

112396



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA, PSIQUIATRÍA Y
SALUD MENTAL

SUBDIRECCIÓN
DE INVESTIGACIÓN

TITULO

CARACTERÍSTICAS DE PERSONALIDAD EN AGRESORES SEXUALES
ADOLESCENTES

ALUMNO

DRA. MARIA DE LOS ANGELES UGARTE BRIONES

TUTOR TEORICO

TUTOR METODOLOGICO




DRA. SILVIA ORTIZ LEON



DR. JESÚS GUTIERREZ AGUILAR



TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
"ESPECIALIZACIÓN EN PSIQUIATRÍA INFANTIL Y DE LA
ADOLESCENCIA"

V.B.

26 octubre 2001

FEBRERO 2001



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 esta 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.

AGRADECIMIENTOS

DRA. ROSA ISELA MEZQUITA OROZO

DRA. MARIA ELENA MARQUEZ CARAVEO

DR. LUIS MENDEZ

DR. SERGIO MUÑOZ FERNANDEZ

PSIC. ARMANDO LUVIAN PINEDA

PSIC. CLAUDIO PLASCENCIA CRUZ

DR. FRANCISCO ROCHA

MARISOL CERVANTES

DRA. AMPARO AMPUDIA RUEDA

GEMA UGARTE BRIONES

JACOBO MENDEZ HORTA

DRA. ANA LUISA MARTINEZ

ESMERALDA UGARTE BRIONES Y SU ESPOSO CARLOS

CARLITOS

DR. HECTOR CARRILLO V.

EN FORMA MUY ESPECIAL A :

DR. MARCELO SALLES

DR. JOSE ANTONIO EMERICH

DRA. PILAR POZA

DRA. ALEJANDRA VAZQUEZ RAMIREZ

ESTA TESIS ESTÁ DEDICADA ESPECIALMENTE A:

A CRISTÓBALA (q.e.p.d.)

INDICE

Introducción		Pág.
	Antecedentes	5
	Marco Teórico	9
	Justificación	22
	Objetivos del Estudio	23
Planteamiento del Problema		
	Hipótesis	24
Material y Método		
	Sujetos	25
	Procedimiento	29
	Análisis Estadístico	30
Resultados		36
Discusión		41
Conclusiones		44
Bibliografía		45
Tablas		20
Anexo		
	Cédula Recolección de Datos	56
	Ejemplos de MMPI	57

INTRODUCCIÓN

ANTECEDENTES

La frecuencia de reportes concernientes a la agresión sexual juvenil y el abuso sexual se ha incrementado en las últimas dos décadas. En los Estados Unidos de Norteamérica se estima que aproximadamente una de cada tres mujeres y uno de cada siete varones serán víctimas de abuso sexual antes de cumplir los 18 años de edad.

El conocimiento de la existencia de niños y adolescentes perpetradores de abuso sexual, es relativamente reciente y posterior a varios años de investigación en relación con adultos abusadores de niños (1). Existen modelos teóricos referentes a adolescentes abusadores sexuales, pero se basan en trabajos desarrollados con adultos.

Definiciones

La definición propuesta por Kinsey en 1965 y que se considera como clásica, es aquella que se refiere al ofensor sexual como un individuo quien ha estado legalmente procesado como resultado de haber cometido un acto para su inmediata gratificación sexual, contrario a las maneras sexuales de la sociedad en la que vive y que es legalmente castigado (2).

Se considera una conducta sexual abusiva la que ocurre sin consentimiento, sin equidad, o bien como resultado de coerción.

En este contexto, **consentimiento** debe incluir los siguientes elementos: a) Entendimiento de lo que se propone; b) Conocimiento de los estándares sociales de lo que se propone; c) Advertencia o discernimiento de las potenciales consecuencias y alternativas; d) Suposición que debe respetarse el acuerdo o desacuerdo; e) Decisión voluntaria y f) Competencia mental.

A la **equidad** se le define como: "Dos participantes que operan en una relación con el mismo nivel de poder, ninguno siendo controlado por el otro" (5).

Se define como **coerción** a la "explotación de la autoridad, uso de dádivas, amenaza o fuerza, o bien intimidación para obtener cooperación o cumplimiento" (5).

Smith y Monastersky (1986), reportaron diferentes tipos de conducta sexual en adolescentes con edades comprendidas entre los 12 y los 15 años, siguiendo diversos patrones raciales en varones y mujeres, pero la mayoría mostró una secuencia conductual hacia "tocamientos" corporales, "besos" en la boca y diversas partes del cuerpo y coito completo. Todas estas conductas tuvieron una repercusión en la vida sexual ulterior. Además, algunos autores consideran diversas formas de conducta "acordada" entre las parejas que pueden referirse como "pseudo-coercitivas", usualmente el compañero masculino, lleva a cabo ciertas acciones hacia la consecución de favores sexuales (3).

Orígenes de conducta sexual abusiva en infancia y adolescencia

La génesis de la conducta sexual desviada permanece aún sin dilucidarse a pesar del amplio margen de estudios descriptivos y estudios orientados hacia resultados al tratamiento. Algunos autores postulan que un abuso sexual temprano constituye un factor importante y poderoso en la conducta posterior del ofensor sexual, pero por otra parte, sólo una minoría de adolescentes abusadores ha sido víctima, razón por la que deben considerarse explicaciones alternas (4).

Existe evidencia de que la conducta ofensiva sexual de los perpetradores es cualitativamente diferente de la conducta exploradora en adolescentes (5).

Por ejemplo: En el estudio realizado por Templeman y Stinnett (1991), una proporción de adolescentes varones "normales", mostró algunas de las variedades de conducta

inadecuada "coercitiva", que incluso puede considerarse como "abusiva", en caso de que fueran reportados o descubiertos por "víctimas" (6).

En dicho estudio que se realizó en un área rural de los Estados Unidos de Norteamérica, con 60 estudiantes varones, se encontró que una importante proporción de ellos manifestó conductas sexuales "desviadas" y aún "criminales" incluyendo: Paidofilia, frotamientos, golpeteos y algunos presentaron conductas que incluso podrían ser contrarias a la ley.

O'Brien y Runz (1993), reportaron que el 21% de colegiales varones admitieron haber cometido abusos a niños y 7% refirieron que se involucrarían en actividades sexuales con niños en caso de poder evitar ser sorprendidos (7).

Nussbaum (1991), mencionó que el 22% de colegiales varones y 2% de colegialas hicieron actividades sexuales "ofensivas" en alguna manera, pero la definición de "conducta ofensiva" debería revisarse (8).

Estudios con ofensores sexuales adolescentes, encontraron un margen de diversas características de personalidad como aislamiento, timidez, conducta disruptiva y pobre control de impulsos.

Las tentativas de control se han obstaculizado por la presencia de pocos patrones que distingan la conducta sexual, acciones comunes, características de las víctimas o características demográficas entre ofensores y no ofensores abusadores.

En forma consistente la conducta sexual abusiva en adolescentes, deberá ser multicausal con factores de riesgo distintivos en los ofensores, historial de caracteres de personalidad y características de la víctima y su ambiente.

En ausencia de estudios prospectivos NO es aún factible tener la certeza de los mecanismos de curación a largo plazo en la vida de abusadores de niños y adolescentes, y se aplica igual en los casos asociados con adolescentes que abusan de niños.

Datos epidemiológicos

En el año de 1997, el Comité Nacional para Prevención de Abuso al Menor, estimó que aproximadamente el 8 % de un millón de casos confirmados de maltrato infantil fueron víctimas de abuso sexual en los Estados Unidos de Norteamérica.

El abuso sexual constituye uno de los delitos con mayor índice de crecimiento en los Estados Unidos de Norteamérica y representa el 7% de todos los delitos violentos (9).

En relación con los agresores sexuales juveniles, Ageton (1983), en un estudio efectuado sobre una muestra probabilística de 863 adolescentes varones entre los 13 a los 19 años de edad, concluyó que el índice de agresión sexual cometida por 100,000 adolescentes oscila entre 5.000 a 16.000 casos (10).

Por su parte, Davis en el año de 1993, realizó una encuesta descriptiva con estudiantes de secundaria y preparatoria y el estudio reveló que uno de cada cinco alumnos había forzado a alguna persona a tener relaciones sexuales y que el 60% de los varones encuestados encontraron aceptable el hecho de que un varón forzara una relación sexual con una mujer (11).

