 1,7, y 18, donde se presta atención a cualquier paciente víctima del abuso sexual. (5,25)

Guatemala actualmente tiene 42 clínicas en 38 hospitales de la Red Hospitalaria Nacional; y en cada uno existe un comité de violencia sexual que tiene la responsabilidad de atención a víctimas sobrevivientes de Violencia Sexual, Maltrato Infantil y Embarazadas Menores de 14 años. Se cuenta con el protocolo de atención a víctimas sobrevivientes de violencia sexual, que se utiliza como instrumento de carácter técnico para brindar una ruta de atención idónea, de orientación y aplicación de estándares para que la atención sea oportuna y de calidad. Se garantiza el seguimiento médico de las víctimas por 12 meses con el fin de lograr una rehabilitación total del paciente. (5)

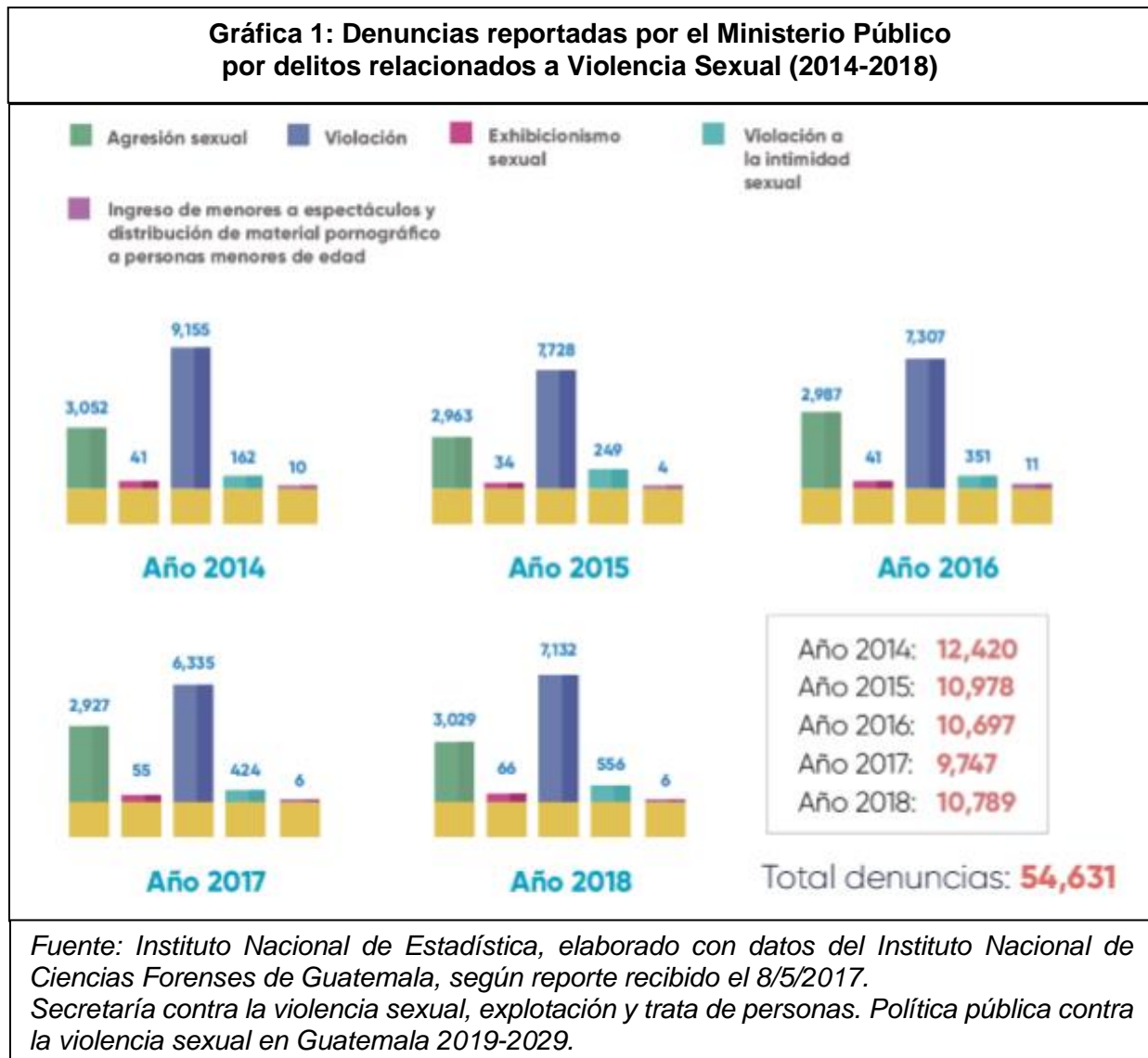
Reportes del país, mencionan que del año 2012 al 2016 aumentó en un 200% el reporte de casos mensuales, con una variable distribución geográfica donde el departamento con mayor número de casos reportados fue la ciudad de Guatemala, Escuintla en segundo lugar y Zacapa en tercer lugar. (17, 26)

Según el reporte estadístico del año 2016, en los 40 pacientes que consultaron y se les dio seguimiento por historia de abuso sexual en el departamento de Pediatría del Hospital Roosevelt, se pudo evidenciar que las víctimas corresponden a niños y niñas que van desde los 8 a los 11 años de edad. (17)

La evidencia ha mostrado que en Guatemala la violencia sexual afecta a una elevada proporción de mujeres, destacan las niñas entre 10 y 14 años, al margen de su contexto socioeconómico y origen étnico. Sin embargo, debido a que Guatemala es un país pluricultural,

multiétnico y plurilingüe, según los datos de las víctimas de violencia sexual, en el 2017 se identificó que un 52% de pacientes abusados son ladinos y el resto de etnia maya. (4)

En las estadísticas del año 2018, el INACIF mostró que del total de evaluaciones realizadas por delitos sexuales (8,157 evaluaciones) el 67% se realizaron en personas menores de 19 años, 68% en menores de 14 años, 4.7% entre 1 y 4 años de edad y 1.4% menores de 1 año. (4)



Según la gráfica, puede evidenciarse el aumento de denuncias desde el año 2015 hasta el 2018, en cuanto a los casos de violación y agresión sexual. (4)

Es así como el registro estadístico de delitos sexuales reportados permite obtener un panorama de la magnitud de la violencia sexual en el país. Sin embargo, debe contemplarse la persistencia de un subregistro de casos no reportados (4)

Por otro lado, el registro y atención de pacientes estables sigue una ruta interinstitucional en hospitales, centros y servicios de salud de 24 horas. Se da atención médica de emergencia y en ese momento se notifica al Ministerio Público, quien por la Instrucción General No. 02-2,013 para la atención y persecución penal de delitos cometidos en contra de la niñez y adolescencia, debe presentarse a evaluar el caso en menos de 2 horas, y notificar al INACIF. Siempre que el paciente es menor de edad, se notifica a la Procuraduría General de la Nación. (5)

2.1. Características del abuso sexual

Diversidad de estudios a nivel internacional, se han dedicado a describir múltiples factores que presentan la mayoría de pacientes víctimas de abuso sexual. Esto con el fin de dar a conocer el perfil de la víctima, abusador y el contexto en el que se desenvuelve el hecho. Dicho contexto abarca los aspectos psicosociales, culturales, religiosos y educativos. (19)

Las publicaciones internacionales de estudios descriptivos han determinado que las siguientes son características que se asocian comúnmente con víctimas de abuso sexual: (19)

- Género: Las pacientes femeninas reportan mayor proporción de haber sufrido abuso sexual, en el 55-95% de los casos (7). Con una prevalencia de 180 de cada 1000 mujeres en comparación a 76 de cada 1000 hombres. (19) Así, la literatura describe a las mujeres preadolescentes entre 8 y 12 años como el grupo más vulnerable. (7)
- Relación: Se describe un contacto directo y familiar entre el abusador y el abusado. Se ha determinado en la mayoría de casos, como principal agresor al padre en un 18.5%, padrastro 12.6% y figuras significativas en la familia en el 9.2%. (7).
- Develación de la situación de abuso: El relato o develación de los casos es principalmente a la madre en el 54.4% de los casos. El 8.9% al abuelo(a), 7.6% a los compañeros de escuela y el 6.3% al hermano(a). (7)

Además del relato del evento sexual, se han descritos indicios físicos, psicológicos y sociales propios de una víctima de abuso sexual.

En relación a los signos físicos se deben tomar en cuenta; cefaleas y dolores abdominales recurrentes, enuresis y encopresis, infecciones urinarias a repetición,

inflamación zona genital o anal. Así como periódicas lesiones físicas (hematomas, fracturas, lesiones cortantes) y cualquier daño físico. (28)

- **Sintomatología:** en la etapa de inicio del abuso puede evidenciarse el trastorno por estrés agudo o post traumático, por otro lado, en la fase crónica es evidente el síndrome de acomodación a la victimización reiterada. Se ha descrito que alrededor del 29% de casos presentan depresión o ansiedad, 17% comportamiento sexual inapropiado, 14% problemas conductuales, trastornos de sueño, defectos en atención/concentración, rasgos de personalidad. (19,7)

En la siguiente tabla se describen las características del abuso sexual en pacientes evaluados en España en el año 2010. (19)

Tabla 1: Características del niño abusado

	N	%		N	%
Género			Otros maltratos		
Femenino	179	71.6	Sí	120	48.0
Masculino	71	28.4	No	93	37.2
			No se conoce	37	14.8
Edad			Déficit físico y/o psíquico		
0-3 años	28	11.2	Sí	34	13.6
4-6 años	73	29.2	No	189	75.6
7-9 años	46	18.4	No se conoce	27	10.8
10-12 años	48	19.2			
13-15 años	40	16.0	Absentismo escolar		
16-18 años	12	4.8	Sí	58	23.2
			No	160	64.0
Edad de inicio del abuso			No se conoce	32	12.8
0-5 años	62	24.8	Exploración médica		
6-11 años	54	21.6	Sí	98	39.2
12-18 años	25	10.0	No	117	48.8
No se conoce	109	43.6	No se conoce	35	14.0

Fuente: Espinosa Sánchez EM, Sánchez Martín I. Características de una muestra de niños con sospecha de abuso sexual en un dispositivo especializado andaluz. *Intervención Psicosocial*. [en línea] Sevilla, España. 2007; 16 (5): 339-359.

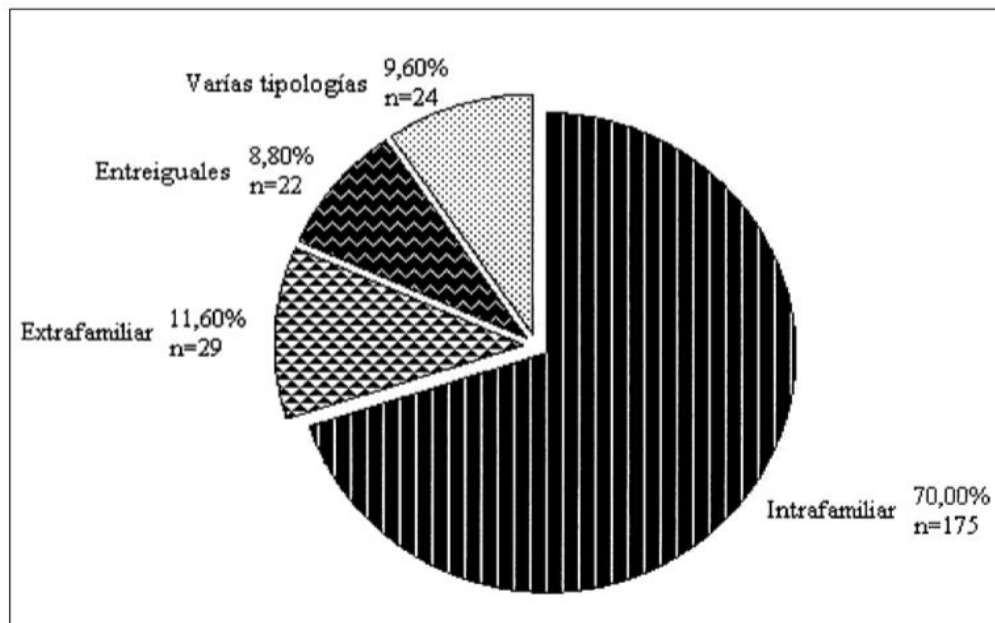
2.2. Tipos de abuso sexual

En un estudio descriptivo realizado en el año 2010 en España, los tipos de abuso sexual se definieron en 3 categorías: (19)

- Intrafamiliar: El abusador y la víctima forman parte de la misma familia. Ambos presentan consanguinidad, o el abusador es un miembro con un rol familiar importante y de convivencia cercana con el niño(a).
- Extrafamiliar: El abusador es una persona mayor a 18 años que no presenta consanguinidad con la víctima. No forma parte de la familia y no convive con ella.
- Entre iguales: el abusador es menor de 18 años. Tiene una diferencia de edad con la víctima, menor a 5 años.

Datos estadísticos reportaron que el 70% de pacientes fueron víctimas del abuso intrafamiliar, y de ellos, más del 80% de pacientes presentaban relación de consanguinidad con el abusador. (19)

Gráfica 1: Tipología del abuso en el niño



Fuente: Espinosa Sánchez EM, Sánchez Martín I. Características de una muestra de niños con sospecha de abuso sexual en un dispositivo especializado andaluz. *Intervención Psicosocial*. [en línea] Sevilla, España. 2007; 16 (5): 339-359.

