

Interrelación entre el abuso sexual y la violencia intrafamiliar con los medios masivos de difusión: ¿Realidad? o ¿Ficción?

Arturo Loredó Abdalá,* Jorge Trejo Hernández,* Virginia Bustos Valenzuela,* Aideé Sánchez Velázquez,* María Isabel Moreno Fuentes*

RESUMEN

En México es evidente el incremento de la violencia contra los niños y el abuso sexual ocupa un lugar preponderante. Asimismo, las dificultades para establecer un diagnóstico de certeza requiere la participación de un grupo multidisciplinario de trabajo, para no cometer un error. El papel de los medios de difusión en el desarrollo de estos eventos se ha estudiado en otros países. Dos casos vistos en la Clínica de Atención Integral del Niño Maltratado del Instituto Nacional de Pediatría, se estudiaron por la posibilidad de abuso sexual, violencia y su interrelación con los medios de difusión. Ello permite el análisis de cada elemento y sensibilizar a la comunidad médica sobre el papel del pediatra en el diagnóstico, tratamiento y prevención de la violencia infantil.

Palabras clave: Abuso sexual, violencia, medios de difusión.

SUMMARY

Violence against children is on the rise in Mexico, as well as in other countries; sexual abuse accounts for a substantial number of cases. In view of the difficulties inherent to a diagnosis of certainty in this form of child abuse, a multidisciplinary work team is required. Massive communication means have been thoroughly studied in other countries because of their relationship with these events.

Two clinical cases recently seen at the Clínica de Atención Integral del Niño Maltratado (Clinic for Integral Care of Abused Children) of the Instituto Nacional de Pediatría showed a clear interrelation between those factors, which may be analyzed separately. The medical community should be sensitized to the role of pediatricians in the diagnosis, prevention and management of violence against young the children.

Key words: Sexual abuse, violence, massive communication media.

El hombre actual vive en una vorágine de cambios que han modificado sustancialmente su forma de vivir y de ser. El franco desarrollo de la tecnología, que se aplica en la gran mayoría de los aspectos cotidianos de la vida, puede tener una expresión positiva por ejemplo, en la comunicación masiva o en la medicina, pero también ésta puede ser negativa y ello se ejemplifica claramente mediante el incremento de la violencia, el consumo de drogas, la desintegración familiar, la inestabilidad política, etc.; y todo ello conlleva a que la calidad de vida del hombre actual, esté cada día más deteriorada.¹⁻⁵

Hoy en día niños y jóvenes de casi todo el mundo están expuestos a los medios masivos de comunicación (MMC), que en realidad deben ser señalados como de

difusión (MMD) ya que comunicación implica diálogo o intercambio y los medios de masas generalmente hablan pero no admiten respuesta. Ellos contribuyen a conformar, transmitir, mantener y/o perpetuar valores, creencias y actitudes que pueden influir en el modo de pensar y de actuar de la gente. De esta manera los MMD constituyen una de las instancias de sociabilización más importantes y el desarrollo tecnológico ha favorecido el surgimiento de los mismos, ya sean impresos o electrónicos; estos últimos constituidos por la televisión, el internet, el correo electrónico, música en vídeos y juegos como el nintendo, que también se ha constituido en un detonante de crisis convulsivas en niños con cierta susceptibilidad.⁶ En un futuro muy próximo podrán tener la oportunidad de estar ante el vídeo interactivo, los juegos de realidad virtual y otras opciones de cable expandido.

