FUCS

Repertorio de Medicina y Cirugía

Vol. 34
N°2 . 2025

ISSN: 0121-7372 • ISSN electrónico: 2462-991X

Artículo de investigación

Abuso sexual infantil: tratamiento en un centro hospitalario de alta complejidad

Care of child sexualabuse in a high complexity hospital

Diana Natalia Romero MD[a]
Laura K. Hoyos MD[b]
Juan Carlos Castellanos[c]
Laura Daniela Muñoz[d]
Daniel G. Fernández-Ávila MD[e]

[a] *Pediatra, Hospital Universitario San Rafael Tunja, Boyacá, Colombia.*
[b] *Medico Servicio Social Obligatorio, Hospital Universitario San Rafael Tunja, Boyacá, Colombia.*
[c] *Enfermero, Hospital Universitario San Rafael Tunja, Boyacá, Colombia.*
[d] *Facultad de Medicina, Universidad de Boyacá, Facultad de Ciencias de la Salud, Tunja, Colombia.*
[e] *Médico Internista, Reumatología, Epidemiólogo Clínico, Hospital Universitario San Rafael Tunja, Boyacá, Colombia.*

RESUMEN

Introducción: el abuso sexual infantil es el tipo de violencia que más afecta a la población pediátrica en Colombia. El sexo femenino, los estratos socioeconómicos bajos y la familia monoparental, son características frecuentes dentro de este contexto. *Objetivos:* describir las características sociodemográficas de los pacientes pediátricos (0 a 18 años) que ingresaron a un hospital universitario en Colombia por abuso sexual infantil de 2018 a 2020. *Métodos:* estudio observacional descriptivo de corte transversal; se incluyeron 250 pacientes con abuso sexual. *Resultados:* la edad promedio fue de 10,9 años (± 4,1 años), 88 % de la población pertenecía al género femenino, 48,2 % (n = 119) hacían parte del estrato socioeconómico dos, 57,2 % (n = 143) tenían familia de tipología monoparental, 39,2 % (n = 98) de los agresores eran conocidos por la víctima y en 75,2 % (n = 188) de los casos el abuso sexual se dio dentro de la vivienda; por último 16,6 % (n=49) cursaron con consentimiento de la víctima. *Conclusiones:* el abuso sexual infantil amerita ser reconocido como un problema de salud pública que se debe trabajar en conjunto con entes gubernamentales y personal de salud para prevenirlo.

Palabras clave: abuso sexual infantil, factores de riesgo, características de abuso, embarazo, agresión sexual.

© 2025 Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud - FUCS.
Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:
Fecha recibido: agosto 22 de 2023
Fecha aceptado: enero 30 de 2024

Autor para correspondencia:
Dra. Laura Katherine Hoyos:
lauritahoyosgomez@gmail.com

DOI
10.31260/RepertMedCir.01217372.1485

ABSTRACT

Introduction: child sexual abuse (CSA) is the most common type of violence against the pediatric population in Colombia. Female gender, low socioeconomic status and single-parent families are frequently associated with CSA. *Objectives:* to describe the sociodemographic features of pediatric patients (0 to 18 years) who experienced sexual abuse and were admitted to a university hospital in Colombia, from 2018 to 2020. *Methods:* a cross-sectional descriptive observational study including 250 sexually abused patients. *Results:* average age was 10,9 years (± 4.1 years), 88 % of the study population were females, 48.2 % (n = 119) belonged to socioeconomic status two, 57.2 % (n = 143) had single-parent families, 39.2 % (n = 98) of abusers were known by their victims, in 75.2 % (n = 188) of cases, sexual abuses occurred at home and 16.6 % (n=49) were perpetrated with the victim´s consent. *Conclusions:* child sexual abuse must be recognized as a public health issue which requires governmental entities and health care providers´ joint work to prevent it.

Keywords: child sexual abuse, risk factors, characteristics of abuse, pregnancy, sexual aggression.