En base a la literatura conocida, para el 2010 se realizó otro estudio descriptivo en Chile donde se evidenció que el abuso sexual infantil intrafamiliar se da en un 65% de pacientes, como respuesta a una funcionalidad familiar vulnerable. (7)

2.3 Indicadores del abuso sexual

Según la cronicidad y severidad del evento sexual, se han descrito indicadores físicos y conductuales que describen al paciente abusado. (7) Entre los indicadores físicos están; las lesiones en genitales, boca o paladar y las infecciones no exclusivamente de transmisión sexual. (19)

Se ha puntualizado que las principales acciones de abuso realizadas por los agresores son; tocamientos de órganos sexuales por debajo de la ropa en el 64% de casos, penetración en el 35.4%, tocamientos de órganos sexuales por encima de la ropa en el 12.7%, sexo oral con 11.4% y frotamiento genital en el 6.3% de todos los casos. (7)

En las fichas clínicas de los casos de violencia sexual del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, se hace el registro de signos vitales, la somatometría y la inspección extravaginal. En dicha sección se colocan los distintos tipos de lesión encontrados en diferentes áreas anatómicas (desde el cráneo hasta el tobillo-pie-dedos) como; laceración, contusión, mordida, equimosis, sugilación, hematoma, herida cortante, herida por proyectil, entre otros. (5)

Por otro lado, los indicadores conductuales hacen referencia al desenvolvimiento del paciente inmediatamente después del evento. Incluye así la verbalización de lo sucedido y su dinámica intrafamiliar luego del evento. Se ha descrito que los niños (as) y adolescentes acuden a figuras femeninas a develar la agresión. Es por ello que en el 54% de los casos, el relato de lo sucedido ante las autoridades es por la madre. (7)

La dinámica familiar, la desinformación y concepción social del abuso sexual influye en forma negativa a que el paciente reconozca que es víctima del abuso sexual y decida verbalizarlo. Ejemplo de ello es que solamente en el 28% de casos los eventos se reportan desde el inicio, es decir, se reporta como evento único. Por otro lado, en el 72% de los casos, se reportan eventos reiterados o múltiples. (7) Esto explica la necesidad de reconocer los cambios emocionales y conductuales, ya que a partir de ellos se establece el desenvolvimiento y comportamiento "normal" del paciente a nivel individual, familiar y social.

Puntualizando; es evidente que el abuso sexual es un problema intersectorial a nivel nacional, que requiere un abordaje multidisciplinario y de compromiso humano y político por parte de todos los sectores del país. Es por ello que el Estado de Guatemala en la política contra la violencia se basa en los principios de equidad, especialización, no discriminación, integralidad e intersectorialidad para que, en las intervenciones en la prevención, atención, sanción y resarcimiento de la violencia sexual, se considere el impacto psicosocial del niño víctima de abuso sexual.

La importancia que todo profesional en salud conozca el perfil del paciente pediátrico abusado, y con ello los indicadores físicos, emocionales y conductuales del mismo; radica en que se ha descrito que el 85-95 % de los niños que relatan uno o varios eventos de abuso sexual donde no hay un traumatismo visible o grave, pueden presentar exámenes físicos inespecíficos o hasta normales. Es en estos pacientes, donde el abordaje psicológico es fundamental para la develación del evento sexual. (28)

2.4. Análisis estadístico con medidas estadísticas de tendencia central:

El programa utilizado para el análisis de los datos es SPSS versión 23 y se describe la media, desviación estándar y frecuencias. La organización de la información se presenta a partir de tablas de contingencia de frecuencias absolutas y porcentajes.

Las medidas estadísticas de tendencia central tienen el fin de indicar un valor que tipifica o suele ser el más representativo en el conjunto de los números, valores o datos de una investigación. (27)

- Media: aritméticamente es el promedio de sumar los valores del conjunto y dividirlo en el número de valores del mismo. (27)

$$\bar{x} = \frac{\sum_{i=1}^n x_i}{n}$$

- Desviación estándar: se refiere a la raíz cuadrada positiva de la varianza. Permite el cálculo de un índice numérico de la dispersión del conjunto de características clínicas de los pacientes abusados (27)

$$s = \sqrt{\frac{\sum (x_i - \bar{x})^2}{n - 1}}$$

III. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

3.1.1 Caracterización clínico epidemiológica de los pacientes pediátricos que acuden al Hospital Roosevelt por historia de abuso sexual.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

3.2.1 Identificar hallazgos físicos de los pacientes pediátricos con historia de abuso sexual.

3.2.2 Determinar la cantidad de pacientes que requirieron procedimiento quirúrgico tras las lesiones físicas del abuso sexual.

3.2.3 Determinar las comorbilidades coexistentes en el paciente pediátrico con historia de abuso sexual.

3.2.4 Determinar la caracterización del hecho del abuso sexual.

3.2.5 Determinar la caracterización del ambiente familiar de los pacientes pediátricos con historia de abuso sexual.

IV. MATERIALES Y MÉTODOS

Se tomaron en cuenta los expedientes de los pacientes que consultaron al Hospital Roosevelt durante el período de enero a diciembre del 2018 por historia de abuso sexual. Se realizó una revisión de la evaluación inicial, abordaje médico y psicológico a partir del protocolo de atención a víctimas sobrevivientes de violencia sexual, con el fin de realizar una tipificación o caracterización de todos los casos de abuso sexual infantil. Dicha revisión abarcó la totalidad del expediente, desde el momento del ingreso en la emergencia del hospital, su estadía en los servicios de pediatría y su seguimiento en consulta externa.

4.1 Diseño del estudio

Estudio descriptivo transversal.

4.2 Población: Todo paciente ingresado al Hospital Roosevelt por historia de abuso sexual, durante el año 2018.

4.3 Selección y tamaño de muestra: Se tomó al total de población que acudió al Hospital Roosevelt durante el año 2018 por historia de abuso sexual.

4.4 Unidad de análisis: Boleta de recolección de datos con la información del paciente. Incluyendo las características personales del paciente pediátrico y del abusador, tales como; edad, sexo, procedencia y descripción del evento.

4.4.1 Unidad de información: Expedientes clínicos que describen el evento del abuso sexual, desde el ingreso del paciente a los servicios de pediatría durante el año 2018 en el Hospital Roosevelt.

4.5 Sujeto u objeto de estudio: Paciente pediátrico que consultan al Hospital Roosevelt por historia de abuso sexual y que son ingresados para abordaje y seguimiento médico, psicológico y legal.

4.6 Operacionalización de variables

DEFINICIÓN ACADÉMICA Y OPERACIONAL DE VARIABLES

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Tipo de variable y unidad de medida	Indicador
Características de pacientes pediátrico	Características demográficas que presenta el paciente que acude por historia de abuso sexual.	Características personales: edad, sexo, escolaridad.	Cualitativa Nominal	Edad Sexo Escolaridad Lugar de procedencia
Características de la familia	Estructura de las familias de pacientes con historia de abuso sexual	Características intrafamiliares	Cualitativa Nominal	Estructura familiar Nivel socioeconómico Hacinamiento Violencia domestica
Características de los agresores	Características que presenta el agresor que realiza el abuso sexual	Características personales: Edad y relación con víctima.	Cualitativa Nominal	Relación directa con víctima. Modo de actuación Edad
Hallazgos físicos	Lesiones físicas que presenta la víctima en la evaluación de ingreso	Se indicaron las lesiones reportadas en la historia clínica.	Cualitativa Nominal	Lesión himen Lesión anal Eritema área genital Infecciones de transmisión sexual
Indicadores conductuales	Elementos de la evaluación conductual a partir de la evaluación de inicio y seguimiento de psicología	Se indicaron los elementos conductuales identificados por psicología y reportados en la historia clínica	Cualitativa Nominal	Miedos Cambios conducta, Trastornos sueño, Dificultades en escuela Problemas de relación con iguales. Enuresis.

<i>Características del hecho de abuso sexual</i>	Elementos que describen el contexto del hecho del abuso sexual	Se indicaron los elementos reportados en la historia clínica de la narración del hecho.	Cualitativa Nominal	Acceso al menor Modos empleados Lugar de ocurrencia Valoración testimonio Gravedad del abuso Diagnóstico del caso
<i>Tiempo del abuso sexual</i>	Duración del evento del abuso sexual.	Se indicará si el evento es agudo o de evolución crónica	Cualitativa Nominal	Primer evento Múltiples eventos
<i>Tipos de abuso sexual</i>	Definición del evento dependiendo la relación de la víctima y el ofensor	Se clasifico el hecho de abuso sexual dependiendo de la relación entre la víctima y el ofensor.	Cualitativa Nominal	Intrafamiliar Extrafamiliar Entre iguales (diferencia de edad menor a 5 años) Varias tipologías (combinados)
<i>Síntomas psicósomáticos</i>	Síntomas desencadenados a consecuencia de problemas psicológicos primarios.	Registro de síntomas en el examen físico y psicológico en el seguimiento por consulta externa.	Cualitativa Nominal	Pérdida apetito Cansancio Insomnio Cefalea Epigastralgia Taquicardia

4.7 Instrumento de recolección de datos

(Ver anexos.)

4.8 Procedimiento para la recolección de datos

El estudio se llevó a cabo durante el mes de enero a diciembre del año 2018, sobre la población anteriormente definida. Se evaluaron 40 pacientes que acudieron al Hospital Roosevelt por historia de abuso sexual.

La recolección de datos del instrumento de investigación se realizó a partir del expediente clínico de cada paciente. Los 40 pacientes del estudio ingresaron por la emergencia a los diferentes servicios de pediatría del Hospital Roosevelt. Dichos expedientes clínicos describen el evento, las características personales del paciente y del abusador. Así mismo, el registro de la evaluación psicológica y del seguimiento legal de cada caso.

El número de registro médico y número de identificación de caso de PDH de los pacientes fueron obtenidos del SIGSA de registro de la clínica de atención a pacientes por violencia sexual, el libro de ingresos y egresos de los servicios de emergencia de pediatría y encamamiento de Infantes y Medicina de Niños, durante el período de 1 de enero al 31 de diciembre 2018. Ningún registro desde la consulta externa.

Los expedientes médicos se adquirieron del departamento de archivo del Hospital Roosevelt. Cada uno con su papelería correspondiente del departamento de psicología y trabajo social.

La información de los expedientes clínicos fue transcrita al instrumento de investigación, realizando énfasis en las variables que abarca la misma. Dicha información se detalla en frecuencias absolutas y porcentajes por medio de tablas de contingencia.

Es importante resaltar el hecho que ningún paciente fue re-interrogado por parte del investigador para evitar re-victimizarlo. Esto, considerando que se ha demostrado que el abuso sexual es un hecho traumático para cualquier persona, independientemente su edad.

4.9 Seguimiento de caso

El seguimiento de caso se realizó a diario según los días de estancia hospitalaria de cada paciente, la cual estuvo en un promedio de 4-7 días.

La notificación al Ministerio Público se hizo desde el ingreso, al igual que la notificación al INACIF. Todos los pacientes por ser menores de edad se reportaron a la Procuraduría General de la Nación (PGN).

El seguimiento médico se realizó a los 3 y 6 meses de la agresión sexual en la clínica de Violencia Sexual ubicada en el tercer nivel de la maternidad del Hospital Roosevelt. Dicho seguimiento se basa en la evaluación clínica y realización del examen físico general.

En cuanto al enfoque psicológico; se realiza una entrevista inicial en conjunto a la evaluación del pediatra. Esto con el fin de evaluar el estado emocional de la víctima y del familiar que lo acompaña, y atender cualquier crisis que presente al ingreso, el paciente y en la mayoría de casos, la madre. Se ha descrito que el 60% de madres se enteran del personaje agresor al momento de la evaluación médica en la sala de urgencias.

El juzgado por su parte determina la escuela de padres obligatoria, según la ubicación y residencia de la víctima.

El seguimiento psicológico se dio por 1 año de carácter obligatorio, y la orientación se basa en el estado de ánimo, evaluación inicial y edad del paciente.

A los menores de 10 años se dirige el seguimiento con terapias de juego durante 30 minutos, 1 vez al mes. Por lo que debe cumplir con 12 evaluaciones psicológicas al año.

En los mayores de 10 años se considera la gravedad del caso y se dirige el seguimiento a terapias cognitivo-conductual durante 45 minutos. De ser necesario, los pacientes son evaluados cada 15 días.

Es importante mencionar que la terapia psicológica finaliza en el momento en que el juez concluye el caso. Esto sin importar las 12 sesiones obligatorias establecidas por el protocolo de atención a víctimas sobrevivientes de violencia sexual. Además; debido a que el abuso sexual infantil es de carácter crónico y carece de evidencias sustentables contra el agresor, los casos se dan como concluidos con una orden de alejamiento en contra del agresor como “sugerencia” a la madre de la víctima.

4.10 Análisis estadístico

La información obtenida se interpretó según las frecuencias absolutas y porcentajes presentados en tablas de contingencia. Se organizó la información en los programas de Microsoft Access y SPSS en versión 23.0 y otras previas.

La descripción del grupo de pacientes que se evaluó por sospecha de abuso sexual, presenta diversas características que permiten establecer un perfil de paciente que, por sus características físicas y condiciones sociales, son fuertes candidatos para ser víctimas de abuso sexual. La selección de variables y categorías se realizó en base a las señaladas por la literatura, especialmente las que se han considerado factores de riesgo.

El análisis de los resultados en el cálculo de la media y desviación estándar se realizó con el programa SPSS en versión 23.0 lo que permitió encontrar los datos significativos de las características.