No hay demasiada duda de que una exposición prolongada a programas televisivos violentos puede ser un

* Clínica de Atención Integral del Niño Maltratado. Instituto Nacional de Pediatría.

factor importante para desarrollar un comportamiento similar, el cual se expresa en casos extremos por el crimen o por actividades muy agresivas para el contexto social actual de la sociedad mexicana.⁷

Ante programas de tendencia «amarillista» donde se presenta con toda su crudeza la violencia urbana y suburbana, la agresión sexual y/o la muerte o en programas cotidianos (telenovelas) aparentemente familiares, pero en donde se desarrolla frecuentemente actividad sexual, violación, rapto y/o prostitución, condiciona la interrogante si ellos son capaces de modificar sustancialmente la conducta del menor y/o del adolescente, que sin entenderlos los ve frecuentemente. Por lo tanto, es muy importante considerar cómo va a responder una persona a un mensaje de los MMD. Aunque la tendencia es que el receptor sea pasivo y no cuestione la información recibida existe la posibilidad de que tenga una actitud dinámica y ello le permita replicar la acción recibida. Esta conducta es frecuentemente la esperada en los niños y en los adolescentes ya que ellos tienen la capacidad no sólo de recibir sino también de procesar y transformar la información de acuerdo a su desarrollo neurológico, genuino interés, nivel sociocultural y económico. En este accionar radica el peligro de los MMD para los menores de edad.

Al concepto anterior hay que agregar que en México han ocurrido cambios notables sobre la violencia contra los niños, fenómeno reflejado directamente por el número creciente de notificaciones y por el incremento de las formas clínicas de esta problemática médico-social,^{8,9} sobre todo en el contexto de abuso sexual. El número de casos que han sido atendidos en el INP en los dos últimos años (datos no publicados) condicionan proporcionalmente una situación muy similar a la que reportó la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal (PGJDF) en el mismo periodo¹⁰ y a la que describe el National Committee of Prevent Child Abuse.¹¹

Así, uno de los mayores retos para el médico, cuando es requerido para atender a un niño que probablemente ha sido víctima de cualquier forma de maltrato, es establecer con el mayor grado de certeza, el diagnóstico correcto, recordando también que con cierta frecuencia el menor es presentado con una serie de signos y síntomas que pueden ser la expresión de otro padecimiento como osteogénesis imperfecta, raquitismo renal, infección por virus del papiloma humano, hemofilia, etc.¹²

De lo anterior se desprende la enorme necesidad de que cada niño, portador de un cuadro sugestivo de maltrato, sea entrevistado y revisado por el pediatra, evaluado por el psicólogo o el psiquiatra, contar con la información básica que adquiere el trabajador social al establecer comunicación con todos los miembros de la

familia y con los vecinos y con la orientación jurídica que nos señalará cual es la condición legal del maltratado, del agresor y de la familia. Las acciones señaladas se logran a través del accionar de un grupo multidisciplinario de trabajo que favorece el diagnóstico, tratamiento y seguimiento correctos.

Para atender esta patología, en el Instituto Nacional de Pediatría (INP) se ha conformado la Clínica de Atención Integral del Niño Maltratado (CAINM);¹³ grupo multidisciplinario que analiza a todos y cada uno de los niños cuando su ingreso a la Institución es la probable consecuencia de algún tipo de maltrato.

El motivo del presente reporte es describir el historial clínico de dos adolescentes del sexo femenino, que señalaron haber sido víctimas de violación. Sin embargo, al estudiar completamente cada caso se pudo establecer que las situaciones referidas por las pacientes habían sido una copia de sucesos presentados en dos programas de la televisión mexicana; uno de ellos de alto impacto «amarillista» y el otro una telenovela de observancia familiar. En ambos casos, las menores trataron de expresar su enojo o malestar emocional, modificando sus conductas al aplicar las situaciones presentadas en la televisión, a su vida cotidiana.

CASOS CLÍNICOS

CASO 1

PCAI, escolar femenino de 11 años de edad. Ella es producto de la gesta II, de un embarazo planeado, deseado y sin problema durante el mismo. Aunque el parto fue fortuito, el neonato mediato e inmediato fue aparentemente normal. El desarrollo psicomotor es normal y actualmente se encuentra en sexto de primaria. La alimentación e inmunizaciones se refieren dentro de lo esperado para su edad y los antecedentes patológicos son negativos y no se ha establecido la menarquia.

