



31
300 EN 2100Y
1994
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES
IZTACALA

"ANÁLISIS DE LA LABOR DE LOS
PROFESIONISTAS DE LAS DIVERSAS
INSTITUCIONES QUE ATIENDEN A LAS
VÍCTIMAS DE ABUSO SEXUAL AL MENOR"

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A N

*ESCAMILLA QUIJADA GABRIELA
LUGO HERNANDEZ ARMANDO*

MEXICO, D. F.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

1994



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES
IZTACALA

TESIS TITULADA:

"ANALISIS DE LA LABOR DE LOS PROFESIONISTAS
DE LAS DIVERSAS INSTITUCIONES QUE ATIENDEN
A LAS VICTIMAS DE ABUSO SEXUAL AL MENOR"

REALIZADA POR:

ESCAMILLA QUIJADA GABRIELA	8407649-6
LUGO HERNANDEZ ARMANDO	8404018-9

COMISION DICTAMINADORA:

MTRA. PATRICIA VALLADARES DE LA CRUZ
LIC. CARLOS NAVA QUIROZ
LIC. NORMA CONTRERAS GARCIA.

A NUESTROS ASESORES:

MTRA. PATRICIA VALLADARES DE LA CRUZ

LIC. CARLOS NAVA QUIROZ

LIC. NORMA CONTRERAS GARCIA

GRACIAS POR SU APOYO Y
TIEMPO PARA CON NOSOTROS.

GABY Y ARMANDO.

UN AGRADECIMIENTO ESPECIAL A:

NORMA CONTRERAS GARCIA

POR SU TIEMPO Y DEDICACION, PUES
ELLA APRENDIMOS A SUPERARNOS Y -
MEJORAR LA CALIDAD DEL PRESENTE
TRABAJO.

GRACIAS.

GABY Y ARMANDO

A MI PAPA:

FAUSTINO ESCAMILLA BARRERA.

POR SU APOYO.

A MI MAMA:

LUISA QUIJADA RAMIREZ.

POR SU CARINO Y FORTALEZA
COMO MADRE Y MUJER.

A MIS HERMANOS:

SIMON, ALBERTO, JORGE, MIREYA,
PAULA, WILLIAMS Y JULIO.

PORQUE SON MI ESTIMULO PARA
CONTINUAR.

GABY.

A MIS SOBRINOS:

ANA LUISA, ALMA IVON, JORGE
ALBERTO Y KAREN ITZEL.

PORQUE SON LOS MENORES QUE
ME IMPULSARON A REALIZAR
ESTE TRABAJO.

UN AGRADECIMIENTO ESPECIAL A:

ARMANDO LUGO HERNANDEZ.

SIN EL ESTE TRABAJO NO SE HU-
BIERA CONCLUIDO.

A MIS AMIGAS:

EVANGELINA, LETICIA, VIANEY,
MARTHA, NORMA Y ALBA.

POR SUS IMPULSOS.

GABY.

A TODOS LOS NIÑOS Y NIÑAS:

QUE HAN SUFRIDO UN ABUSO SEXUAL
PARA QUE LUCHEN Y SUPEREN LO
QUE HAN VIVIDO.

A PATY VALLADARES:

POR SER UN EJEMPLO COMO
MUJER Y COMO SER HUMANO.

Y A TODOS AQUELLOS QUE HAN
CREIDO EN MI, Y A LOS QUE
NO HAN CREIDO:

PORQUE SON Y SIEMPRE SERAN
UN RETO A VENCER.

GABY.

A MIS PADRES:

RAYMUNDO LUGO OLIVAREZ
SOFIA HERNANDEZ DE LUGO

A MIS ABUELOS:

DIONISIO LUGO
FELISA OLIVAREZ
TOMASA MARTINEZ

A MIS HERMANOS:

RAYMUNDO
IMELDA
GUADALUPE
JUAN CARLOS
VIRGINIA
BLANCA
FERNANDO
EVA
GUSTAVO

A TODA MI FAMILIA LUGO.

POR SU APOYO, CONFIANZA Y POR
CREER EN MI.

ARMANDO.

A LA FAMILIA FLORES ZAVALA.

A MI GRAN AMIGA GABRIELA ESCAMILLA.

A MIS AMIGOS ISREAL, BETO, SERGIO, EDGAR, JOSE, MARI, LAURA, MARU, CONCHA Y
DEMÁS AMIGOS Y COMPAÑEROS.

A TODOS ELLOS, PORQUE EN LOS MOMENTOS DIFÍCILES
ME AYUDAN A CONVERTIRLOS EN FÁCILES.

A MI:

PORQUE TODOS LOS ESFUERZOS NO SON EN VANO Y POR HABER CONCLUIDO UN
LOGRO MÁS EN MI VIDA.

ARMANDO.

INDICE GENERAL

INTRODUCCION	1
CAPITULO 1 EL ABUSO SEXUAL AL MENOR	4
1.1 Definición	5
1.2 Características del Abuso Sexual al Menor	6
1.2.1 Tipos de Actividad en el Abuso Sexual	7
1,2,2 Etapas del Abuso Sexual	7
1.3 Abuso Sexual Fuera de la Familia	10
1.4 Abuso Sexual Dentro de la Familia	11
1.4.1 Relaciones Incestuosas más Frecuentes	12
1.5 Causas del Abuso Sexual al Menor	16
1.5.1 Antecedentes Históricos	16
1,5.2 Causas Psicológicas del ofensor y la víctima	18
1.5.3 Causas Socioculturales	23
1.5.3.1 La Clase Social	23
1.5.3.2 La Supremacía Masculina	23
1.5.4 Causas en el Contexto Familiar	24
1.5.4.1 Aislamiento Social	24
1.5.4.2 El Ambiente de Abandono	25
1.5.4.3 Papeles de Confusión	25
1.6 Mitos	26

CAPITULO 2 CONSECUENCIAS DEL ABUSO SEXUAL AL MENOR	31
2.1 A Corto Plazo	32
2.1.1 Nivel Físico	32
2.1.2 Alteraciones Emocionales	33
2.1.3 Nivel Social	34
2.2 A Largo Plazo	36
2.2.1 Nivel Físico	36
2.2.2 Alteraciones Emocionales	40
2.2.3 Nivel Social	41
CAPITULO 3 TRATAMIENTOS	42
3.1 Terapia Individual	43
3.1.1 Intervención en Crisis	44
3.1.2 Terapia de Juego	44
3.1.3 Terapia Cognitivo-Conductual	45
3.2 Terapia de Grupo	46
3.3 Terapia Familiar	48
CAPITULO 4 ASPECTOS MEDICO-LEGALES	50
4.1 La Pericia Médico-legal	51
4.2 Aspecto Legal	52
CAPITULO 5 METODOLOGIA	61
Objetivos	
Sujetos	
Material	
Escenario	

Diseño

Procedimiento

CAPITULO 6 RESULTADOS	66
CUADROS	67
DESCRIPCION DE RESULTADOS	81
CAPITULO 7 DISCUSION Y CONCLUSIONES	95
DISCUSION Y CONCLUSIONES	96
BIBLIOGRAFIA	105
ANEXOS	112

I N T R O D U C C I O N

La incidencia de la violencia sexual, en los últimos -- años se ha elevado, siendo las mujeres y los niños las víctimas más frecuentes. Las agresiones más comunes son la violación y el Abuso Sexual al Menor; éstas pueden suceder dentro y fuera de la familia.

El Abuso Sexual al Menor, se considera como el uso de -- la fuerza física, moral y del engaño, para satisfacer sexualmente a una persona de mayor edad, en comparación con la víctima. -- Este abuso involucra no sólo al menor, sino también a la familia por las consecuencias negativas que pueden perdurar toda la vida del menor.

En la mayoría de los casos, el abuso sexual se ha mante -- nido en secreto, establecido a través de la relación de poder entre el ofensor y el menor y , regularmente, el victimario es un conocido del niño y su familia. La sociedad repudia éste acto, -- pues se daña física y psicológicamente, al menor y/o jóvenes pre adolescentes; provocando un fuerte impacto emocional, lesiones -- graves, alteraciones psicosexuales y a nivel conductual y en -- sus relaciones interpersonales, entre otras. Para tratar de dis -- minuir y evitar lo anterior, se requiere de la oportuna interven -- ción de diferentes profesionistas, como el Psicólogo, Médico, -- Trabajo Social y Abogado; quienes mediante su labor lograrán que el menor y su familia, supere y enfrente la crisis emocional y -- tenga una mayor disposición para el futuro.

Estos profesionales se encuentran en diversas instituciones, que han enfocado su atención al menor; tanto dentro de la Procuraduría General de Justicia, del Desarrollo Integral de la Familia (D.I.F.) y, Hospital Pediátrico Moctezuma; dirigiendo su labor a subsanar las alteraciones provocadas por ésta problemática.

Por lo cual el presente trabajo, tiene como objetivo -- analizar la labor de las instituciones y profesionistas que se involucran en la atención a víctimas de Abuso Sexual, resaltando la labor de los profesionistas, con respecto a la institución y, sobre todo, la de Psicología; además de las características del centro. Por otro lado, hacemos una revisión teórica sobre el Abuso Sexual al Menor.

El primer capítulo, aborda de manera general y específica, el tema del Abuso Sexual al Menor; desde su definición, tipos, características y actividades del mismo, el abuso sexual -- dentro y fuera de la familia, sobre el ofensor y la víctima, así como los antecedentes históricos, sociales, psicológicos y culturales y, por último, analizamos los mitos más conocidos.

El capítulo dos se enfoca a las consecuencias físicas -- (genital interno y externo), emocionales, psicosexuales y sociales, tanto a corto y largo plazo.

El capítulo tres, contempla los distintos tratamientos que se utilizan para el Abuso Sexual, como la terapia individual familiar y grupal.

Los aspectos médico-legales, se analizan en el capítulo cuatro, lo que es la pericia médico-legal y el aspecto le

gal, contemplado en el Código Penal del Distrito Federal y del Estado de México.

En el capítulo cinco, se aborda la metodología del -- presente trabajo.

Los resultados de las entrevistas y la descripción de los mismos, se presentan en el capítulo seis.

El capítulo siete la discusión y conclusiones formula das en el presente trabajo.

CAPITULO 1

EL ABUSO SEXUAL AL MENOR

EL ABUSO SEXUAL AL MENOR

1.1 Definición.

El Abuso Sexual al Menor, se caracteriza por ser una agresión sexual por parte de una persona de mayor edad que la víctima y, que en la mayoría de los casos, son conocidos por el menor; además de gozar de respeto ante él. Este tipo de abuso sexual produce consecuencias, que a corto y largo plazo, podrían ser negativas en su desarrollo como individuo. Así mismo, en el Abuso Sexual, se han desarrollado diferentes definiciones:

a) Schultz (1980), define el abuso sexual como un crimen por parte de los padres, por su falta de criterio e incapacidad para la adecuada educación e interacción sexual en el hogar.

b) Adams y Fay (1981), lo definen como un ataque violento, pues incluye soborno y amenazas; además del daño potencial que causa en el niño.

c) CAMVAC (1985), lo denomina como la explotación de un niño, por parte de un adulto; es el intento de un adulto por satisfacer sus necesidades emocionales y físicas con un menor, siendo el sexo, el medio por el cual se obtiene.

d) Kempe y Kempe (1985), lo consideran como el involucramiento de niños y adolescentes dependientes inmaduros, en cuanto a su desarrollo psicosexual, en actividades sexuales que no comprenden plenamente y para las cuales son incapaces de dar su consentimiento, en forma consciente y que violan los tabúes sociales de los roles familiares.

e) Para Macall (1986, citado en Valladares, 1993), -- hay abuso sexual cuando un adulto o un adolescente mayor tiene contacto físico con un menor para estimularse y gratificarse -- sexualmente.

f) Fontana (1989), describe el abuso sexual como una violación consensual y forzada, que a veces se termina en asesinato; también lo describe como una mala conducta sexual, que incluye acariciar partes íntimas, sodomía forzada y consensual, -lujuria pública o exposiciones indecorosas que lastiman el bienestar de los niños en términos de la moral, salud y seguridad.

1.2 Características del Abuso Sexual al Menor.

Mencionaremos algunas características del abuso sexual:

- Es un acto sexual impuesto a un niño (Brenner, 1987).
- No es un hecho aislado y momentáneo en la vida del menor; casi siempre se desarrolla paulatinamente, se prolonga desde meses - hasta varios años y envuelve una serie de comportamientos que - van desde el exhibicionismo hasta la penetración anal, vaginal y oral (González, 1991).
- Los ofensores son, en su mayoría, hombres conocidos por el niño y la diferencia de edad es entre 5 y 6 años o más (Schultz, 1980; Brenner, 1987 y Finkelhor, 1987).
- Las víctimas son niños y niñas, pero en la mayoría de los casos, hay 10 mujeres por un varón (Brownmiller, 1975).
- La edad promedio de las víctimas es de 10 a 11 años, pero los menores y mayores de ésta edad, no escapan al abuso; la edad -- puede variar (de 1 a 18 años) y, el rango de mayor riesgo es de

10 a 13 años (Avila, Jiménez y León, 1991 y COVAC, 1992).

-No implica necesariamente maltrato físico y se reporta una minoría de los ataques (Valladares, 1993).

1.2.1 Tipos de Actividad en el Abuso Sexual.

El Abuso Sexual comprende las siguientes actividades:

a) Sin contacto físico:

Exhibición de los órganos genitales, desnudarse de modo seductor delante del menor, emplear la desnudez para estimular o impresionarlo; observar directamente o secretamente al menor mientras se baña o desnuda (Brenner, 1987).

Masturbarse ante el menor y realizar el coito con otra persona a la vista del niño (González, 1991).

b) Con contacto físico:

Besar, acariciarle los senos, el vientre, órganos genitales, nalgas y pedirle que acaricie al adulto de manera similar; masturbarse ambos y frotar los órganos genitales del adulto con el cuerpo del niño (González, 1991).

c) Intrusión:

Iniciar contactos oral-genital entre el ofensor y el menor o pedirle a éste satisfacción por estimulación oral de los genitales; penetrar el ano y/o vagina del niño empleando los dedos, pene u otros objetos (Brenner, 1987).

1.2.2 Etapas del Abuso Sexual.

FEM (1989) describe 5 etapas del abuso sexual:

1) Fase de Seducción:

El ofensor utiliza el soborno para convencer al niño

a participar en la relación, ofreciendo recompensas a cambio y puede utilizar la amenaza cuando el menor se niega.

2) Fase de Interacción Sexual:

Incluye los puntos de la actividad del abuso sexual, antes mencionados; (se basa en la relación sin contacto, con contacto e intrusión), dándose generalmente, en forma progresiva.

3) Fase del Secreto:

El ofensor requiere que la situación continúe para --satisfacer sus necesidades y demostrar al menor que es un conoedor, que puede ejercer dominio y poder; lo consigue através de amenazas o dándole un sentido atractivo al secreto.

4) Fase del Descubrimiento:

Puede ocurrir de manera accidental, cuando nadie lo -espera, se sorprende a ambos en la actividad o se descubre al -ofensor; originándose una crisis familiar; además, si el menor está dispuesto a comentario, sufre menos porque se prepara para enfrentar el conflicto familiar.

5) Fase de Negación:

La reacción de la familia consiste en negar lo que sucede, obligando al menor a mentir los cargos.

A partir de lo anterior, en este trabajo, vamos a definir el abuso sexual como:

La utilización de un menor como objeto de satisfacción sexual por un adulto, ya que éste satisface sus necesidades -emocionales y físicas con él, por medio de actividades sexuales

que el niño no entiende ni comprende; además de que lo dañan física y psicológicamente. El Abuso Sexual al Menor, involucra -- actividades que van desde el exhibicionismo, acariciar el cuerpo del menor y en especial, las partes íntimas, sexo oral, frotamiento y masturbación y, en algunas ocasiones, el coito anal y/o vaginal. Para conseguir lo anterior, utiliza el chantaje, soborno y la amenaza.

Las víctimas son casi siempre, niñas de 2 a 14 años de edad y los varones representan una minoría (10 a 1); los -- ofensores son hombres 5 o 6 años más grandes que la víctima y -- son conocidos por toda la familia, gozan de respeto, autoridad y poder ante él. Las relaciones se prolongan desde días hasta -- varios años o cuando se presenta un posible embarazo en la ni-- ña; ya que el ofensor le pide o la amenaza si lo comenta con -- alguien, por eso, se le conoce como el delito secreto y es cono -- cido cuando se sorprende a ambos y, en pocas ocasiones, cuando el menor lo comenta.

Por otro lado, el Abuso Sexual, es un acto impuesto a un menor, pero no sólo se da ésto, sino que también hay otros -- actos impuestos, como;

Estupro: Acceso carnal de un adulto con una menor de 18 años y mayor de 14, llevado a cabo por engaño, seducción o abuso de -- confianza (Código Penal para el Distrito Federal, 1992).

Paidofilia o Pedofilia: Es la preferencia de un adulto por las relaciones sexuales con niños, puede ser forzado o consensual -- con coito heterosexual u homosexual, vaginal o anal (Master, -- Johnson y Kolodny, 1983).