© 2025 Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud - FUCS.
This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

INTRODUCCIÓN

Según el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), el abuso sexual infantil ocurre cuando un niño es utilizado para la estimulación sexual de su agresor (adulto conocido o desconocido, ya sea pariente o no), o la gratificación de un observador.[1] Implica toda interacción sexual en la que el consentimiento no existe o no puede ser dado, independiente de si el niño entiende la naturaleza sexual de la actividad e incluso cuando no muestre signos de rechazo.[1]

En Colombia, la Ley 1146 de 2007 dice La *violencia sexual contra niños, niñas y adolescentes, comprende todo acto o comportamiento de tipo sexual ejercido sobre ellos, utilizando la fuerza o cualquier forma de coerción física, psicológica o emocional, aprovechando las condiciones de indefensión, desigualdad y las relaciones de poder existentes entre la víctima y el agresor.*[2]

El abuso sexual infantil intrafamiliar por definición, ocurre dentro de la unidad familiar, considerándose como una de las formas más comunes, sin embargo, se ha demostrado que la denuncia se ve afectada por factores como el miedo a la estigmatización de la víctima y de su familia, además de la autoridad y poder del perpetrador sobre la víctima. Obtener cifras reales sobre el abuso sexual infantil en Colombia ha sido difícil, teniendo en cuenta que la mayoría de los casos no se denuncian ni se identifican. A pesar de esto, el Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública de Colombia, reportó que durante 2020 se notificaron 22.170 casos de violencia sexual, de los cuales cerca de 80,1% involucraba a menores de edad.[3]

Los reportes de la literatura señalan la discapacidad física y cognitiva, el estrato socioeconómico bajo[4], la familia monoparental, el consumo de alcohol y la violencia intrafamiliar[5], como factores de riesgo para el abuso sexual infantil, siendo este tipo de violencia la que más afecta a los niños colombianos. Por eso, el objetivo de este estudio es caracterizar el conjunto de circunstancias sociales, familiares y ambientales presentes en los pacientes que consultaron a la institución por abuso sexual infantil, con el fin de concientizar a nuestra sociedad y aportar información útil para prevenir la ocurrencia de este tipo de maltrato.

MÉTODOS

Estudio descriptivo de corte transversal en un centro hospitalario de Tunja, Colombia. Se incluyeron todos los pacientes con diagnóstico de abuso sexual infantil entre el 1 de enero 2018 a 31 de diciembre 2020. El Instituto Nacional de Salud de Colombia creó las fichas de notificación obligatorias como un instrumento que permite obtener información sobre las variables tiempo, lugar y persona, para la comunicación de los diferentes eventos de interés en salud pública. La advertencia de la violencia de género y de los eventos asociados con el abuso sexual infantil es obligatoria en nuestro país.

Los pacientes se identificaron mediante el código internacional de enfermedades CIE 10 y los datos se obtuvieron mediante los reportes de las fichas de notificación y revisión completa de los registros de historia clínica. Para la recolección de la información, se creó un instrumento en Excel a cargo de uno de los coinvestigadores, con el fin de garantizar la calidad y confidencialidad de la extracción de los datos. La información fue analizada con estadística descriptiva, usando media o mediana como

medidas de tendencia central y desviación estándar o rango intercuartílico como medidas de dispersión, según la forma de distribución de los datos. Este estudio contó con la aprobación del Comité de Investigación y Etica del Hospital Universitario San Rafael de Tunja, con acta de aprobación número 001-2021.

RESULTADOS

Durante los años 2018 a 2020 ingresaron 279 pacientes entre 0 y 18 años de edad con diagnóstico de abuso sexual. Se excluyeron los casos sin datos sociodemográficos en los registros médicos, dejando así una muestra de 250 que cumplían todos los criterios de inclusión. La edad promedio fue de 10,9 años (± 4,1 años), identificando que el ciclo de vida de la adolescencia fue el más afectado, representando 59,6% (n = 149). Con respecto al género, se identificó que el femenino es el más vulnerado, representando 88% (n = 220) de los casos. La **tabla 1** muestra la distribución según la edad y el sexo del paciente al momento del abuso.