La madre refiere que el padecimiento actual se inició dos días antes de su ingreso a la Institución cuando nota sangre en la cara interna de ambas piernas. Ante este hecho la menor refirió que el día anterior estuvo con un tío político quien la llevó al interior de una habitación donde la despojo de su ropa interior, la inclinó y le hizo «cosas feas» (sic). Con esta información la menor es traída al hospital.

La exploración general es normal y su madurez sexual se clasifica como Tanner II. La exploración ginecológica mostró un introito amplio, el borde himeneal irregular y leucorrea abundante. A nivel anal se observó una laceración menor de 0.5 cm a las 6 horas.

La evaluación psicológica demostró una púber lábil emocionalmente, con tendencia a la manipulación y a

mentir. Durante la entrevista aceptó haber inventado toda la historia al estar molesta consigo misma por su bajo rendimiento escolar, pese al esfuerzo realizado. Ella aceptó que su comportamiento fue la copia de un caso presentado días antes en el programa televisivo «Duro y Directo». Así mismo, la estrecha relación con una prima de 15 años que vive en el mismo terreno familiar y que a su vez ha acusado a su madre de tener relaciones con su novio, conducta ficticia observada en telenovelas, fueron los detonantes que la orillaron a seguir la acción ya referida. En la entrevista con la Trabajadora Social repitió los hechos ya descritos. Se estableció el diagnóstico psicológico de trastorno en la personalidad y no se confirmó el de abuso sexual.

CASO 2

TCHR, adolescente del sexo femenino de 16 años, producto de la gesta VIII de un embarazo no planeado aunque al parecer deseado. Parto fortuito en su domicilio y se desconocen los datos del neonato inmediato. Su desarrollo psicomotor es aparentemente normal y llega hasta tercer grado de primaria al abandonar la escuela.

Desde los 13 años es atendida en el Departamento de Medicina Interna del INP por artritis reumatoide juvenil.

Inicia el padecimiento actual horas antes de su ingreso. La madre refiere que la menor acudió a la casa de una prima, viuda de 24 años, con quien la paciente mantiene una buena relación. En esa reunión consume bebidas alcohólicas bajo su consentimiento y aunque su pariente le ofreció marihuana para fumar, el hecho al parecer no se consumó. Por estar bajo los efectos del alcohol se torna agresiva, violenta, gritando que fue violada y que está embarazada, por lo que desea matar al causante. Por esta razón deciden localizar a su madre quien la trae al servicio de urgencias del INP.

Los cambios conductuales secundarios al alcoholismo y la ausencia de alteraciones físicas fueron los hallazgos de la exploración. Se establece una maduración sexual de Tanner III y normalidad del área genital y anal. Durante el interrogatorio la menor no recuerda los hechos ocurridos después de la ingestión de bebidas alcohólicas y al parecer recupera la lucidez hasta su llegada al Instituto. La evaluación de psicología demostró un coeficiente intelectual limítrofe probablemente por baja estimulación del medio ambiente, baja capacidad de memoria y de autoestima lo que la hace muy dependiente, la existencia de gran conflicto familiar y en general tiende a no respetar reglas y normas. La paciente dedica la mayor parte de su tiempo a escuchar programas radiofónicos que exponen violencia intrafamiliar y ve las telenovelas de actualidad. Aunque no refirió haber reproducido su conducta de un programa televisivo, en esa época

se había presentado un caso de violación, en una telenovela de amplia difusión nacional.

DISCUSIÓN

La presentación de estos casos clínicos permite analizar tres situaciones que se encuentran entrelazadas y que inclusive se pueden generar y/o perpetuar entre sí. La trilogía está constituida por la violencia, la dificultad para diagnosticar un cuadro de abuso sexual a través de los datos de la exploración física y la influencia que tienen los medios masivos de difusión en la salud física y mental de los niños y/o adolescentes.

Con la finalidad de entender mejor cada uno de estos elementos se hará un análisis por separado de los mismos, con la firme convicción de que los tres tienen, para nosotros, un peso académico similar.