Pornografía Infantil: Es la utilización de menores y/o pre-adolescentes en la producción de fotografías, películas y videos -- pornográficos. En algunos casos, los menores no tienen idea del porqué posan; en otros casos las poses del modelo desnudo se convierten en posturas planteadas de tal forma que sugieren la actividad sexual (Master, et. al; op.cit.).

Violación: La violación es cuando se dispone sexualmente de otra persona sin su consentimiento, haciendo uso de la fuerza física o moral (Bedolla, 1986); también es considerada como la penetración vaginal y/o anal con otra persona, en contra de su voluntad haciendo uso del pene u otro objeto, mediante la violencia física o moral (Avila, Jiménez y León, 1991).

El Abuso Sexual al Menor, se puede confundir con estos u otros términos, pero no podemos desechar ni separarlos, por -- que están interrelacionados. Esto es, son actos impuestos a un -- menor, se obtiene una satisfacción por parte del adulto, se puede utilizar la fuerza física, el engaño, soborno y la amenaza; -- además de que se toma a el menor como objeto de satisfacción sexual. A continuación analizaremos el abuso sexual al menor que -- ocurre dentro y fuera de la familia.

1.3 Abuso Sexual Fuera de la Familia.

Este tipo de abuso sexual, es el cometido por personas extrañas o conocidas por la víctima y su familia, pero no tienen ninguna relación consanguínea.

Para Schultz (1980), lo principal de este tipo de abuso, es la diferencia de edades; la discrepancia de edad es gran-

de, más de seis años, entre el ofensor y la víctima; además de -- considerar el delito como una violación o un intento de viola--- ción.

Actualmente, el abuso sexual al menor es catalogado co mo una de las violaciones más graves a los derechos humanos, dentro de nuestra sociedad; además ha pasado a ser un problema soci al y de interés público, puesto que se ha incrementado de forma alarmante y cada día se denuncian más casos. Basta observar los medios de comunicación, en los cuales se presentan, con frecuencia, casos de abuso sexual (Navarro, 1990), llegando abusar de - niños con incapacidad física y/o mental.

El abuso sexual fuera de la familia, puede ser de los siguientes tipos: estupro, pornografía infantil, actos libidinosos, pedofilia y violación.

1.4 Abuso Sexual Dentro de la Familia.

Este tipo de abuso sexual es conocido por incesto. Ocu rre dentro de la familia consanguínea; Gomezjara (1989) menciona que el incesto son las relaciones sexuales entre parientes con sanguíneos ; además de otros parientes (ascendientes y descendientes).

Según Schultz (1980) y Fontana (1989) el abuso sexual dentro de la misma familia, es el que más ocurre, siendo el pa-- dre el principal ofensor y las hijas las víctimas; pero, también es el que menos se denuncia. Así mismo, se ha encontrado que el ofensor puede ser otro pariente cercano y tiene fácil acceso y confianza familiar (Fontana, 1989 y Navarro, 1990). Este tipo

de abuso tiene la particularidad de que un menor, puede ser víctima de varios de sus familiares.

El Abuso Sexual Dentro de la Familia, se da, generalmente, en familias cerradas, ya que se debe a una disfunción en su estructura, ocurrida por el cambio de roles y al no permitir el acceso de información del medio ambiente social responden desorganizadamente (Rivera, 1992). El sistema cerrado, hace referencia a las familias aisladas geográfica y socialmente; además de presentar conflictos maritales, enfermedades mentales, alcoholismo, padres autoritarios y opresores, promiscuidad y padrazos. En lo que respecta a este último, es difícil ubicarlo dentro del abuso en la familia, pues no tiene ninguna relación conanguínea, pero sí se le da una relación de adopción (Navarro, 1990 y Rivera, 1992).

Fontana (1989), menciona que el abuso sexual dentro de la familia, involucra a más de un niño y que la mayoría de las relaciones se prolongan varios años. A continuación mencionaremos las relaciones más frecuentes.

1.4.1 Relaciones Incestuosas más Frecuentes.

1) Padre-Hija.

Es la que se presenta con mayor frecuencia (Schultz, 1980 y Fontana, 1989). A menudo, el padre es pasivo, introvertido, tiene problemas con su pareja. Para Navarro (1990), las posibles causas de que se de este tipo de relación, es que dentro de la familia el padre es considerado como el que tiene poder para hacer todo lo que desee; se siente dueño de su mujer e hijos y,

puede realizar lo que le plazca e incluso abusar física y sexualmente de ellos. La hija pasa a ser la favorita, reemplazando a la madre como la autoridad femenina; en algunas ocasiones la madre exige a la hija sustituirla en su rol o no puede frenar los "apetitos sexuales" de su esposo (Master, Johnson y Kolodny, --- 1988); la madre sabe lo que está ocurriendo, pero permite el comportamiento desviado de su marido por temor a él o que se desintegre la familia; además Finkelhor (1987), menciona que la madre incita a la hija a asumir el rol de pequeña madre, que comienza con el aspecto doméstico y se extiende al sexual; pero la hija acepta no por la madre sino para evitar que se abuse de una hermana más chica y esto la madre no lo sabe.

2) Madre-Hijo.

Este tipo de relación es poco frecuente y en donde, por lo menos, uno de ellos sufre algún tipo de psicosis. Master, -- Johnson y Kolodny (1988), argumentan que cuando el hijo es quien la inicia, es esquizofrénico o ha experimentado un trastorno mental grave y, en los casos en que la madre lleva la iniciativa, se trata, casi siempre, de una persona mentalmente desequilibrada. También en este tipo de relación la madre se presta para tener relaciones sexuales con su hijo, cuando éste comienza a mostrar comportamientos sexuales; además de que sufre de retardo -- mental; los contactos sexuales se reducen al tocamiento y/o exhibición de los genitales (Finkelhor, 1987), pero si este es joven (mayor de 13 años), el coito es la actividad más frecuente ---- (CAMVAC, 1985 y Master, Johnson y Kolodny, 1988).

Para Brenner (1987) y Navarro (1990), la relación madre hijo, se produce cuando falta la figura del padre u otro varón y por lo tanto, esta relación es muy intensa, ya que duermen juntos y aísla al hijo de los demás compañeros de su misma edad, lo grandando mayor proximidad y compañía.

3) Padre-Hijo.

Beezley (1981, citado en Navarro, 1990), dice que éste tipo de relación es el resultado de una combinación de trastornos individuales y familiares. Es más fijada en la pedofilia homosexual; el padre abusa de los hijos, estando, constantemente, bajo la influencia del alcohol y ha tenido contactos homosexuales. La madre, a menudo, reporta problemas maritales y llega ser más autoritaria que el esposo. Wolpe (1985), reporta un caso, en el cual al padre le gustaba tener sexuales del tipo anal con sus hijos y evitaba la relación con su esposa, ya que eyaculaba de manera precoz y, por lo cual, encontraba la satisfacción con sus hijos.

4) Madre-Hija.

El conocimiento acerca de esta relación es muy escaso, ya que se desconocen los posibles factores que contribuyen a que se presente. Finkelhor (1987), menciona que no es frecuente y -- que al igual de la relación madre-hijo, se limita al tocamiento y/o exhibición de los genitales.

5) Hermano-Hermana.

Es el más común, pero rara vez recibe atención pública,

porque no representa un tabú tan grande, como el del padre-hija; además de que se considera como un despertar de la sexualidad, -- que un acto violento; por eso, se confunde, en muchas ocasiones, con juegos sexuales en la infancia. Involucra, con mayor frecuencia, a menores y no crea una situación tan grave, pues a veces se soluciona con castigos o expulsando al menor de la casa. Por lo regular, el hermano es mayor e insiste en tener algún tipo de actividad sexual con la hermana. En algunos casos se utiliza la violencia, amenazas, engaños o el juego para que ella acceda a la actividad; en otras ocasiones, ella lo idolatra o le teme --- (Navarro, 1990).

6) Hermano-Hermano.

La relación sexual entre un hermano mayor y otro más pequeño, puede comenzar como un experimento, para el mayor y, convertirse en una forma envenenada de satisfacción, cuando el agresor comprende que el otro no pide nada a cambio y es fácilmente, un compañero sexual. El tipo de relación más común es el felatio y la relación anal (Brenner, 1987).

7) Incesto Múltiple.

Es cuando el menor es víctima, al mismo tiempo o en forma sucesiva, del padre, hermano, tíos, primos y abuelos.

Otro tipo de abuso sexual dentro de la familia es el cometido por el padrastro, pero la prohibición para él es más social que biológico; razón por la cual, el mecanismo que refuerza dicha prohibición es más débil y por lo tanto, se viola fácilmente; además de que se considera legalmente, como una violación --

por equiparación (si es menor de 14 años) o intento de violación. Según Navarro (1990), este tipo de relación se da cuando la hijastra es mayor de 13 años y el coito es lo primordial.

1.5 Causas del Abuso Sexual al Menor.

1.5.1 Antecedentes Históricos.

Los antecedentes históricos del abuso sexual al menor, los encontramos en las relaciones incestuosas, que posteriormente se van dando fuera de ella. Gomezjara (1989) menciona que al inicio de la evolución de la familia, la familia consanguínea -- permitía la reproducción entre los mismos hermanos y de padre-hija; el intercambio sexual (relaciones sexuales) era interno, pues no conocían otras familias; además de que el más fuerte o jefe (padre) podía poseer a todas las mujeres que deseara y los varones eran expulsados del clan y buscaban pareja en otras tribus (esto es, para encontrar compañera, tenía que ir a otra tribu y lo lograba raptándola y tomándola a la fuerza, no importando si fuese adulta o menor, pero iniciaban una nueva familia); -- así, se daba inicio a la familia punalúa, que se caracterizaba -- por dar fin a las relaciones sexuales entre los miembros de la -- familia y propiciar la base de la sociedad actual. Esta prohibición, fue en el sentido de extender y ampliar los vínculos de parentesco más allá de la familia. Esta conceptualización, actualmente es total, rigurosa y universal y es para todos los miembros (ascendientes y descendientes) (Schultz, 1980; Gomezjara, -- 1989).

Para Freud (citado en Vazquez, 1986) la prohibición de las relaciones sexuales entre los miembros de la familia (prohibición del incesto) y la figura del totem (símbolo de la muerte del padre, por parte de los hijos), dan inicio a la civilización y no hay sociedad actual que permita este tipo de relaciones, ya que es volver a ser una tribu salvaje y revivir el acto que costó la vida del padre (poseer cuando deseara a la esposa y a las hijas). Para Freud, la sociedad actual no debe infringir el tabú del incesto, pues es un instinto de muerte hacia el totem, es decir, si se comete el incesto, se está dando muerte al recuerdo del padre y sería volver a establecer nuevamente las relaciones. y, por esto, intromisión del totem, es para dar fin y censurar las relaciones sexuales entre los miembros de la familia (pero solo se suprime un instinto que está latente en el individuo y puede surgir).

Las relaciones sexuales entre los miembros de la familia, tenían la finalidad de la reproducción y sobre todo, de una muestra de superioridad y de saber quién tenía el mando y poder de la tribu; ya que al tener el mando sobre los demás y si alguno deseara tomar una mujer, era el padre el que la defendía, pues lo consideraba como si se tomara algo de su propiedad. "En la dominación masculina o la sumisión femenina, el hombre primitivo tuvo que conquistar y subyugar a la mujer, antes de aparearse con ella y, la evolución tendió a favorecer a los hombres, que combinaron agresividad con el sexo" (Johnson, 1976).

Por otro lado, podríamos decir que siempre se ha victimado a los niños, sólo que no son tomados en cuenta, como en el

caso de las mujeres; se ha mantenido en secreto; por ejemplo: en cualquier guerra, cuando algún bando gana una batalla, los soldados toman lo que deseen y es desde objetos (prendas, zapatos, anillos, dinero, oro) hasta poseer sexualmente a niños, mujeres, adolescentes y ancianos. Esto implica una relación de poder (fuerte-débil). Además, recientemente, en los medios de comunicación, vemos que en la guerra, la violencia sexual ha sido una estrategia más para someter a un pueblo. Pero, no sólo en las guerras se da el abuso sexual al menor, sino también por personas que nada tienen que ver con la cuestión militar; nos referimos aquellas personas que abusan de los menores y no tienen ninguna relación consanguínea, es decir, el señor de la tienda, el amigo de la familia, el cuñado y pocas veces, un desconocido; pero el delito es más relacionado con la pedofilia.

1.5.2 Causas Psicológicas del Ofensor y la Víctima.

A) Sobre el Ofensor.

Para el CAMVAC (1985) los ofensores sólo tratan de satisfacer sus necesidades sexuales; en ocasiones el adulto no utiliza la fuerza física, sino que se vale del engaño y la intimidación; ya que la mayoría, son personas conocidas, de confianza e incluso gozan de respeto dentro de la familia; además de que presentan interrelaciones inadecuadas con mujeres adultas y poseen una pobre imagen de sí mismos. Finkelhor (1987) encontró que la mayoría de los ofensores sufrieron de un abuso sexual cuando eran niños. En tanto, Maher (1988) afirma que los ofensores pueden ser tanto hom-

bres como mujeres, de cualquier clase social, raza, religión, profesión; pero, en la mayoría de los casos, sufrieron abuso sexual y carecieron de afecto y contacto físico.

Otro punto importante, es que el hombre, en nuestra sociedad, elige mujeres más jóvenes, de inferior tamaño y de menor edad; en la mujer es lo contrario, busca hombres mayores que ella (Finkelhor, 1987). Esto es, el hombre busca sentirse seguro ante la mujer y ésta busca la protección; en el caso del abuso sexual, si el adulto es una persona que no puede establecer una relación segura con una mujer adulta, buscará personas mucho más jóvenes (niños y preadolescentes) para ocultar sus dificultades de relación con personas adultas.

Por otro lado, para Alvarez (1991) el defecto más prominente del ofensor es la ausencia de una cercana e íntima relación con otros hombres y mujeres adultas; ya que presenta poca capacidad para mostrar calidez, confianza, compasión o empatía y sus relaciones no tienen mutualidad, reciprocidad; presenta problemas para relacionarse con mujeres adultas, así como hostilidad por sentirse amenazado e incómodo en el mundo de los adultos; así mismo, tiene miedo a la sexualidad adulta, pues considera más importante la relación sexual con niños, sintiéndose amado. Con los niños, se siente fuerte y dominante; considera al menor como el sustituto de un adulto; esto es, debido a que no ha logrado movilizar sus aptitudes para iniciar y establecer una relación con adultos, se siente atraído por los niños y porque advierte que es dueño de la situación y no le es amenazante.

González (1991) considera que los ofensores, son perso-

nas normales que tienen la confianza del menor o fácil acceso a ella y portadores de una visión distorsionada de la comunicación entre los seres humanos. Por otro lado, según Brenner (1987) podemos diferenciar a tres tipos de ofensores:

1) El que Ansía Ternura.

Es suave con la víctima y lentamente crea una situación amigable. La lealtad y el consentimiento de los menores se mantiene gracias al evidente afecto de él; los niños reciben regalos, ropa, juguetes y se destaca de los demás, por la atención especial de que es objeto, pero tiene la advertencia de que si menciona algo se acabaría todo. La mayoría de ellos, son casados pero se sienten mejor con los niños y suelen abusar de otro cuando se termina la relación, que dura varios años.

2) El que Ejerce Poder.

Los que ejercen poder en los niños, perciben el estímulo sexual mediante la fuerza para vencer la resistencia del menor. Son agresivos y obtienen la sumisión con amenazas, humillaciones y provocando el miedo; con los menores experimentan un mayor dominio y se sienten más poderosos cuando se relacionan con ellos.

3) Los que Liberan su Furor Sádico.

Con sus ataques sexuales liberan su furor sádico y obtienen satisfacción infligiendo dolor. Son una minoría y preparan cuidadosamente sus ataques sexuales, acechando a la víctima y emplean armas y violencia para forzar la sumisión y así, asegurar la repetición de los acercamientos con el menor.

El ofensor del abuso sexual, en general, es una persona "normal", pero tiene problemas para relacionarse con las demás - personas adultas que lo rodean y encuentra en los niños el susti- tuto para establecer sus relaciones, tanto sociales como sexua- les; ya que se siente más seguro de sí mismo, fuerte y dominan- te, maneja la situación ante los niños, de tal manera que obtie- ne lo que desea y sus acciones no son nocivas (según él), pues - sólo le interesa la satisfacción de sus necesidades.

B) Sobre la Víctima.

En el abuso sexual se da un abuso de autoridad y de po- der, agredándose a seres indefensos (niños y niñas), los cuales no pueden protegerse cuando son atacados (Adams y Fay, 1981), no comprende el problema (Maher, 1988); además de no comprender el significado de las caricias y de la actividad sexual (Kempe y Kem- pe, 1985 y Maher, 1988).

A menudo, los menores tienen poco control sobre quién, - cómo o cuándo se les toca. Los esfuerzos para protegerse a sí -- mismo, frecuentemente, son ignorados por el ofensor (González, - 1991). A los niños se les enseña que no deben discutir ni resis- tir, es por eso, que el abusador se aprovecha de la dependencia del niño hacia el adulto. Brownmiller (1975) menciona que para un menor todos los adultos, en especial los varones, son figuras de autoridad. Para un menor, una persona mayor siempre tiene la razón, lo sabe todo y es quién pone las reglas; además de que -- los menores se rigen más sobre su comportamiento por el sentido afectivo (si alguien le da algo es porque lo quiere).