- Media: aritméticamente es el promedio de sumar los valores del conjunto y dividirlo en el número de valores del mismo. (29)

$$\bar{x} = \frac{\sum_{i=1}^n x_i}{n}$$

- Desviación estándar: se refiere a la raíz cuadrada positiva de la varianza. Permite el cálculo de un índice numérico de la dispersión del conjunto de características clínicas de los pacientes abusados (29)

$$s = \sqrt{\frac{\sum (x_i - \bar{x})^2}{n - 1}}$$

A partir de estos cálculos estadísticos se obtiene que la media según los intervalos de edad de los pacientes se establece en $\bar{x} = 6.33$. Y una desviación estándar $S = 2.5153$

Intervalo	Marca de clase X_i	Frecuencias f_i	$X_i * f_i$	$(X_i - \bar{x})$	$(X_i - \bar{x})^2$	$f_i (X_i - \bar{x})^2$
0 - 4	2	9	18	- 4.33	18.7489	168.7401
5 - 9	7	28	196	0.67	0.4489	12.5692
10 - 12	11	3	33	4.67	21.8089	65.4267
Suma Σ		n = 40	247			246.7360

Media Aritmética

$$\bar{X} = \frac{\sum X_i * f_i}{n - 1}$$

$$\bar{x} = 247 / 40$$

$$\bar{x} = \mathbf{6.33}$$

Desviación estándar

$$s = \sqrt{\frac{\sum [f_i * (X_i - \bar{x})^2]}{n - 1}}$$

$$s = \sqrt{\frac{246.736}{40-1}}$$

$$\mathbf{S = 2.5153}$$

Se analiza la variable de edad por medio de este análisis estadístico debido a que es la única que se presenta en intervalos. Obteniéndose así que la media de las edades de los pacientes guatemaltecos abusados es de 6.33 con una desviación estándar de 2.51 en un intervalo de confianza del 95%.

4.11 Aspectos éticos

La victimización o revictimización es el “resultado de la respuesta inadecuada, fría, incomprensiva e insensible de las instituciones y los individuos hacia las víctimas”. Así la victimización secundaria se deriva de las relaciones de la víctima con las instituciones sociales como los medios de comunicación, jurídicos, servicios sociales y sobre todo servicios sanitarios. (5)

La visión del Hospital Roosevelt corresponde a ser un hospital que brinde atención médica con enfoque multiétnico y culturalmente adaptado. Esto bajo estándares que garanticen el bienestar total del paciente. Es por ello que la investigación se basó en una moral social, respetando la dignidad humana y garantizando la completa confidencialidad del relato descrito de cada paciente.

La recolección de datos del instrumento de investigación se realizó a partir de la información tal como se registró por el médico de turno, en el expediente clínico desde su ingreso al Hospital Roosevelt. Ningún paciente fue reinterrogado por la investigadora, con el fin de evitar la revictimización.

La información personal de cada niño o niña; nombre completo, dirección exacta, el número de identificación de caso de PDH, las pruebas serológicas y el tratamiento recibido se registró con total reserva y no se revelan en el estudio. Esto debido a que únicamente se recabaron para la organización de los datos de las características descritas como variables en la investigación.

Por último; la información sobre el seguimiento psicológico, médico y legal se recolectó a partir del mismo expediente clínico. Sin embargo, para conocimiento de la investigadora sobre los tipos de terapia dirigida hacia los pacientes, se interrogó a la licenciada Melissa González, actual psicóloga de la clínica de violencia sexual del Hospital Roosevelt. Guardando total confidencialidad de la información recabada.

V. RESULTADOS

Tabla 1: Características paciente pediátrico

Caracterización clínico epidemiológica del Abuso Sexual Infantil

	N	%		N	%
GÉNERO			PROCEDENCIA		
Femenino	28	70%	Región metropolitana	23	58%
Masculino	12	30%	Región Norte	0	0%
			Región Nororiente	4	10%
			Región Suroriente	0	0%
			Región central	7	17%
			Región Suroccidente	4	10%
			Región Noroccidente	2	5%
			Región Petén	0	0%
EDAD			ESCOLARIDAD		
0-4 años	9	22%	Ninguna	15	38%
5-9 años	28	70%	Primaria	24	60%
10-12 años	3	8%	Secundaria	1	2%

- **Fuente:** Propia. Total: 40 pacientes
- **Edad de pacientes:** media aritmética $\bar{x} = 6.33$ y desviación estándar: $S = 2.5153$

Tabla 2: Características sociales de la familia

Caracterización clínico epidemiológica del Abuso Sexual Infantil

	N	%		N	%
ESTRUCTURA FAMILIAR			VIOLENCIA DOMÉSTICA		
Desintegrada	29	72%	Si	0	0%
Unida	11	28%	No	40	100%

- **Fuente:** Propia. Total: 40 pacientes

Tabla 3: Características socio-económicas

Caracterización clínico epidemiológica del Abuso Sexual Infantil

	N	%		N	%
HACINAMIENTO			NIVEL SOCIOECONÓMICO		
Si	25	62%	Alto	0	0%
No	15	38%	Medio	22	55%
			Bajo	18	45%

- **Fuente:** Propia. Total: 40 pacientes. Hacinamiento: más de 6 personas en casa.

Tabla 4: Características de agresores

Caracterización clínico epidemiológica del Abuso Sexual Infantil

	N	%		N	%
RELACIÓN CON VÍCTIMA			SEXO		
Si	23	60%	Masculino	40	100%
No	17	40%	Femenino	0	0%
MODO ACTUAR			EDAD		
Directo	40	100%	Menor 19 años	13	33%
Indirecto	0	0%	20 a 40 años	27	67%
			Mayor a 41 años.	0	0%

- **Fuente:** Propia. Total: 40 pacientes

Tabla 5: Características del hecho de abuso sexual
Caracterización clínico epidemiológica del Abuso Sexual Infantil

	N	%		N	%
TIEMPO DE ABUSO			LUGAR		
Múltiples eventos	30	75%	Casa	31	78%
Primer evento	10	25%	Guardería	4	10%
			Escuela	5	12%
TIPO DE ABUSO			DIAGNÓSTICO		
Intrafamiliar	23	58%	Clínico PGN	40	100%
Extrafamiliar	16	40%	Médico	0	
Entre iguales	1	2%			
Varias tipologías	0				

- **Fuente:** Propia. Total: 40 pacientes. Entre iguales: diferencia de edad menor a 5 años. Varias tipologías: combinados.

Tabla 6: Hallazgos físicos pacientes abusados
Caracterización clínico epidemiológica del Abuso Sexual Infantil

	N	%		N	%
NIÑAS			NIÑOS		
Lesión himen	23	82%	Lesión anal	5	42%
Lesión anal	1	4%	Eritema área genital	10	84%
Eritema área genital	25	89%	Infecciones transmisión sexual	0	0%
Infecciones transmisión sexual	0	0%	Lesión esfínter anal	2	17%

- **Fuente:** Propia. Total: 40 pacientes (28 niñas y 12 niños)

Tabla 7: Hallazgos psicológicos pacientes abusados
Caracterización clínico epidemiológica del Abuso Sexual Infantil

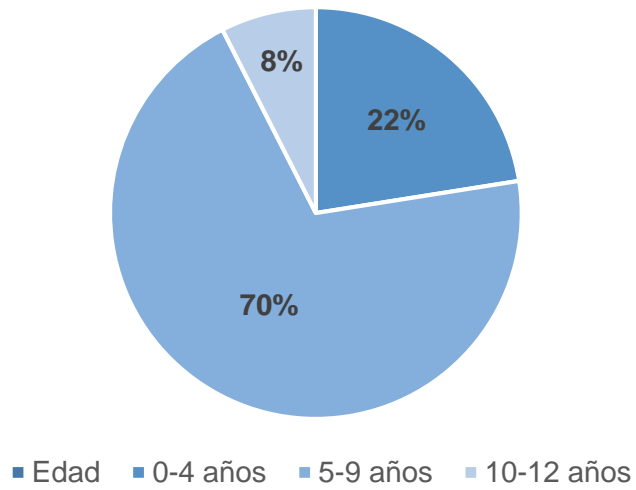
	N	%		N	%
INDICADORES CONDUCTUALES			SÍNTOMAS PSICOSÓMATICOS		
Miedos	37	93%	Pérdida apetito	35	88%
Cambios de conducta	37	93%	Cansancio	30	75%
Trastornos del sueño	30	75%	Insomnio	33	83%
Dificultad escolar	31	78%	Cefalea	28	70%
Problemas relación con iguales	26	65%	Epigastralgia	1	3%
Enuresis	0	0%	Taquicardia	0	0%

- **Fuente:** Propia. Total: 40 pacientes

GRÁFICAS DE INTERPRETACIONES DE RESULTADOS

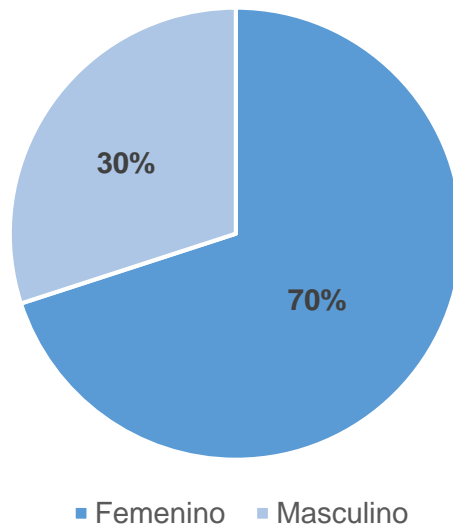
Características del paciente pediátrico

Gráfica 1: Clasificación por edad del paciente abusado
Caracterización clínico epidemiológica del Abuso Sexual Infantil



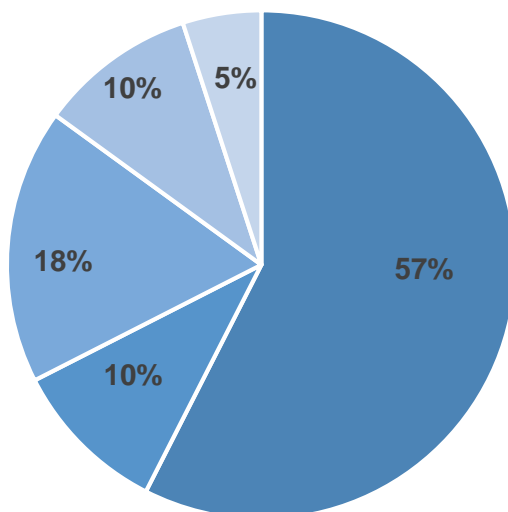
- **Fuente:** Propia. **Total:** 40 pacientes

Gráfica 2: Clasificación por género del paciente abusado
Caracterización clínico epidemiológica del Abuso Sexual Infantil



- **Fuente:** Propia. **Total:** 40 pacientes

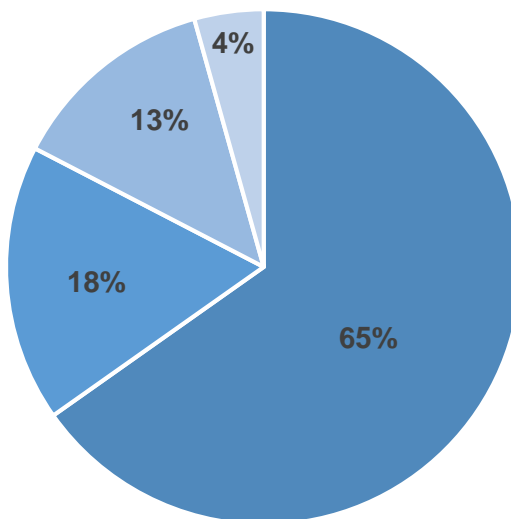
Gráfica 3: Distribución de casos en las regiones de Guatemala
 Caracterización clínico epidemiológica del Abuso Sexual Infantil



■ Región metropolitana ■ Región Nororiente ■ Región central ■ Región Suroccidente ■ Región Noroccidente

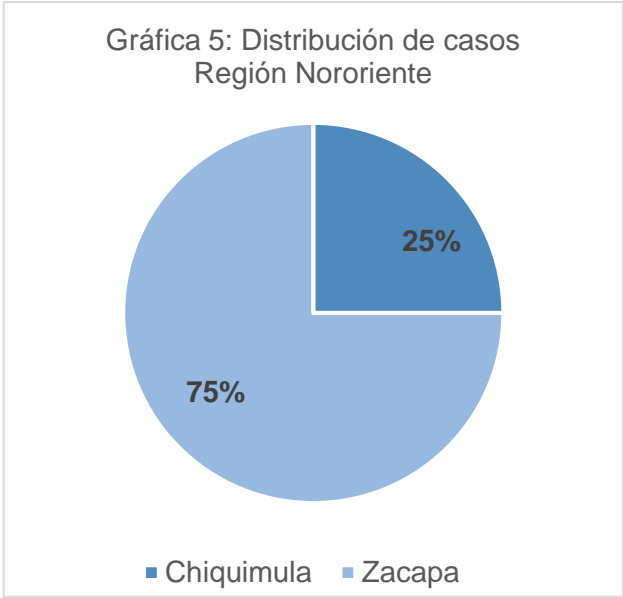
• **Fuente:** propia. Total: 40 pacientes