Los grados crecientes de violencia que actualmente el hombre sufre recuerda lo que los romanos reconocieron en su época como *homini-lupus-homini*, situación que se expresa cada vez más en los niños, las mujeres, los ancianos, los indígenas, los desvalidos física y/o mentalmente, etc.^{9,14-16} Si se considera que la violencia es uno de los problemas en salud pública más serios en nuestro país⁴ y el maltrato a los niños aumenta cada día más, se genera la combinación de dos fenómenos explosivos que deben ser considerados como un enorme reto para la sociedad en general y para la comunidad médica en lo particular.

Está bien demostrado que la presentación de programas violentos por televisión, constituyen una de las principales causas de comportamiento agresivo, violento y a veces criminal en la sociedad^{7,17} y es muy claro que ellos afectan a los niños y a los adolescentes de ambos sexos y de cualquier nivel intelectual y socioeconómico.¹⁸ También se puede establecer la noción de que el menor agresivo regresa a observar, en dichos programas, más violencia para de esta manera justificar su comportamiento agresivo. Obviamente, este fenómeno no es la única explicación de un comportamiento agresivo; se debe recordar que la violencia es multicausal y frecuentemente se requiere la interacción de diversos factores tales como los genéticos, perinatales, neurológicos, psicológicos y del medio ambiente para que este comportamiento se desarrolle en los niños.¹⁷ Continuando con el análisis planteado, es muy conveniente considerar que los adolescentes americanos emplean alrededor de 15,000 horas frente a la televisión contra 11,000 en el salón de clases¹⁹ y es muy probable que nuestra población infantil y de adolescentes tengan un comportamiento similar.²⁰

Desde el punto de vista de la sexualidad lo que generalmente la televisión presenta es:

a) Relación sexual entre parejas fuera del matrimonio. De hecho, sólo uno de cada seis actos sexuales se desarrolla dentro del contexto matrimonial.¹⁹

b) Ofrece al niño o al adolescente la sexualidad en forma de ilusión o fantasía.

c) Constituye la fuente de información sexual más asequible al joven, con respecto a la que obtiene de los padres, en la escuela o en la iglesia.

Los niños y los jóvenes también están expuestos a la música en vídeo²¹ y se ha demostrado que aproximadamente la mitad de estos medios contienen o expresan comportamiento violento, sobre todo si es rock o rap y si el ejecutante porta algún arma. La excepción es la música country en donde el artista porta armas por ser parte de su vestimenta.²¹ Cuando el vídeo contiene alto grado de erotismo o sexualidad la expresión de violencia es mínima.²² La posibilidad de que estos juegos generen un comportamiento agresivo en los niños requiere de mayor información ya que los estudios actuales son insuficientes. Sin embargo, se tiene la idea de que adolescentes del sexo femenino o preadolescentes del masculino pueden desarrollar un déficit en su concepto de autoestima cuando se exponen a estos juegos varias horas a la semana.²³

Por supuesto, no todos los programas televisivos y los avances tecnológicos propios de los MMD son negativos; se debe entender y aceptar que la televisión se ha constituido en un poderoso maestro, que adecuadamente encausado permitirá un mayor beneficio en los menores, si los padres y/o tutores los controlan adecuadamente.

Dentro de la enorme complejidad que existe para establecer el diagnóstico de maltrato infantil, éste es más marcado cuando se trata de abuso sexual. Algunas formas de dicha variedad de malos tratos y en ocasiones, la ausencia de manifestaciones físicas, obligan en un principio a creer lo que el familiar o el menor afirman. Sin embargo, el diagnóstico se debe establecer una vez concluidas todas las pesquisas requeridas, so pena de caer en el error diagnóstico como sucedió en los casos de este reporte. Creemos que con la descripción presentada es factible ejemplificar el verdadero valor de un accionar multidisciplinario.

Aunque en nuestro medio es muy difícil precisar la prevalencia de abuso sexual en niños, estamos muy conscientes de su evidente incremento en los últimos años.