En frecuentes ocasiones, los menores permiten la actividad sexual porque consideran que es una muestra de afecto y en otras, porque se ven amenazados hacia ellos y su familia. Para ellos, cuando un adulto les toca su cuerpo, les hace gestos y/o les dice palabras con contenido sexual; no comprenden el significado de ésto, pudiera ser un juego, una muestra de cariño o una caricia afectiva; pero el adulto no lo ve así, él busca encontrar una respuesta de aceptación. También es por eso, que en COVAV (1992) se dice que los niños más propensos a una agresión sexual, son aquellos que carecen de afecto, introvertidos y se aíslan de los demás; por lo cual, los ofensores están al acecho de ellos o los buscan.

Las niñas son las víctimas más frecuentes, pero todos los menores están en un alto riesgo de ser víctimas de un ataque sexual; a ellos se les enseña a obedecer y respetar a los mayores y es en la misma escuela y familia, donde se les exige el respeto al padre, maestro y demás personas adultas que lo rodean y es lo primordial. El conocimiento que tienen los niños del ambiente exterior, es reducido; es decir, van comprendiendo y entendiendo el mundo y sencillamente, desconocen todo lo relacionado con el aspecto sexual (palabras, gestos y caricias).

El abuso sexual al menor, puede presentarse en cualquier lugar y clase social, pero es más frecuente en las clases bajas o en familias con problemas de comunicación o de lazos afectivos entre sus miembros. A continuación analizaremos los factores más característicos que podrían aumentar la probabilidad de un ataque sexual dentro y fuera de la familia.

1.5.3 Causa Socioculturales.

1.5.3.1 La Clase Social.

Según Finkelhor (1987) el abuso sexual es más frecuente en las clases sociales bajas; ya que estas familias se aíslan de la sociedad y se cierran ante los demás, estableciendo su propio código social. Para Bandura y Ribes (1977) en las clases bajas, - la falta de modelos adecuados, tiende a aumentar las conductas - agresivas y delictivas; no hay una supervisión efectiva sobre el comportamiento de los individuos, ya que no permiten la entrada de cambios y de nuevos modelos. Los hijos son educados en base a modelos tradicionales; al varón se le enseña juegos y actividades propias del hombre y a la niña, actividades encaminadas para su futura formación dentro del hogar (hacer de comer, cuidar a los hermanos, lavar, planchar). Pero esto, no implica que la clase sea la única, en donde se de un abuso sexual, aunque si es más frecuente, debido a las condiciones que caracterizan a la misma. (Garrido, 1989). Sin embargo, para la postura médico-legal (criminalista), los factores que distinguen a la clase baja (alcoholismo, bajo nivel educativo e intelectual), facilitan que un individuo cometa un acto delictivo y agresivo (Contreras, 1990). Como recalcamos, éstas condiciones son consideradas como las que pueden facilitar un ataque o una agresión hacia otra persona y no necesariamente será del tipo sexual.

1.5.3.2 La Supremacía Masculina.

En el inicio de la civilización, en la supremacía masculina, el papel de la mujer se limita a ser propiedad exclusiva del hombre, junto con sus hijos y esto ha venido dándose de generación en generación (Leal, 1990). El hombre utiliza la amenaza y la fuerza física para mantener intimidada a la mujer; así, se puede observar, que la mujer tiene el rol de satisfacer al hombre, dando como resultado la explotación sexual de las mujeres y demás seres indefensos, por parte del hombre. Las carencias culturales contribuyen a serla más vulnerables sexualmente, a que la urgencia sexual masculina se considere como predominante y de ser satisfecha; esto, le permite al hombre racionalizar y escaparse hacia conductas antisociales (violación, abuso físico y sexual). En un sistema de desigualdad social, las mujeres y niños no cuentan con los medios para defenderse contra tal violencia, pues el hombre utiliza más la relación de poder para dominar y conseguir la sumisión. Para él, lo importante es obtener la satisfacción sexual y no le interesa si daña al menor, sólo muestra su poder y autoridad que se le otorga ante ellos.

1.5.4 Causas en el Contexto Familiar.

1.5.4.1 Aislamiento Social.

Para Finkelhor (1987) las familias donde ocurre un abuso sexual, con mayor frecuencia, se caracterizan por estar en lugares apartados, bajos recursos económicos, tener miembros nacidos de otras parejas (familias reconstruidas) y familias numerosas. El aislamiento social no sólo se refiere al aspecto distan-

cial físico y geográfico, sino al de la interacción social; al aislarse se llega a establecer un clima donde una desviación puede surgir libremente, al no estar sujetos a la supervisión social; además de no contar con los modelos disponibles y por tanto, el abuso se acepta como normal, es decir, la falta de supervisión directa facilita que se de una anormalidad.

1.5.4.2 El Ambiente de Abandono.

Aquí se señala que el abuso sexual, puede ocurrir por un clima emocional específico en las familias que tienen, en su historia familiar, una serie de abandonos y los miembros de la misma están cambiando constantemente; se tiene la idea de que la sexualidad es el medio para evitar que la familia se desintegre o se le abandone, así mismo, la víctima acepta y tolera la relación y esto es, más frecuente en las familias reconstruidas.

1.5.4.3 Papeles de Confusión.

Se considera que el abuso pueda ser producto de una disfunción en las relaciones de los miembros de la familia (Finkelhor, 1987). El principal papel está con los padres que experimentan dificultades maritales, los que abusan del alcohol y drogas, se ausentan con frecuencia del hogar, así como los que son tímidos e inseguros (Maher, 1988). También se les ha estimulado la sexualidad prematuramente, ya sea por medio de otras personas, revistas, películas pornográficas (educación deficiente).

La confusión tiene su origen en que la madre no puede controlar o se niega a las relaciones sexuales con su esposo, --

cuando este puede llegar borracho, drogado; y es la hija quien - asume el rol de pequeña ama de casa, a tal grado que de lo doméstico pasa a lo sexual y la madre lo sabe pero deja que el marido continúe con sus acciones. (Finkelhor, 1967). Estos conflictos provocan en el menor, una confusión que traba su habilidad - para manejar un abuso sexual y le crea una inseguridad sobre dónde buscar protección.

1.6 Mitos.

Dentro de la violencia sexual, hay creencias acerca de sus orígenes y, que tratan de ocultar la gravedad de la problemática; además de que es muy difícil que la sociedad acepte algo, tan fuera de lo normal. El abuso sexual al menor, tiene ciertos mitos que influyen en los demás, pues les resulta amenazante -- aceptar la realidad. El mito es una teoría aceptada por los demás, pero cuya falsedad puede ser demostrable o ser una teoría - sin realidad concreta (Warren, 1982). Por otro lado, el tabú se considera como la prohibición de hablar algún tema en particular hacer o pensar, relacionarse con cierto tipo de personas, objetos o lugares determinados y es reforzada desde afuera respecto a acciones deseadas. Es impuesto por tradición, costumbre y su infracción se castiga con la reprobación social.

A continuación mencionaremos algunos mitos:

Mito:

El abuso sexual se da fundamentalmente, en las familias indigentes y de bajo nivel cultural.

Realidad:

El abuso sexual al menor no va ligado a la condición económica - ni al grado de cultura de una familia, pero es más frecuente en las clases bajas, debido a las condiciones de las mismas (Fin---kelhor, 1987; Garrido, 1989). En las clases altas y media, los - casos de abuso sexual se mantienen más en secreto y no se denun- cían tan fácilmente; en la clase baja no se puede pagar una -- ayuda privada, teniendo que acudir a agencias gratuitas o públi- cas (CAIIVAC, 1985; Master, Johnson y Kolodny, 1988); además de - aquí se obtiene la información estadística.

Mito:

Las mujeres abusan sexualmente de los niños, tan a menudo que los hombres.

Realidad:

La gran mayoría de los ofensores son del sexo masculino, conoci- dos por el menor y son mayores, por la diferencia, de 5 o más -- años de edad (Schultz, 1980; Brenner, 1987 y Finkelhor, 1987).

Mito:

El abuso sexual va acompañado por maltrato físico.

Realidad:

El abuso sexual no implica necesariamente maltrato físico y se - reporta una minoría de los ataques (Valladares, 1993).

Mito:

El abuso sexual al menor, lo comete un tipo degenerado.

Realidad:

El ofensor es una persona normal, pero tiene problemas para rela- cionarse con los demás y se siente incómodo en el mundo de los - adultos (Alvarez, 1991).

Mito:

El abuso sexual sólo se presenta una vez en la vida del menor.

Realidad:

El abuso sexual no es un hecho aislado y momentáneo en la vida del menor, casi siempre se desarrolla paulatinamente y se prolonga de meses hasta varios años (González, 1991).

Mito:

Un ofensor abusa de una sola persona.

Realidad:

Cuando un ofensor termina una relación de abuso sexual, suele abusar de otro menor más pequeño que la víctima anterior (Brenner; 1987).

Mito:

El ofensor siente que el abuso es nocivo para el menor.

Realidad:

Para el ofensor, sus acciones no son nocivas, pues sólo le interesa la satisfacción de sus necesidades (Brenner, 1987).

Mito:

La madre, usualmente, está desapercibida de la situación, cuando su esposo abusa de sus hijos.

Realidad:

A veces la madre se encuentra incapaz de tomar alguna decisión para impedir el abuso y se convierte en cómplice o participante pasiva (Finkelhor, 1987).

Mito:

El ofensor está bajo los efectos del alcohol u otras drogas.

Realidad:

Se reportan pocos casos; por lo general, el ofensor abusa por -- tener fácil acceso a la víctima y utiliza su poder social (autoridad) para convencer al menor (González, 1991).

Mito:

Los ofensores fueron víctimas de abuso sexual.

Realidad:

Este mito es difícil de ubicarlo, pues para Finkelhor (1987) y - Maher (1988), la mayoría de los ofensores sexuales sufrieron de abuso sexual, pero para Cazorla (1992) representan una minoría y lo denomina como el "Síndrome del Vampiro", aunque no es condi-- ción necesaria, pero si se puede llegar a dar.

Mito:

A los menores se les abusa en lugares solitarios y oscuros:

Realidad:

La mayoría de los casos reportados, ocurren dentro de la misma - casa del menor, cuando se encuentran solo con el ofensor o cuan-- do está acostado en su habitación (Finkelhor, 1987).

Mito:

Un menor que fue víctima de abuso sexual, será homosexual y la - niña prostituta o caerá en las drogas y delincuencia.

Realidad:

Para CAMVAC(1985) si no hay una adecuada y oportuna intervención la víctima podría desarrollar comportamientos desviados.

Mito:

Un menor provoca, en muchos casos, un abuso sexual.

Realidad:

Para un menor que desconoce el significado de aspectos sexuales, tales como caricias, gestos y palabras con contenido sexual; el abuso es considerado como una muestra de afecto y cariño; además de los obsequios que reciben (Kempe y Kempe, 1985).

CAPITULO 2

CONSECUENCIAS DEL ABUSO SEXUAL AL MENOR

CONSECUENCIAS DEL ABUSO SEXUAL AL MENOR

Mencionar las consecuencias que surgen después de haber sufrido un ataque de abuso sexual, va a estar en función de la edad del menor, desde cuándo y con qué frecuencia se presentó el abuso; entre más grande es el menor, mayor es el daño, ya que un niño de escasos 2 o 3 años, todavía no comprende lo que sucede y supera la crisis, pero si es un pre-adolescente, llega a desarrollar sentimientos de culpa, no puede establecer relaciones con personas adultas, comportamientos homosexuales, embarazo precoz y no deseado (CAMVAC, 1985; Master, Johnson y Kolodny, 1988).

Las consecuencias las enmarcaremos de la siguiente forma:

2.1 A Corto Plazo.

Se refiere a las consecuencias inmediatas o las primeras que se presentan en la víctima.

2.1.1 Nivel Físico.

Las físicas incluyen golpes y lesiones, en los siguientes niveles:

a) Genital Externo:

Dolor y comezón en la zona de los genitales, así como, moretones y sangrados en la región de los pezones, muslos y glúteos (Maher, 1988; Cú Farfán y Suasnavar, 1991).

b) Genital Interno:

Desgarros en zonas internas, como ano, vagina. Estos son la ruptura del himén, lesiones profundas, desfloración, con-

tracciones vaginales, retroversión del útero, flujo vaginal por desgarros en la pelvis, hemorragias vaginales y lesiones e infecciones en vagina y ano, por introducción del pene u otros objetos (Kuitko, 1991).

c) Extra Genital:

Infecciones en la boca, si se le obligó a tener relaciones orales (Felación), contusiones del cuero cabelludo; así como vómitos y dolores de cabeza, brazos, cara, espalda y piernas (Maher, 1968; Cú Farfán y Suasnavar, 1991 y Kuitko, 1991), suele presentar dolor al sentarse.

El punto de genital interno, no es muy frecuente, pues es más común la relación sexual sin penetración (cuando el ofensor frota sus órganos sexuales con el cuerpo del niño) (González 1991).

2.1.2 Alteraciones Emocionales.

Una de las primeras alteraciones que se presentan, es el miedo. "Los miedos en la infancia ocurren en función de la experiencia directa de los acontecimientos aterradores o bien son producto de ciertos consejos protectores de los padres en contra de algunos objetos o animales; también existen miedos cuya naturaleza es simbólica, que carecen de realismo y tienen que ver con criaturas imaginarias, la obscuridad y la soledad" (Mussen, Kagan y Conger, 1991).

Los niños son más susceptibles a sentir miedo y mucho más si es por un evento aversivo. En el abuso sexual, los niños tienen miedo al agresor, a ser nuevamente agredidos, a la obscu-

ridad y a que darse solos. Un miedo esencial que tienen, es a la noche que trae como consecuencia insomnio y ansiedad ante la posible llegada del ofensor o ante el recuerdo del abuso (Adams y Fay, 1981; Cú Farfán y Suasnavar, 1991; Maher, 1988 y Cazorla, 1992); y un miedo a la desintegración familiar, por no acceder a la relación o comentar lo que ocurría (Finkelhor, 1987; Rivera 1992).

Por otro lado, la ansiedad puede ocasionar fantasías diurnas o pesadillas; angustia que provoca una forma contraria de comportamiento en el niño; esto es, retraído, se cansa rápidamente (Cú Farfán y Suasnavar, 1991). Cazorla (1992) menciona que el niño puede desviar su atención cuando recuerda la experiencia sexual; además de que el impacto sufrido contribuye para que se de una desestructuración del pensamiento y no puede concentrarse en la escuela y provocar un bajo rendimiento.

Otra alteración, es la baja autoestima al pensar el por qué le ocurre eso a él y no a otros; además de se considera una persona sucia (Maher, 1988; Cú Farfán y Suasnavar, 1991), siente vergüenza de sí mismo y sentimientos de culpa, piensa que el pudo provocar todo esto o la ruptura familiar y sufrir un desajuste emocional a partir de la agresión sexual, que se manifiesta con enuresis, ya que el menor demanda afecto por parte de la madre y lo logra de ésta manera llamando la atención de ella (Cazorla, 1992).

2.1.3 Nivel Social.

Las alteraciones emocionales son antecedentes de las

consecuencias sociales, por ejemplo: si el niño es retraído, se empezará a separar de los demás o presentar dificultades para -- formar lazos afectivos. Este aislamiento provoca conductas auto-agresivas y hacia otras personas (principalmente al agresor). -- Pierde la confianza a sí mismo y a las personas adultas, ya que cree que ellas pueden abusar de él (Maher, 1988; Cú Farfán y -- Suasnavar, 1991).

Por otro lado, en el desarrollo psicosexual, el niño -- empieza a desarrollar un conocimiento exagerado y excesivo de la sexualidad, a diferencia de los demás niños de su edad; comenta sucesos y juegos relacionados al sexo, debido a la experiencia -- sexual que ha sufrido. La niña empieza a tener un comportamiento pseudo-maduro, por las tareas adultas y conocimientos que desa-- rrolla. El niño puede asumir un comportamiento homosexual, debi-- do a que piensa que al adulto le gusta como niño y por que las per-- sonas mayores le dicen que el sexo es entre un hombre y una mu-- jer y no entre hombres (Adams y Fay, 1981; CAMVAC, 1985; Brenner 1987; Cú Farfán y Suasnavar, 1991).

El niño también puede desarrollar otro tipo de conduc-- tas, como huir del hogar (por miedo a que se enteren de la rela-- ción y para evitarla), robar, sumisión y rebeldía. La niña tiene un comportamiento excesivamente sumiso, debido a que se ha acos-- tumbrado a ser utilizada y controlada. En estos casos, se puede-- dar un sentido contrario; si es sumisa se puede volver muy rebell de y viceversa.

Estas características, ayudan a identificar a los meno-- res que han sufrido un ataque sexual y, tal como lo maneja Maher

(1988) los maestros son los que se encuentran en una posición -- ideal para observar y comprender los cambios en los niños, ya -- que éstos expresan rápidamente sus sentimientos a las personas, que creen que pueden confiarles su "secreto". Pero, es necesario que la gente adulta le escuche y le crea, con la finalidad de -- disminuir y evitar consecuencias que dañen más; las cuales men-- cionaremos a continuación.