Gráfica 4 Distribución de casos
 Región Metropolitana

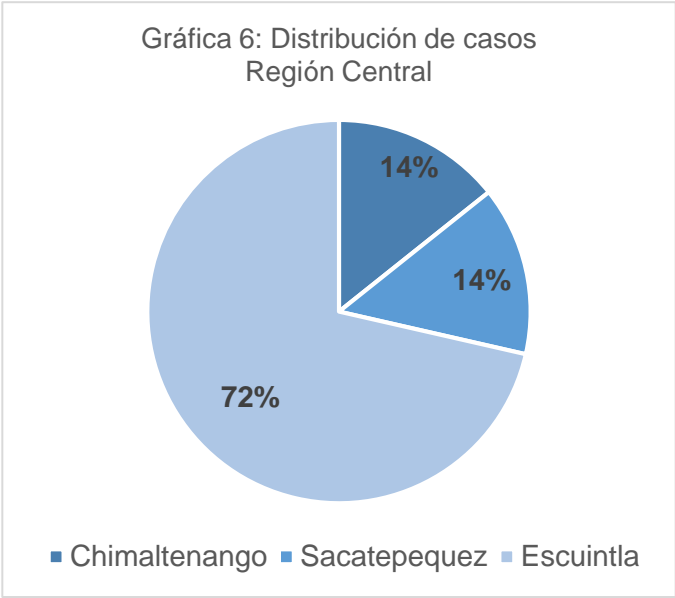


■ Ciudad Capital ■ Mixco ■ Santa Catarina Pinula ■ San Raymundo

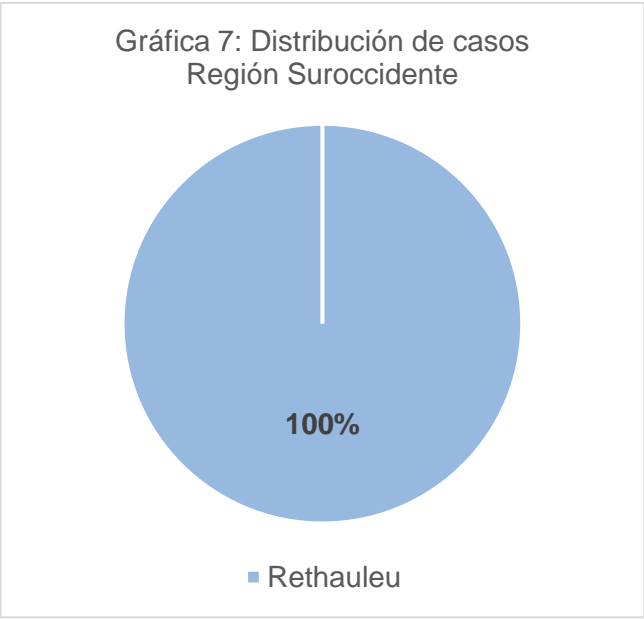
• **Fuente:** propia. Total: 23 pacientes



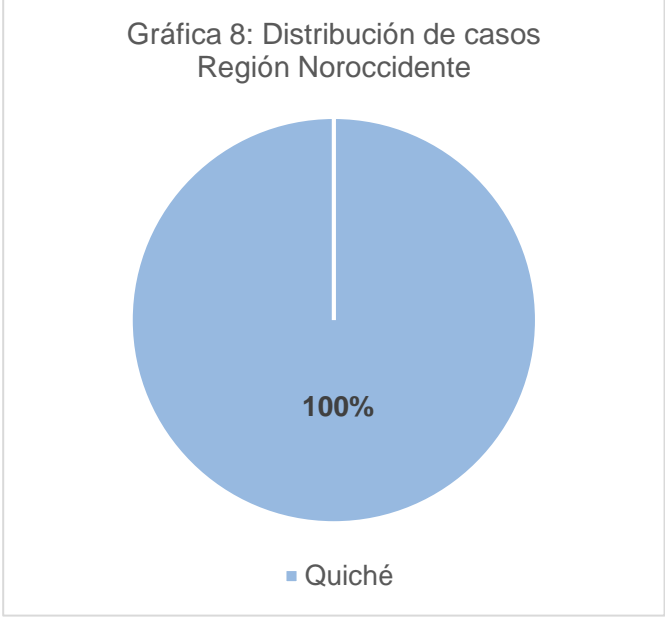
• **Fuente:** Propia. Total: 4 pacientes



* **Fuente:** Propia. Total: 7 pacientes

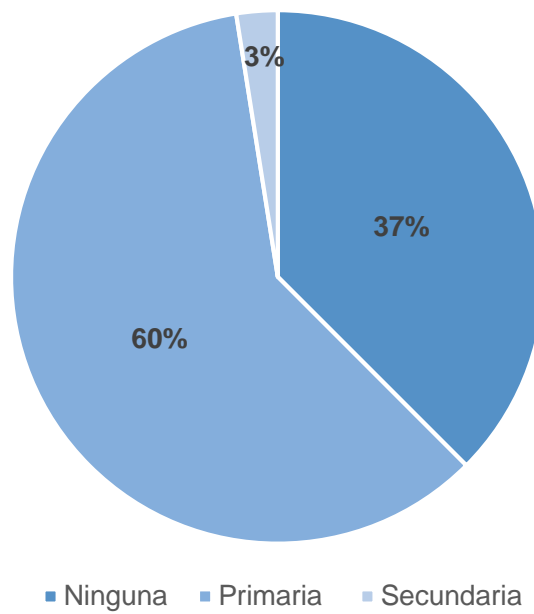


• **Fuente:** Propia. Total: 4 pacientes



* **Fuente:** Propia. Total: 2 pacientes

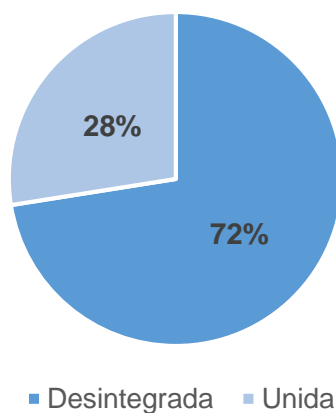
Gráfica 9: Clasificación según escolaridad del paciente abusado
Caracterización clínico epidemiológica del Abuso Sexual Infanti



- **Fuente:** Propia. Total: 40 pacientes

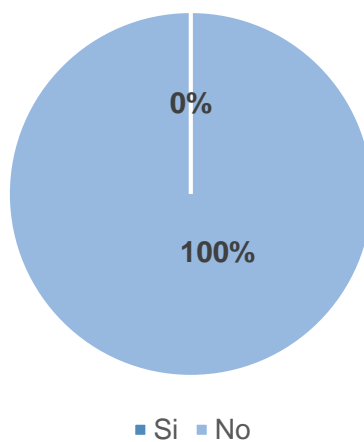
Características sociales del paciente pediátrico

Gráfica 10: Estructura familiar de los pacientes abusados
Caracterización clínico epidemiológica del Abuso Sexual Infantil



- **Fuente:** Propia. **Total:** 40 pacientes

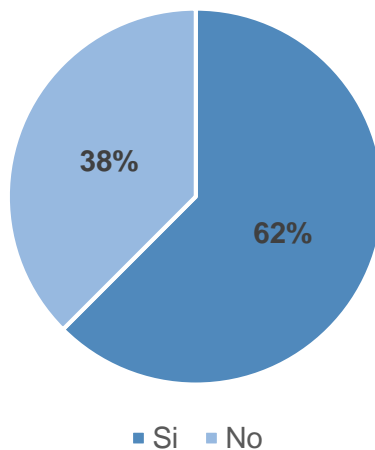
Gráfica 11: Violencia familiar en el contexto del paciente abusado
Caracterización clínico epidemiológica del Abuso Sexual Infantil



- **Fuente:** Propia. **Total:** 40 pacientes

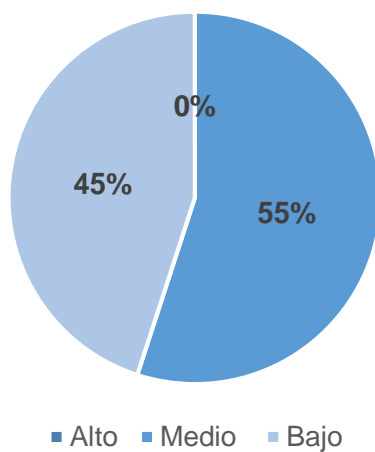
Características socioeconómicas del paciente pediátrico

Gráfica 12: Hacinamiento en el contexto del paciente abusado
Caracterización clínico epidemiológica del Abuso Sexual Infantil



- **Fuente:** Propia. **Total:** 40 pacientes

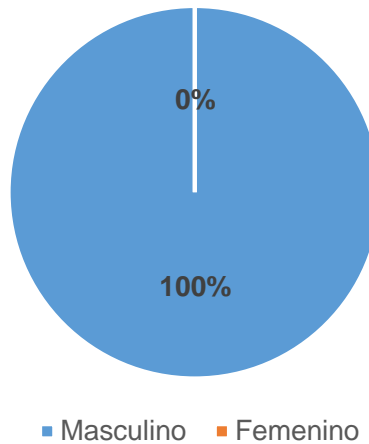
Gráfica 13: Nivel Socioeconómico en el contexto del paciente abusado
Caracterización clínico epidemiológica del Abuso Sexual Infantil



- **Fuente:** Propia. **Total:** 40 pacientes

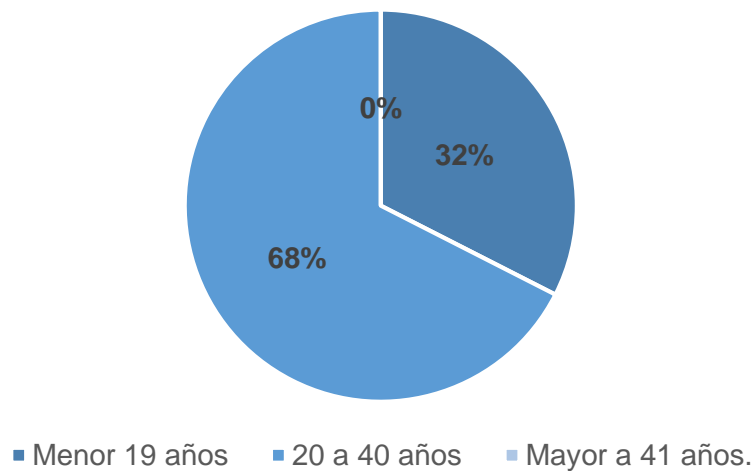
Características de los agresores en el contexto del paciente pediátrico

Gráfica 14: Sexo de los agresores
Caracterización clínica epidemiológica del Abuso Sexual Infantil



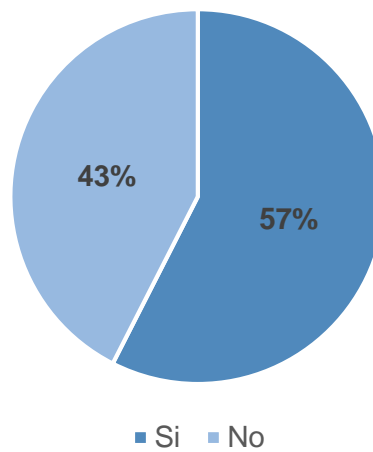
- **Fuente:** Propia. Total: 40 pacientes

Gráfica 15: Edad de los agresores
Caracterización clínica epidemiológica del Abuso Sexual Infantil



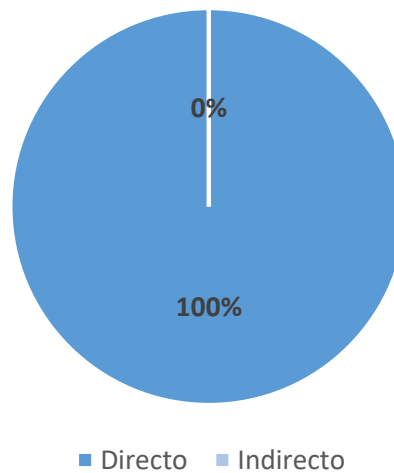
- **Fuente:** Propia. Total: 40 pacientes

Gráfica 16: Relación directa de agresores con paciente abusado
Caracterización clínico epidemiológica del Abuso Sexual Infantil



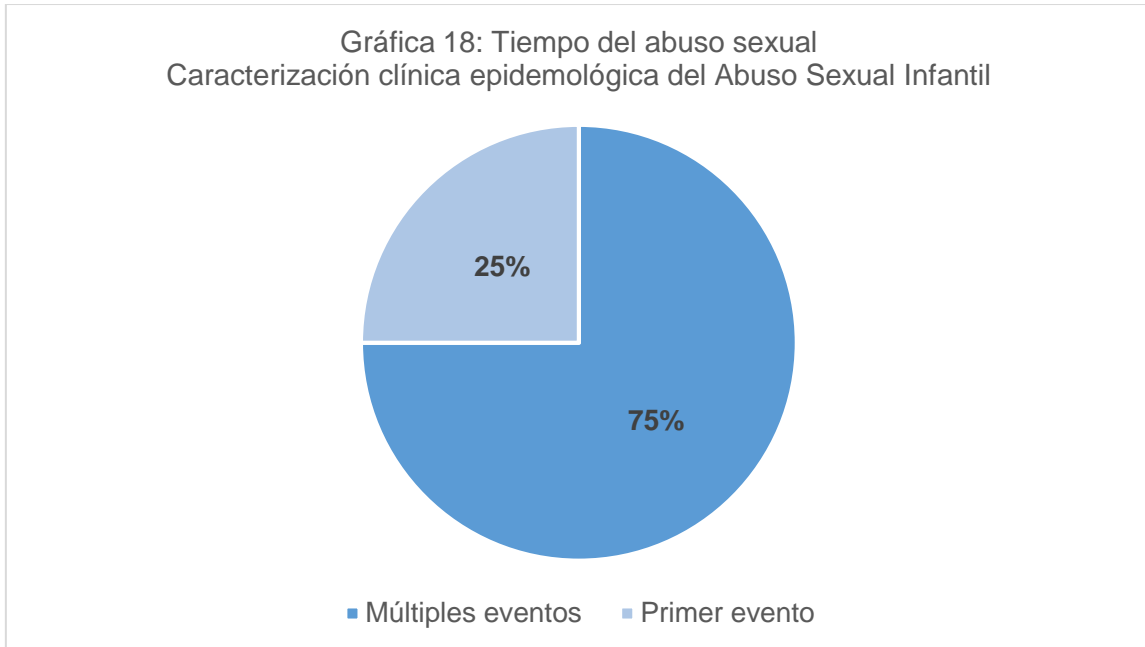
- **Fuente:** Propia. Total: 40 pacientes