Tabla 1. Edad y sexo del paciente al momento del abuso sexual

Ciclo Vital	Femenino n(%)	Masculino n(%)	Total n(%)
Primera infancia (0-5 años)	30 (12,0)	10 (4,0)	40 (16,0)
Infancia (6-11 años)	52 (20,8)	9 (3,6)	61 (24,4)
Adolescencia (12-18 años)	138 (55,2)	11(4,4)	149 (59,6)

Fuente: los autores.

En cuanto con la escolaridad se encontró que 12,8% (n = 32) de las víctimas se encontraban desescolarizados en el momento en el que se presentó el abuso. El estrato socioeconómico 2 presentó la mayor cantidad de casos con 48,2 % (n = 119), seguido del estrato 1 con 33,6 % (n = 83), además se identificó que 4% (n = 10) pertenecían a población venezolana migrante. En la **figura 1** se presenta la distribución de casos de abuso sexual según el estrato socioeconómico de los pacientes.

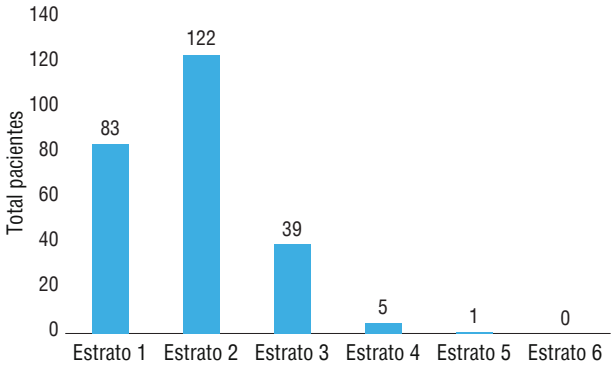

Figura 1. Estrato socioeconómico de los pacientes con abuso sexual. Fuente: los autores.

La **tabla 2** muestra el contexto familiar de los pacientes identificando que la mayoría de ellos pertenecen a una familia de tipología monoparental y presentan conductas de riesgo en el núcleo familiar, como violencia intrafamiliar, alcoholismo y consumo de sustancias psicoactivas.

Tabla 2. Características del contexto familiar de la población pediátrica agredida

Características	N°	(%)
Familia monoparental	143	(57,2)
Separación conyugal	139	(55,6)
Desempleo materno	110	(44,0)
Violencia intrafamiliar	70	(28,0)
Consumo de sustancias psicoactivas	9	(3,60)
Discapacidad cognitiva	7	(2,80)
Alcoholismo	7	(2,80)

Fuente: los autores.

Se caracterizaron las variables relacionadas en forma directa con el agresor, identificando que en 99,6 % (n = 249) de los casos era de sexo masculino, y solo en un caso (0,4%) no se pudo determinar su sexualidad. En relación con la nacionalidad del agresor se identificó que en 97,6% (n = 244) era colombiana, venezolana 1,6% (n = 4) y en dos casos (0.8%) no fue posible establecerla. La **tabla 3** presenta la relación de la víctima con el agresor, que en 48% (n = 120) era familiar de la víctima, identificando al padre como el principal y 24% (n = 61) de los casos el menor convivía con su agresor.

Tabla 3. Relación entre la víctima y su agresor en abuso sexual

Características	N°	(%)
Conocido	98	39,2)
Desconocido	32	(12,8)
Padre	55	(22,0)
Tío	21	(8,4)
Primo	17	(6,8)
Hermano	12	(4,8)
Abuelo	10	(4,0)
Cuñado	4	(1,6)
Sobrino	1	(0,4)

Fuente: los autores.