En una encuesta descriptiva efectuada por Ryan y Cols., en 1996 a nivel nacional en los Estados Unidos de Norteamérica, y que comprendió 1.600 jóvenes agresores sexuales no encontraron mayor prevalencia por grupo racial, étnico, religioso o socioeconómico. En su investigación, la edad de los agresores osciló entre los cinco a los 21 años, con una edad modal de 14 años y con predominio de los varones (12).

Al revisar la literatura médica es posible constatar que la mayoría de los reportes de agresión sexual juvenil corresponden a los adolescentes, sin embargo, Gil y Johnson señalaron (1993) una cifra preocupantemente creciente de episodios cometidos por pre-púberes (13).

MARCO TEORICO

Características del abuso sexual (Ofensa)

Estudios retrospectivos sobre abuso sexual en adolescentes mostraron que la conducta de los abusadores es similar a la de abusadores adultos.

Ageton (1983), encontró que más de la mitad de los sujetos utilizaron la fuerza, el sometimiento o la persuasión (14).

Las abusadoras femeninas usaron más la persuasión que la fuerza, la coerción fue una forma muy frecuente, sin embargo, las amenazas verbales y el cohecho fueron también frecuentes.

Estudios con muestras de adolescentes abusadoras, manifestaron antecedentes de uso de drogas, impulsividad y resultó frecuente encontrar falta de "provocación" de las víctimas para el acto de abuso (15).

Existen pocos estudios de abusadoras adolescentes femeninas, pero los efectuados en adultos evidencian que pueden mostrar casi todos los actos de abuso, incluso con niños de ambos sexos (16).

Características de los abusadores

El conocimiento está confinado a aquellos casos que alcanzan el marco legal o de intervención terapéutica. Si se evaluaran todos los casos de abusadores el panorama podría ser distinto.

Los agresores sexuales juveniles forman un grupo heterogéneo (17). Sus datos demográficos y sociales (familia, grupo étnico y religión), son relevantes. Una importante proporción muestra tendencia a la soledad así como relaciones familiares y sociales pobres.

De Natalie (1989). encontró que los rasgos de timidez, evasión social y aislamiento fueron significativamente más frecuentes en adolescentes abusadores masculinos que en delincuentes de delitos no sexuales (18).

Chewning (1991). encontró que los niños abusadores tuvieron menos relaciones íntimas de amistad, especialmente con el sexo femenino (19).

Katz (1990). comparó las habilidades sociales en los grupos de adolescentes abusadores, comunes así como normales. Este autor concluyó que los adolescentes abusadores mostraron deficiencia en habilidades sociales y aislacionismo por lo que dichos rasgos pudieran predisponer a crímenes sexuales contra niños (20).

Fagan y Wexler (1988). comunicaron que los agresores viven en hogares con violencia entre los padres y hacia los niños por parte de éstos (21).

Kaplan y Green (1988). mostraron que los adolescentes perpetradores de incesto tuvieron una importante prevalencia de victimización sexual en la infancia (22).

Por otra parte, Becker (1990). reportó que 48 madres perpetradoras de incesto tuvieron significativamente mayores probabilidades de ser víctimas de abuso sexual en su temprana infancia en comparación de 82 madres no incestuosas y que las primeras manifestaron disfunción sexual posterior y tuvieron que someterse a psicoterapia (23).

Epps (1993). encontró que el 44% de la muestra tuvo dificultad de aprendizaje y el 50 % recibió "educación especial". El 27% recibió asistencia por retraso o dificultades del lenguaje. Dichas observaciones apoyan la noción de que ciertos adolescentes abusadores presentan problemas de comunicación, lo cual puede contribuir a su aislamiento social (24).

Becker y Kaplan (1991). aplicaron el test de Beck para depresión a 246 ofensores masculinos los cuales obtuvieron un puntaje de 14.3. En sus resultados 42% de los sujetos mostraron depresión severa (17). El antecedente de haber sido víctimas sexuales en la infancia es comúnmente reportado entre abusadores. Ryan (24); Knopp y Longo

(25), refirieron que las cifras al respecto oscilaron de un 30% a 70% en los diferentes estudios. Tales hallazgos han llevado a una relación entre víctima de abuso sexual en la infancia y abusadores sexuales posteriores, sin embargo, algunos autores como Becker (5), puntualizaron que "la mayoría de niños varones que fueron asaltados sexualmente no se vuelven abusadores". Sin embargo, una importante proporción de abusadores reportó abuso sexual en la infancia, diversos estudios comparando delincuentes juveniles con abusadores y fracasaron al intentar demostrar dicha correlación.

Awad y Saunders 1991, sugirieron que la violencia física es más frecuente como antecedente en comparación al de victimización en la infancia. esta relación necesita confirmación posterior. En algunos estudios de los años 50's y 60's se encontró una importante proporción de trastornos psiquiátricos en abusadores sexuales juveniles: sin embargo, estudios posteriores no lo confirmaron (26).

Kaplan y Becker (1988), por ejemplo encontraron que ningún abusador juvenil reunía los criterios del DSM III, para un trastorno afectivo mayor y sólo el 48% reunía datos de trastorno conductual (hiperactividad), 34% para déficit de atención y 21% para el de adaptación y humor depresivo (17).

En otro trabajo Bagley (1992), mencionó que niños abusadores tuvieron una importante incidencia de problemas psicosociales en comparación con niños normales, indicando una pobre adaptación escolar y familiar pero no explicó como estos niños dirigen su interés a una conducta de agresión sexual (27).

En el presente estadio de conocimiento en adolescentes abusadores, sus características pueden contribuir relativamente poco al debate a cerca de la etiología de dicha conducta. Algunas características observadas pueden representar factores etiológicos y otros factores de riesgo. Es difícil demostrar una conexión causal. Los trastornos en la cognición acerca de los efectos negativos de la ofensa y la pobreza de empatía con las necesidades de otros, combinando patrones distintivos de exigencia sobre otros, sugieren

conducta común subyacente puede ser la manipulación y coerción sobre el ofendido. Mientras la conducta tiene una expresión sexual, la ofensa sexual puede tener más en común con otras conductas coercitivas, tales como el "valentón", "camorrista", "agresivo", "peleonero", hacer alarde de "machismo", que con la satisfacción de una necesidad y curiosidad sexual.

Agresor sexual pre-adolescente

Existe una preocupación creciente derivada del incremento en los reportes de agresiones sexuales cometidas por niños menores a los doce años de edad (28).

En este contexto, resulta necesario discriminar entre exploración sexual apropiada para la edad y conducta sexualmente abusiva. La exploración sexual apropiada usualmente se efectúa en niños de la misma edad, la misma talla y con mutuo consentimiento.

Gil y Jonson (1993), señalaron que los agresores sexuales juveniles con frecuencia reaccionan a su propia historia de victimización sexual. Estos autores emplean el término de *sexualidad reactiva* para referirse a agresores juveniles que ejercen una conducta sexual inapropiada como respuesta al hecho de que sufrieron un abuso sexual (13).

Gray y cols., refirieron que el agresor sexual pre-adolescente se caracteriza por exhibir impulsividad, coraje, miedo, aislamiento, confusión, depresión, preocupación obsesivo-compulsiva por el sexo, sexualización excesiva, ansiedad y trastornos del sueño (28).

Es importante resaltar que aproximadamente en la mitad de los casos, las víctimas de estos niños son sus propios hermanos. También estudiaron niños agresores sexuales con edades comprendidas entre los seis y los 12 años de edad y encontraron diversas características indicativas de disfunción en la familia y en sus padres, tales como: Violencia entre los padres, historia de victimización sexual, abuso físico, pobreza y búsqueda de servicios educativos y terapéuticos por diversos motivos (28).

Agresor sexual adolescente

En el año de 1988, Becker postuló que esencialmente existen cuatro clases de agresores sexuales aunque la mayoría comparten una serie de características (5):

- a) El verdadero parafilico con un patrón de desviación sexual bien establecido.

- b) El joven antisocial cuya conducta sexual agresiva constituye solo una faceta para explotar a otros.

- c) El adolescente con compromiso psiquiátrico o neurológico que interfiere en su capacidad de regular y modular impulsos agresivos y sexuales.

- d) El joven cuyas dificultades sociales e interpersonales, requiere de niños más pequeños para obtener una gratificación que no puede adquirirla de su grupo de amigos o compañeros.

Psicopatología

En investigaciones comparativas efectuadas entre agresores sexuales adolescentes, controles psiquiátricos y sujetos normales, evaluados mediante MMPI, los primeros presentaron mayor psicopatología, demostraron mayor desajuste global y mayor amenaza ante interacciones heterosexuales (20).