Gráfica 17: Modo de actuar de los agresores
Caracterización clínico epidemiológica del Abuso Sexual Infantil

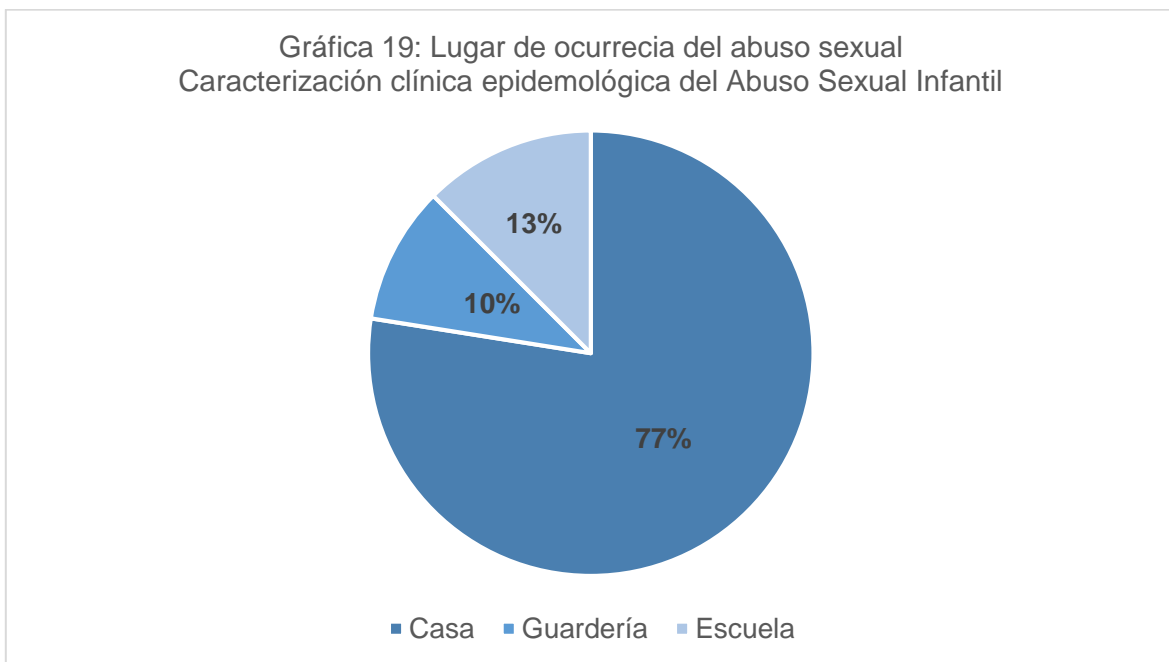


- **Fuente:** Propia. Total: 40 pacientes

Características del hecho del abuso sexual

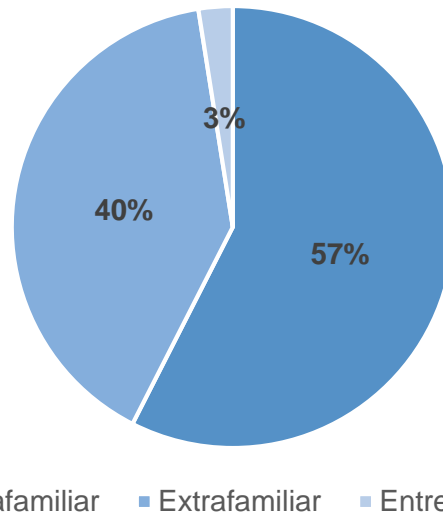


- **Fuente:** Propia. Total: 40 pacientes



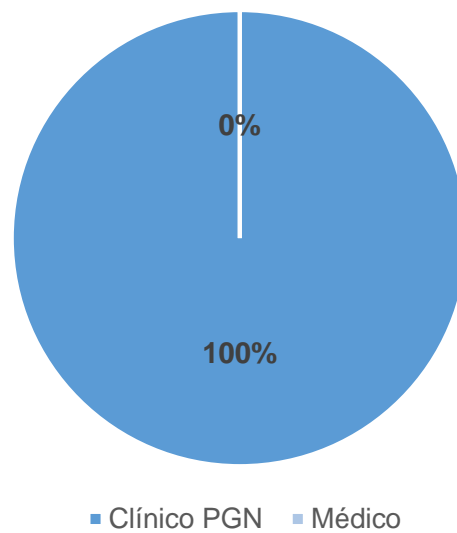
- **Fuente:** Propia. Total: 40 pacientes

Gráfica 20: Tipo de abuso sexual
Caracterización clínica epidemiológica del Abuso Sexual Infantil



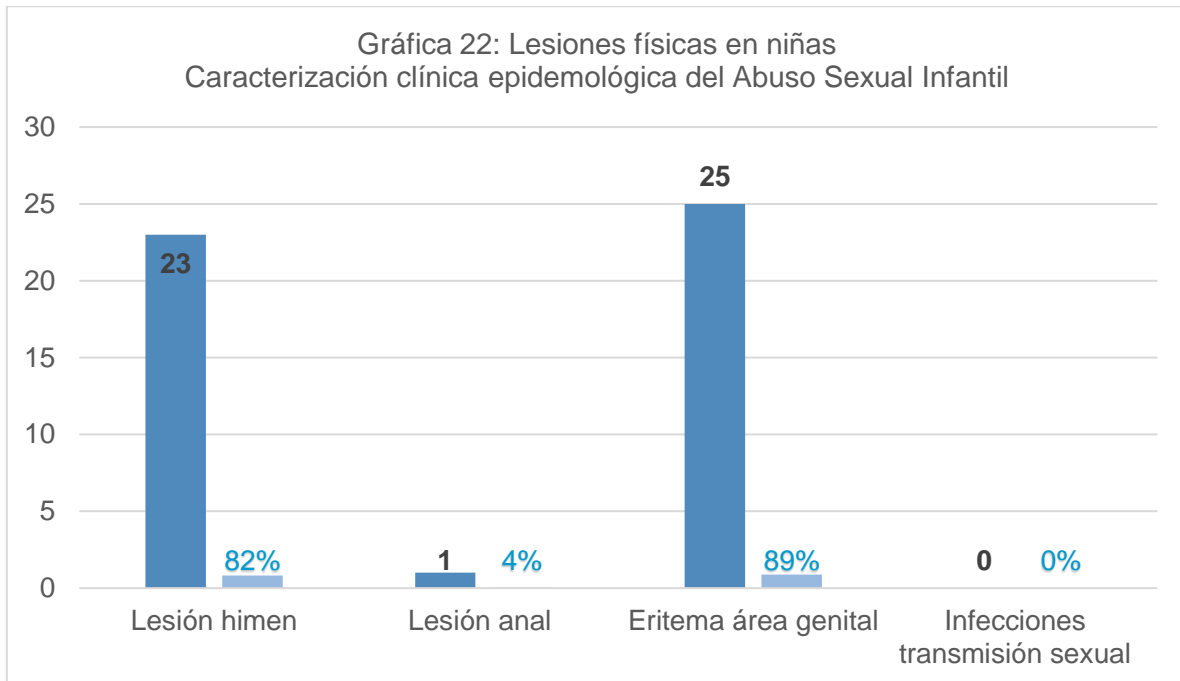
- **Fuente:** Propia. Total: 40 pacientes. Entre iguales: diferencia de edad menor a 5 años

Gráfica 21: Diagnóstico del abuso sexual
Caracterización clínica epidemiológica del Abuso Sexual Infantil