Con respecto al tipo de agresión, 55% de los actos sexuales sin penetración fueron los de mayor proporción (n = 139), seguidos del acceso carnal 42,4% (n = 106), acoso sexual 1,2% (n = 3), uno de ellos dado por un profesor de la institución educativa del paciente y, por último, otras violencias sexuales por contacto físico con 0,8% (n = 2), en los que la víctima fue obligada a realizar caricias a los genitales del agresor. En relación con el sitio donde ocurrió el evento, 75.2% fue la vivienda de la víctima (n = 188), seguido de otros escenarios en 14,8 % (n = 37), espacios abiertos 6% (n = 15), comercio y áreas de servicio 1,6 % (n = 4) y, en la vía pública 0,8 % (n = 2). El 19,6% (n = 49) de los abusos sexuales infantiles ocurrió con consentimiento de la víctima, quien, al momento del abuso, tenía una edad promedio de 13.8 años (± 1,1 años), mientras que la de su pareja era 17,9 años (± 9,9 años). De estos casos 87% (n

= 43) resultaron en embarazo adolescente, el cual fue el motivo de notificación del caso.

En relación con el manejo médico instaurado en el momento del ingreso del caso a nuestro hospital, varió dependiendo del tiempo transcurrido entre la ocurrencia del evento y la consulta, así como el tipo de violencia sexual identificado. Así, 10% (n = 25) recibieron profilaxis para el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y 8% (n = 20), para hepatitis B. A 7,2% (n = 18) se les suministraron anticonceptivos de emergencia y a 2,4% (n = 6) orientación en interrupción voluntaria del embarazo. En 93,6% (n = 234) de los casos se realizó valoración por salud mental y a 34,4% (n = 86) se le tomaron exámenes paraclínicos para detectar enfermedades de transmisión sexual.

DISCUSIÓN

Cerca de 13% de los niños son abusados sexualmente en América del Sur, región que se caracteriza por múltiples identidades culturales y con condiciones de vida heterogéneas.[6] El abuso sexual infantil se considera una de las formas más graves de maltrato, constituyéndose en un problema frecuente cuyo impacto físico y emocional puede ocasionar secuelas graves a corto, mediano o largo plazo.[7] El tamaño de la muestra del presente estudio descriptivo, revela las características sociodemográficas de los pacientes pediátricos que consultaron por abuso sexual a un hospital universitario en Colombia. La población pediátrica puede ser víctima a cualquier edad, pero la de mayor vulnerabilidad oscila entre 10 y 14 años[8], lo cual concuerda con nuestros resultados, cuya edad promedio fue de 10,9 años (± 4,1 años). Los adolescentes son los más afectados como lo describieron J. Mendoza y V. Hernández en Cuba, quienes reportaron entre 11 y 19 años.[9]

De los resultados generales se puede apreciar que el género femenino es el más afectado, representando 88% del total de la población estudiada, lo que coincide con C. Veirano y col. quienes en su estudio en Uruguay analizaron 156 casos de abuso sexual, encontrando que 78% correspondía al sexo femenino[10], porcentaje similar al de nuestro estudio.

La pobreza genera situaciones de vulnerabilidad que favorecen las condiciones del abuso[7], como lo demostraron un grupo de investigadores colombianos quienes realizaron un estudio sobre las características familiares de la víctima, en el que revelan que 81,8% de los pacientes pertenecían a estrato socioeconómico bajo. Resultados similares se aprecian en un estudio realizado en Turquía, donde la mayoría de víctimas provenían de familias con ingresos económicos bajos.[11] Autores como J. Sanjeevi y col. también identificaron la pobreza como un factor de riesgo.[12]

En relación con el contexto familiar, se halló que la mayoría de las víctimas pertenecían a familias de tipología monoparental, 55,6% tenían padres separados y en 28% se identificaron conductas de riesgo como violencia intrafamiliar, lo que los hace más propensos a ser abusados, siendo así la ausencia de uno o ambos padres un factor de riesgo significativo. Lo anterior lo confirmó el informe del meta-análisis publicado en JAMA, 2020.[13]

La literatura reporta que las personas con discapacidades tienen un riesgo alto de abuso sexual debido a sus limitaciones físicas y/o cognitivas.[14] Así mismo, V.Palusci y col. describen que la discapacidad se asocia con una mayor recurrencia de abuso sexual infantil[15], sin embargo, del total de la población pediátrica estudiada solo 2,8% presentaron algún tipo de discapacidad; el consumo de alcohol y sustancias psicoactivas estuvo presente solo en 5.6% de la población de nuestro estudio, lo cual contrasta con lo descrito por E. Davies y A. Jones, quienes en el Reino Unido mencionan al alcohol y las sustancias psicoactivas como factores de riesgo más frecuentes.[16]