Truscott en el año 1993, mediante un estudio comparativo encontró que los agresores sexuales adolescentes tenían el doble en la frecuencia del antecedente de victimización sexual (29).

Kahn en su estudio, encontró que el 47 % tenían dicho antecedente de los cuales 44 % había sido perpetrado por su padre biológico y el 20 % por su padrastro (30).

Lewis y cols., señalaron que los agresores sexuales juveniles tuvieron un menor rendimiento escolar en comparación con delincuentes no sexuales y jóvenes con trastornos conductuales (31).

Diversos autores se han enfocado en intentar dilucidar alteraciones mentales específicas en agresores sexuales juveniles. Se refiere la existencia de una comorbilidad psiquiátrica entre el 60 al 90 % aproximadamente de los agresores sexuales adolescentes.

Las alteraciones psiquiátricas reportadas con mayor prevalencia son:

Trastornos de la conducta	45 a 80 %
Alteraciones en el estado de ánimo	35 a 50 %
Trastornos de ansiedad	30 a 50 %
Abuso de sustancias	20 a 30 %
Déficit de atención-hiperactividad	10 a 20 %

Shaw y cols., señalaron existe una relación inversa entre la edad del menor y la magnitud de la psicopatología (45).

Delincuencia

Los reportes en cuanto al antecedentes de conducta delictiva no sexual registrados en agresores sexuales juveniles oscila entre el 27 al 91 % (46).

En un estudio Ryan reportó que el 63 % de agresores sexuales juveniles habían cometido algún delito de índole no sexual (12).

Por su parte, Katz encontró de dicho antecedente con una frecuencia del 53 % (20).

Elliott (1994) en una encuesta prospectiva realizada en una muestra de 1725 jóvenes con edades comprendidas entre los 11 a los 17 años, encontró que la violación constituye el

peldaño final dentro de una actividad violenta delictiva, denominada "Ciclo de Violencia" cuya secuencia conduce del asalto, al robo y finalmente a la agresión sexual (32).

Para Ageton (1983) resulta evidente que existe un subconjunto de agresores sexuales caracterizado por un núcleo de rasgos antisociales, en quienes la agresión sexual representa solo una faceta del estilo de vida en donde el individuo, de una manera oportunística saca provecho de otro (10).

Características de personalidad

En un esfuerzo por dilucidar los rasgos de personalidad y patología del carácter, Shaw y cols., en 1996 efectuaron una entrevista psiquiátrica estructurada para evaluar una muestra de agresores sexuales adolescentes y conductas delictivas en un consejo tutelar y encontraron una frecuencia elevada de rasgos de personalidad profundos que incluyen al narcisismo, personalidad Borderline y trastornos de la conducta (33).

Dichos autores en sus resultados refieren que :

- 92% de los varones llenaron los criterios de trastorno de la conducta
- 67 % cumplieron los criterios para personalidad narcisística
- 72 % mostraron personalidad de tipo Borderline

Por su parte, Carpenter y cols., en el año de 1995 encontraron que los agresores sexuales adolescentes, que habían agredido a un menor, eran principalmente esquizoides, dependientes con aislamiento (34).

Ambiente familiar

La mayoría de los agresores sexuales juveniles radican en su hogar (12).

El ambiente familiar de manera frecuente se caracteriza por conflictos familiares, inestabilidad, disfunción familiar, y exposición a la violencia (5,26); además de violencia, padres periféricos y maltrato físico y sexual, así como bajos niveles de adaptabilidad y cohesión.

Kahn encontró una frecuencia de violencia en los padres de los agresores sexuales juveniles en el 38 % de los casos (35).

Habilidades sociales e interpersonales

Está bien documentado que los agresores adolescentes sexuales manifiestan evidente dificultad para las relaciones sociales y familiares.

Fehrenbach y Monastersky encontraron que el 65 % eran socialmente aislados y que 32 % no tenían amigo alguno (36).

En ese mismo tenor, Awad reportó que el 46 % de su muestra eran solitarios (40).

Adolescentes abusadores con problemas de aprendizaje

Murphy y Coleman han sugerido que del 10 al 15% de los abusadores sexuales tuvieron problemas de aprendizaje con IQ por debajo de 70 (37).

Kahn y Chambers 1991, reportan que el 31% de su muestra fueron considerados con incapacidad para aprendizaje (38). Swanson y Garwick (1990), mencionan que el 3% de su muestra como proporción de ofensores con retardo mental se ha sugerido que algunos aspectos de "institucionalismo", como aislamiento social puede incrementar la susceptibilidad a trastornos conductuales, mientras otros como la supervisión por personal decrecen las oportunidades de conducta agresiva (39).

susceptibilidad a trastornos conductuales, mientras otros como la supervisión por personal decrecen las oportunidades de conducta agresiva (39).

Tudiver y Griffin (1992), encontraron que los abusadores con retraso mental tuvieron características similares con abusadores con normal inteligencia y tuvieron pobres herramientas sociales, pobre control de impulsos y pobreza de empatía (40).

Gilby, Wolf y Goldbeng (1989), en un estudio comparando adolescentes con retardo mental y sanos, clasificaron los problemas sexuales como "con consentimiento" (aún conductas inapropiadas para sociedades estándares), ataque sexual y ruptura de normas sociales, estos últimos incluyen voyeurismo, exhibicionismo y agresiones verbales de contenido sexual (41).

Los adolescentes con retardo no mostraron más problemas sexuales que los adolescentes de inteligencia promedio, pero exhibieron contrariedad y menos incomodidad por los actos cometidos.

Existe alguna evidencia según estudios (Griffiths Quinsey 1989), de que las víctimas de abuso por parte de agresores masculinos retardados son más frecuentes y sin conocimiento del ofensor, al contrario de las víctimas de adolescentes con inteligencia normal (42).

Evaluación

Los psiquiatras y los residentes en Psiquiatría en entrenamiento tienden a no afrontar y a evitar el problema de los ofensores sexuales. La mayoría de los psiquiatras no han sido entrenados para realizar una detallada historia sexual de sus pacientes.

El método para evaluar la conducta sexual de los agresores sexuales es diferente de los métodos usuales para una evaluación psiquiátrica, esto a pesar de que los psiquiatras y otros profesionales de la salud mental son llamados frecuentemente a responder a

algunas preguntas de los ofensores sexuales para una variedad muy grande de propuestas por parte de la justicia legal.

El problema se complica cuando existe la coexistencia de algún trastorno mental con una conducta sexual ofensiva.

La investigación científica y los clínicos requieren una guía para la evaluación y tratamiento de estos pacientes. por ejemplo: los paidofílicos incestuosos y los exhibicionistas son más fáciles de tratar que los paidofílicos extrafamiliares. Algunos tipos de violadores pueden ser más fáciles de tratar que los violadores que presentan un componente sádico y violento.

La evaluación es necesaria porque los agresores sexuales forman una población heterogénea donde no existen medidas totalmente efectivas para el tratamiento teniendo que ser esta individual.

El individuo con conducta sexual ofensiva deberá estudiarse siempre en los siguientes incisos:

- A) La naturaleza específica de la agresión sexual
- B) Características de la víctima
- C) Antecedente de agresiones previas
- D) Nivel de psicopatología
- E) Historia de su desarrollo y educación
- F) Historia social
- G) Nivel de ira ó enfado
- H) Historia sexual
- I) Conciencia de sus emociones
- J) Conciencia distorsionada acerca del concepto hombre, mujer y niño
- K) Nivel de responsabilidad y capacidad de empatía

L) Como surge su impulso sexual y en que condiciones se despierta (su patrón de respuesta sexual).

Esta información será obtenida desde la entrevista haciendo énfasis en la confiabilidad.

Los ofensores sexuales frecuentemente presentan trastornos de conducta y son evasivos en sus respuestas. Es necesario revisar datos colaterales como reportes previos de su conducta, reporte policiaco (si lo hay), estado de la víctima e historia médica lo que ayudará al clínico a dirigir su atención a detalles específicos y a un cuestionario dirigido como preguntar si ha tenido antes del asalto fantasías en que se fuerza a un niño a tener alguna práctica sexual, o si acostumbra ver material pornográfico en el que participan niños.

El clínico deberá averiguar datos sobre sus fantasías y conducta sexual. La evaluación deberá extenderse hacia aspectos de su historia sexual y averiguar tipos de conducta distorsionada.

Se podrá efectuar una solicitud de asesoría psicológica para averiguar algún tipo de conducta sexual desviada como intereses paidofílicos, "patrón" del agravio sexual o excitación.