2.2 A Largo Plazo.

2.2.1 Nivel Físico.

Entre las consecuencias que se pueden presentar, están -- los embarazos, posibles abortos, trastornos que son producto de la relación como autismo, fobias extremas y enfermedades de ---- transmisión sexual. Estas son infecciones transmitidas por el -- contacto sexual o por el contacto corporal íntimo. Las más comu-- nes son:

1.- Chancroide.

En los primeros días, después del contacto, el paciente presenta una pequeña llaga roja ulcerosa en los genitales, que -- posteriormente se hace dolorosa; hay inflamación y posible supu-- ración de los ganglios linfáticos locales. Otros síntomas son: -- fiebre ligera y malestar general (Arya, Osoba y Bennett, 1980).

2.- Gonorrea.

Los síntomas son: en el varón, de 2 a 10 días después de haber contraído la infección, aparece un flujo espeso amarillo -- verdoso en el pene; son frecuentes la inflamación y el dolor en la uretra y la micción se hace lenta y dificultosa. Si no se tra-- ta, el flujo va aclarándose y haciéndose pegajoso durante algu--

nos-meses, al cabo de los cuales aparece fiebre y se inflaman -- los ganglios de la ingle. Algunos varones y mujeres no presentan síntomas, pero pueden contagiar a su pareja; sin embargo, en la mujer, en ocasiones va apareciendo lentamente, flujo vaginal -- micciones frecuentes o dolorosas y molestias en la parte inferior del abdomen. La gonorrea rectal da lugar a flujo y dolor rectal; en la garganta, la infección produce faringitis; si no se trata, puede dar lugar a esterilidad y ceguera congénita (Arya, Osoba y Bennett, 1980).

3.- Granuloma Inguinal.

Noble (1985) menciona que el primer síntoma, es la aparición de un bulto pequeño e indoloro en la región genital; si no se trata se rompe rápidamente y se transforma en úlcera profunda, que se extiende lentamente. Pueden aparecer nuevas úlceras -- que cubran toda la región genital, nalgas y abdomen; el tratamiento es a base de antibióticos.

4.- Herpes Genital.

Empieza con una erupción de vesículas dolorosas en los -- genitales o zonas proximas, que suele aparecer en los primeros -- ataques, al cabo de 2 o 3 semanas. El virus del herpes permanece latente en el organismo y a veces rebrota, ocasionado retroactivaciones más moderadas que las del primer episodio. En la actualidad no hay cura para el herpes (Contreras, 1990).

5.- Linfogranuloma Venéreo.

Los síntomas comprenden el aumento de tamaño de los ganglios linfáticos y aparición de úlceras en la piel adyacente --- (Robertson, McMillan y Young, 1984).

6.- Uretritis no Específica.

Es una inflamación en la uretra; los síntomas en el varón son dolor al orinar y aparición de flujo a través de la uretra, que en general es más intenso por las mañanas. En casos graves la micción es sumamente dolorosa y puede existir un flujo denso y blanquecido. En la mujer, rara vez presenta síntomas, pero puede aparecer un ligero dolor al orinar durante la micción o un leve flujo vaginal y dolor durante el acto sexual. En la mayoría de las mujeres, el único signo, es la infección del cuello de la matriz (Robertson, McMillan y Young, 1984).

7.- Sífilis.

Según Conti (1971) después de la infección, existe un periodo de incubación antes de que los síntomas aparezcan y puede durar desde una semana hasta tres meses. La enfermedad progresa pasando por tres etapas:

a) Sífilis Primaria.

En el lugar de la infección aparece una pequeña mancha roja que se ulcera, formando un chancro de base dura. Este no suele ser doloroso ni sangra, pero si se abre, exuda un líquido claro, que contiene la bacteria de la sífilis. Los ganglios linfáticos locales se hinchan; el chancro suele formarse en el pene, ano o recto en el hombre y en la mujer, en la vulva, cérvix o región anal, a veces aparece en los labios, lengua e incluso en las amígdalas. El chancro se cura espontáneamente en un o dos meses, dejando una cicatriz, pero en algunos casos no puede surgir y se convierte en sífilis secundaria.

b) Sífilis Secundaria.

Los síntomas suelen aparecer dos meses después de la -- infección. Existe una enfermedad generalizada con fiebre, dolor de miembros y erupciones. Suele formarse úlceras planas con bordes levemente levantados en la boca, vulva, pene, recto, en la -- unión de la membrana mucosa y la piel. También puede ocasionar -- aumento de volumen del hígado, brazos y ganglios linfáticos. La sífilis secundaria persiste varios meses; después los síntomas -- desaparecen.

c) Sífilis Terciaria.

Después de los síntomas secundarios, surge un período -- de lactancia, que puede durar varios años. La sífilis terciaria afecta el sistema nervioso central (neuro sífilis) o al corazón (sífilis cardiovascular), e incluso producir hinchazón de la --- piel y órganos intetinales. La neuro sífilis, puede provocar la parálisis general, deterioro de la personalidad y locura. La sífilis cardiovascular daña la aorta, produciendo dilatación (aneu risma) que puede comprimir los órganos adyacentes, ocasionando -- dificultad en la deglución o en el habla o colapso de los pulmo nes y cuando se rompe, puede causar la muerte instantáneamente; además de lesiones cardíacas, locura y diversos tipos de psico-- sis. La sífilis congénita, que es transmitida de la madre al fe to, puede tratarse si es atendida antes del 4 mes de embarazo.

8.- SIDA.

La causa del síndrome de inmunodeficiencia adquirida, -- es un virus de inmunodeficiencia humana (VIII). La consecuencia -- más grave, se caracteriza por la destrucción de elementos primor diales del sistema inmunitario, lo que da lugar a una serie de --

infecciones oportunistas y enfermedades malignas de muy alta mortalidad. Las personas infectadas sufren de varias molestias y trastornos como fiebre crónica, diarrea crónica, pérdida de peso, sudores nocturnos e hipertrofia persistente de los ganglios linfáticos (Kilby, 1988).

2.2.2 Alteraciones Emocionales.

Las alteraciones emocionales se caracterizan por que pueden o no ocurrir en la víctima. Puede haber personas que "perdonan y olvidan" (Master, Johnson y Kolodny, 1988); pero en otras la relación es más traumática y logra persistir por la falta de apoyo profesional.

Entre las alteraciones más comunes encontramos:

Como lo menciona Finkelhor (1987); Maher (1988) y Cazorla (1992) las personas que sufrieron de un abuso sexual, pueden abusar de otras; por ejemplo, de sus hijos, sobrinos, amigos. Además de tener problemas en lo referente a la paternidad de sus hijos, no desearlos y maltratarlos. También pueden desarrollar temor hacia los hombres y sobre todo, al agresor (Alvarez, 1991) así como, un odio hacia esa persona.

En el desarrollo psicosexual, la víctima sufre de un miedo a su pareja y a las relaciones sexuales; además de anorgasmia, frigidez, promiscuidad, vaginismo, eyaculación precoz, impotencia, masturbación excesiva o una completa inhibición del deseo sexual por la frecuente evocación del recuerdo del abuso, acompañado de una depresión (CAMAVC, 1985; Brenner, 1987; Maher, 1988 y Cú Farfán y Suasnavar, 1991).

2.2.-3 Nivel Social.

Las consecuencias sociales pueden ser producto o prolongación de las alteraciones emocionales. La víctima pudiese ser un alcoholico, drogadicto, homosexual y/o prostituta (CAMVAC, -- 1985; Brenner, 1987; Maher, 1988; Cú Farfán y Suasnavar, 1991).- Además, de que tiene escasas aptitudes sociales e incapacidad para relacionarse y confiar en los demás (Brenner, 1987; Alvarez, 1991; Rivera, 1992). La víctima utiliza la seducción para obtener algo, es decir, chantajea a los demás.

CAPITULO 3

TRATAMIENTOS

TRATAMIENTOS

El abuso sexual al menor produce consecuencias, que pueden perjudicar el desarrollo social, emocional y psicosexual de la víctima; para evitar ésto, el Psicólogo debe proporcionar un tratamiento, para prevenir y enseñarle a diferenciar al menor, -- sobre las caricias buenas y malas, rechazar las proposiciones -- que le hace el adulto y que debe guardar en secreto, cuando decir no, que las personas mayores no siempre tienen la razón y no guardar secretos.

Para ésto, se dan terapias que deben cumplir los siguientes objetivos, según Maher (1988):

- a) Prevenir al menor de abusos posteriores,
- b) Ayudar a las víctimas a sobreponerse a las consecuencias emocionales y a los sentimientos autodestructivos y,
- c) Ayudar al menor y su familia a resolver sus conflictos emocionales frente al abuso.

Se debe establecer una terapia que sea a nivel individual y familiar y así, el menor puede recibir una ayuda para sobreponerse al abuso, cuando se enfrente al ofensor, con su familia y su entorno social y para su vida cotidiana. La familia debe brindar todo su apoyo, pues la terapia no tendría efecto si él sigue sufriendo de abuso y/o la familia no muestra interés en el tratamiento.

3.1 Terapia Individual.

La terapia individual debe centrarse en el sujeto, reha

bilitarle y prevenir de posibles ataques. Debe fomentarse y reforzarse la imagen de un niño saludable, que aumente su autoestima, a quién, cómo y de qué manera decir que alguien lo molesta (Maher, 1988).

Dentro de la terapia individual se incluyen:

3.1.1 Intervención en Crisis.

La intervención en crisis tiende a reducir la probabilidad de efectos debilitantes y aumentar la de el crecimiento o dominio para el individuo (Slaikeu, 1988). Esta técnica se utiliza cuando la víctima tiene una desorganización grave, resultado de una crisis; se trata de brindar apoyo solidario e información para que la víctima se desahogue y asimile; de primera instancia, la experiencia. En sí, no es un tratamiento psicológico, sino de emergencia y no requiere de la presencia de un profesional.

3.1.2 Terapia de Juego.

La terapia de juego se utiliza, según Goldman (1988), por que los niños presentan dificultades para expresar de manera directa (verbalmente) sus conflictos internos, sentimientos, emociones y fantasías; pero a menudo, son capaces de comunicarlo por medio del lenguaje simbólico del juego y con la ayuda prestada por la interacción verbal del terapeuta; se pueden hacer aflorar los conflictos internos y pensamientos. Otra técnica importante, son las pruebas proyectivas y el reporte verbal que proporcionan los niños acerca de ellas.

Navarro (1990) menciona que para que los niños se comuniquen por medio del juego, se utilizan muñecos y el menor los -

simboliza con su familia. Se utiliza una casa de muñecos, para que el menor pueda indicar al terapeuta dónde, cómo y quién es el ofensor. Además, de que la terapia de juego es muy útil en el inicio del tratamiento, ya que los niños se expresan libremente lo que piensan y sienten en relación con la experiencia del abuso.

3.1.3 Terapia Cognitivo-Conductual.

El objetivo principal de este tratamiento, es que el menor disminuya el impacto emocional, producido por el ataque y desarrolle habilidades asertivas para prevenir y evitar posibles ataques sexuales.

Contreras (1992) describe las fases de la terapia:

1.- Fase I : Evaluación Inicial.

Entrevistas y la aplicación de inventarios, apoyo médico y legal, así como la canalización a otras instituciones.

2.- Fase II; Aplicación de la Terapia Cognitivo-Conductual.

Incluye las siguientes subfases:

a) Educativa: El menor y su familia, reciben información sobre la etiología, características, índices del abuso sexual y cómo se ha trabajado sobre el problema.

b) Reestructuración Cognitiva: Se le da una explicación al menor del porqué de su comportamiento después del ataque sexual y buscan las alternativas de cambio.

c) Entrenamiento Asertivo: Se le proporciona un entrenamiento en habilidades asertivas, para negarse a peticiones injustas y poder expresarse correctamente con otras personas. Según Cú Farfán y Suasnavar (1991) el entrenamiento asertivo está

en función de que el niño aprenda que nadie tiene derecho a tocar su cuerpo, darle herramientas para resolver situaciones incómodas ante un adulto y pueda prevenir y evitar un posible abuso.

d)Prevención: Se introduce información preventiva para que el menor logre detectar señales de peligro, conocer las caricias buenas y malas, decir NO ante situaciones que no le agráden o le parezcan de peligro.

3.- Fase III: Pósts-evaluación:

Se aplican entrevistas e inventarios; así como, un enfrentamiento (actuado) para observar la actitud del menor; si se estableció la superación ante la situación, se da por terminada la terapia.

4.- Fase IV: Seguimiento:

Se realizan con el menor y su familia al mes, a los dos meses, a los seis meses, cada año; para conocer si se presenta nuevamente la crisis.

Las subfases de la fase II, pueden variar según el estado emocional en que se encuentre el menor.

3.2 Terapia de Grupo.

Con la terapia de grupo se obtiene un alivio de la angustia, aumento de la autoestima, autocognición, mejoría de la conducta y de las relaciones sociales; la dignidad del paciente aumenta cuando se convierte en donador y receptor de ayuda; el altruismo es fomentado a otros individuos, en los cuales ésta cualidad parecía ausente (Solomon y Patch, 1976).

Este tipo de terapia es utilizada cuando hay un gran número de víctimas, que pueden tener las mismas características o grupos homogéneos, para lograr un buen resultado (pueden ser grupos de niños, adolescentes o adultos que sufrieron un ataque sexual en su infancia). En el grupo se comenta el tipo de ataque que sufrieron (experiencia), sentimientos, repercusiones y en algunos casos, como se sobrepusieron ante la experiencia.

En los niños, se han desarrollado técnicas de actividad y expresión verbal para la terapia de grupo. Las suposiciones en las que se basa, es que los niños manifestarán sus conflictos y los resolverán por medio de juegos o dinámicas, en las cuales exponen sus problemas y ellos mismos pueden dar soluciones a los mismos; además de fomentar la socialización y sentirse acompañados.

Navarro (1990) menciona que las metas del grupo son:

- 1.- Proveer de un escenario propicio para expresar sus sentimientos y experiencia sobre el abuso sexual.
- 2.- Proveer modelos de padres que no existían en su casa y entablar relaciones afectivas sin explotación, en referencial modelo.
- 3.- Proveer la oportunidad de relacionarse con otras personas -- con experiencias similares y,
- 4.- Ayudar a mejorar las relaciones sociales.

Para Cú Farfán y Suasnavar (1991) la terapia de grupo tiene la finalidad de disminuir la culpabilidad sexual y la vergüenza experimentada por el abuso, minimizar las consecuencias emocionales y conductuales. Se discute la experiencia y sus re-

percusiones en su vida cotidiana; además de que las víctimas que hayan tenido experiencias en el juzgado, pueden proporcionar estrategias de afrontamiento.

3.3 Terapia Familiar.

La familia del menor, víctima de abuso sexual, es el principal apoyo para su rehabilitación, ya que ayuda a subsanar las consecuencias y a asimilar el problema como una experiencia más en su vida (Cú Farfán y Suasnavar, 1991). El éxito de cualquier terapia va a depender de cómo la familia asimila el abuso sexual y comprende el momento difícil que pasa el menor, pues la familia le podría reprochar o recordar el ataque.

Andolfi (1990) considera que la técnica más efectiva para trabajar con los niños y su familia es el juego. Mediante éste, el niño puede encontrarse cómodo, percibirse y expresarse a sí mismo y comunicar sus necesidades y estados de ánimo a los otros; también el juego le puede proporcionar al terapeuta un panorama acerca del contexto familiar y poder modificar la actitud de todos o de uno de sus miembros, de sus relaciones con los demás, quién o quienes son aceptados o rechazados.

Por su parte, Rivera (1992) propone la terapia sistémica para los casos de abuso sexual dentro de la familia, ya que lo considera como una violación extrema de las fronteras entre subsistemas, siendo el objetivo terapéutico la reparación de dichas fronteras. Por subsistemas vamos a entender los niveles de organización y que están formados por la edad, sexo, interés o función; se divide en:

- a) Individual: La familia como unidad y el individuo como subsistema.
- b) Conyugal: El padre y la madre, quienes aportan valores y expectativas; además de establecer sus reglas de relación.
- c) Parental: Los padres procuran la crianza, el cuidado y la socialización de los hijos.
- d) Fraternal: Se encarga de las relaciones que se dan entre los hermanos y se han regido por el parental.

Las metas del tratamiento serán las siguientes:

- 1.- Cambiar la estructura familiar en los aspectos que resulten disfuncionales.
- 2.- Modificar su presente (su pasado existe y se mantiene en el presente).
- 3.- Proporcionar alternativas de solución que le sirvan no sólo en el presente, sino también en el futuro pueda enfrentar otros problemas,
- 4.- Lograr el cambio de manera breve (terapia breve o intervención en crisis).
- 5.- Ayudar al sistema familiar uniéndose a él y confrontándolo -- para que la familia se apropie del problema y comprendan que sólo ellos pueden solucionarlo.

Por último, agrega que se requiere de un equipo multidisciplinario formado por Trabajo Social, Psicólogo, Médico y -- Equipo Jurídico en una misma institución para proporcionar una -- atención integral, pues uno solo no podría dar una atención suficiente.