El abuso sexual se clasifica en dos tipos: con contacto y sin contacto. El primero implica exponer al menor ante actos sexuales que no puede comprender. El abuso de contacto, a su vez, se puede dividir en actos que no impliquen penetración como caricias que conlleven penetración en vagina, boca o ano.[14]

La población infantil puede ser abusada tanto por mujeres como por hombres[17], sin embargo, en nuestra investigación 99,6% de los abusadores eran de género masculino y solo en un caso no se pudo determinar el género del abusador. En la gran mayoría resultó ser familiar o conocido por la víctima, identificando al padre como el principal agresor en 48% de los casos.[8] Estos hallazgos son similares a lo reportado por M. Smith y col. quienes encontraron que el padre es el principal agresor (50%).[18]

El 24% de los menores convivían con el abusador y la mayoría sucedieron en el hogar de la víctima. Estos resultados son concordantes con el estudio publicado en la Revista Chilena de Ginecología y Obstetricia, analizaron 573 casos de abuso sexual infantil en Chile encontrando que 43,4% se dio en el hogar de la víctima.[19]

En Colombia una de cada cinco mujeres entre 15 y 19 años ha estado embarazada, 64% no fueron planeados. Un estudio nacional sobre abuso sexual y situaciones de negligencia como factores de riesgo para embarazos en adolescentes, encontró que el abuso sexual aumenta de manera significativa su probabilidad.[15]

El artículo 209 del Código Penal Colombiano, establece que la edad de consentimiento sexual se da a los 14 años. En nuestro estudio 19,6% de los sucesos se dieron con consentimiento, pero la edad de la víctima fue menor de los 14 años estipulados por la ley. En estos casos las víctimas pudieron haber creído que no habían sido abusados, sino, que participaron *voluntariamente* en la actividad sexual.[17] Lo alarmante es que de los 49 casos resultaron en embarazo adolescente, en los que el abuso con menor de 14 años fue consensuado. La mayoría de los padres también eran menores de edad, lo cual, se relaciona de manera directa con la deserción y/o discriminación en los contextos educativos y sociales.[20]

CONCLUSIONES

Los hallazgos de esta investigación muestran que el abuso sexual infantil amerita ser reconocido como un problema de salud pública y se debe trabajar en conjunto con entes gubernamentales y personal de salud para prevenirlo. Es necesario crear estrategias y brindar herramientas para la sociedad en general, padres de familia y población pediátrica en particular, para identificar situaciones de vulnerabilidad y factores de riesgo de la población frente al abuso sexual infantil. Por último, es esencial capacitar al personal de salud para identificar en forma oportuna los casos de abuso sexual en la población infantil y realizar un abordaje apropiado e interdisciplinario en su atención.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores no declaran conflicto de intereses.

FINANCIACIÓN

La anterior investigación no tuvo financiamiento.