El método más comúnmente usado es el pletismógrafo peneano, en el cual el grado de erección peneana es medido por volumen y circunferencia durante la presentación de estímulos visual y auditivo. Es necesario un equipo entrenado para uso de esta metodología. No deberán de ser usados para "diagnosticar" ó "descubrir" desviaciones sexuales. Otros métodos psicofisiológicos incluyen la reacción en tiempo en el cual el sujeto mira material sexual a través de una computadora mientras esta registra el tiempo de respuesta a los estímulos.

Si el individuo presenta otro trastorno psiquiátrico, la tarea se complica y es claro que la dependencia a drogas es el mayor problema para modificar una conducta sexual desviada.

Es crucial evaluar la naturaleza del trastorno mental y su relación con la conducta sexual agresiva para un sujeto en particular es crucial el riesgo de ofensa sexual en presencia de alucinaciones sintoma delirante, manía, depresión, alcohol, cocaína u otras sustancias de abuso. La presencia de síntomas de estas patologías ha sido ligada a conducta sexual agresiva una intervención psiquiátrica adecuada en presencia de estas patologías es necesario pero a veces no suficiente para disminuir los ataques sexuales.

Pruebas psicológicas

No existe una medición empírica específica o bien, pruebas psicométricas que por el momento puedan identificar, diagnosticar y clasificar a los agresores sexuales adolescentes. Las pruebas psicológicas son utilizadas como parte de una evaluación global, para entender la personalidad, motivaciones, ego, inteligencia, estrategias defensivas, psicopatología, conocimiento sexual y conductas sexuales. Las mediciones psicológicas más frecuentemente utilizadas son el MMPI, WISC-III ó WAIS, Rorschach, Prueba temática de apercepción, Bender-Gestalt, y Dibujo de la figura humana.

Las pruebas proyectivas históricamente han sido importantes pero en estos casos, su uso es limitado.

La evaluación neuropsicológica y psicoeducacional, pueden requerirse cuando se sospecha de déficits con fundamento neurológico o con problemas de aprendizaje.

Se han utilizado las siguientes pruebas en adolescentes agresores sexuales, pero no han sido totalmente validados, e incluso diversos autores recomiendan precaución en su uso (1):

- ✓ Multiphasic Sex Inventory (Inventario Multifacético Sexual)
- ✓ Adolescent Cognition Scale (Escala de Convicción del Adolescente)
- ✓ Adolescent Sexual interest Card Sort (Clase de Intereses Sexuales del Adolescente)
- ✓ Child Sexual Behavior Inventory (Inventario del Comportamiento Sexual del Niño)

JUSTIFICACION

En la pasada década de los ochentas, la cantidad de investigación acerca de delitos sexuales perpetrados contra menores de edad se incrementó, sin tomar en cuenta a los agresores y menos aún, en relación con adolescentes agresores (43,44); e incluso, en la actualidad se conoce relativamente poco referente a la competencia (entendida como la capacidad para distinguir entre el bien y el mal y manejar los propios asuntos) y características psicológicas de este grupo de individuos.

En nuestro medio, de manera paralela al incremento en los reportes de delitos sexuales y la creación de centros especiales como el "Centro de Atención a la Violencia Intrafamiliar" (CAVI), se ha observado un incremento en la cantidad de trabajos de investigación concernientes a las víctimas de delitos sexuales y abuso sexual, tanto en adultos como en menores de edad. Al efectuar una revisión detallada de la literatura médica nacional e internacional a través de los sistemas de Medline® y Ovid®, no se encontraron investigaciones referentes a los agresores sexuales adolescentes de estudios efectuados en México, particularmente en lo que concierne a sus características de personalidad.

Es menester iniciar investigaciones al respecto con la finalidad de intentar dilucidar las características de personalidad subyacentes a esta conducta delictiva en adolescentes y su connotación sexual, y así poder brindar una mejor intervención terapéutica

.Por otra parte, las evaluaciones sobre características de personalidad en adolescentes agresores se derivan de grupos de adolescentes referidos o bien internos en consejos tutelares, quienes tienen en su mayoría antecedente de delitos no sexuales y en muchos casos antecedentes de victimización sexual en la infancia; así como también, uso de diversas drogas. Por ende, en el presente trabajo, se considera necesario evaluar las características de personalidad de los agresores sexuales adolescentes que no se encuentren en dichas circunstancias.

características de personalidad de los agresores sexuales adolescentes que no se encuentren en dichas circunstancias.

OBJETIVOS DEL TRABAJO

- Describir características de personalidad en un grupo de adolescentes agresores sexuales, en los rubros correspondientes a la adaptación social, características de personalidad y lo referente al área sexual.

- Describir características de personalidad en un grupo de adolescentes normales, en los rubros correspondientes a la adaptación social, características de psicopatología y lo referente al área sexual.

- Comparar las características de personalidad detectadas en el grupo de adolescentes agresores sexuales con aquellas que evidencien los integrantes del grupo de adolescentes normales, en los rubros de adaptación social, características de psicopatología y en el área sexual.

- Encontrar cuáles características de personalidad se relacionan de manera significativa con el evento de agresión sexual, en los rubros correspondientes a la adaptación social, psicopatología y de sexualidad.

- Describir similitudes y diferencias en las características de personalidad del grupo de adolescentes agresores sexuales de aquellas reportadas en la literatura médica internacional.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Existen diferentes características de personalidad en los agresores sexuales adolescentes en comparación con adolescentes que no son agresores sexuales?

¿Cuáles características de personalidad son diferentes entre los agresores sexuales adolescentes y los adolescentes normales que no son agresores sexuales?

¿Es posible discriminar cuáles características se correlacionan con la conducta sexual agresiva en adolescentes?

HIPÓTESIS

Hipótesis uno. Hipótesis nula (H₀).

No existe diferencia en las características de personalidad obtenidas de un grupo de agresores sexuales adolescentes que acudieron al servicio de urgencias y admisión del Hospital Psiquiátrico infantil “Dr. Juan N. Navarro” y Unidades de Atención a la Violencia Intrafamiliar (UAVIF) de la zona conurbada, al compararlo con las obtenidas de un grupo de adolescentes control que acuden a la escuela secundaria No.116 de la SEP y a la preparatoria plantel No. 2 de la UNAM.

Hipótesis dos. Hipótesis alterna (H₁).

Los agresores sexuales que acudieron al Hospital Psiquiátrico infantil “Dr. Juan N. Navarro” y Unidades de Atención a la Violencia Intrafamiliar (UAVIF) de la zona conurbada, muestran características de personalidad diferentes a las del grupo control de adolescentes, obtenido de la escuela secundaria No.116 de la SEP y de la preparatoria plantel No. 2 de la UNAM.

MATERIAL Y METODO

Sujetos (Universo del problema)

En el presente estudio participan 30 sujetos adolescentes del sexo masculino con edades comprendidas entre los 12 y los 17 años, los cuales se subdividieron en dos grupos:

Grupo de Casos. Agresores sexuales adolescentes (Grupo I).

Sujetos adolescentes referidos al servicio de urgencias y admisión del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro" y Unidades de Atención a la Violencia Intra familiar (UAVIF) de la zona conurbana, con el antecedente de haber incurrido en una conducta de agresión sexual.

Grupo Control. Adolescentes normales (Grupo II).

Sujetos adolescentes que asisten a la escuela secundaria "Francisco Zarco" SEP y a la escuela preparatoria "Erasmus Castellanos", sin antecedentes personales de enfermedades psiquiátricas y sin problemas conductuales ni escolares..

Tipo de estudio

A: presente trabajo se le clasifica de la siguiente forma:

- ✓ OBSERVACIONAL
- ✓ TRANSVERSAL
- ✓ COMPARATIVO

Por lo que se le considera una:

“ENCUESTA COMPARATIVA PROSPECTIVA”(43)

Criterios de inclusión.

- ☐ Adolescentes de 14 a 17 años.
- ☐ Escolaridad secundaria.
- ☐ Residentes de la zona metropolitana y conurbana.
- ☐ Adolescentes que acudan por primera vez al servicio de urgencias y admisión del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro” y Unidades de Atención a la Violencia Intra familiar (UAVIF) de la zona conurbana, con antecedente de haber agredido sexualmente a un tercero en el último mes previo a su ingreso a estos servicios.
- ☐ Sin antecedentes delictivos (Penales).
- ☐ Que acepten participar en el presente estudio

Criterios de exclusión.