Nuestra apreciación se basa en los casos que se han atendido en CAINM en el último año (datos no publicados). Reportes de la Unión Americana señalan que el problema gira alrededor del 12-13% en adolescentes del sexo femenino. La encuesta nacional de dicho país en 1986 demostró que el 27% de las mujeres y el 16% de los hombres han sido víctimas de abuso sexual en diferentes épocas de su vida.²⁴ Sin embargo, la verdadera situación a nivel mundial no está bien precisada.²⁵

Considerando que la presencia o ausencia de hallazgos físicos en mujeres adolescentes que han sido víctimas de abuso sexual es muy pobre.²⁶ Es necesario establecer cuales son las lesiones y/o cuales las alteraciones emocionales que deben ser considerados indicadores básicos, si se sospecha la posibilidad de abuso sexual, en las primeras 72 horas. Los siguientes indicadores son los más frecuentes:

I. Indicadores de probabilidad

- a) Abrasión, laceración, hematoma y/o equimosis en zona extragenital, paragenital y/o anal.
- b) Presencia o ausencia de himen y/o lesión del borde de inserción.
- c) Variación del diámetro del orificio himeneal, mayor de 10 mm.
- d) Existencia de sangre, semen o algún cuerpo extraño en vagina o área perigenital.
- e) Resistencia notable de la paciente al explorar el área genital y/o anal.

II. Indicadores de cronicidad

- a) Ausencia de himen.
- b) Presencia de carúnculas.
- c) Cicatriz de localización y tamaño variable en labios mayores y/o menores.
- d) Disminución del tono vaginal al realizar una exploración digital.
- e) La observación de condilomas en área genital y/o región perianal.
- f) Poca resistencia emocional a la exploración genital.
- g) Pueden desarrollar un déficit en su concepto de autoestima.
- h) Conductas y respuestas hipersexualizadas.

III. Indicadores de certeza

- a) Embarazo en edad no esperada
- b) Existencia de alguna enfermedad de transmisión sexual, en edad no esperada.

Recordar que siendo el himen un tejido muy laxo y con variaciones anatómicas diversas, su exclusiva revisión no proporciona la garantía de que la existencia de diversas alteraciones determinen la posibilidad de que ha ocurrido abuso sexual. Es fundamental considerar que se tienen que agregar a los datos de la exploración física los obtenidos durante la intervención psicológica y psiquiátrica, así como la información que aporte trabajo social. Con ello es más factible hacer el diagnóstico, con menor posibilidad de error.

Partiendo de la base de que un número no establecido de reportes por abuso sexual son ficticios, tendremos que considerar lo señalado por Everson y Boat²⁸ en el

sentido de que este proceso oscila entre el 4-8% de los reportes. Sin embargo, es muy probable que en los últimos años este tipo de eventos se incremente ya que ahora hay más información disponible para los jóvenes y para los adultos y porque la sociedad en general, acepta más esta problemática.

No hay ninguna duda de que la violencia constituye un problema en salud pública en casi todo el mundo y para el cual no existe una solución efectiva.²⁷ Los excesos de la violencia tolerada o cultural pueden ser la consecuencia de una elevada proporción de agresiones no denunciadas, y es muy probable que este fenómeno sea la consecuencia de que en algunas sociedades ya se hizo costumbre⁴ y de que la violencia en la familia en gran parte se ha adquirido a través de los MMD.²⁹

El análisis de esta trilogía de eventos permite entender el comportamiento que tuvieron las adolescentes de este reporte.

Claramente se ha señalado la dificultad que existe para establecer, en un momento dado, el diagnóstico de abuso sexual exclusivamente con los hallazgos de la exploración física.

Hemos querido enfatizar el papel que desempeñan los MMD en los niños y en los adolescentes, sobre todo si viven en un ambiente familiar donde la violencia alcanza niveles extremos. Y finalmente, considerar que la violencia involucra cada vez más al hombre y con ello modifica sustancialmente su forma de ser.

Lo verdaderamente desafiante para los médicos y para la sociedad en general es abordar dichos problemas de una manera integral, tratando de obtener los mejores resultados al amortiguar su impacto físico, emocional y económico en la familia y en la sociedad, así como evitar el dispendio de recursos, sobre todo en una sociedad como la nuestra.