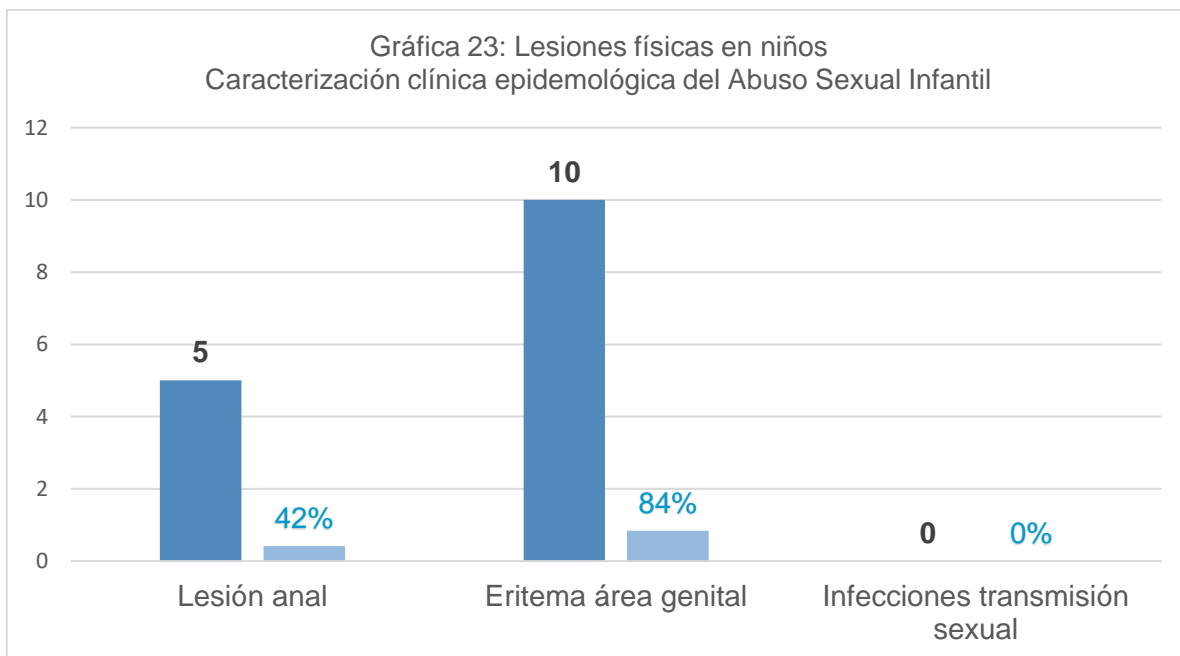


- **Fuente:** Propia. Total: 40 pacientes

Hallazgos físicos en los pacientes pediátricos abusados

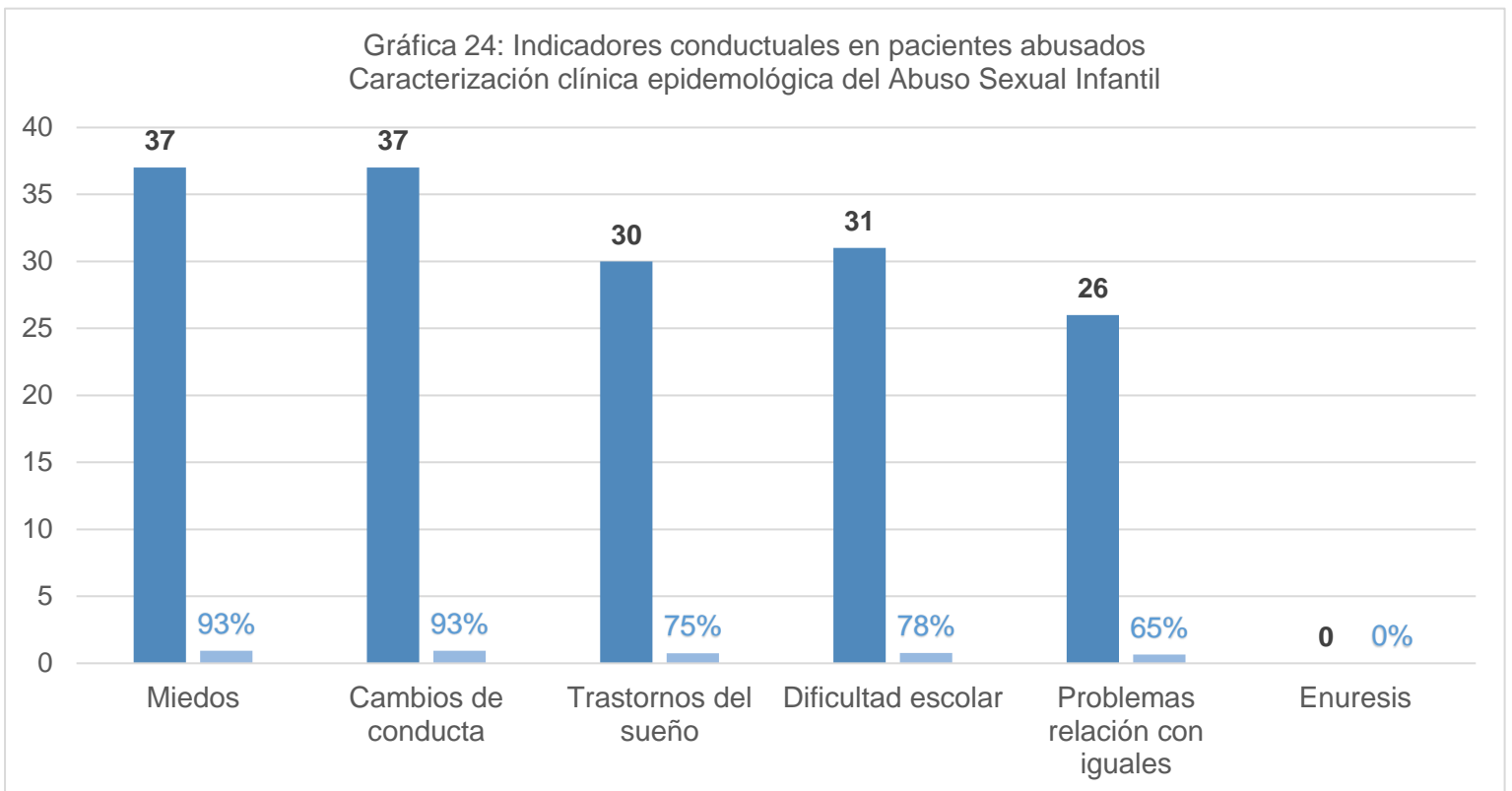


- **Fuente:** Propia. Total: 28 pacientes



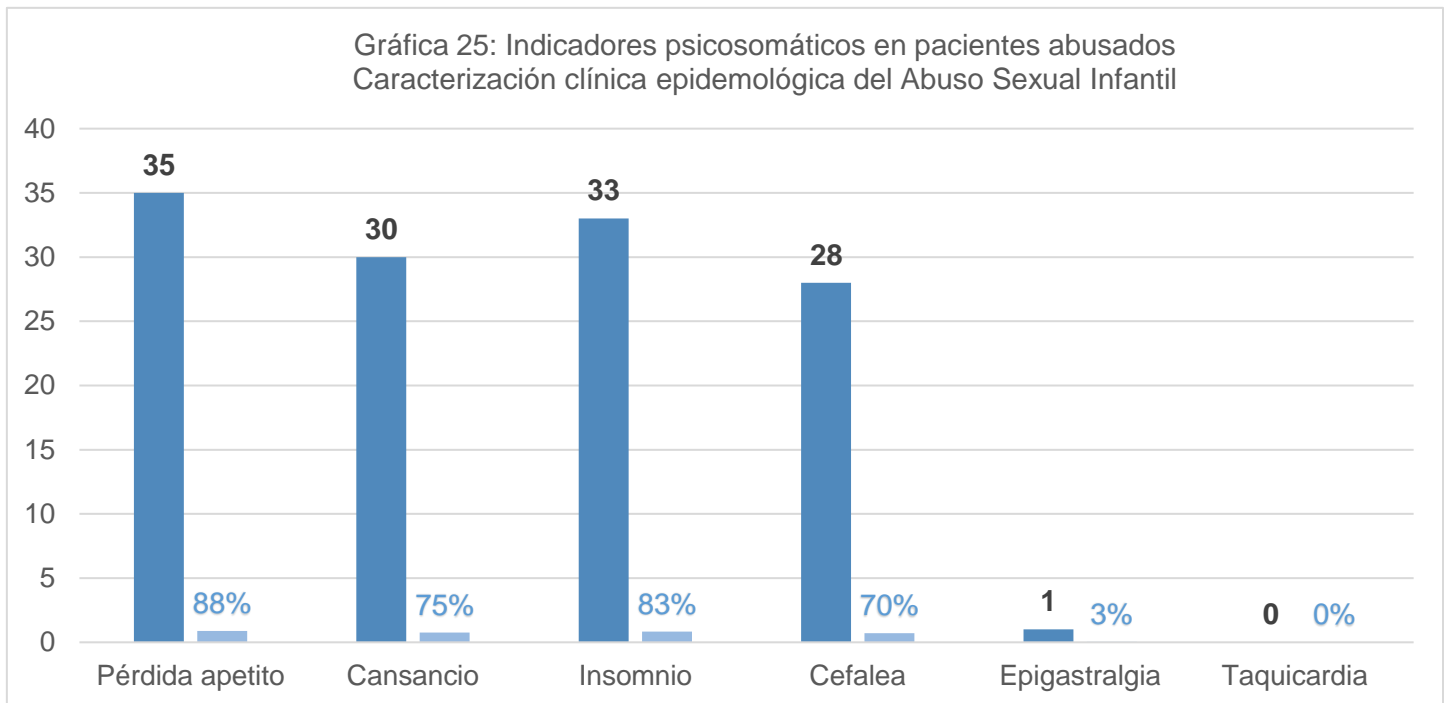
- **Fuente:** Propia. Total: 12 pacientes

Hallazgos psicológicos en los pacientes pediátricos abusados



- **Fuente:** Propia. Total: 40 pacientes

Gráfica 25: Indicadores psicosomáticos en pacientes abusados
Caracterización clínica epidemiológica del Abuso Sexual Infantil



- **Fuente:** Propia. Total: 40 pacientes

VI. DISCUSIÓN Y ANALISIS

En Guatemala, dentro del ámbito político contra la violencia sexual, se ha descrito el abuso y la agresión sexual como términos distintos. El abuso se define como el acto que ocurre cuando una persona en una relación de poder o confianza involucra a un niño o niña en una actividad de contenido sexual, propiciando la victimización y de la cual el ofensor obtiene satisfacción incluyéndose dentro del mismo cualquier forma de acoso sexual.

Por otro lado, la agresión sexual se define como los actos con fines sexuales o eróticos realizados con violencia física o psicológica cometidos contra otra persona, u obligándola a que los realice al agresor o a sí misma. (4)

La Organización Mundial de la Salud ha definido violencia sexual como “Todo acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier modo la sexualidad de una persona, independientemente de la relación con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo”. Se ha descrito además que la violencia sexual a menores de edad se da cuando una persona mayor los hace participar en actividades sexuales que los niños no comprenden y son incapaces de dar su consentimiento. (5)

En Guatemala, la evaluación de los pacientes pediátricos que son víctimas de abuso sexual sigue una ruta interinstitucional de la atención en hospitales, centros y servicios de salud de 24 horas. La atención médica se considera de emergencia y es en ese momento que se debe notificar al Ministerio Público, INACIF y a la Procuraduría General de la Nación. (5)

Desde el año 2011 se estimó que cada 45 minutos el Ministerio Público recibe una denuncia sobre agresión sexual, 32 denuncias diarias y alrededor de 9,371 expedientes anuales a nivel nacional. (1)

En el estudio se obtuvo un total de 40 pacientes dentro de los cuales 28 fueron femeninos y 12 masculinos. De ellos, el 70% se encuentra en un rango de edad de 5 a 9 años y el 22% correspondió a niños o niñas menores de 4 años. Dichos datos corresponden a una media de 6.33 con una desviación estándar de 2.51 en un intervalo de confianza del 95%.

Todos los casos incluidos en el estudio, fueron notificados a las respectivas instituciones.

Para el período del 2012-2018 el INACIF realizó evaluaciones forenses por delitos sexuales en su totalidad de casos, 90% en mujeres y 10% en hombres, por lo que determinó que las víctimas de violencia sexual son en mayoría mujeres, a razón de 9:1. (4)

La distribución geográfica de los casos se centra en la región metropolitana con 23 casos y en la región central con 7 casos. En la región metropolitana, los municipios más afectados fueron; la Ciudad Capital y Mixco con un 65% y 18% respectivamente. Por otro lado, en la región central; el departamento más afectado fue Escuintla con 72% y Chimaltenango con 14% de los casos. Estos datos coinciden con las estadísticas del Ministerio Público de años anteriores; ya que para el 2011 la recurrencia geográfica se centró en el área metropolitana en Mixco, Villa Canales y Villa Nueva y en el sur en Escuintla. (1)

En el año 2012 el mayor número de casos reportados de abuso sexual correspondió a la Ciudad de Guatemala, luego a Escuintla y por último Zacapa. (5) A esto responde el hecho que la mayor concentración de población a nivel nacional se ubica en la ciudad capital y Escuintla.

Los hechos de violencia sexual tienen gran impacto a nivel individual, familiar y social. Diversas investigaciones han descrito consecuencias en salud física y emocional que se relacionan a la gravedad del hecho y las condiciones en las que se produjo. Además, factores como la edad y escolaridad de la víctima, la cercanía al agresor y la concurrencia del hecho definen en gran parte las condiciones desfavorables para los pacientes a nivel individual y colectivo. (4)

En relación a ello; en el estudio el 60% de pacientes presentaban una escolaridad primaria y un 38% ningún tipo de escolaridad. Esto refleja que a pesar que los 40 pacientes del estudio son menores de 13 años, el vivir en la región metropolitana o central del país, es decir, un lugar con acceso a educación y salud, no les garantiza un completo bienestar dentro de la familia ni en la sociedad.

Dentro de las características del paciente pediátrico se estableció que el 72% pertenece a una familia desintegrada y que las condiciones de vivienda son de hacinamiento (más de 6 personas en casa) en el 62% de los casos. A pesar de estas condiciones, en ninguno de los casos se reportó violencia familiar. Estos datos difieren de la situación familiar de las víctimas en otros países, en el caso de España, en un estudio de caracterización del abuso sexual, se describió que el 80% de familias estaban conformadas por ambos progenitores y el único hijo

era la víctima del abuso. De estas familias, el 62% no viven en condiciones de hacinamiento y alrededor de la mitad presentan violencia doméstica. (19)

En cuanto a características socioeconómicas; el 55% de pacientes evaluados en el estudio, pertenecen a familias con nivel socioeconómico medio y un 45% a nivel bajo.

En contraposición en España, el 74% de pacientes abusados pertenecen a familias de alto ingreso económico. (19). Por las condiciones familiares, laborales y educativas de los pacientes incluidos en el estudio, puede determinarse que las niñas y niños guatemaltecos que son abusados sexualmente son parte del contexto social y económico desfavorecido.

Se han descrito ciertos aspectos que describen al agresor como un masculino de 18-40 años de edad, divorciado, con educación primaria, sin antecedentes de maltrato ni de trastornos físicos o mentales. (19)

En el estudio, se obtuvo que los 40 sujetos abusadores fueron masculinos, el 67% con edades entre 20 y 40 años, siendo así el 33% menores de 19 años.

De los 40 pacientes incluidos en el estudio, el 60% presentó una relación cercana con el abusador. Lo cual los predispone a que el modo de actuar y el acceso al menor al momento del acto sea directo en el 100% de los casos.

En relación a lo anterior, en el estudio de caracterización de una muestra de niños con sospecha de abuso sexual que se realizó en España en el año 2007, se obtuvo en cuanto al parentesco del abusado y abusador; que la relación que destaca es la figura paterna biológica en un 34% de casos, luego figura el tío en el 12% y por último padre no biológico en 8% de casos. Por otro lado, en un 20% de casos no correspondía a un familiar cercano, pero sí a un conocido y persona de confianza del niño. (19)

El lugar de ocurrencia del hecho sexual, se reportó que el 78% de los casos corresponde a la casa de la víctima, y el 22% a lugares que frecuentaba a diario (12% de casos en la escuela y 10% en guardería). Esto coincide con datos de Latinoamérica, ya que se ha descrito que el 97% de los casos de abuso sexual se da en un lugar habitualmente conocido y frecuentado por la víctima (43% casos en la residencia de la víctima y 34% la residencia del abusador). (7)

La concepción familiar y estigmatización social del abuso sexual tiende a ser la causa principal a que la víctima no denuncie el hecho desde el primer momento. Incluso, en el caso de los

menores de edad, la falta de madurez y educación influye a que el menor no reconozca un acto de violencia o abuso sexual. Ejemplo de esta problemática, según el tiempo de abuso, en el estudio se obtuvo que el 75% de casos ya habían presentado un evento anterior. Por lo que únicamente el 25% de pacientes del estudio fueron evaluados en su primer evento sexual. Es importante resaltar que, en cuanto a la descripción del hecho, estudios realizados en España han definido a la madre como la figura de la develación en un 51% de los casos, y en 34% de casos los profesionales en salud. Así mismo, la mitad de casos son relatados por el mismo paciente, mientras que el 17% se descubre por indicios físicos y 14% por indicios sociales. (7)

Además de los elementos de tolerancia social y ausencia de una sanción penal efectiva, el patrón cultural de subordinación de género y de etnia, promueve de alguna manera a que la población infantil, sobre todo las niñas, persistan en situaciones de vulnerabilidad frente a la violencia sexual. (4) Para el año 2017, el MSPAS reportó que la víctima atendida por violencia sexual era en un 52% ladino, 39% maya y 8.5% de etnia no especificada. (4)

Por otro lado; la estructura y funcionalidad familiar es también un factor de riesgo para la víctima. Ejemplo de ello, es que en el 2017 el Ministerio Público estimó que, de 10 agresores, siete son familiares o personas cercanas a las víctimas sobrevivientes. (1)

Es así como en el estudio se evidenció que el tipo de abuso predominante es el intrafamiliar (58% de casos). Estos datos coinciden con estudios donde el 70% de casos se reportaron intrafamiliares y de éstos, el 86% presentó una relación de consanguinidad entre la víctima y el agresor. (19)

Entre los hallazgos físicos en las 28 pacientes femeninas del estudio; el 89% presentó eritema en área genital, 82% lesiones en el himen y 1 paciente con lesión anal. En cuanto a los 12 pacientes masculinos, el 84% presentó eritema genital y el 42% lesiones anales. Cabe resaltar que las lesiones físicas son detectables en el examen físico realizado durante el período de 24-76 horas, post agresión. (7)

A nivel Latinoamericano se ha descrito en los menores de edad, la agresión sexual más común son los tocamientos de órganos sexuales debajo de la ropa. Para el año 2010 se realizó un estudio donde se evidenció que la penetración vaginal ocurre en 10-15% de los casos. (7) Sin embargo los datos en el estudio difieren, ya que 23 niñas (82%) de las 28 pacientes evaluadas

presentaron desgarros o escotaduras del himen. En ningún expediente se evidenció que hayan sido contagiadas de alguna enfermedad de transmisión sexual.