CAPITULO 4

ASPECTOS MEDICO-LEGALES

ASPECTOS MEDICO-LEGALES

4.1 La Pericia Médico-Legal.

Dentro de las cuestiones legales, para interpretar y conocer algunas consecuencias de un acto violento, el Médico realiza certificados de las lesiones que presenta la víctima; el Médico legista (como se le conoce) hace una observación clínica de las lesiones. En los casos donde hay lesiones físicas, como la violación; su informe es necesario como prueba pericial de las observaciones que realiza en víctimas y ofensor; la víctima debe ser atendida inmediatamente, no debiéndose aceptar cualquier excusa dilatoria, pues sería perder pruebas. En el caso de abuso sexual, la pericia y el informe difieren mucho, ya que sólo se realiza cuando se presenta violación en el menor y su actividad es en función de un análisis clínico de la víctima y el ofensor.

Los principales puntos de la pericia, según Achával (1979) son:

- 1) Ver que tipo de acusación se presenta (violación, maltrato, tentativa, abuso sexual).
- 2) Las circunstancias en que se realizó la agresión, según el Código Penal (edad, medios utilizados).
- 3) Si la víctima es alienada o débil mental, si el agresor lo es o sabía que la víctima lo es.
- 4) Desgarros de ropas, costuras descosidas, arrancamiento de botones; huellas de sangre en la ropa y cuerpo de la víctima.
- 5) Huellas de violencia en la víctima--el agresor y su encuadre

penal (violación forzada, consensual).

6) Huellas en las mamas, el estado de los pezones, ya que es el lugar preferente para estudiar mordeduras.

7) Huellas de violencia (moretones, mordeduras, rasguños) en el cuerpo de la víctima; así como cabellos, pelos, uñas rotas.

8) Huellas de violencia en los genitales de la víctima (si ella o su representante lo solicita).

9) Huellas de sangre o de esperma en la ropa de la víctima.

10) En el examen de la vulva, se tendrá en cuenta su desarrollo su conformación, la presencia o no de úlceras, el tipo de implantación y características del vello pubico (guardando pelos testigos), el estado de la vagina, himén y útero. El estado del ano deberá tener presente su aspecto, pliegues, su tono y estado de esfínter.

11) Hallazgo de esperma en la vagina; pero, esto no indica que sea una violación, pues puede ser una inseminación simulada, un coito consentido.

12) Si hay desfloración, estudiar los bordes de ruptura para determinar si están o no cicatrizados.

Por otro lado, también se hacen exámenes proctológicos (ano hombre y mujer), ginecológico (vagina), andrológico (pene), psicofísico (observación clínica) y forenses o necropsias. El informe será para atestiguar lo que refiere el ofendido; el médico rinde su informe y el abogado es el que se encarga de continuar el caso.

4.2 Aspecto Legal.

- El delito del abuso sexual dentro y fuera de la familia ha sido penado en todas las civilizaciones (actuales y antiguas). Por ejemplo: en México, los Nahoas prohibían el matrimonio entre padres e hijos naturales o políticos. Los Mayas y Aztecas, prohibían el matrimonio y las relaciones sexuales entre los miembros de la misma familia y lo castigaban con ahorcamiento (Navarro, - 1990).

Actualmente en México, el delito de la violencia sexual se penaliza de la siguiente forma:

Para el Distrito Federal (Código Penal, 1992):

Título Decimoquinto. Delitos Sexuales.

Capítulo I: Hostigamiento Sexual, Abuso Sexual, Estupro y Violación.

Art. 259.- Al que con fines lascivos asedia reiteradamente a una persona de cualquier sexo, valiéndose de su posición jerárquica derivada de sus relaciones laborales, docentes, domésticas o cualquier otra que implique subordinación, se le impondrá sanción hasta de cuarenta días-multa. Si el hostigador fuese servidor público y utilizase los medios o circunstancias que el cargo le proporcione, se le destituirá de su cargo.

Solamente será punible el hostigamiento sexual, cuando se cause un perjuicio o daño.

Sólo se procederá contra el hostigador, a petición de la parte ofendida.

Abuso Sexual.

Art. 260.- Al que sin el consentimiento de una persona y sin el propósito de llegar a la cópula, ejecute en ella un acto sexual

o la obligue a ejecutarlo, se le impondrá pena de tres meses a dos años de prisión. Si se hiciere uso de la violencia física o moral el mínimo y el máximo de la pena aumentarán hasta en una mitad.

Art. 261.- Al que sin el propósito de llegar a la cópula, ejecute un acto sexual en una persona menor de 12 años o persona que no tenga la capacidad de comprender el significado del hecho o que por cualquier causa no pueda resistirlo, o la obligue a ejecutarlo, se le aplicará una pena de seis meses a tres años de prisión o tratamiento en libertad o semilibertad por el mismo tiempo. Si se hiciere uso de la violencia física o moral, la pena será de dos a siete años de prisión.

Estupro.

Art. 262.- Al que tenga cópula con persona mayor de doce años y menor de dieciocho, obteniendo su consentimiento por medio de engaño, se le aplicará pena de tres meses a cuatro años de prisión.

Art. 263.- En el caso del artículo anterior, no se procederá contra el sujeto activo, sino por queja del ofendido o de sus representantes.

Violación.

Art. 265.- Al que por medio de la violencia física o moral realice cópula con persona de cualquier sexo, se le impondrá prisión de ocho a catorce años.

Para los efectos de este artículo, se entiende por cópula, la introducción del miembro viril en el cuerpo de la víctima por vía vaginal, anal u oral, independientemente de su sexo.

Se sancionará con prisión de tres a ocho años al que in troduzca por vía anal o vaginal cualquier elemento o instrumento distinto del miembro viril, por medio de la violencia física o - moral sea cual fuere el sexo del ofendido.

Art. 266.- Se equipara a la violación y se sancionará con la mis ma pena:

I.- Al que sin violencia realice cópula con persona menor de - doce años y,

II.- Al que sin violencia realice cópula con persona que no -- tenga la capacidad de comprender el significado del hecho, o por cualquier causa no pueda resistirlo.

Si se ejerciera violencia física o moral, el mínimo y - máximo de la pena se aumentarán en una mitad.

Art. 266Bis.- las penas previstas para el abuso sexual y la vio- lación se aumentarán en una mitad en su mínimo y su máximo, cuan do:

I .- El delito fuere cometido con intervención directa o inme- diata de dos o más personas.

II.- El delito fuere cometido por un ascendiente contra su des cendiente, éste contra aquél, el hermano contra su colateral, el tutor contra su pupilo, o por el padrastro o amasio de la madre del ofendido contra su hijastro. Además de la pena de prisión el culpable perderá la patria protestad o la tutela, en los casos - en que ejerciere sobre la víctima.

III.- El delito fuere cometido por quien desempeñe un cargo o empleo público o ejerza su profesión, utilizando los medios o -- circunstancias que ellos le proporcionen. Además de la pena de -

prisión el condenado será destituido de su cargo o empleo o suspendido por el término decinco años en el ejercicio de dicha profesión y;

IV.- El delito fuere cometido por la persona que tiene al ofensor bajo custodia, guarda o educación o aproveche la confianza en él depositada.

Capítulo III

Incesto.

Art. 272.- Se impondrá la pena de uno a seis años de prisión a los ascendientes que tengan relaciones sexuales con sus descendientes. La pena aplicable a estos últimos será de seis meses a tres años de prisión, Se aplicará esta misma sanción en caso de incesto entre hermanos.

Para el Estado Libre y Soberano de México, el Código Penal , tiene los siguientes artículos:

Subtítulo Quinto: Delitos contra la Familia.

Capítulo V. Incesto.

Art. 227.- Se impondrá de tres a seis años de prisión y de veinte a doscientos días-multa, a los ascendientes que tengan cópula con sus descendientes. La pena aplicable a estos últimos será de uno a tres años de prisión. Se impondrá esta última sanción en caso de incesto entre hermanos.

Subtítulo Cuarto: Delitos contra la libertad e inexperiencia sexual.

Capítulo I. Actos Lidibinosos.

Art. 275.- Se impondrá de tres meses a un año de prisión y de tres a sesenta y cinco días-multa, al que sin consentimiento de

una persona de cualquier sexo, ejecute con ella un acto erótico sexual, sin el propósito directo o inmediato de llegar a la cópula. Se impondrá de seis meses a dos años de prisión y de seis a ciento cincuenta días-multa, si se hiciere uso de la violencia física o moral.

Capítulo II. Estupro.

Art. 276.- Se impondrá de seis meses a cuatro años de prisión y de tres a ciento cincuenta días-multa, al que tenga copula con una mujer mayor de catorce años y menor de dieciocho, casta y honesta, obteniendo su consentimiento por medio de seducción o engaño.

Art. 277.- No se procederá contra el inculcado del estupro, si no es por querrela de la mujer ofendida o de sus padres o a falta de éstos, de sus representantes legítimos; pero cuando el inculcado se casa con la mujer ofendida, se extinguirá la acción penal y la pena de su caso.

Art. 278.- La reparación del daño en los casos de estupro, comprenderá el pago de alimentos a la mujer y a los hijos, si los hubiese sin que se requiera y sin que implique declaración sobre la paternidad para efectos puramente civiles. Dicho pago se hará en la forma y términos que la ley civil fija para los casos de divorcio.

Capítulo III. Violación.

Art. 279.- Se impondrá pena de tres a ocho años de prisión, y de cincuenta a setecientos días-multa, al que por medio de la violencia física o moral, tenga cópula con una persona sin la voluntad de ésta. Se impondrá de seis a quince años de prisión y

de cien a mil días-multa, si la persona ofendida fuere impúber.

Art. 280.- Se equipara a la violación, la cópula con persona privada de razón, de sentido, o cuando por enfermedad o cualquier otra causa no pudiese resistir o cuando la víctima fuere menor - de catorce años.

Art. 281.- Se impondrá de cinco a quince años de prisión y de -- cien a mil días-multa, cuando en la comisión del delito de violación intervengan dos o más personas.

Art. 282.- Se impondrán de uno a tres años de prisión, además de las sanciones que señalan los artículos que anteceden, cuando el delito de violación fuere cometido, por el tutor en contra de su pupilo, o por el padrastro o amasío de la madre del ofendido en contra del hijastro. En los casos en que la ejerciera, el culpable perderá la patria protestad o la tutela, así como el derecho de heredar al ofendido. Cuando el delito de violación sea cometido por quien desempeñe un cargo público o ejerza una profesión, utilizando los medios o circunstancias que ellos le proporcionan será destituido definitivamente del cargo o empleo o suspendido hasta por el término de cinco años en el ejercicio de su profesión.

En los artículos anteriores encontramos algunas diferencias, por ejemplo:

a) Para el Distrito Federal (DF) se llaman delitos contra la libertad y el normal desarrollo psicosexual y para el Estado de México (Edo. Mex.) delitos contra la familia y contra la libertad e inesperienza sexual; estos delitos tienen más repercusiones en todo el desarrollo integral del individuo (social, afecti

vo, sexual, mental). Por otro lado, en el DF; se considera al impúber a los 12 años y en el Edo. Mex; hasta los 14. La pena máxima para el DF es hasta 21 años y en el Edo. Mex. es de 18 años. Para el Edo. Mex. no hay artículos sobre el abuso sexual; en lo referente al estupro, en el Edo. Mex. se detiene toda acción penal cuando el inculpado se casa con la víctima y repara su daño con la pensión alimenticia. Parece ser que todos, o la mayoría - de los artículos, hablan de violación; pero no se penalizan por igual; además de que no se toma en cuenta las consecuencias tan dañinas que sufre la víctima (menor o adulta). También se debe - penalizar, igual como en la violación, cuando se introduce cuáquier objeto en cualquier orificio natural de otra persona.

Antes de finalizar este capítulo, es necesario mencionnar que dentro de la institución legal, el Psicólogo también hace un examen acerca del abuso sexual y, en la mayoría de los casos, no tiene validez oficial; Este examen es a base de una entrevista:

La entrevista empieza con:

- Datos demográficos,
- Datos físicos de la (el) usuario (a),
- Datos económicos,
- Datos de remisión al PIAV,
- Datos socio-familiares (se le cuestiona a la víctima sobre quienes son sus amigos, con quién convive más tiempo, a quién le plática sus problemas, cuáles son las caricias malas y buenas, a - quién le contaría si le tocaran su cuerpo y no le agrada, si le han hablado de sexualidad y quién, que haría si alguien lo quie-

re tocar o que él lo toque).

- Datos del atacante(sobre el tipo de ataque),
- Datos del atacante(relación con la víctima),
- Datos de la víctima(sobre el ataque),
- Datos posteriores al ataque(consecuencias emocionales),
- Aspecto legal,
- Aspecto Médico,
- Aspecto Psicológico,
- Consecuencias y,
- Metas.

Con un inventario de este tipo, el Psicólogo tiene una noción más clara del delito para poder usar los elementos necesarios. para disminuir la tensión emocional del menor y contribuir al desahogo de pruebas durante el proceso legal.

CAPITULO 5

METODOLOGIA

METODOLOGIA

OBJETIVOS

Objetivo General:

Conocer y analizar la labor de algunas instituciones de salud y legales; de los diferentes profesionistas (Médico, Abogado, Trabajo Social y Psicólogo) involucrados en la atención a menores víctimas de abuso sexual.

Objetivos Particulares:

1) Conocer la labor y las características de cada institución:

a) Institución Legal:

Dependencia de la Procuraduría General de Justicia del Estado de México (Centro de Justicia Tlalnepan-tla, adscrito a la Subprocuraduría de Tlalnepan-tla).

b) Institución de Salud:

Dependencia que pertenece a Servicios Médicos del Departamento del Distrito Federal, denominado "Hospital Pediátrico Quirúrgico Moctezuma".

c) Institución de Salud-Social:

La Procuraduría de la Defensa del Menor y la Familia anexo del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF).

2) Conocer las funciones de los profesionistas de las diferentes instituciones:

- a) Médicos,
- b) Abogados,
- c) Trabajo Social y,
- d) Psicólogo.

3) Analizar la labor del Psicólogo en cada institución.

- a) Conocer la metodología y técnicas que emplea en los casos de abuso sexual.

Sujetos:

Se entrevistaron a los profesionistas que se involucran en la atención del abuso sexual; entrevistando a uno -- por cada disciplina, en tres diferentes instituciones.

Material:

- Hoja de entrevista estructurada (Anexo 1), cuyos datos reportarán:

- Función específica de cada institución,
- La labor y funciones de cada profesionista,
- La función específica de Psicología, así como el -- tratamiento y atención que le brindan a las víctimas de abuso sexual.

Escenario:

La entrevista se llevó a cabo en las siguientes instituciones:

- A) Centro de Justicia de Tlalnepantla: Ubicado en Av. -- Sor Juana Inés de la Cruz y esquina Allende, Tlalnepantla, Estado de México.

B) Procuraduría de la Defensa del Menor y la Familia, - que se le conoce como, Desarrollo Integral de la Familia (DIF) Ecatepec; ubicado en Km 1, Colonia Ejidal Emiliano Zapata, Ecatepec, Estado de México.

C) Hospital Pediátrico quirúrgico Moctezuma; ubicado en Calle Oriente 158, # 189, Colonia Moctezuma 2ª Sección, Delegación Venustiano Carranza, Distrito Federal.

Diseño:

El tipo de investigación que se empleó fue de campo. En los estudios de campo, el investigador observa la situación social y posteriormente, se examinan las relaciones entre individuos y grupos. Los estudios de campo se dividen, según Katz (citado en Kerlinger, 1986) en:

- a) Exploratorio y,
- b) Prueba de Hipótesis.

En nuestra investigación se utilizó el estudio de campo exploratorio no manipulativo; el cual consiste en recabar información para conocer, ubicar y definir problemas, fundamentar hipótesis, recoger ideas o sugerencias que permitan afinar la metodología, depurar estrategias. El realismo de éste estudio es significativo, ya que se acerca más a la realidad y no puede haber queja de artificialidad o de invención.

Procedimiento:

- 1) Se elaboró un cuestionario, en el cual se resaltaron las funciones y limitantes que llegan a tener los profesionales en la atención a víctimas de abuso sexual al menor.
- 2) Se estableció contacto con las diferentes instituciones, explicando el objetivo de la investigación y se hizo la presentación con los distintos profesionistas, estableciendo hora y fecha para realizar la entrevista. En el Hospital, se dió una excepción con el Abogado, ya que como éste se encuentra externo, se acudió a la Delegación Venustiano Carranza,
- 3) Las entrevistas se realizaron en un período, no mayor de quince días; después de haber hecho los contactos para no perder la relación con los profesionistas; las entrevistas tuvieron una duración de 45 minutos cada una.
- 4) Los resultados obtenidos se analizaron y describieron en base a las respuestas de los cuestionarios; utilizando cuadros y descripción de los mismos.

CAPITULO 6

RESULTADOS

(CUADROS Y DESCRIPCION DE RESULTADOS)

PROCESO DE ATENCION A LA VICTIMA

CENTRO DE JUSTICIA (C. J.)	Ministerio Público	Médico	Ministerio Público	Judicial
		Psicología	Trabajo Social	
HOSPITAL	Admisión	Médico	Enfermería	Médico Psicología
			Trabajo Social	Ministerio Público
PROCURADURIA DE LA DEFENSA DEL MENOR Y LA FAMILIA (D.I.F.)	Trabajo Social	Jurídico	Médico	
		Psicología		

El cuadro 1 nos señala el proceso de atención que realiza la víctima dentro de cada institución.

- 1.- En un primer nivel.
- 2.- En un segundo nivel.