- ☐ Que se nieguen a participar en el estudio.
- ☐ Que tengan retraso mental.

Criterios de eliminación.

- ☐ Antecedentes de victimización sexual.
- ☐ Estudio electroencefalográfico anormal.
- ☐ Se eliminarán del estudio adolescentes cuya familia esté desintegrada.
- ☐ Antecedentes de haber recibido psicoterapia.

Descripción de instrumentos.

Existen diversos métodos para medir la personalidad de un individuo desde diferentes puntos de vista; sin embargo, la búsqueda de datos de criterio adecuado para el establecimiento de la validez en test de personalidad, siempre ha sido materia de controversia.

La mayoría de los inventarios de personalidad han sido elaborados de acuerdo a la aproximación lógica en la cual, los reactivos de la prueba son elaborados o seleccionados racionalmente acorde a la validez aparente (o de fase) y la clave de respuestas de acuerdo al juicio subjetivo del autor de la prueba, tomando en consideración el tipo de respuestas que parecieran ser indicativas de los atributos que estaban siendo medidos.

Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota (MMPI)

El MMPI constituye un ejemplo importante de claves de criterio en la elaboración de test de personalidad, en parte por sus orígenes clínicos y en parte a causa de innovaciones técnicas, por lo que ha alcanzado importantes aplicaciones dentro de la psicología clínica.

El MMPI, se refiere al desarrollo de una clave de puntuaciones en función de algún criterio externo, procedimiento que requiere la selección de elementos a retener y la asignación de pesos de puntuación a cada respuesta.

El MMPI fue actualizado y reestandarizado, dando como resultado la versión MMPI-2 en 1989 (46), cuarenta y seis años después de la publicación original del instrumento. La revisión consistió en una modernización del contenido y lenguaje de los reactivos del test, así como la supresión de reactivos cuestionables y la creación de nuevas escalas.

Para el desarrollo del MMPI-2 se efectuó la recolección de datos de una muestra representativa de 2,600 adultos, hombres y mujeres de los Estados Unidos de Norteamérica. El MMPI contiene 567 reactivos.

Empleo del MMPI con adolescentes.

La utilización del MMPI a poblaciones adolescentes tanto para fines clínicos como de investigación, se implementó desde el inicio del desarrollo de este instrumento, independientemente de que el MMPI fue originalmente pensado para aplicarse a sujetos que tuvieran 16 años de edad o mayores.

La primera aplicación experimental del MMPI con adolescentes aparece en estudios realizados por Capwell, dos años antes de la publicación formal del MMPI, hacia el año de 1945. Capwell, demostró que el MMPI podía diferenciar entre grupos de adolescentes delincuentes y no delincuentes, con base en la elevación de la escala de desviación psicopática. Por otra parte, estudios de Monaschesi (48) sirvieron también para proporcionar datos válidos relativos a la escala 7(Pd) al observar que adolescentes delincuentes puntuaban de manera significativa más alto en esta escala en comparación de adolescentes normales.

Briggs, Wirt y Jonson (49) y Wirt y Briggs (50) sugirieron que la exactitud predictiva de conductas delictivas se incrementa cuando los resultados del MMPI son combinados con datos referentes a la historia familiar o antecedentes estresantes.

Briggs y cols., (49) encontraron que cuando se combinaba una elevación de las escalas cuatro y nueve, con antecedentes de trauma familiar, la frecuencia de conducta delictiva era mayor.

Wirt y Briggs, reportaron datos similares en una muestra de adolescentes, basada en el análisis de las escalas del MMPI, en donde la frecuencia de conducta delictiva se observó casi en el 70 % de los sujetos. Por otra parte, Huesman y cols., (51) encontraron que el porcentaje de adolescentes delincuentes se elevó hasta el 74.2 % y refieren que las escalas 7(pd), 9(Ma) y (F) funcionaban como el mejor predictor de conducta delictiva y de agresión. Observaron que este procedimiento era efectivo para predecir índices concurrentes de agresión y delincuencia en niños desde los 9 años de edad.

PROCEDIMIENTO

El Grupo I se integró por quince agresores sexuales adolescentes que acudieron a consulta por primera vez al Servicio de Admisión y/o a la Clínica del Adolescente, del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro" SSA. A los adolescentes que integraron este grupo, se les efectuó una historia clínica completa, así como aplicación del MMPI.

El grupo II se integró a partir de los expedientes de alumnos sin problemas conductuales ni escolares que asisten a la escuela secundaria N°. 116 "Francisco Zarco" SEP y de la Escuela Preparatoria "Erasmus Castellanos Quinto" SEP. Mediante muestreo sistemático se seleccionaron quince expedientes. Es decir, del total de expedientes, en este caso 200, una vez numerados, se dividieron entre la cantidad de alumnos por seleccionar (para el presente estudio 15), dando como resultado el número 13.

De esta forma, se procedió a seleccionar el expediente con el número 13, a continuación el expediente con el número 26, luego el 39 y así de manera sucesiva hasta conformar la muestra (43). A los alumnos seleccionados se les aplicó la prueba de MMPI, previa autorización de sus padres. Asimismo, mediante una entrevista, el psicólogo de la escuela obtuvo datos familiares y personales de cada alumno.

Las pruebas psicométricas fueron calificadas en forma ciega por dos Psicólogos Clínicos. Posteriormente los datos se capturaron en el programa Microsoft Excel 2000 y fueron procesados para las pruebas estadísticas correspondientes mediante el programa "ASP", student copy, así como mediante el programa Epi-Info 2000, Centres for Disease Control, Atlanta, Georgia.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Especificación de las variables

Edad.- Variable de tipo numérica de relación. Se expresa en años

Nivel socioeconómico.- Variable demográfica que abarca lo social y económico, orientada sobre los ingresos económicos y gastos de la familia, así como también en la adquisición cultura. Variable de tipo nominal, se expresa en bajo, medio y alto.

Alcoholismo.-Problema de salud que implica el área social, económica y familiar, relacionado con la ingesta de bebidas embriagantes. Variable de tipo nominal, se expresa en presente, ausente, así como en embriaguez, ocasional o nulo.

Número de gestación.- Lugar que ocupa el sujeto dentro del número total de gestas. Variable de tipo numérico.

Embarazo planeado.y deseado.- Se relaciona con el deseo profundo de trascender narcisísticamente y tener descendencia. Variable de tipo nominal se expresa como si o no.

Problemas de pareja durante el embarazo.-Tensiones y discusiones entre la pareja. Variable de tipo nominal, se expresa como presente o ausente.

Desarrollo motor.- Capacidad que tiene el niño de lograr su adquisición de funciones neurológicas, sin utilizar mecanismos de compensación dentro de un parámetro establecido. Variable de tipo nominal, se expresa en normal, retrasado y acelerado.

Disfunción familiar.- Cuando no están definidos los roles o límites en la familia. Variable de tipo nominal, se expresa en presente o ausente.

Falta de comunicación familiar.- Dificultad para entender el discurso del otro dentro del núcleo familiar. Variable de tipo nominal, se expresa en presente o ausente.

Conducta agresiva y periférica en los padres.- Padres agresivos física y verbalmente contra los integrantes de la familia. Corresponde a una actitud o forma de ser de los padres en la que no se comprometen pero si agreden, sin mediar el análisis. Variable de tipo nominal, se expresa como presente o ausente.

Desempeño escolar.- Se refiere al cumplimiento de las expectativas escolar, social y familiar. En el presente trabajo se utilizará el promedio de calificaciones. Variable de tipo numérico.

Ausentismo escolar.- Cuando el escolar se va de "pinta", es decir no acude a sus labores escolares. Variable de tipo nominal, se expresa como presente o ausente.

Mala adaptación social.- Inconformidad y alejamiento social. Como por ejemplo, convivir con reglas establecidas en un grupo, incluyendo a la familia. Variable de tipo nominal, se expresa en presente o ausente.

Simulación de adaptación social.- Aquel que tiene una serie de conductas "como si...". Variable de tipo nominal, se expresa en presente o ausente.

Rebeldía.- Actitud de oponerse a normas, mandatos, indicaciones. En el adolescente es inherente a él. Variable de tipo nominal, se expresa en presente o ausente.

Sensibilidad a opiniones ajenas.- Capacidad de recibir opiniones. Cuando se tiene capacidad de oír el consejo del otro. Variable de tipo nominal se expresa en presente o ausente.

Malas relaciones interpersonales.- Desinterés por relacionarse con las personas, incluyendo a las de su misma edad, originando relaciones superficiales. Variable de tipo nominal. se expresa en presente o ausente.