CONCLUSIONES

Entendido el problema desde esta perspectiva se requiere el establecimiento de una serie de medidas que permitan no sólo curar las consecuencias de las mismas, sino prevenirlas, hasta donde sea factible. De esta manera, los MMD deben manejar apropiadamente las emociones, como la ira y la frustración para desalentar el comportamiento violento.³⁰

- a) Es muy conveniente para el niño y el adolescente reducir el número de exposiciones a fenómenos violentos, tanto en el hogar como en la comunidad.
- b) Los padres o tutores deben mantener un mayor control sobre el menor en cuanto al tipo de programas televisivos que pueden ver; se deben fijar horarios y limitar los programas a los que puede tener acceso.

- c) El empleo racional y bien orientado de los medios de comunicación puede ser una estrategia viable en la prevención de la violencia.
- d) El médico general que atiende niños y/o el pediatra deberán estar preparados para informar a los padres y/o tutores sobre la conveniencia o no de autorizar que sus hijos vean ciertos programas de televisión, en función a su contenido, horario y duración.
- e) Los productores de juegos y de música en video deben asumir la enorme responsabilidad que implica eliminar, hasta donde les sea posible, la violencia y/o el mostrar cualquier tipo de armas.
- f) Las compañías manufactureras de juegos de vídeo deben incluir una leyenda, fácilmente observable en el aparato, donde se indique que su uso constante y prolongado puede desencadenar crisis convulsivas en niños susceptibles.
- g) El Estado debe regular el horario para que los programas aptos para niños y adolescentes sea el adecuado durante el día y la noche. Así mismo, se debe vigilar el contenido de los mismos para disminuir a su mínima expresión la violencia física o sexual en sus contenidos.

AGRADECIMIENTOS

Nuestro agradecimiento a la Fundación Glaxo-Wellcome por apoyar la investigación en la Clínica de Atención Integral del Niño Maltratado y a la Srta. Claudia Estrada Jiménez por su apoyo secretarial.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hijar M. Violencia y lesiones. *Sal Pub Mex* 1992; 15: 15-23.
2. Ramírez J, Vázquez G. Mujer y violencia: un hecho cotidiano. *Sal Pub Mex* 1993; 35: 148-160.
3. Díaz-Olavarrieta C, Sotelo J. Domestic Violence in Mexico. *JAMA* 1996; 275: 1937-1941.
4. Lozano R, Hijar M, Torres JL. Violencia, seguridad pública y salud. En: Frenk J (Ed). *Observatorio de la Salud*. Fundación Mexicana para la Salud. México, 1997 pp 83-115.
5. Plichta S. The effects of woman abuse on health care utilization and health status: a literature review. *Womens Health Issues* 1992; 2: 154-163.
6. Graf WD, Chatiran G-E, Glass ST, Knauss TA. Video game-related seizures: a report on 10 patients and review of the literature. *Pediatrics* 1994; 93: 551-556.
7. Eron DL. Media Violence. *Pediatric Annals* 1995; 84-87.
8. Loredo-Abdalá A, Trejo-Hernández J, Bustos-Valenzuela V, y cols. El fenómeno de maltrato a los niños: aspectos sociales y clínicos del síndrome. *Bol Med Hosp Infant Mex* 1998; 55: 413-419.
9. Loredo-Abdalá A. Los niños tarahumaras, un nuevo enfoque de maltrato al menor: El maltrato étnico. *Bol Med Hosp Infant Mex* 1996; 53: 209-210.