NUMERO DE PROFESIONISTAS Y SU DISTRIBUCION

	MEDICO	ABOGADO	TRABAJADOR SOCIAL	PSICOLOGO
C. J.	3	6	1	1
HOSPITAL	45	1	3	1
D.I.F.	10	5	5	4

El cuadro 2 nos permite apreciar que el mayor número de profesionistas se da en el área donde se especifica la función de la institución. A excepción de los médicos del D.I.F.

FUNCIONES DE LOS PROFESIONISTAS

	MEDICO	ABOGADO	TRABAJO SOCIAL	PSICOLOGIA
C. J.	- Realiza certificación médica legal.	- Levanta acta (denuncia) legal.	- Localización de personas extraviadas y/o ausentes. - Apoyo al P.I.A.V.	- Atención a víctimas de violencia intrafamiliar y sexual. - Intervención en crisis. - Valoración psicológica, talleres sobre abuso sexual y conferencias.
HOSPITAL	- Consulta externa. - Cirugía de traumatismos. - Medicina preven-	- Levanta acta	- Realiza estudios socioeconómicos. - Contacta y canaliza a otras instituciones de salud. - Manejo del proceso salud - enfermedad.	- Atención de problemas clínicos externos al hospital. - Valoraciones psicológicas.
D.I.F.	- Consulta externa. - Planificación familiar. - Atención de parto.	- Asesorías legales.	- Canalización a otras instituciones. - Visitas domiciliarias - Orientación a nivel preventivo.	- Terapia familiar y de pareja. - Reportes psicológicos.

El cuadro 3 demuestra que las funciones van de acorde a la disciplina de cada profesionista y especificadas por la institución.

DELIMITACIONES DE LA INSTITUCION PARA EL DESARROLLO DE LAS FUNCIONES

	MEDICO	ABOGADO	TRABAJO SOCIAL	PSICOLOGIA
C. J.	<ul style="list-style-type: none"> - Se concretan a extender certificados. - No realizan curaciones - No hay seguimientos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Su función termina hasta la consignación del acta. 	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de recursos humanos y materiales. 	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de recursos humanos y materiales. - No es obligatorio llevar el tratamiento psicológico.
HOSPITAL	<ul style="list-style-type: none"> - Concretamente realizan cirugías 	<ul style="list-style-type: none"> - No se involucran en las actividades del hospital. 	<ul style="list-style-type: none"> - Lo primordial es el enlace con otras instituciones. 	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de recursos humanos y materiales - Importancia de las estadísticas. - No es obligatorio el tratamiento psicológico.
D.I.F.	<ul style="list-style-type: none"> - No se involucran en casos médico-legales. 	<ul style="list-style-type: none"> - Cuando se levanta el acta termina su función. 	<ul style="list-style-type: none"> - Su labor es sólo a nivel preventivo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Los seguimientos no son obligatorios.

El cuadro 4 nos señala que debido a la función dentro de la institución, se encuentran limitantes para el desarrollo de cada disciplina.

ELEMENTOS PARA CLASIFICAR EL ABUSO SEXUAL

	MEDICO	ABOGADO	TRABAJO SOCIAL	PSICOLOGIA
C. J.	- Lesiones a nivel genital, paragenital y extragenital	- Versión del menor y el certificado médico	- Versión del menor y del padre o tutor.	- Versión del menor, del padre o tutor, haya o no denuncia.
HOSPITAL	- Lesiones a nivel genital. - Versión del padre o tutor.	- Versiones del menor y la clasificación provisional del médico.	- Lesiones. - Versión del padre o tutor.	- El diagnóstico lo realiza el médico.
D.I.F.	- No se involucran	- Versión del padre o tutor.	- Versión del padre o tutor y de los familiares.	- Versión del menor y del padre o tutor.

Lo principal para considerar que se trata de un caso de abuso sexual, como se observa en el cuadro 5, son de las lesiones y la versión del menor y de los familiares.

IMPORTANCIA DEL ABUSO SEXUAL PARA LA INSTITUCION

	MEDICO	ABOGADO	TRABAJO SOCIAL	PSICOLOGIA
C. J.	- Principalmente homicidios, asaltos, violaciones y lesiones.	- No es importante, el daño es menor.	- Se enfoca a otras actividades.	- Es primordial su atención.
HOSPITAL	- Lo principal es la curación de lo físico, las heridas.	- No tienen relevancia.	- Lo primordial para su área.	- Hay casos de maltrato más dañinos que el abuso sexual.
D.I.F.	- Abuso sexual, maltrato doméstico y problemas familiares.	- Pensión alimenticia, maltrato y abuso sexual.	- Primordial el maltrato, abuso sexual y violencia intrafamiliar.	- Lo más importante maltrato y abuso sexual.

Para la institución y cada profesionista no es lo principal, debido a que contemplan otros casos de mayor relevancia para ésta. A excepción del D.I.F., de Psicología del Centro de Justicia y Trabajo Social del Hospital, para quienes su atención e interés es primordial. Como se observa en el cuadro 6.

CASOS ATENDIDOS EN LAS DIFERENTES INSTITUCIONES

	CASOS EN GENERAL	DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y SEXUAL		ABUSO SEXUAL A MENORES
C. J.	2 340	180	100 %	84 46.67 %
HOSPITAL	1 920	120	100 %	60 50 %
D.I.F.	240	120	100 %	36 30 %

El cuadro 7 reporta los casos atendidos en las diferentes instituciones anualmente (Mayo 1992 - Mayo 1993).

El porcentaje se basa en los delitos de violencia intrafamiliar y sexual.

SEGUIMIENTOS EN LOS CASOS DE ABUSO SEXUAL AL MENOR

	MEDICO	ABOGADO	TRABAJO SOCIAL	PSICOLOGIA
C. J.	NO	NO	NO	SI
HOSPITAL	SI	NO	SI	SI
D.I.F.	NO	SI	SI	SI

En cuanto a los seguimientos, se detecta en el cuadro 8, que el D.I.F. y el Hospital los realizan hasta que concluya en su dependencia el caso; en el Centro de Justicia sólo son realizados por Psicología, ya que, legalmente - pasa a otra instancia, a Juzgados.

ASPECTOS A CONSIDERAR PARA UN TRATAMIENTO INTEGRAL

	MEDICO	ABOGADO	TRABAJO SOCIAL	PSICOLOGIA
C. J.	- Labor psicológica a nivel social, familiar, y al menor.	- La sentencia al agresor. - Terapia psicológica al menor y familiar.	- Apoyo psicológico y familiar. - Cambio de ambiente.	- Apoyo psicológico al menor. - Terapia familiar. - Reestructuración del ambiente.
HOSPITAL	- Curación de lo físico. - Proceso de salud-enfermedad.	- Apoyo legal. - Apoyo familiar.	- Tratamiento psicológico. - Orientación familiar.	- Terapia a los padres y al menor.
D.I.F.	- Tratamiento psicológico y médico. - Cambio del medio ambiente.	- Cambio de ambiente.	- Tratamiento psicológico al menor.	- Terapia al menor y familiar.

Se detecta en el cuadro 9, que el aspecto principal para superar y asimilar el desequilibrio emocional del menor, es el apoyo psicológico, sin olvidar la atención a la familia y el cambio del medio ambiente.

CARACTERISTICAS DE LAS VICTIMAS DE ABUSO SEXUAL AL MENOR

	EDAD	SEXO	N S E	NIVEL EDUCATIVO
C. J.	De 8 a 17 años	Femenino y masculino	Medio bajo	Analfabeta y primaria
HOSPITAL	De 3 a 16 años	Femenino y masculino	Medio bajo	Analfabeta y primaria
D.I.F.	De los 6 a los 16 años	Femenino y masculino	Medio bajo	Analfabeta y primaria

El cuadro 10 nos muestra los datos reportados, que no hay en los menores una edad con mayor probabilidad de ser atacados. En cuanto a los demás datos las tres instituciones coinciden. En cuanto al sexo, se encontró en general que un 69% corresponde al sexo femenino y un 31% del sexo masculino.

CARACTERISTICAS DE LOS VICTIMARIOS DE ABUSO SEXUAL AL MENOR

	EDAD	SEXO	N S E	NIVEL EDUCATIVO
C. J.	De 21 a 45 años	Masculino	Medio bajo	Analfabeta y secundaria
HOSPITAL	De 20 a 30 años	Masculino	Medio bajo	Analfabeta, secundaria
D.I.F.	De 20 a 30 años	Masculino	Medio bajo	Analfabeta, primaria

Para las tres instituciones la edad que predomina es de 20 a 30 años. Todos son del sexo masculino, y su nivel socioeconómico es medio bajo, en cuanto a su escolaridad va de analfabeta a secundaria. Como se observa en el cuadro 11.

RELACION ENTRE VICTIMA - OFENSOR

	C. J.	HOSPITAL	D.I.F.
RELACION	Padrastro	Padrastro	Padrastro
	Familiares	Familiares	Padre
	Padre	Desconocidos	Familiares
	Vecinos	Vecinos	Vecinos
	Desconocidos	Padre	Desconocidos

El cuadro 12 nos presenta la frecuencia del principal agresor. Primeramente el padrastro, posteriormente los familiares y el padre y con menor frecuencia los desconocidos.

LUGAR QUE OCUPA EN LA FAMILIA LA VICTIMA Y NUMERO DE
VICTIMAS EN LA MISMA FAMILIA

	C. J.	HOSPITAL	D.I.F.
LUGAR	No especifico	La primogenita o la intermedia	La primogenita o la menor
NUMERO	1 6 2	1	1 6 2

Se detecta en el cuadro 13, que el delito se comete a una sola víctima; sin embargo, refieren las psicológicas que cuando el agresor es un familiar son más de una víctima en la misma familia. El lugar no es determinante para ser la víctima.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

TECNICAS UTILIZADAS POR EL AREA DE PSICOLOGIA

TECNICAS
PSICOLO-
GICAS

C. J.

- Intervención en crisis
- Terapia racional emotiva.
- Desensibilización sistémica.
- Modelamiento
- Asertividad
- Terapia de juego
- Utilización de muñecos
- Terapia familiar
- Terapia individual
- Terapia grupal
- Talleres sobre abuso sexual a menores.
- Conferencias a padres y a la comunidad en general.
- Valoraciones psicológicas.

HOSPITAL

- Test proyectivos
- Figura humana
- H. T. P.
- Dibujo libre
- Dibujo de la familia
- Valoración psicológica de las funciones cognitivas.
- Terapia familiar.

D.I.F.

- Terapia familiar
- Terapia individual
- Valoraciones psicológicas.
- Acuerdos familiares.

El cuadro 14 nos muestra los elementos o herramientas que utilizan las psicólogas para realizar su función.

DESCRIPCION DE RESULTADOS

Los resultados de ésta investigación, se presentan a --
continuación:

I: Proceso de atención, que se le brinda a la víctima -
(cuadro 1):

a) Centro de Justicia:

El primero que atiende a la víctima es el Ministerio Pú-
blico (MP), quien lo escucha, remite con el Médico para su certi-
ficación médico-legal (prueba pericial) y, después se levanta el
acta (Averiguación previa). Enseguida, pasan con la Policía Judi-
cial para dar los datos del ofensor. Es el MP o el Médico, quie-
nes canalizan al menor y familiares a Psicología (Programa Inter-
disciplinario de Atención a Personas Violadas, PIAV), si es nece-
sario o antes, se proporciona intervención en crisis o se les da
cita. En otra fecha, regresen con el MP, para saber si hay o no
detenido y cómo se va a continuar el proceso legal. Trabajo So-
cial no siempre interviene en los casos de abuso sexual, pero se
encarga de canalizarlos a otra institución, si se le requiere.

b) Hospital:

La víctima o paciente, llega a admisión y lo canalizan
al consultorio y Médico que corresponda; si las lesiones lo re-
quieren, es hospitalizado y, sobre todo cuando se trata de casos
médico-legales; por ejemplo: atropellamientos, quemaduras de se-
gundo y tercer grado, maltrato y abuso sexual al menor. Las en-
fermeras lo atienden e inician la historia clínica y se conti-
nua en Trabajo Social con los familiares; si el Médico detecta -

señales de abuso sexual, notifica a sus superiores (Jefe de Médicos, Director y Subdirector) y a Trabajo Social, que es el encargado de solicitar la intervención del MP, que acude de la Delegación Venustiano Carranza. Por último, la atención Psicológica se solicita a través de interconsulta, iniciándose con una valoración psicológica.

c) DIF:

Trabajo Social es quien, primeramente, escucha la versión del menor y/o los familiares y, posteriormente lo canaliza a Psicología o Jurídico y si éste lo cree necesario, lleva a la víctima a la clínica, para que el Médico realice una certificación provisional del estado físico; Psicología, inicia el tratamiento con terapia individual o familiar.

II: El número de profesionistas que requiere la institución y la forma en que los distribuye es la siguiente (ver cuadro 2):

a) Centro de Justicia:

Se encuentran tres Médicos, en diversos turnos, cubriendo las 24 horas del día; más otro los domingos y días festivos.- Tres Abogados cubren el turno de 24 horas, laborando 24 por 48 - de descanso, más tres abogados por mesa de trámite (2 mesas por 2 turnos) Trabajo Social cubre un sólo turno y hay una por subprocuraduría (de Toluca, Valle de Texcoco, Chalco). También se cuenta con una Psicóloga, en el turno matutino y se apoya en prestadores de servicio.

b) Hospital:

Hay 45 Médicos, de los cuales 25 dan atención a los hospitalizados, 10 de consulta externa (en las mañanas) y 10 de guardia. 2 Trabajadores Sociales están en el turno matutino y una en el vespertino; además de una Psicóloga en el turno vespertino; el Abogado acude cuando se le requiere en el Hospital de la Delegación Venustiano Carranza.

c) DIF:

Se encuentran 10 Médicos, 5 por dos turnos, dando consulta externa en la clínica (externo de la Procuraduría de la Defensa del Menor y la Familia, perteneciente al DIF). Cuenta con 5 Abogados, 5 Trabajadores Sociales y 4 Psicólogas, cubriendo todos el turno matutino.

III: A continuación describiremos las funciones de los profesionistas que laboran en las tres instituciones (cuadro 3):

A) Médico

a) Centro de Justicia:

Realiza certificados de sanidad, ebriedad, lesiones, psicofísicos, edad clínica, ginecológicos, proctológicos, andrológicos, levantamiento de cadáveres y necropsias...

b) Hospital:

Da consulta externa, atención de lesiones, realiza cirugías, consulta pediátrica (principalmente de traumatismos) y medicina preventiva.

c) DIF:

Da consultas externas, atención de lesiones, cirugías,-

consulta pediátrica, geriátrica (ancianos), personas adultas, --
planificación familiar, urgencias, partos y sólo certifica provi-
sionalmente, cuando se le requiere por parte del Jurídico.

B) Abogado

a) Centro de Justicia:

Inicia la averiguación previa y el proceso legal, en --
casos de homicidio, robo, violación, fraudes, entre otros.

b) Hospital:

Realiza las mismas funciones que en la delegación (toma
la declaración del menor y canaliza a los familiares a la mis---
ma).

c) DIF:

Se encarga de dar asesorías legales, sobre pensión ali-
menticia y de denuncias relacionadas al ámbito familiar.

C) Trabajo Social

a) Centro de Justicia:

Contactos con otras instituciones y canalización de pa-
cientes, localizar personas extraviadas, abandonadas o ausentes,
y atención al público en general.

b) Hospital:

Realiza estudios socioeconómicos, contacta y canaliza a
las víctimas a otras instituciones y, maneja con la familia y pa-
ciente el proceso salud-enfermedad.

c) DIF:

Atención al público en general, canalización a casa-ho-

gar, orientación sobre problemas familiares, pláticas a nivel -- preventivo, recorridos y visitas domiciliarias.

D) Psicología

a) Centro de Justicia:

Da apoyo a víctimas de delitos sexuales, talleres de -- prevención del abuso sexual (dirigido a padres e hijos), terapia a ofensores sexuales, a víctimas de maltrato doméstico, violación y de síndrome del niño maltratado, intervención en crisis, valoración psicológicas, orientación y apoyo en el proceso legal (sin embargo, éstas funciones no son reconocidas oficialmente -- por la Procuraduría General de Justicia).

b) Hospital:

Realiza valoraciones psicológicas y cuando se le requiere, está presente en interrogatorios a menores; además por cuenta propia, atiende casos externos al hospital, como de adolescentes, educativos y clínicos.

c) DIF:

Proporciona un reporte psicológico, terapia individual o familiar, a parejas, delimitación de la custodia de los hijos y atención al público en general.

IV: Además de las funciones, es preciso mencionar las -- delimitaciones de éstas (ver cuadro 4):

Sólo Psicología reporta delimitaciones; ya que en el -- Centro de Justicia y Hospital, no es obligatorio pasar a ésta -- área ni los seguimientos; en tanto, en el DIF, los seguimientos

no son obligatorios; por eso, se desconoce en qué concluyen los casos; además de que en ésta misma institución Trabajo Social, Psicología y Abogado sufren cambio de personal cada tres años, - por el cambio de dirigentes, lo cual rompe la secuencia de trabajo.

V: A partir del cuadro 5, nos enfocaremos al abuso sexual al menor. Señalaremos los elementos que cada institución -- considera para clasificar un caso de abuso sexual, en base al -- punto de vista y formación de cada profesionista.