Aislacionismo emocional.- Ensimismamiento. Afecto volcado a sí mismo de forma intermitente. Variable de tipo nominal, se expresa en presente o ausente.

Relaciones familiares inadecuadas.- Falta de comunicación e interés con los demás miembros de la familia, desacuerdo, enojo, etc. Variable de tipo nominal, se expresa en presente o ausente.

Introversión.- Conducta en la cual existe un tono afectivo bajo emocionalmente. Variable de tipo nominal, se expresa en presente o ausente.

Conflicto con la autoridad.- Incapacidad para aceptar órdenes de un superior, se resiste y cuestiona. Variable de tipo nominal, se expresa en presente o ausente.

Desprecio por la crítica y convencionalismo social.- Actitud para no oír consejos, ni aceptar lo señalado por la sociedad. Variable de tipo nominal, se expresa en presente o ausente.

Abandono de estudios.- Para el abandono escolar, en caso de no haber un motivo real, generalmente se relaciona directamente proporcional con psicopatología relacionada por ejemplo con farmacodependencia. Variable de tipo nominal, se expresa en presente o ausente.

Rigidez.- Incapacidad para ser flexible ante opiniones y sugerencias de los demás. Variable de tipo nominal, se expresa en presente o ausente.

Exhibicionismo.- En la conducta exhibicionista se quiere ser visto, no tiene que ver con la psicopatología de tipo psicosexual. Variable de tipo nominal, se expresa en presente o ausente.

Ansiedad.- Sensación de aprensión molesta y difusa que se acompaña de diversas sensaciones corporales. Es una amenaza vaga y de origen interno, se asocia al estrés (o hechos amenazantes). Variable de tipo nominal. En el presente estudio se expresan en presente o ausente.

Depresión.- Disminución del estado de ánimo. Criterios DSM IV. Variable nominal se expresa como presente o ausente

Timidez.- Es una emoción de bajo tono que inhibe al sujeto para tomar una decisión. Variable de tipo nominal, se expresa en presente o ausente.

Agresividad.- Emoción primaria. Conducta dañina a un tercero que puede ser física o verbal. En el presente estudio se considerará como nominal, expresada en presente o ausente.

Hiperactividad.- En el adolescente adopta forma de sentimientos de inquietud y dificultad para dedicarse a actividades sedentarias tranquilas. Variable de tipo nominal, se expresa como presente o ausente.

Apatía.- Respuesta emocional de tono bajo ante lo placentero de la vida. Variable de tipo nominal, se expresa en presente o ausente.

Intabilidad.- Enojo inmediato. Variable de tipo nominal, se expresa en presente o ausente.

Indiferencia.- Actitud que ignora al otro. Variable de tipo nominal, se expresa en presente o ausente.

Pobre control de impulsos.- Respuesta inmediata sin que medie una planeación o pensamiento. En el presente estudio, variable de tipo nominal, se expresa en presente o ausente.

Inmadurez.- Cuando no se ha alcanzado a su máxima expresión de acuerdo a su edad. Variable de tipo nominal, se expresa en presente o ausente.

Baja autoestima.- Visión negativa de sí mismo. Variable de tipo nominal, se expresa en presente o ausente.

Pobre autocrítica.- No existe capacidad de analizarse a sí mismo, no hay capacidad de análisis y no logra insight. Variable de tipo nominal, se expresa en presente o ausente.

Abuso.- Patrón desadaptativo que conlleva a un determinado malestar clínicamente significativa. Criterios DSM IV.

Rasgos obsesivos.- Se refiere a una preocupación excesiva, a veces por cosas insignificantes y expresa una seria dificultad para tomar decisiones. Variable de tipo nominal, en el presente estudio se expresa como presente o ausente.

Hipocondriasis.- Cuando el contenido y estructura interna está enfocada por una preocupación exagerada por su salud. Variable de tipo nominal, se expresa como presente o ausente.

Identidad sexual.- Identidad de género, soy hombre, soy mujer. Variable de tipo nominal se expresa en presente o ausente.

Impulsos sexuales inaceptables.- Masturbaciones frecuentes, recurrir a pornografía. Variable nominal se expresa en presente o ausente.

Fantasías de control y poder.- Innato al ser humano, lo que puede hacer fuera de lugar o de la realidad. Variable de tipo nominal, se expresa en presente o ausente.

Intereses propios del sexo femenino.- Intereses orientados a actividades relacionadas con el género femenino. Variable de tipo nominal, se expresa en presente o asuente.

Estadística descriptiva

Se efectuaron procedimientos de estadística descriptiva tales como porcentajes, media y desviación estándar, de acuerdo a los métodos convencionales.

Estadística comparativa

- A) La edad se comparó mediante la prueba de t de Student para muestras independientes, calculando previamente la varianza ponderada a través de la prueba de F con grados de libertad para cada muestra igual al tamaño de $n - 1$ (52).

- B) Las variables categóricas se compararon mediante la prueba exacta de Fisher, debido a que en la elaboración de las tablas de contingencia de 2 x 2, la prueba de χ^2 no era válida, debido a que los valores esperados en una o más de las celdas era inferior a 5 (52).
- C) Se aplicó un análisis de regresión logística múltiple para dilucidar la relación entre las variables independientes, correspondientes a las derivadas de la prueba psicométrica del MMPI y, la variable dependiente que corresponde al evento de agresión sexual (53).

La regresión logística es una técnica de análisis multivariante, en la que la variable dependiente o variable respuesta es una variable dicotómica (en este caso agresión o no agresión sexual) y la variable o variables independientes pueden ser cuantitativas o cualitativas.

Este tipo de análisis constituye uno de los más utilizados en ciencias de la salud, debido a que permite investigar factores causales de una determinada característica de la población y también estudiar qué factores modifican la probabilidad de un suceso determinado.

- ✓ Así, el modelo de regresión logística múltiple relaciona la probabilidad de que ocurra un determinado suceso en función de varias variables.

El procesamiento de la información se efectuó mediante los programas de estadística:

"ASP", Student Copy, DMC Software, INC., 1995.

Epi-info 2000. Centers for Disease Control. Atlanta, Georgia USA.

RESULTADOS

La edad de los adolescentes que integraron el grupo I osciló entre los 14 y los 17 años (edad media 16.14 ± 1.18). En el grupo II, la edad media de los adolescentes fue de 16.2 ± 1.16 (intervalo, 14 a 17 años). No se encontraron diferencias significativas al comparar las edades entre ambos grupos ($p = 0.8915$ ns).

Datos familiares

Se encontró que catorce adolescentes (93.33 %) del grupo I pertenecían al nivel socioeconómico bajo y, 6.67 % al nivel socioeconómico medio. Esta misma proporción se encontró en los adolescentes integrantes del grupo II.

En el grupo I se encontró que el 86.66 % de los padres consumían alcohol los fines de semana hasta llegar a la embriaguez (3 casos) y, 13.34 % (2 casos) solo consumían bebidas embriagantes en forma ocasional. Por otra parte, todos los padres de los adolescentes correspondientes al grupo II, refirieron ingerir alcohol solamente de manera ocasional ($p < 0.05$).

En este mismo rubro, el 66.66 % de las madres de los adolescentes del grupo I refirieron ingerir alcohol en forma ocasional, 26.66 % afirmaron no consumir bebidas embriagantes y, 6.68 % lo consumía de manera esporádica. En el grupo II, las madres de los adolescentes negaron la ingesta de alcohol ($p < 0.05$).

Gestación

El padre y madre de los adolescentes del grupo I refirieron que el embarazo fue deseado y planeado solamente en el 6.67 % de los casos (1 caso). Mientras los padres del grupo II refirieron en el 100 % de los casos que el embarazo fue planeado y deseado ($p < 0.05$).

En el 100 % de los casos se refirieron problemas entre la pareja durante el embarazo en los padres del grupo I. Por otra parte, en el grupo II la proporción de problemas parentales durante el embarazo ascendió al 57.14 % de los casos (8 casos), encontrándose diferencias significativas entre ambos grupos ($p = 0.0032$)

Antecedentes personales

En el grupo I, el 100 % de los adolescentes fueron productos del primer embarazo, mientras en el grupo II, solamente 4 casos correspondieron a primogénitos (26.66 %), siendo estadísticamente significativo ($p < 0.05$).

El desarrollo motor se refirió acelerado en todos los adolescentes del grupo I, mientras se encontró dentro de parámetros normales en los adolescentes del grupo II ($p < 0.05$).