10. Sagarra PM. Dirección General de Asuntos de Menores e Incapaces PGJDF. 1997 Comunicación personal.
11. Child Sexual Abuse. National Committee to Prevent Child Abuse. December 1996: 1-4.
12. Loredo-Abdalá A, Trejo-Hemández J, Bustos-Valenzuela V. Maltrato al Menor: Consideraciones clínicas sobre maltrato físico, agresión sexual y privación emocional. *Gaceta Med Mex* (en revisión).
13. Loredo-Abdalá A, Trejo-Hemández J, Bustos-Valenzuela V, Velázquez-Sánchez A. Maltrato al menor: propuesta metodológica para la detección, atención integral y derivación de pacientes en México. *Acta Pediatr Mex* 1998; 19 Fascículo 5.
14. Kent L, Laidlaw JD, Brockington IF. Fetal abuse. *Child Abuse & Neglect* 1997; 21: 181-186.
15. Delgado RA. Grandes síndromes en pediatría. Bilbao, España: Imprenta Boan S.A. 1996: 33-45.
16. Saucedo JM. Violencia en la familia: el maltrato a la mujer. *Rev Med Mex Inst Social Security* 1995; 33: 283-287.
17. Eron DL. Parent-child interaction, television, violence, and aggression of children. *Am Psychol* 1982; 37: 197-211.
18. Linz D, Wilson BJ, Donnerstein E. Sexual violence in the mass-media-legal solutions, warnings and mitigation through education. *J Soc Issues* 1992; 48: 145-171.
19. Daves JA. Addressing television sexuality with adolescents. *Pediatr Ann* 1995; 79-82.
20. Reyes GU, Carbajal RL, Torres RS, Reyes GS, Velasco MA, García CF y Sánchez EP. Exposición de los niños a los anuncios de la televisión. *Arch Invest Pediatr Mex* 1998; 1: 9-14.
21. DuRant HR, Rich M, Emans SJ, Rome SE, Allred E, Woods RE. Violence and weapon carrying in music videos. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1997; 151: 443-448.
22. Strasburger VC, Hendren RL. Rock music and music videos. *Pediatr Ann* 1995; 24: 97103.
23. Funk BJ, Buchman DD. Video Game. Controversies. *Pediatr Ann* 1995; 24: 91-94.
24. Nagy S, Adcock AG, Nagy MC. A comparison of risk health behaviors of sexually active, sexually abused, and abstaining adolescents. *Pediatrics* 1994; 93: 570-575.
25. National Committee to prevent Child Abuse. *Child Abuse and Neglect Statistics* April 1997.
26. Adams AJ, Knudson S. Genital findings in adolescent girls referred for suspected sexual abuse. *Arch Pediatr Adolesc* 1996; 150: 850-857.
27. DuRant RH, Cadenhead C, Pendergrast RA, et al. Factors associated with the use of violence among black adolescents. *Am J Public Health* 1994; 84: 612-617.
28. Everson, Boat. False allegations of sexual abuse by children and adolescents. *J Am Child and Adolescent Psychiatry* 1989; 28: 230-235.
29. Eron DL. Interventions to mitigate the psychological effects of media violence or aggressive behaviour. *J Social Issues* 1986; 42: 155-169.
30. Rich M, Woods ER, Goodman E, Emans SJ, DuRant RH. Aggressors or victims: Gender and race in music video violence. *Pediatrics* 1998; 101: 669-674.

Correspondencia:

Dr. Arturo Loredo Abdalá
Instituto Nacional de Pediatría.
Insurgentes Sur 3700-C
Insurgentes Cuicuilco
CP 04530, México, D.F.
Tel. dir. 666-00-34
Tel conm. 606-00-02 Ext. 411
Tel Fax. 606-73-79
E-mail: loredo@servidor.unam.mx

Tratamiento con una sola dosis de vitamina A en la shigelosis aguda en niños de Bangladesh.

Los niños participantes en este estudio recibieron una dosis única oral de 200,000 U de vitamina A más 25 U de vitamina E o una preparación control de 25 U de vitamina E.

Conclusiones: la vitamina A reduce la gravedad de la shigelosis aguda en los niños que habitan en áreas donde la deficiencia de esta vitamina constituye un problema sanitario importante. (S. Hossain y cols., *Br Med J* 1998; 316(7129): 422426.) Reproducido de: *MTA-Pediatría* Vol. XIX, No. 3, 1998.