1.- Para el Médico del Centro de Justicia, son las lesiones a nivel genital (interno y externo), las que corroboran el delito.

2.- Para el Médico del DIF se toma en cuenta las lesiones a nivel genital, pero no extinde certificado, canaliza a la institución legal.

3.- Para los Abogados, Trabajadores Sociales y Psicólogos, de -- las tres instituciones, es la versión del menor y la de la familia o tutor; aunque los abogados se apoyan en el certificado médico; a Psicología del Hospital, los casos ya llegan clasificados y no averigua más.

VI: Así mismo, la institución le da una jerarquización a los delitos; el abuso sexual ocupa la siguiente posición (cuadro 6):

a) Centro de Justicia:

Su orden de importancia es: Homicidios, asaltos, fraudes, violaciones, robos, lesiones leves; además de considerar que el

daño a un menor, por su edad, es variable y disminuirá con el tiempo; pero, para Psicología su interés por el abuso sexual es primordial.

b) Hospital:

No tiene relevancia, lo básico es que el menor se encuentre físicamente sano; aunque para Trabajo Social y Psicología, los casos del síndrome del niño maltratado y el abuso sexual son importantes.

c) DIF:

Los casos de maltrato y de abuso sexual al menor, son los que requieren atención inmediata, los más importantes, después de maltrato doméstico y otros de ámbito familiar.

VII: El número de casos atendidos por institución, en un período de un año (mayo 1992- mayo 1993)(cuadro 7):

a) Centro de Justicia:

Fueron 2 340 casos en general; 180 corresponden a delitos de violencia sexual e intrafamiliar y de estos, 84 son de abuso sexual, lo que equivale al 46.67% de los delitos de violencia sexual.

b) Hospital:

Se atendieron 1 920 casos; 120 son de delitos de violencia intrafamiliar y sexual, de los cuales el 50% (60 casos) implican abuso sexual.

c) DIF:

De 240 casos, 120 implican violencia intrafamiliar y --

sexual, de estos, 36 son de abuso sexual o el 30% de los casos - en general.

De lo anterior, notamos que el Centro de Justicia, es - el lugar donde más se reportan y que entre los tres centros, hay 180 casos de abuso sexual al menor y corresponde al 42.86% de -- los delitos sexuales en global.

VIII: Otro de los aspectos a considerar, son los segui- mientos; que es la atención subsecuente que recibe la víctima -- (cuadro 8):

a) Centro de Justicia:

Psicología es la única disciplina que continua propor- cionando apoyo (terapias). El Abogado da apoyo hasta la consig- nación del acta.

b) Hospital:

El Médico realiza su seguimiento hasta el momento en -- que se da de alta al menor y con consultas externas; el MP ini- cia la averiguación previa, pero si los familiares no acuden a - la delegación, no se continua el caso (aunque legalmente es un - delito que se sigue de oficio, es decir que debe continuar el -- proceso legal); cuando se presentan, el seguimiento es hasta la consignación del acta. Trabajo Social y Psicología, realizan su - seguimiento, mientras el menor está hospitalizado; sin embargo, - Trabajo Social atiende casos de consulta externa y se les toma - asistencia a los menores.

c) DIF:

Jurídico, Trabajo Social y Psicología, llevan al segui-

miento conjuntamente hasta llegar a establecer acuerdos familiares.

IX: Así mismo, es importante conocer los aspectos que los profesionistas consideran necesarios para la superación de la crisis (cuadro 9):

a) Centro de Justicia:

El Médico considera esencial el apoyo psicológico (Familiar, social y emocional), aunque mencionan, que el daño no es mismo en un bebe, un preescolar o un escolar; entre más edad tenga mayor es el daño. Para el Abogado, que el agresor sea sentenciado; además de las terapias psicológicas tanto individual y familiar; aunque la labor de Psicología no es reconocida legalmente; ya que la valoración que se realiza no es considerada como prueba pericial, ni en las audiencias y sentencia. Para Trabajo Social, debe plantearse un cambio en el ambiente familiar; además del apoyo de la misma. Para Psicología es necesario el apoyo familiar, la reestructuración del ambiente familiar y el apoyo psicológico al menor.

b) Hospital:

Para el Médico, la curación del menor depende del estado físico, si las heridas sanan se da el proceso de enfermedad - salud. Para el Abogado es importante el seguimiento de la denuncia; así como el apoyo familiar. Trabajo Social menciona que es importante la concientización del problema por parte de los padres y un apoyo psicológico. Por su parte, Psicología menciona que lo principal es el apoyo y tratamiento, aunque su función es

con los padres.

c) DIF:

Los cuatro profesionistas mencionan, que primero debe darse un tratamiento psicológico y una curación física (si las lesiones lo ameritan); además, en cambio del ambiente familiar y social, pláticas y terapias familiares e individuales.

X: Cada institución reporta las características de las víctimas (cuadro 10):

El 69% de las víctimas son del sexo femenino y el 31% - hombres, de nivel socioeconómico bajo y nivel escolar medio bajo; sin embargo, la edad varía de una institución a otra:

a) Centro de Justicia:

El rango de mayor frecuencia es de 8 a 17 años, aunque hay casos de 2 a 7 años.

b) Hospital:

La edad fluctúa de los 3 a los 16 años.

c) DIF

La edad es de los 6 a los 10 años.

XI: Las características de los ofensores son (cuadro - 11):

Las tres instituciones reportan que el sexo de los agresores es masculino, de nivel socioeconómico medio bajo y un nivel educativo medio y bajo. Sin embargo, la edad también varía:

a) Centro de Justicia:

La edad es entre los 21 a 45 años (aunque hay casos de-

75 a 80 años).

b) Hospital y DIF:

La edad es de los 20 a los 30 años.

XII: Otra característica detectada, corresponde a la --
relación víctima-ofensor (cuadro 12):

a) Centro de Justicia:

Los agresores son: el padrastro, familiares, el padre, vecinos y con menor frecuencia, los desconocidos.

b) Hospital:

Padrastro, familiares, desconocido, vecinos y padre.

c) DIF:

Padrastro, padre, familiares y, finalmente los desconocidos.

XIII: En cuanto al lugar que ocupa la víctima en la familia y el número de víctimas, tiene relación con la situación de que sí es o no conocido.

a) Centro de Justicia:

La víctima no ocupa un lugar específico, pudiendo ser -- una o más.

b) Hospital:

Es la primogénita o la intermedia, regularmente llegan por una sola.

c) DIF:

Es la primogénita o la más pequeña, siendo una sola y -- en pocas ocasiones dos víctimas. La víctima no ocupa un lugar es

pecífico, ya que el abuso se presenta en cualquier edad.

XIV: Uno de los puntos principales del trabajo, es la labor de Psicología; tratamos de destacar más ésta labor, en base a los elementos y técnicas que utilizan en las tres instituciones y señalando que el personal es de sexo femenino (Cuadro 14):

a) Centro de Justicia:

La Psicóloga labora los dos turnos (aunque sólo le reconocen uno) por exceso de trabajo; sus funciones van más allá de lo establecido; además de que contempla un tratamiento específico para los delitos de violencia sexual y maltrato doméstico. -- las terapias siguen una orientación cognitivo-conductual, utiliza la intervención en crisis. En las terapias incluye a los adultos, tomando en cuenta las características de la familia y, en base a ello, realiza las dinámicas; aunque lo principal es el -- apoyo al menor. Utiliza técnicas de modificación de conducta (modelamiento, asertividad, juego de roles, utilización de muñecos en la terapia de juego). Después del tratamiento, canaliza a la Clínica de Salud Integral de la ENEP-Iztacala, puesto que, además del problema hay otros de tipo familiar. Ella labora debido al Convenio PIAV-Procuraduría, en el cual ambas partes se apoyan mutuamente.

b) Hospital:

La Psicóloga menciona que su labor es a nivel familiar, concientizándolos sobre el problema del abuso sexual. La mayoría de los niños no refieren verbalmente el suceso, por lo que, a --

través de test proyectivos, como la figura humana, el HTP (casa, árbol y persona), dibujo libre y de la familia, se acerca a la situación emocional. Como nota psicológica, en el expediente, se remite a poner las funciones cognoscitivas dañadas: atención, memoria, lenguaje, inteligencia y comprensión.

No hay un lineamiento, ni tratamiento específico; como estudiante, la agresión sexual no fue contemplada. No cuenta con cuarto de juegos, con pruebas psicológicas apropiadas y, generalmente, los pacientes abandonan la consulta y así, menciona, los familiares y víctima evaden el problema. En cuanto al seguimiento del caso, no son obligatorios, se llevan por voluntad del paciente o familiares y no como requisito para darlo de alta, a diferencia de Trabajo Social, con quien tienen que haber concluido sus asistencias.

Su objetivo dentro del hospital, como lo idóneo, es no sólo curar el aspecto orgánico, que se vea no sólo la salud mental, sino el problema psicológico, sobre todo en los casos de maltrato y abuso sexual. Sin embargo, considera que hay niveles de maltrato más dañinos que algunos casos de abuso; aunque no hay correlación entre ambos.

c) DIF:

En lo que respecta al DIF podemos detectar que no se lleva una terapia para beneficio de la víctima; ayudan al menor a integrarse a su ámbito familiar. En dicha institución, las terapias van más encaminadas a los adultos como familia, a parejas y delimitación de la custodia de los hijos, concepto de padres; es decir, el trabajo de Psicología es más a nivel familiar, las-

través de test proyectivos, como la figura humana, el HTP (casa, árbol y persona), dibujo libre y de la familia, se acerca a la situación emocional. Como nota psicológica, en el expediente, se remite a poner las funciones cognoscitivas dañadas: atención, memoria, lenguaje, inteligencia y comprensión.

No hay un lineamiento, ni tratamiento específico; como estudiante, la agresión sexual no fue contemplada. No cuenta con cuarto de juegos, con pruebas psicológicas apropiadas y, generalmente, los pacientes abandonan la consulta y así, menciona, los familiares y víctima evaden el problema. En cuanto al seguimiento del caso, no son obligatorios, se llevan por voluntad del paciente o familiares y no como requisito para darlo de alta, a diferencia de Trabajo Social, con quien tienen que haber concluido sus asistencias.

Su objetivo dentro del hospital, como lo idóneo, es no sólo curar el aspecto orgánico, que se vea no sólo la salud mental, sino el problema psicológico, sobre todo en los casos de maltrato y abuso sexual. Sin embargo, considera que hay niveles de maltrato más dañinos que algunos casos de abuso; aunque no hay correlación entre ambos.

c) DIF:

En lo que respecta al DIF podemos detectar que no se lleva una terapia para beneficio de la víctima; ayudan al menor a integrarse a su ámbito familiar. En dicha institución, las terapias van más encaminadas a los adultos como familia, a parejas y delimitación de la custodia de los hijos, concepto de padres; es decir, el trabajo de Psicología es más a nivel familiar, las-

valoraciones que entregan al Jurídico apoyan la denuncia legal;-
los pacientes abandonan la terapia cuando se llega a un acuerdo
familiar o el agresor ha sido detenido y consignado. Utilizan una
formación conductual en las terapias.

DISCUSION Y CONCLUSIONES

La labor de los profesionistas y las instituciones, se da de la siguiente forma:

a) Multidisciplina:

Por multidisciplina entendemos, la labor conjunta y --- coordinada de las disciplinas, sin perder la identidad de sí misma. Esta labor ocurre en el DIF; entre el Abogado, Trabajo So--- cial y Psicología; debido a que analizan los casos en forma conjunta, proponen soluciones, se integran para saber cómo podría - intervenir y en qué momento otra disciplina en apoyo de la otra.

b) Por Procedimiento:

Es la labor que tienen que cumplir y es establecida oficialmente por la propia institución, aunque a veces se pueden in--- tegrar con otra disciplina; Por ejemplo: la labor del Médico y - Abogado (el certificado del Médico se utiliza como prueba perii--- cial), en el Centro de Justicia; en el DIF es la labor del Médico; así mismo, en el Hospital, el Médico y Abogado tienen que -- cumplir con sus funciones sin necesidad de conjuntarse y coordinarse con otras disciplinas.

Sin embargo, estos dos tipos de labor no sucede con las demás disciplinas (Psicología y Trabajo Social); éstas no tienen sus funciones establecidas, por lo cual se entre mezclan; por -- ejemplo: En el Centro de Justicia, Trabajo Social tiene que contactar y canalizar a las víctimas a otras instituciones; pero -- como no se encuentra en la institución, su labor la realiza Psicología. En el Hospital, Trabajo Social contempla el aspecto emg

cional del niño, realiza talleres y pláticas de orientación; ya que Psicología sólo se concreta a recibir los casos clasificados y no da terapia. Así mismo, las funciones asignadas por la institución no abarcan más allá de lo establecido por la misma y por la profesión. Sin embargo, para Psicología, aún cuando los seguimientos no son obligatorios (en el Centro de Justicia y DIF), -- continua con el apoyo, aunque no es señalado oficialmente.

Por otro lado, podríamos hablar de que los profesionistas realizan funciones particulares y repetitivas, es decir no varían de un caso a otro, aún cuando atienden un sin número de casos y, esto es por lo que le exige la institución. Por ejemplo: el Médico del Centro de Justicia, a todas las víctimas les realiza un examen de diagnóstico. Los profesionistas tienen limitadas -- sus funciones por la institución; como es el caso de Psicología del Hospital, pues se limita a realizar valoraciones y entregar reportes.

Así mismo, la institución da la pauta a seguir en el -- tratamiento (recuperación) de las víctimas; tomando como base lo a ella le es esencial e importante. Por ejemplo: para el Hospital es la salud física; en el DIF su función es más enfocada a -- la familia y, en el Centro de Justicia, lo legal. Pero, en el DIF no hay una secuencia del trabajo, pues cada tres años cambian -- los dirigentes y, con ello la forma de trabajo.

El abuso sexual al menor, no tiene gran importancia para el Hospital y Centro de Justicia, aunque sí para Psicología y Trabajo Social, tanto por su interés profesional como por el daño que produce en el menor; en el DIF tiene mayor importancia, --

pues involucra a la familia. Aún cuando para el Centro de Justicia, no tiene mucha relevancia el abuso sexual, es el lugar donde se reportan más casos; sin embargo, las tres instituciones -- presentan pocos casos de violencia sexual, pero, casi la mitad -- de ellos corresponden al delito de abuso sexual al menor. Además de que para los cuatro profesionistas, de las tres instituciones el apoyo psicológico es vital para la recuperación del menor; -- aunque ésta labor no sea reconocida oficialmente.

En lo referente a la labor de Psicología, tenemos que -- en el Hospital, la Psicóloga no cuenta con una preparación para los casos que implican violencia sexual; su función se limita a lograr una aproximación emocional por la que atraviesa la víctima, por medio de valoraciones psicológicas y a entregar reportes; además cubre un solo turno y su labor primordial (terapias) la realiza Trabajo Social, por la ausencia y deficiencia de la -- Psicóloga. En el DIF el hecho de que Psicología trabaje en forma coordinada con los otros profesionistas, no garantiza que la labor sea eficiente, pues no tienen una preparación para los casos de violencia sexual. Para la Psicóloga del Centro de Justicia, -- cumple con sus funciones establecidas por el Convenio PIAV-Procuraduría General de Justicia del Estado de México; además de -- otros casos del centro; este convenio consiste en brindar apoyo a las víctimas de violencia sexual y que acuden al Centro de Justicia; el apoyo es proporcionar asistencia social y técnica, que son las terapias especializadas en violencia sexual.

Con lo anterior, no queremos decir que la labor del -- PIAV es la mejor, pero es la más adecuada para los casos de vio-

lencia sexual; parece ser que si unieramos la forma conjunta y -- coordinada de trabajar del DIF; con la labor de Psicología y Médico y Abogado del Centro de Justicia y la del Médico y Trabajo Social del Hospital, se mejoraría la atención y apoyo a las víctimas de violencia sexual y, sobre todo de abuso sexual al menor

En el presente trabajo se ha encontrado, que al igual -- de los autores Schultz (1980), Brenner (1987) y Finkelhor (1987) los ofensores son del sexo masculino, conocidos por la víctima y hay una diferencia de 5 o más años entre ellos. Las víctimas son en su mayoría, mujeres de 2 a 17 años de edad y la edad de mayor riesgo es de 8 a 12 años, pero todos los niños de cualquier edad están expuestos a ser víctimas. También encontramos que el abuso sexual es más frecuente en los niveles socioeconómicos bajos --- (Finkelhor, 1987) y el ofensor suele ser el padrastro y la víctima la primogénita y otra hermana menor; con esto se confirma lo que menciona el CANVAC (1985), en lo referente de que el ofensor -- es conocido y goza de respeto dentro de la familia del menor.

Con lo anterior tenemos que la labor de cada institución está en función de lo que establece la misma, es decir sus -- funciones están encaminadas a un fin específico y no se inmiscuyen en otras actividades. Por ejemplo: en el Centro de Justicia su función es lo referente al aspecto legal (denuncia, víctima y ofensor, aprehención) y no se involucra en lesiones graves o que requieran hospitalización y, por esto, la labor de Psicología -- queda más atrás; en el Hospital, lo esencial es el aspecto médico (curación de heridas, salud física) y no atiende cuestiones --

legales y, en el DIF, la familia (re-establecer el equilibrio familiar), no se involucra en asuntos médico-legales.