Los 15 adolescentes correspondientes al grupo I refirieron uso de alcohol (DSM IV) (100 %), mientras que solamente 4 adolescentes del grupo II (26.66 %) señalaron que ingerían alcohol de manera ocasional ($p < 0.05$).

Ambiente familiar

El 100 % de los casos del grupo I se encontró disfunción familiar, en comparación con el 6.66 % de los casos en el grupo II ($p < 0.05$).

La misma proporción de casos se encontraron en el rubro de falta de comunicación intrafamiliar ($p < 0.05$).

En el grupo de adolescentes agresores sexuales (grupo I), 93.34 % de los padres manifestaban una conducta agresiva y periférica. De manera similar el 93.34 % de las madres manifestaban la misma conducta. Lo anterior contrasta con los padres y madres del grupo II, en quienes no se evidenció características de dicha conducta ($p < 0.05$).

Desempeño escolar

El promedio de calificaciones en los adolescentes que integraron el grupo I, osciló entre 6 a 7.5, encontrándose el promedio escolar en los adolescentes del grupo II por arriba del 8 en calificaciones. Cabe señalar que en ningún grupo se encontraron datos de ausentismo escolar.

Escalas del MMPI.

Los resultados de la evaluación psicométrica en el grupo de adolescentes agresores sexuales (grupo I), mostraron un incremento persistente en las escalas 4 (Dp), 8 (Sc) y 9 (MA) En el grupo de adolescentes normales (grupo II), las escalas que mostraron un incremento persistente fueron la 1 (Hs), la 2 (D) y la 5 (Mf).

Características de personalidad

Area de adaptación.

En el área de adaptación social al comparar las variables entre ambos grupos mediante Prueba exacta de Fisher, se encontraron como significativas: Mala adaptación social, simulación de adaptación social, sensibilidad a opiniones ajenas, malas relaciones interpersonales, aislacionismo emocional, relaciones familiares inadecuadas, introversión, conflicto con la autoridad, desprecio por la crítica y convencionalismo social, rigidez y exhibicionismo. Adicionalmente, no se detectaron diferencias estadísticamente importantes en los rubros de rebeldía y abandono de estudios, tal como se resume en la tabla

Area de psicopatología

Mediante el análisis de la prueba exacta de Fisher se encontraron como estadísticamente significativas las siguientes características entre ambos grupos: Apatía, irritabilidad, indiferencia, pobre control de impulsos, inmadurez, baja autoestima, pobre autocrítica, rasgos obsesivos e hipocondriasis. Sin embargo, no resultaron con significancia estadística la ansiedad, depresión, la timidez, agresividad, así como la hiperactividad (Véase tabla II).

Area sexual

En esta área las características de mala identidad sexual, impulsos sexuales inaceptables, fantasías de control y poder e intereses propios del sexo femenino, alcanzaron significancia estadística al comparar ambos grupos mediante la prueba exacta de Fisher, tal como se resume en la tabla III.

Análisis de regresión logística múltiple

Area de adaptación social

Al efectuar un análisis de regresión logística múltiple en las variables de esta área se encontró que únicamente la mala adaptación social, la sensibilidad a opiniones ajenas y el conflicto con la autoridad, fueron las que se relacionaron de manera significativa con el evento de agresión sexual, tal como se resume en la tabla IV.

Area de psicopatología

Solamente la agresión y la irritabilidad mostraron una asociación significativa con el evento de agresión mediante un análisis de regresión logística múltiple (Véase tabla V).

Area sexual

El análisis de regresión logística con las variables de esta área detectó significancia estadística únicamente en la variable de fantasías de control y poder, tal como se muestra en la tabla VI.

DISCUSION

En el presente trabajo se encontró que todos los adolescentes agresores sexuales correspondieron al sexo masculino. Lo que puede explicarse a que la mayor proporción de agresores adolescentes son varones, tal como se refiere en la información epidemiológica reportada en diversas series (9-11); además en virtud de que la muestra del presente es pequeña, resulta de tamaño insuficiente para captar mujeres adolescentes agresoras sexuales.

Predominaron tanto el nivel socioeconómico bajo como el medio, lo cual puede ser reflejo de la población que acude tanto a buscar asistencia al Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro", como al nivel de los alumnos que acude a escuelas públicas de las que se obtuvo el grupo control.

A pesar que los objetivos de este estudio no persiguen efectuar una descripción y análisis en relación con el entorno familiar, así como escolar y características de desarrollo, resulta imposible soslayar algunos datos significativos que se derivaron en dichos rubros a partir de la historia clínica de los adolescentes agresores sexuales y de la entrevista a los adolescentes del grupo II.

Así, de manera similar a lo comunicado por diversos autores, se encontró que las familias de los agresores sexuales adolescentes son disfuncionales.

Resulta importante señalar que como dato significativo que se derivó del presente trabajo de investigación y que no se encuentra referidos en la literatura psiquiátrica internacional, es el que todos los adolescentes agresores estudiados fueron producto de la primer gestación, es decir fueron primogénitos y que en todos los casos dichos embarazos no fueron ni deseados ni planeados, contrastando todo lo anterior con el grupo control.

Otra aportación de la presente investigación y que no ha sido referida con antelación en la literatura, consiste en que todos los adolescentes presentaron datos de haber cursado con un desarrollo motor acelerado.

Por otra parte, en los resultados de la evaluación psicométrica, todos los adolescentes del grupo I, evidenciaron elevación de las escalas de agresión e irritabilidad en el MMPI, en comparación con los adolescentes del grupo control, lo cual concuerda con lo referido por Huesman (51) en cuya investigación, el MMPI demostró su capacidad para discriminar a los adolescentes agresores.

Al efectuar la comparación entre ambos grupos en el área de adaptación social, se encontró de manera significativa que los adolescentes agresores sexuales quienes integraron el grupo I presentaron una mala adaptación social (80%), simulación de adaptación social (80%), sensibilidad a las opiniones ajenas (80%), aislacionismo emocional (100%), relaciones familiares inadecuadas (100%), introversión (100%), conflictos con la autoridad (93.3%), desprecio por la crítica y convencionalismo social (86.6%), rigidez (60%) y exhicionismo (40%). Todas estas características concuerdan con lo reportado en diversos estudios (17-19)

Sin embargo, resulta importante subrayar que distinto a lo comunicado en la literatura internacional, en el grupo de adolescentes agresores sexuales del grupo I, no se encontraron datos de rebeldía. Asimismo, es de llamar la atención que en este grupo tampoco se encontró ausentismo escolar así como tampoco una historia de problemas académicos, sin embargo hubo disminución del aprovechamiento escolar actual. Lo anterior puede explicarse a que los criterios de exclusión de este trabajo consideran adolescentes con historia de antecedentes delictivos y que hayan estado en consejos tutelares. Lo relevante de esto, es que es factible encontrar agresores sexuales adolescentes que asisten regularmente a clases, y que por lo anterior existe en estos

casos un lapso en el que pasan inadvertidos antes de que abandonen la escuela por ingresar a consejos tutelares o bien involucrarse en actividades delictivas de otra índole.

Por otra parte, en cuanto al área de psicopatología en el adolescente agresor sexual, diversos autores han reportado características significativas de ansiedad, depresión, timidez, agresividad e hiperactividad. Todo lo anterior no resultó significativo en la presente investigación. Lo anterior pudiera obedecer a que los adolescentes agresores sexuales estudiados en la mayoría de los trabajos, son referidos de consejos tutelares, con antecedentes delictivos y que en la mayoría de los casos consumen diversas drogas, todo lo cual pudiera influir en las respuestas que proporcionan en los estudios psicométricos.

En el área sexual, de manera significativa en el grupo I se encontró una mala identidad sexual, impulsos sexuales inaceptables, fantasías de control y poder, así como intereses propios del sexo femenino (reportado del MMPI).

Al efectuar un análisis de regresión logística para indagar cuales características de personalidad pudieran asociarse de manera significativa con la agresión sexual, se encontró que únicamente una mala adaptación social, sensibilidad a opiniones ajenas, conflictos con la autoridad, irritabilidad y fantasías de control y poder fueron los únicos rubros, que se asociaron estadísticamente importante con el hecho de agresión sexual.

Así tenemos que mientras más deficiente sea la adaptación social, mayor riesgo de asociarse con una conducta de agresión sexual.

Pero también indica que estos agresores sexuales adolescentes de manera más significativa son más sensibles a opiniones ajenas, tienen mayor conflicto con la autoridad y tienden a ser irritables.