REFERENCIAS

1. Losada AV, Jursza IR. Abuso sexual infantil y dinámica familiar. Rev Electrónica Psicol Iztacala. 2019;22(3):2803-2828.
2. Ley 1146 de 2007 Por medio de la cual se expiden normas para la prevención de la violencia sexual y atención integral de los niños, niñas y adolescentes abusados sexualmente. Diario Oficial, No. 46.685 (10 de julio de 2007).
3. Instituto Nacional de Salud. Comportamiento de la Vigilancia de Violencia de género e intrafamiliar, Colombia Semana Epidemiológica 45 de 2020. BES Boletín Epidemiológico Semanal. Colombia; 2020.
4. Palusci VJ, Ilardi M. Risk Factors and Services to Reduce Child Sexual Abuse Recurrence. Child Maltreat. 2020;25(1):106-116. http://dx.doi.org/10.1177/1077559519848489.
5. Rudolph J, Zimmer-Gembeck MJ, Shanley DC, Hawkins R. Child Sexual Abuse Prevention Opportunities: Parenting, Programs, and the Reduction of Risk. Child Maltreat. 2018;23(1):96-106. http://dx.doi.org/10.1177/1077559517729479.
6. Vega-arce M, Núñez-Ulloa G, Sepúlveda-Ramírez I, Salas G, Fernandez IT. Trends in child sexual abuse research in Latin America and the Caribbean. Electron J Gen Med. 2019;16(5):1-13. https://doi.org/10.29333/ejgm/110615.
7. Sidpra J, Abomeli D, Hameed B, Baker J, Mankad K. Rise in the incidence of abusive head trauma during the COVID-19 pandemic. Arch Dis Child. 2021;106(3):e14. https://doi.org/10.1136/archdischild-2020-319872.
8. Simões A, Lopes S, Dos Anjos Dixe M, Fernandes JB. Family Risk Factors That Jeopardize Child Development: Scoping Review. J Pers Med. 2022;12(4):562. https://doi.org/10.3390/jpm12040562.
9. Potter MH, Kennedy RS, Font SA. Rates and predictors of child maltreatment re-perpetration against new victims and prior victims. Child Abuse Negl. 2022;123:105419. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2021.105419.
10. Veirano C, Zunino C, Pandolfo S, Vomero A, Guerrero J, Gurin L, et al. Admisión hospitalaria por abuso sexual infantil. Centro Hospitalario Pereira Rossell 2010-2014. Arch Pediatría Urug. 2017;88(5):246-53.
11. Koçtürk N, Yüksel F. The Characteristics of Child Sexual Abuse in the School Environment in Turkey. J Child Sex Abuse. 2018;27(7):852-869. https://doi.org/10.1080/10538712.2018.1501787.
12. Sanjeevi J, Houlihan D, Bergstrom KA, Langley MM, Judkins J. A Review of Child Sexual Abuse: Impact, Risk, and Resilience in the Context of Culture. J Child Sex Abuse. 2018;27(6):622-641. https://doi.org/10.1080/10538712.2018.1486934.
13. Laird JJ, Klettke B, Hall K, Clancy E, Hallford D. Demographic and Psychosocial Factors Associated With Child Sexual Exploitation a Systematic Review and Meta-analysis. JAMA Netw Open. 2020;3(9):e2017682. https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.17682.
14. Palusci VJ, Ilardi M. Risk Factors and Services to Reduce Child Sexual Abuse Recurrence. Child Maltreat. 2020;25(1):106-116. https://doi.org/10.1177/1077559519848489.
15. Cowley LE, Adesman A. The Challenge of Identifying Pediatric Abusive Head Trauma During the COVID-19 Pandemic. Pediatrics. 2021;148(1):e2021050612. https://doi.org/10.1542/peds.2021-050612.
16. The Lancet Child Adolescent Health. Growing up in the shadow of COVID-19. Lancet Child Adolesc Health. 2020;4(12):853. https://doi.org/10.1016/S2352-4642(20)30349-7.
17. Leung KKY, Chu SPW, Hon KL, Leung TF. Indirect consequences of COVID-19 on children's health. Hong Kong Med J. 2021;27(2):160. https://doi.org/10.12809/hkmj208694.
18. Smit MJ, Scheffers M, Emck C, van Busschbach JT, Beek PJ. Clinical characteristics of individuals with intellectual disability who have experienced sexual abuse. An overview of the literature. Res Dev Disabil. 2019;95:103513. https://doi.org/10.1016/j.ridd.2019.103513.
19. Guastaferro K, Felt JM, Font SA, Connell CM, Miyamoto S, Zadzora KM, et al. Parent-Focused Sexual Abuse Prevention: Results From a Cluster Randomized Trial. Child Maltreat. 2022;27(1):114-125. https://doi.org/10.1177/1077559520963870.
20. Newlove-Delgado T, McManus S, Sadler K, Thandi S, Vizard T, Cartwright C, et al. Child mental health in England before and during the COVID-19 lockdown. Lancet Psychiatry. 2021;8(5):353-354. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30570-8.