Por otro lado, la labor de los profesionistas es de acuerdo a lo que exige y establece la institución en que desempeña sus funciones; por eso, encontramos diferencias de una misma profesión a otra en los tres centros. La institución requiere de un personal especializado, según las necesidades de la misma. Por ejemplo: el Médico del Centro de Justicia, se enfoca al aspecto médico-legal; en el Hospital, es Médico-Pediatra y, en el DIF, es Médico familiar. Pero, cuando la institución no establece dichas funciones, estas se entre mezclan con otras; como en el caso de Psicología y Trabajo Social y/o cuando una disciplina no se encuentra, su labor es incompleta o deficiente, como lo es en el Centro de Justicia y Hospital.

En lo que concierne a la labor de Psicología, tenemos que tanto en el Centro de Justicia y DIF; se apega a las necesidades de la institución, es decir en el Centro de Justicia, la Psicóloga cumple su labor de acuerdo al convenio PIAV-Procuraduría; en el DIF, su actividad es dada a la terapia familiar; pero, en el Hospital no se cumple con la actividad primordial de Psicología, pues su labor es simple e incompetente; por lo cual Trabajo Social realiza sus funciones. Por otro lado, el hecho de desconocer el aspecto de violencia sexual, no implica que a las víctimas no se les brinde apoyo o se les canalice a otra disciplina; no es una cuestión de pertenecer o no al PIAV, sino de la misma profesión o de utilizar otra forma distinta de trabajo; por ejemplo el DIF no cuenta con una Psicóloga del PIAV o --

con un convenio, pero a las víctimas se les brinda apoyo legal, médico y psicológico; otro ejemplo es lo que sucede con el plan curricular de Psicología en la ENEP-Iztacala, de cierta manera, se propone que el Psicólogo investigue las distintas formas de alternativa para la superación de los problemas; pero esto no ocurre en el Hospital; así la labor de Psicología es considerada como innecesaria y deficiente. Sin embargo, esto también incluye a la misma profesión y, por esto no se le da un reconocimiento dentro de la institución.

Para los casos de abuso sexual al menor, la Psicóloga del Centro de Justicia, es la más preparada; cuenta con las técnicas indicadas, se preocupa por el menor como individuo y a nivel familiar, lo esencial es que él supere la crisis emocional; sin embargo, no tiene el suficiente apoyo de la institución, al no considerar los seguimientos como obligatorios. En el DIF, debido al interés primordial de la institución, se enfoca más a la familia que al individuo, dejando incompleta su labor.

A continuación mencionaremos algunas sugerencias para mejorar la labor de las instituciones y Psicología:

- A) Ampliar y mejorar las instalaciones, contar con el material y personal adecuado, según las funciones y demandas del servicio, con la finalidad de que éste sea efectivo para la comunidad.
- B) La institución deberá seleccionar, reclutar y capacitar a su personal, según las necesidades y demandas; así como orientarlos sobre las diferentes problemáticas que se atienden, lo cual propiciaría una mejor y mayor atención a los usuarios.

C) Especificar y reconocer oficialmente, las funciones de las -- disciplinas involucradas en la institución, principalmente Psicología y Trabajo Social; pues su labor es de vital importancia para la recuperación emocional y familiar del menor y, se eliminarían las confusiones en lo referente a sus alcances de su labor, -- esto no sólo en los casos de violencia sexual, sino en todos -- aquellos que tengan que intervenir ambos.

D) En esta institución es necesaria la labor de un Psicólogo especializado o con orientación sobre violencia sexual o problemas clínicos; con la finalidad de atender, adecuadamente, los casos que implican violencia sexual.

E) Concientizar a los demás profesionales sobre la problemática sexual, particularmente, en el Hospital, pues la recuperación física y emocional del menor y su familia, dependerá del trabajo --- coordinado y eficaz de ellos. así como del apoyo de la misma familia.

F) Incluir dentro del curriculum de Psicología, el tema de violencia sexual. (pues debido a que dicha problemática sólo se contempla en cursos y talleres a nivel particular), pues el problema ha ido en aumento y la falta de personal especializado, se beneficiaría a la disciplina de Psicología con el reconocimiento oficial en los diferentes centros y su misma aceptación.

La finalidad de éste trabajo es dar a conocer algunas formas de trabajo y formular nuevas propuestas, que enriquezcan y complementen la labor del Psicólogo; mencionaremos algunas:

- a) Eliminar las falsas ideas que se tienen del abuso sexual, ya que es una de la peores realidades que le pueden ocurrir a un -- menor y, todos tratan de ignorar.
- b) Dar a conocer el deficiente trabajo que se realiza en el Hospital, en lo que respecta al área de Psicología y, hacer mención de la del Centro de Justicia.
- c) Promover y difundir la labor del PIAV, en Iztacala y Centros Justicia del Estado de México a las agencias especializadas en Delitos Sexuales del Distrito Federal, DIF, Hospitales Públicos; - con la finalidad de que las víctimas de violencia sexual reciban un apoyo completo y eficiente, como lo ha demostrado el PIAV.
- d) Promover y realizar pláticas y talleres sobre la prevención del abuso sexual y otros problemas de violencia sexual, en las diferentes instituciones y a diferentes niveles educativos y sociales, con el fin de que disminuya la incidencia, haciendo in--capie en los factores de alto riesgo. Esta labor se hará multi--disciplinariamente (Psicólogos, Médicos y Trabajo Social).
- e) Una forma de que se reconozca legalmente, la labor de Psicología, consiste en tomar en cuenta todas aquellas consecuencias, - que sufre la víctima del abuso sexual u otros delitos sexuales; ya que algunas pueden perdurar hasta la edad adulta; se puede - considerar como delitos que incluyen lesiones temporales, de por vida y que son de alto riesgo; además del desequilibrio emocio--nal que, generalmente, es más dañino que algunas lesiones. Para lograrlo, es necesario resaltar los instrumentos y técnicas que se utilizan, para aproximarse y diagnosticar el estado emocional

del menor; así como su intervención psicoterapéutica y su labor preventiva.

f) Implementar conferencias, pláticas y talleres de prevención del abuso sexual al menor en guarderías, centros de desarrollo integral, jardín de niños, albergues, primarias, centros de asistencia social, hospitales; para que la población más afectada -- (niños, padres, maestros, asistentes educativos), se enteren de cómo actuar y dónde acudir ante las diferentes situaciones de alto riesgo.

Por último mencionaremos algunas sugerencias para investigaciones posteriores:

- 1.- Realizar un trabajo similar a éste, acudiendo a centros especializados; como COVAC, CAVI, Agencias de Delitos Sexuales, -- entre los Centro de Justicia, DIF's; con la intención de conocer y comparar los resultados y técnicas, marco teórico que utilizan.
- 2.- En los centros, antes mencionados, se debe analizar el tipo de atención que se les brinda a las víctimas, conocer el trabajo que realizan, técnicas, instrumentos, efectividad del tratamiento y cómo se conjuntan y coordinan los profesionistas.
- 3.- Para complementar éste trabajo, sería adecuado tomar una muestra de los casos que ya fueron atendidos de los tres centros -- (Hospital, DIF y Centro de Justicia), con el fin de saber cuáles técnicas son más efectivas, a parte de la cognitivo conductual y sería también para las demás instituciones.

BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFIA

- Achával, A; Delito de Violación. Estudio Sexológico, Médico-legal y Jurídico. Buenos Aires, Ed. Abeledo-Perrot, 1979, Cap. XLIII, pp.279-284.
- Adams, C. y Fay, J; No más Secretos. Cómo proteger a su hijo de un ataque sexual. México, Ed. Origen, 1981, pp.125.
- Alvarez, M. T; Características del Violador de Menores. México, Tesis de Lic. en Psicología, UNAM, ENEP- Iztacala, -- 1991.
- Andolfi, M; Terapia Familiar. México, Ed. Paidós, pp. 139-149.
- Arya, O. P; Osoba, A. O. y Bennett, F. J; Enfermedades Venéreas. Diagnóstico y Tratamiento. México, Ed. Manual Moderno, 1980, pp. 245.
- Avila, E; Jiménez, M y León, R; Características Psicológicas y Socioeconómicas del Violador Sentenciado en el Estado de México. México, Tesis de Lic. en Psicología, UNAM, ENEP-Iztacala, 1991.
- Bandura, A y Ribes, E; Modificación de Conducta. Análisis de la Agresión y la delincuencia. México, Ed. Trillas, 1977, pp. 347.
- Bedolla, P; "Hostigamiento Sexual y Laboral en la Mujer: Una Desigualdad Social." Ponencia presentada en el II Curso de Actualización de Sexología y Derecho, en la facultad -

de Derecho, UNAM, 1986.

Brenner, A; Los Traumas Infantiles. Cómo Ayudar a Vencerlos. México, Ed. Planeta, 1987, Cap. 10, pp. 179-198.

Brownmiller, S; Contra Nuestra Voluntad. Hombres, Mujeres y Violación. España, Ed. Planeta, 175, pp. 264-270.

CAMVAC (Centro de Apoyo para Mujeres Violadas, Asociación Civil); Violencia Sexual. Carpeta de Información Básica. México, 1985.

Cazorla, G; Alto a la Agresión Sexual. México, Ed. Diana, Cap. 6, 9 y 10, 1992.

Código Penal para el Distrito Federal. Ed. Porrúa, 1992.

Código Penal para el Soberano y Libre Estado de México. Ed. Porrúa, 1992.

Conti, A; Sfilis. Argentina, Ed. Médica-Panamericana, 1971, pp. 115.

Contreras, N; Análisis Teórico de la Violación Sexual en México. México, Tesis de Lic. en Psicología, UNAM, ENEP-Iztacala, 1990.

Contreras, N; "Abuso Sexual al Menor: Tratamiento Psicológico y Prevención". Ponencia presentada en el Primer Congreso Al Encuentro de la Psicología. UNAM, ENEP-Iztacala, --- 1990.

COVAC (Colectivo contra la Violencia A.C.): Carpeta de Estadísticas de 1992. México.

- Cú Farfán, E. C; y Suasnavar, Y; Un Programa de Prevención del - Abuso Sexual Infantil. México, Tesis de Lic. en Psicología, --- UNAM, ENEP-Iztacala, 1991.
- Finkelhor, P; Abuso Sexual al Menor. Causas, Consecuencias y Tratamiento Psicosexual. México, Ed. Pax, 1987.
- Fontana, J. U; En Defensa del Niño Maltratado. México, Ed. Pax, -- 1989.
- Garrido, U; "Psicología de la Violación." En: Estudios de Psicología, 1989, # 38, pp. 91-110.
- Goldman, H; Psiquiatría General. México, Ed. Manual Moderno, -- 1988, pp. 156-164.
- Gomezjara, F; Sociología. De Acuerdo con los Programas Vigentes. México, Ed. Porrúa, 1989, pp. 115-118.
- González, G; "El Abuso Sexual al Menor y la Legislación Penal -- Aplicable." En: Staelens, P. (Ed): La Problemática del Niño en México. México, UAM, 1991, pp. 109-113.
- Johnson, R; La Agresión en el hombre y en los animales. México, Ed. Manual Moderno, 1976, pp. 121-138.
- Kellinger, G. S; Investigación del Comportamiento. Técnicas y - Metodología. México, Ed. Interamericana, 1986, pp. 285 286.
- Kempe, C. H. y Kempe, R. S; Niños Maltratados. Madrid, Ed. Mora-

- ta, 1985, Cap. IV, pp. 85-108.
- Kilby, U; Sexo Seguro. México, Ed. Interamericana-McGraw-Hill. - 1988, pp. 55.
- Kuitko, L. A; Peritación Médico-legal en las Presuntas Víctimas del Delito. México, Ed. Trillas, 1991.
- Leal, A; La Violación. Una Revisión Histórico-conceptual. México. Tesis de Lic. en Psicología, UNAM, ENEP-Iztacala, 1990.
- Maher, P; El Abuso contra los Niños. La Perspectiva de los Educadores. México, Ed, Grijalbo, 1988. pp.175-193.
- Master, W; Johnson, V. y Kolodny, J; Sexualidad Humana. Tomo II, Barcelona, Ed. Grijalbo, 1988, Cap. 18, pp. 514-547.
- Mussen, C. H; Conger, J. J. y Kagan, J; Desarrollo de la Personalidad en el Niño. México, Ed. Trillas, pp. 342-344.
- Navarro, L. C; "El Abuso Sexual dentro de la Familia e Incesto". México, Tesina de Lic. en Psicología, UNAM, ENEP-Iztacala, 1990.
- Noble, R; Enfermedades de Transmisión Sexual. Bacerlona, Salvat-Editores, 1985, pp. 179-184.
- Rivera, L; "El Incesto a través del Enfoque Sistémico." México, - Tesina de Lic. en Psicología, UNAM, ENEP-Iztacala, -- 1992.

- Robertson, H. M; McMillan, A. y Yuong, H; Enfermedades de Transmisión Sexual. Diagnóstico, Tratamiento, Prevención y Repercusión. Barcelona, Ed, Doyma, 1984, pp. 418.
- Schultz, L. G; The Sexual Victimology of Youth. Springfield, Illinois, USA, Charles C. Thomas Publisher, 1980, pp. 6-15, 35-69..
- Slaikeu, K, Intervención en crisis. Manual para Prácticas e Investigación. México, Manual Moderno, 1988, pp. 313.
- Solomon, P. y Patch, V. D; Manual de Psiquiatría. México, Manual Moderno, 1976, pp. 206-218.
- Vázquez, H; Del Incesto en Psicoanálisis y en Antropología. México, Fondo de Cultura Económica, 1986, pp. 9-33.
- Valladares, P; "Estudio Epidemiológico de la Violencia Sexual". - Tesis de Maestría en Modificación de la Conducta, --- UNAM, ENEP-Iztacala, 1993.
- Warren, H; Diccionario de Psicología. México, Fondo de Cultura Económica, 1982.
- Wolpe, J; Prácticas de la Terapia de la Conducta. México, Ed, - Trillas, 1985, pp. 67-74.
- OTRAS FUENTES:
- Entrevista con el Personal del CAVI.
- PIAV: Violencia Sexual. Investigación Docencia y Servicios.
1993, UNAM, ENEP-Iztacala.

PIAV: "Convenio de Cooperación PIAV-Procuraduría General de Justicia del Estado de México" 9 de Octubre de 1990.

Revista FEM, "Abuso Sexual de Menores"; Año 10, # 47.

Reynoso, L; Cuide su Corazón. Nueva Terapia de Apoyo para Problemas Cardiovasculares. México, Ed. Promexa, 1990, pp.101.

ANEXOS

FORMATO DE ENTREVISTA
 ENTREVISTA DIRIGIDA A PROFESIONISTAS
 QUE INTERVIENEN EN LA ATENCION A VICTIMAS
 DE ABUSO SEXUAL

ENTREVISTA A REALIZARSE EN LAS DIFERENTES INSTITUCIONES.

INSTRUCCIONES:

La entrevista se realizará de forma personal, agradeciendo de antemano el apoyo de los profesionistas.

- 1.- Dentro de la institución, ¿cuáles son sus funciones?
- 2.- Cuando el paciente o la víctima llega a la institución, que procedimiento debe realizarse para ser atendido.
- 3.- ¿Cuántos Médicos (Abogados, Trabajadores Sociales, Psicólogos) laboran en la institución?
- 4.- ¿Qué elementos toma en cuenta para referir que se trata de un abuso sexual.
- 5.- ¿Cuántos casos atiende en promedio anual y de esos, cuántos son de abuso sexual?
- 6.- De los menores que han sufrido abuso sexual, ¿cuántos de ellos llevan a cabo una denuncia legal?
- 7.- ¿Cuántos son atendidos por el servicio Médico?
- 8.- ¿Se involucra en la demanda legal, si, no y porqué?
- 9.- ¿Qué limitantes tienen por la institución para el buen desarrollo de sus funciones?
- 10.- ¿Qué importancia le da la institución a la problemática del abuso sexual?

- 11.-Realiza un seguimiento con los menores, es decir continua viendolo, cuánto tiempo, qué actividades realizan.
- 12.- Después de ha atendido al menor, ¿lo canaliza a otro departamento?(A cuál).
- 13.-¿Lo canaliza al Psicología?
- 14.-¿Qué importancia cree que tiene y debe tener Psicología?
- 15.-¿Qué aspectos considera que se deben tomar en cuenta para que el menor se recupere del ataque sufrido?
- 16.-¿Qué relación se ha detectado que tienen el ofensor con la víctima?

EXCLUSIVAMENTE PARA PSICOLOGIA Y TRABAJO SOCIAL.

- 17.-¿Qué características tienen los ofensores y las víctimas? (edad, sexo, nivel socioeconómico y educativo).
- 18.-¿Cuál es el agresor más frecuente?
- 19.-Lugar que ocupa la víctima en la familia y cuántas pueden ser.
- 20.-¿Cómo llevan a cabo su labor, cuál es el tipo de apoyo que les brindan en la institución?
- 21.- ¿Llevan algún tratamiento específico?(técnicas e instrumentos).
- 22.- El abuso sexual al menor, ¿es considerado importante para el área de Psicología?