En cuanto a los hallazgos físicos de los 12 pacientes masculinos evaluados en el estudio, se evidenció que 10 pacientes (84%) presentaron eritema en el área genital y 5 de ellos (42%) lesión anal. Al igual que en las pacientes femeninas, ningún expediente evidenció contagio de alguna enfermedad de transmisión sexual.

En el protocolo de atención a víctimas sobrevivientes de violencia sexual se ha establecido que las víctimas sufren serias consecuencias conductuales, sociales y de salud mental que afectan la salud en general. (5)

Para el 2010 se estimó que el 79% de niños abusados en Latinoamérica, presentan indicadores psicológicos inespecíficos como; depresión, tristeza, cambios repentinos de conducta. El 61% de los casos, presentan dificultades en la escuela por déficit de atención/concentración e hiperactividad y el 31% indicadores psicosexuales como; alteración de la identidad sexual, enuresis o lenguaje erotizado. (7)

En cuanto al estrés post traumático, los síntomas más comunes identificados son; el re-experimentación, síntomas disociativos y trastornos de sueño. En los menores de edad se ha descrito que al ingreso hospitalario, el 53% presentan algún síntoma de estrés postraumático, 30% agresividad, 29% problemas de aprendizaje, 23% problema psicosexual y 10% alteración en su conducta alimentaria. (7)

Por otro lado; los rasgos de personalidad que presentan estos niños son; 43% depresivos, 22% evitativos, 16% dependientes, 10% limítrofes, 5% histriónicos, 2% esquizoides y 2% obsesivo compulsivos. Por último; en cuanto a las relaciones interpersonales, se observaron dificultades en el 54% en relaciones con sus similares y un 61% en relaciones con adultos.

En base a la información anterior, en los indicadores conductuales evaluados en el estudio se obtuvo que 37 (93%) de los pacientes abusados presentan miedo y una conducta pasiva y reservada. 30 pacientes (75%) presentan trastornos del sueño, 31 pacientes (78%) dificultad escolar, principalmente al concentrarse en una actividad. Por último; en las relaciones interpersonales, el 65% de pacientes presentan problemas de la relación con iguales.

En cuanto a los síntomas psicósomáticos; 88% de los pacientes presentan pérdida de apetito y 75% cansancio. Así mismo; el 70% de pacientes cefalea constante.

A pesar que la mayoría de pacientes refieren tener miedo y desconfianza ante la situación familiar y social que confrontan; ningún menor presentó taquicardia, sudoración o enuresis.

Tras la descripción de datos obtenidos en el estudio puede establecerse que la mayoría de ellos coinciden con la literatura revisada. Dado que la selección de variables y las categorías se basó en la misma. Así mismo, los resultados obtenidos pueden interpretarse según las frecuencia absolutas y relativas presentadas en las tablas de contingencia mostradas anteriormente, donde se obtiene un número de casos con las características principales para la descripción del perfil del paciente pediátrico abusado.

Puntualizando; el hecho que el abuso sexual afecte principalmente a las pacientes femeninas de 5 a 10 años de edad ($X=6.33$, $SD = 2.51$), que viven en el área metropolitana y central del país, representa la vulnerabilidad extrema de los derechos humanos desde temprana edad.

La caracterización clínico-epidemiológica del paciente pediátrico abusado que asistió al Hospital Roosevelt en el año 2018, se realizó a partir de la organización y descripción de la información de los expedientes clínicos en base al contexto o ámbito geográfico y cultural de cada paciente. Comprendiendo así el abuso sexual como un problema multicausal que exige un abordaje multidisciplinario y una respuesta inmediata para resguardar la integridad física de carácter sexual del menor.

6.1 CONCLUSIONES

6.1.1. La caracterización clínico-epidemiológica del paciente pediátrico que acude al Hospital Roosevelt por historia de abuso sexual; corresponde a la descripción de una paciente femenina de 5 a 10 años ($X=6.33$, $SD = 2.51$) que se desenvuelve dentro del contexto de subordinación de género y pertenece al sector económico desfavorecido del país, ya que a pesar que el 75% de los casos pertenecen a la región metropolitana y central, a ningún paciente del estudio se le garantizó el estado de derecho a libertad, justicia, seguridad y una vida libre de violencia sexual.

6.1.2. Los hallazgos físicos como el eritema genital, desgarros y escotaduras del himen en los pacientes evaluados en el estudio 24-76 horas post agresión, definen el uso de fuerza física e intimidación, al realizar tocamientos de los órganos sexuales y penetración forzada.

6.1.3 Las lesiones físicas de gravedad que requirieron intervención quirúrgica, se presentaron en un pequeño porcentaje (5%) de los pacientes abusados, esto corresponde a que el abuso sexual descrito en el estudio es de carácter crónico y éste puede presentarse con un examen físico normal.

6.1.4 La totalidad de pacientes presentaron comorbilidades físicas y síntomas de estrés postraumático representadas en la actitud pasiva y reservada adoptada por las víctimas, dentro de su dinámica familiar, social y escolar.

6.1.5 El acto del abuso sexual en los niños y niñas del estudio se detalló de carácter crónico en el 75% de los pacientes, presentándose desde un inicio a partir de gesticulaciones, frotamientos hasta tocamientos bajo la ropa y penetración anal y vaginal.

6.1.6 Las características sociales y socioeconómicas familiares del paciente pediátrico abusado muestran un hogar desintegrado, bajo ambientes de hacinamiento y con poco poder adquisitivo; dinámica que define y condena a la víctima a que el acto sea en casa, donde hay una relación directa con el agresor, y así a que el tipo de abuso sexual más frecuente sea intrafamiliar hasta en un 58% de los casos.

6.1.7 A pesar que el país cuenta con una política pública contra la violencia sexual establecida para los años 2019-2029; la ausencia de una sanción penal efectiva mantiene a la población infantil vulnerable a la revictimización y a la nula recuperación y reinserción social del paciente.

6.2 RECOMENDACIONES

6.2.1 Colocar una sección en la historia clínica de ingreso a todo paciente de 5 a 10 años que acude a la emergencia del Hospital Roosevelt, con preguntas dirigidas sobre abuso verbal o físico en la escuela y en casa.

6.2.2. Realizar el seguimiento médico y psicológico obligatorio por un año o hasta que el personal de salud considere necesario, independientemente la resolución legal del caso.

6.2.3. Coordinar por medio de trabajo social del Hospital Roosevelt y el puesto de salud más cercano a la residencia de la víctima, visitas domiciliarias mensuales, con el fin de dar un seguimiento de caso más cercano.

6.2.4. Realizar un plan de acción y seguimiento entre el departamento de psicología del Hospital Roosevelt y la dirección de los centros educativos donde asisten las víctimas para evitar la estigmatización de estos pacientes y con ello lograr la reinserción de los mismos.

6.2.5. Promover la educación sexual por parte del Departamento de Pediatría y Psicología, en una escuela para padres dentro de los servicios de Infantes y medicina para niños, 2 veces por semana en horario hábil.

6.2.6. Concientizar al personal médico sobre la importancia de la evaluación psicológica de los pacientes pediátricos que acuden al Hospital por historia de abuso sexual.

6.3 PROPUESTA DE LA INVESTIGACIÓN

Guatemala es un país en el que la Constitución Política de la República establece que es deber del Estado garantizar a los habitantes de la República, la vida, la libertad, la justicia, la seguridad, la paz y el desarrollo integral de la persona. Así mismo, es también deber del Estado el adoptar las medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas apropiadas para proteger a la población en general, garantizándoles una vida libre de cualquier abuso físico, por lo tanto, una vida libre de violencia sexual. (4)

Tal como se presenta en la literatura y en este estudio, el abuso sexual presenta consecuencias de gran impacto en la vida de las personas a nivel individual y colectivo. Combinándose a esto, factores psicológicos, culturales, económicos y sociales propios del contexto guatemalteco. Por lo tanto, es importante dar una respuesta que enfrente las diferentes dimensiones, factores y determinantes causales de la violencia sexual.

Parte de esta respuesta es el protocolo de atención a víctimas/ sobrevivientes de violencia sexual, el cual sirve de instrumento en las instituciones de salud pública, dando orientación y sobre todo aplicación de estándares para que la atención sea oportuna y de calidad. En base a dicho protocolo se establece el seguimiento de los pacientes hasta por 12 meses. Sin embargo; las deficiencias del sistema público, la dinámica familiar de cada paciente y la falta de sanción penal efectiva hace que este seguimiento multidisciplinario no se garantice a ninguno de los pacientes involucrados en el estudio.

Por tal razón se propone un seguimiento médico, psicológico y psiquiátrico que sea de una duración de hasta dos años, donde pueda verificarse que el paciente pediátrico cuenta con las herramientas para superar dicho trauma emocional y físico y así mismo, no estar expuesto nuevamente a una situación similar. Y además de eso, contar con la flexibilidad por parte del sistema de salud y de los profesionales de ampliar el tiempo de atención, es decir que, si el paciente requiere más meses u años de atención médica o psicológica, la institución esté dispuesta a darla hasta asegurarse del bienestar total del paciente.

El conocer la distribución geográfica de los casos permite mapear y situar la problemática por regiones en el país. Y con ello preparar y prevenir al personal de atención pública, para la creación de estrategias factibles, accesibles y viables para toda la región.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Cruz N, Hernández Cruz C, Pérez Néstor. Incidencia en el abordaje de la violencia sexual en Guatemala. [en línea]. Edición 1. Guatemala; UNFPA; 2011. [citado 13 febrero 2017]. Disponible en: http://www.sobrevivientes.org/docs/v_sx/Vsx-incidencia_abordaje_v-sexual.pdf
2. García Piña CA, Loredó Abdalá A, Hernández Trejo J, Violación sexual en niños y adolescentes: una urgencia médica. [en línea] Acta Pediátrica México 2013 [citado 19 febrero 2017]; 34(5):288-294. Disponible en: <https://www.ojs.actapediatrica.org.mx/index.php/APM/article/view/655/653>
3. Sabaté Rotés A, Sancosmed Ron M, Cebrián Rubio R, Canet Ponsa M, Martín Gonzalez M. Sospecha de maltrato infantil en urgencias pediátricas. Anales de Pediatría [en línea] Barcelona, España 2009 [citado 3 marzo 2017]; 71 (1): 60-63 Disponible en: https://www.bienestaryproteccioninfantil.es/imagenes/tablaContenidos03SubSeccion/sospecha_MI_urgencias.pdf
4. Secretaría contra la violencia sexual, explotación y trata de personas. Política pública contra la violencia sexual en Guatemala 2019-2029. [en línea] Guatemala. 2019 [citado 12 enero 2020]; 5-113. Disponible en: <https://www.svet.gob.gt/sites/default/files/articulo10/Política%20Pública%20contra%20la%20Violencia%20Sexual%20en%20Guatemala%202019-2029.pdf>
5. Molina Barrera JR, Batres Cerezo GA, Martínez SA, López CR, Protocolo de atención a víctimas/ sobrevivientes de violencia sexual. Actualización. PASMO [en línea] Guatemala. 2016. [citado 11 marzo 2017]; 13-88. Disponible en: <https://svet.gob.gt/sites/default/files/PROTOCOLO%20DE%20ATENCIÓN%20A%20VÍCTIMAS%20SOBREVIVIENTES%20DE%20VIOLENCIA%20SEXUAL%20%202017.pdf>
6. Almonte C, Insunza C, Ruiz C. Abuso sexual en niños y adolescentes de ambos sexos. Revista Chilena Neuro-psiquiatría [en línea] Chile. 2002 [citado 11 marzo 2017]; 40 (1):22-30. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272002000100003
7. Gómez E, Cifuentes B, Sieyerson C. Características asociadas al abuso sexual infantil en un programa de intervención especializada en Santiago de Chile. SUMMA Psicológica UST [en línea] Chile. 2010 [citado 12 marzo 2017]; 7 (1): 91-104. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3294969>


8. Garza Aguilar J, Díaz ME, Abuso sexual en el menor. Características y algunas estrategias para su prevención. Medicina Universitaria **[en línea]** México. 2000 **[citado 12 marzo 2017]**; 2 (8): 184-190. **Disponible en:** http://imbiomed.com/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=9385&id_seccion=874&id_ejemplar=976&id_revista=86
9. Huertas Diaz J, Flores Casado J, García E, Ruiz Díaz M. Niños maltratados. El papel del pediatra. Anales de Pediatría **[en línea]** España. 2000 **[citado 19 marzo 2017]**; 52 (6):548-553. **Disponible en:** <https://www.analesdepediatria.org/es-ninos-maltratados-el-papel-del-articulo-resumen-S1695403300773991>
10. Rajmil L. La crisis económica afecta la salud infantil: ¿Qué papel tienen los pediatras? Anales de Pediatría **[en línea]** Barcelona. 2013 **[citado 19 marzo 2017]**; 79 (4): 205-207. **Disponible en:** <https://www.analesdepediatria.org/es-pdf-S1695403313002555>
11. Christensen L. Victims of Child Sexual Abuse: The psychology of victims. The Psychology of Criminal and Antisocial Behavior. ELSEVIER **[en línea]** Australia. 2017 **[citado 22 marzo 2017]**; 14: 419-438. doi: <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-809287-3.00014-6>
12. Forns M, Pereda N. Prevalencia y características del abuso sexual infantil en estudiantes universitarios españoles. Child Abuse and Neglect. ELSEVIER **[en línea]** Barcelona, España. 2007 **[citado 22 marzo 2017]**; 31: 417-426. **Disponible en:** <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/34562/1/551047.pdf>
13. Abdalá A, Hernandez J, García Piña C, González Portillo A, Capistrán A, Herrera Carballo R, et al. Maltrato infantil: una acción interdisciplinaria e interinstitucional en México. Salud Mental. **[en línea]** México. 2010 **[citado 22 marzo 2017]**; 33 (3):281-290. **Disponible en:** <http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v33n3/v33n3a9.pdf>
14. Contreras J.M, Guedes Bott A, Dartnall E. Violencia Sexual en Latinoamérica y el Caribe: análisis de datos secundarios. Iniciativa de investigación sobre la violencia sexual. UNFPA; **[en línea]** Sudáfrica. 2010 **[citado 23 marzo 2017]**; 1-100. **Disponible en:** https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Violencia_Sexual_LAyElCaribe.pdf
15. Sullivan J, Sheehan V. What motivates sexual abuses of children? A qualitative examination of the spiral of sexual abuse. Aggression and Violent Behavior. ELSEVIER. **[en línea]** Ireland. 2016 **[citado 23 marzo 2017]**; 30: 76-87. doi: [10.1016/j.avb.2016.06.015](https://doi.org/10.1016/j.avb.2016.06.015)

16. Zimmerman Gregory M, Farrel C, Posick C. Does the strength of victim-offender overlap depend on the relationship between the victim and perpetrator? Journal of Criminal Justice. ELSEVIER. [en línea] Boston. 2017 [citado 23 marzo 2017]; 48: 21-29. doi: [10.1016/j.jcrimjus.2016.11.003](https://doi.org/10.1016/j.jcrimjus.2016.11.003)
17. Orozco Recinos MJ. Estudio de casos de abuso sexual en el Hospital Roosevelt, departamento de Pediatría. Título de Trabajadora Social, licenciatura. Universidad de San Carlos de Guatemala. [en línea] Guatemala. 2005 [citado 23 marzo 2017]; 1-37. Disponible en: http://www.repositorio.usac.edu.gt/10282/1/15_1168.pdf
18. Moreno García C, Guedes A, Knerr W. Comprender y abordar la violencia contra las mujeres. Violencia Sexual. OMS/OPS. [en línea] Washington. 2013 [citado 29 marzo 2017]; 2-12. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/98821/WHO_RHR_12.37_spa.pdf?sequence=1
19. Espinosa Sánchez EM, Sánchez Martín I. Características de una muestra de niños con sospecha de abuso sexual en un dispositivo especializado andaluz. Intervención Psicosocial. [en línea] Sevilla, España. 2007 [citado 29 marzo 2017]; 16 (5): 339-359. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/inter/v16n3/v16n3a04.pdf>
20. Matute Rodríguez A, Santiago García I. Informe estadístico de la violencia en Guatemala. Guatemala. Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo. Magna Terra Editores S.A. [en línea] Guatemala. 2007. [citado 30 marzo 2017]; 9-77. Disponible en: https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/national_activities/informe_estadistico_violencia_guatemala.pdf
21. Azurdia López SM. Conocimientos de los estudiantes en cuarto año de psicología clínica de la universidad Rafael Landívar sobre abuso sexual infantil. Título Psicóloga clínica, licenciatura. Universidad Rafael Landívar. [en línea] Guatemala. 2012. [citado 30 marzo 2017]; 1-157. Disponible en: <http://biblio3.url.edu.gt/Tesis/2012/05/42/Azurdia-Sara.pdf>
22. Agustí C, Sabido M, Guzmán K, Pedroza MI, Casabona J. Proyecto de atención integral a víctimas de violencia sexual en el departamento de Escuintla, Guatemala. Gac Sanit. [en línea] Guatemala. 2012 [citado 30 marzo 2017]; 26 (4): 376-378. Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/ga/v26n4/nota_campo1.pdf
23. Cortés Arboleda MR, Duarte Cantón J, Cantón Cortés D. Naturaleza de los abusos sexuales a menores y consecuencias en la salud mental de las víctimas. Gac Sanit. [en línea] Granada, España. 2011 [citado 29 marzo 2017]; 25 (2) 157-165. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/ga/v25n2/original11.pdf>

24. Saadeh M. Las representaciones sociales sobre el abuso sexual con énfasis en el incesto. Guatemala: CONACMI. [en línea] Guatemala. 2006 [citado 2 abril 2017]; 56 (67) 5-108. **Disponible en:** <https://docplayer.es/15129480-Las-representaciones-sociales-sobre-el-abuso-sexual-con-énfasis-en-el-incesto.html>
25. Pérez CM. Caracterización del abuso sexual en hombres, mujeres, niños (a) y adolescentes, importancia de la evaluación física y manejo integral. Revista científica. 2011; 3: 9-22
26. Grupo Apoyo Mutuo. Informe de Situación de Violencia Sexual en Guatemala. [en línea] Guatemala. 2015 [citado 10 marzo 2017]; 1-15. **Disponible en:** <http://www.albedrio.org/htm/otrosdocs/comunicados/GAM-INFORMEVIOLENCIASEXUAL2008-2015.pdf>.
27. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P. Metodología de la investigación. [en línea] 5 ed. Perú; 2010. [citado 17 febrero 2020]. **Disponible en:** https://www.esup.edu.pe/descargas/dep_investigacion/Metodologia%20de%20la%20investigaci3n%205ta%20Edici3n.pdf
28. Martínez MI, Valerio G, Cuckier JO, Giurgiovich A, Lijtenstein M, Lustemberg C, et al. Violencia y abuso sexual en la niñez y la adolescencia. Revista de la sociedad uruguaya de ginecología de la infancia y adolescencia. SUGIA. [en línea] Uruguay. 2018 [citado 4 marzo 2019]; 7 (3) 5-94. **Disponible en:** <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Revista%20Sugia%202018%20Vol%207-3.pdf>

VIII. ANEXOS

Número expediente HR:	Número expediente PDH:
BOLETA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	
Fecha agresión: _____ Hora agresión: _____ Lugar: _____	
Nombre _____	
Edad	Escolaridad
Caso nuevo	Referido
Dirección Institución que refiere	



CONDICIONES DE AGRESION	
Tiempo abuso (primero/múltiples)	
Tipo abuso: (Intrafamiliar, extrafamiliar, entre iguales o combinados)	
Agresor (familiar o desconocido)	
Acceso agresor	
Apoyo familiar	
Consumo sustancias	
Amenaza	

FAMILIAR

Nombre madre/padre/encargado: _____

CONDICIONES FAMILIARES	
Estructura familiar	
Numero de Hijos	
Violencia familiar	
Religion	
Denuncia previa	
Ingresos mensuales	

HISTORIA DE LA ENFERMEDAD

PRUEBAS

Serologías basales	Serologías seguimiento	RESULTADOS	Positivo	Negativo
		VIIH		
		VDRL		
		HBsAg		
		antiHCV		

TRATAMIENTO

Penicilina		Zidovudina	
Metronidazol		Lamivudina	
Azitromicina		Lopinavir	
		RTV	
OTROS:			

EVALUACIÓN

Peso Talla IMC P/T T/E SCT

EXAMEN FÍSICO (Resaltar hallazgos físicos)				EXAMEN PSICOLÓGICO	
FC	FR	SAT	PA		
				(Apariencia general Actitud Estado de conciencia Memoria Atención Estado de ánimo y emoción Síntomas de ansiedad Síntomas depresión)	

PLAN DIAGNÓSTICO

- Médico _____
- Psicológico _____

PLAN TERAPÉUTICO


- Médico _____
- Psicológico _____

Fecha próxima cita: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO

(Protocolo de Atención a Víctimas Sobrevivientes de Abuso Sexual)

A N° 0923



GOBIERNO DE LA REPÚBLICA DE
GUATEMALA
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
Y ASISTENCIA SOCIAL

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL
FICHA CLÍNICA EN CASOS DE VIOLENCIA SEXUAL

REG.

DOCUMENTO ÚNICO PARA TODA LA RED DE SERVICIOS DE SALUD. LA PRIMERA PERSONA QUE EVALÚE DEBE COMPLETARLO. SI ALGUIEN MÁS PARTICIPA DEBE HACERLO EN HOJAS DE EVALUACIÓN HOSPITALARIA Y ADJUNTARLAS. INSTRUCCIONES GENERALES: UTILICE BOLÍGRAFO, CON LETRA LEGIBLE, NO USE ABREVIATURAS, CORRECTIX Y EVITE TACHONES. FIRME AL FINAL O BORDE LATERAL DE CADA HOJA. SI DEJA ESPACIOS SIN INFORMACIÓN, SÍRVASE ELEGIR UNA LÍNEA PARA ANULARLOS.

IDENTIFICACIÓN DEL LUGAR	CENTRO DE ATENCIÓN	NO. DE REGISTRO	FECHA	HORA DE EVALUACIÓN
	ÁREA DE SALUD	MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	
IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA ATENDIDA	REFERIDA POR OTRO CENTRO DE ATENCIÓN	TIPO DE ATENCIÓN RECIBIDA DE LA PRIMERA CONSULTA	FECHA DE LA PRIMERA ATENCIÓN	
	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO E IDENTIDAD	EDAD	FECHA DE NACIMIENTO
IDENTIFICACIÓN DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA QUE ACOMPAÑA	PROFESIÓN U OFICIO	ESTADO CIVIL	ESCOLARIDAD	OTRO
	DIRECCIÓN DE RESIDENCIA	OTRA FORMA DE IDENTIFICACIÓN DE RESIDENCIA		
	PUEBLO AL QUE DICE PERTENECER	TELÉFONO		
	IDIOMA	RELIGIÓN		
CONSENTIMIENTO INFORMADO	VIENE ACOMPAÑADO	NOMBRES Y APELLIDOS DE LA PERSONA		
	DIRECCIÓN	PARENTESCO		
	TELÉFONO	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		
	NECESITA INTERPRETE	IDENTIFICACIÓN DEL DE LA INTERPRETE		

CONSENTIMIENTO	PROPUESTO		ACEPTADO	
ANTECEDENTES MÉDICOS E HISTORIA CLÍNICA	SI	NO	SI	NO
EXÁMEN FÍSICO COMPLETO QUE INCLUYE ÁREA GENITO-ANAL	SI	NO	SI	NO
DIAGRAMAS DE LESIONES	SI	NO	SI	NO
EXÁMENES DE LABORATORIO CLÍNICO	SI	NO	SI	NO
RECIBIR TRATAMIENTO MÉDICO Y/O QUIRÚRGICO	SI	NO	SI	NO
RECIBIR MEDICAMENTOS PARA PREVENIR ITS	SI	NO	SI	NO
RECIBIR MEDICAMENTOS PARA PREVENIR VIH	SI	NO	SI	NO
RECIBIR MEDICAMENTOS PARA PREVENIR EMBARAZO	SI	NO	SI	NO
RECIBIR INMUNIZACIONES (TIG, HEPATITIS B)	SI	NO	SI	NO
TRATAMIENTO PSICOLÓGICO	SI	NO	SI	NO
TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO	SI	NO	SI	NO
TRANSFUSIONES	SI	NO	SI	NO

DEJO CONSTANCIA QUE CON MI FIRMA O IMPRESIÓN DIGITAL, ACEPTO Y ESTOY DE ACUERDO CON LO AQUÍ AUTORIZADO

FIRMA DE LA PERSONA	IMPRESIÓN DIGITAL
FIRMA DEL ACOMPAÑANTE	IMPRESIÓN DIGITAL

CONSENTIMIENTO INFORMADO

(Protocolo de Atención a Víctimas Sobrevivientes de Abuso Sexual)

Lugar, fecha y hora: _____

Yo _____

de: _____ años, con domicilio en: _____

que me identifico con: _____

hago constar que he consultado al servicio de salud• _____

Como consecuencia del incidente declarado, he recibido del personal de salud la información sobre el riesgo de embarazo y de adquirir alguna infección de transmisión sexual incluyendo el VIH Sida y también recibí información sobre el tratamiento de anticoncepción de emergencia, las infecciones de transmisión sexual, VIH y Sida, y sus efectos secundarios.

Si () No () acepto las medidas profilácticas propuestas.

Si () No () me comprometo a acudir a los controles clínicos, de laboratorio y psicológicos que se me indiquen.

TRATAMIENTO

Propuesto

Aceptado

Antirretrovirales:

Antibióticos:

Anticoncepción de emergencia:

Vacuna hepatitis B (si hay disponible):

Td:

Otro:

Observaciones: _____

Firma de la persona victima/sobreviviente _____

Firma del Testigo/a: _____

Firma del Medico/a _____

PERMISO DE AUTOR PARA COPIAR TRABAJO

El autor concede permiso para reproducir total o parcialmente y por cualquier medio la tesis titulada: "ABUSO SEXUAL INFANTIL" para propósitos de consulta académica. Sin embargo, quedan reservados los derechos de autor que confiere la ley, cuando sea cualquier otro motivo diferente al que se señala lo que conduzca a su reproducción o comercialización total o parcial.