Por otra parte, tal vez el hecho de tener fantasías de control y poder podría señalar que éstas constituyan una representación que tengan necesidad de cumplir

CONCLUSIONES

A partir de los resultados que se obtuvieron en el presente trabajo, se llegó a las siguientes conclusiones:

Las familias de los agresores sexuales adolescentes son disfuncionales.

Todos los agresores sexuales adolescentes fueron primogénitos y producto de embarazos no planeados ni deseados.

Todos los agresores sexuales adolescentes presentaron datos de haber cursado con un desarrollo motor acelerado.

Mediante MMPI todos los agresores sexuales adolescentes mostraron incremento en los resultados de la evaluación psicométrica en las escalas 8, 9, y 4. Por lo anterior, correspondieron más a personalidad esquizoide que a personalidad tipo Borderline, como se encuentra referido en la literatura psiquiátrica. Asimismo, se encontró una mala identidad sexual, impulsos sexuales inaceptables, fantasías de control y poder, así como intereses propios del sexo femenino.

En el área de adaptación social las características que se encontraron concuerdan con las reportadas en la literatura internacional, a excepción de rebeldía; además tampoco se encontraron datos de ausentismo escolar.

En el área de psicopatología de manera significativa a lo reportado en la literatura internacional, no fueron encontradas características de ansiedad, depresión, timidez, e hiperactividad.

Las variables significativas para la asociación con el evento agresor, incluyen mala adaptación social, sensibilidad a opiniones ajenas, conflictos con la autoridad, irritabilidad y fantasías de control y poder.

REFERENCIAS

- 1.- AACAP Official action. Practice parameters for the assessment and treatment of child and adolescent who are sexually abusive of others. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 38 (Suppl): 55s-76s, 1999.
- 2.- Kinsey VL, Harris GT, Rice ME y Lalumiere ML. Assessing treatment efficacy in outcome studies of sex offenders. *Journal of Interpersonal Violence* 8: 512-523, 1993.
- 3.- Smith WR, Monastersky C. Assessing juvenile sexual offender's risk for reoffending. *Criminal Justice Behav* 13: 115-1140, 1986.
- 4.- Prentky RA. Arousal reduction in sexual offenders: A review of antiandrogen interventions. *Sex Abuse* 9: 335-347, 1997.
- 5.- Becker JV. Adolescent sex offenders. *Behav Ther* 11: 185-187, 1988.
- 6.- Templeman TL, Stinnett RD. Patterns of sexual arousal and history in a normal sample of young men. *Archives of sexual Behavior* 20: 137-150, 1991.
- 7.- O'Brien M. (1990). Cited in Knopp (1985/91), op cit.
- 8.- Nussbaum BR. Sexual offending and victimization: Prevalence and reaction of adolescent and adult sex offenders and college students. Unpublished Thesis. *Dissertation Abstract International* 51: 5036-5037, 1991.
- 9.- Hampton HL. Care of the women who has been raped. *Nengl J Med* 332: 234-237, 1995.
- 10.- Ageton SS. Sexual assault among adolescents. Levington Books, Nueva York; EUA, 1983. pp 84-120.
- 11.- Davis TC, Peck GQ, Storment JM. Acquaintance rape and the high school student. *J Adolesc Health* 14: 220-224, 1993.

- 12.- Ryan G, Miyoshi TJ, Metzner JL, Krugman RD y Fryer GE. Trends in a national sample of sexually abusive youths. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 35: 17-25, 1996.
- 13.- Gil E, Johnson TC. *Sexualized children: Assessment and treatment of sexualized children and children who molest*. Launch Press, Nueva York: EUA, 1993. pp 54-78.
- 14.-Friedrich WN, Grambsch P, Broughton D, Kuiper J y Beilke RL. Normative sexual behavior in children. *Pediatrics* 88: 456-464, 1991.
- 15.- Hunter JA. A comparison of the psychosocial maladjustment of adult males and females sexually molested as children. *J Interpersonal Violence* 6: 205-217, 1991.
- 16.- Mathews R, Hunter JA, Vuz J. Juvenile female sexual offenders: Clinical characteristics and treatment issues. *Sex Abuse* 9: 187-199, 1997.
- 17.- Becker J, Kaplan M. The assessment of adolescent sexual offenders. En *Advances in behavioral assessment of child and families*. Prinz R (ed). Greenwich Jai Press. Nueva York; EUA, 1988. pp 97-118.
- 18.- De Natalae RA. An investigation of demographyc emotional and, attitudinal indicators of male juvenile sex offenders. Unpublished thesis. *Dissertation Abstracts International* 50: 1103, 1989.
- 19.- Chewing MF. A comparison of adolescent male sex offenders with juvenile delinquents and non-referred adolescents. Unpublished PhD Thesis: Virginia Commonwealth University. *Dissertation Abstracts International*. 51: (7-B) 3557, 1991.
- 20.- Katz RC. Psychosocial adjustment in adolescent child molesters. *Child Abuse Neglect* 14: 567-575, 1990.
- 21.- Fagan J., Wexler S. Explanations of sexual assault among violent delinquents. *Journal of adolescent Research* 3: 363-385, 1988.
- 22.- Kaplan MS, Green A. Incarcerated female sexual offenders: A comparison of sexual histories with eleven female non sexual offenders. *Sex Abuse* 7: 287-300, 1995.

- 23.- Becker JV. Treating adolescent sexual offenders. *Prof Psychol Res Pract* 21: 362-365, 1990.
- 24.- Epps KJ, Haworth R, Swaffer T. Attitudes toward women and rape among male adolescents convicted of sexual versus nonsexual crimes. *J Psychol* 127: 500-506, 1993.
- 25.- Knopp Fh, Longo RF, Stevenson WF. Nation wide survey of juvenile and adult sex offender treatment program and models. *Safer Society Program and Press, Washington; EUA*, 1992. pp 56-60.
- 26.- Awad Ga, Saunders EB. Adolescent child molesters: Clinical observations. *Child Psychiatry Hum Dev* 19: 195-206, 1983.
- 27.- Bagley C. Characteristics of 60 children and adolescents with a history of sexual assault against others: Evidence from a comparative study. *The Journal of Forensic Psychiatry* 3: 299-309, 1992.
- 28.- Gray A, Busconi A, Hachers P, Pithers WD. Children with sexual behavior problems and their caregivers: Demographics, functioning and clinical patterns. *Sex Abuse* 9: 267-290, 1997.
- 29.- Truscott D. Adolescent offenders: Comparison for sexual violent and property offenses. *Psychol Rep* 73: 657-658, 1993.
- 30.- Kahn TJ, Chambers HJ. Assessing reoffense risk with juvenile sexual offenders. *Child Welfare* 3: 33-345, 1991.
- 31.- Lewis DU, Shankok SS, Pincus JH. Juvenile male sexual assaulters. *Am J Psychiatry* 136 (suppl): 1194-1196, 1979.
- 32.-Elliott DS. Serious violent offenders: Onset, developmental course and termination. *The American Society of Criminology 1993 Presidential Adress. Criminology* 32: 1-21, 1994.
- 33.- Shaw JA, Applegate B, Rothe E. Psychopathology and personality disorder in adolescent sex offenders. *Am J Forensic Psychiatry* 17: 19-37, 1996.

- 34.- Carpenter DR, Peed SF, Eastman B. Personality characteristics of adolescent sexual offenders: a pilot study. *Sex Abuse* 7: 195-203, 1995.
- 35.- Rosenfeld AA, Wasserman S. Sexual development in the early school-aged child. *Child Adolesc Psychiatr Clin North Am* 2: 393-406, 1993.
- 36.- Kahn TJ, Laford MA. Treatment of the adolescent sexual offender. *Child and Adolescent Social Work* 5: 135-148.
- 37.- Murphy WD, Coleman EM, Haynes MR. Treatment and evaluation issues with the mentally retarded sex offender. En Greer JG (ed). *The Sexual Aggressor: Current Perspectives on Treatment*. Stuart IR, Nueva York; EUA, 1983. pp 193-211.
- 38.- Johnson TC. Child perpetrators-children who molest other children: Preliminary findings. *Child Abuse Negl* 12: 219-229, 1998.
- 39.. Swanson CK, Garwick GB. Treatment for lowed-functioning sex offenders: group therapy and interagency coordination. *Mental Retardation* 28: 155-161, 1990.
40. Tudiver JG, Griffin JD. Treating developmentally disabled adolescents who at have committed sexual abuse. *Newsletter of the Sex Information and Education Council of Canada* 27: 5-10, 1992.
- 41.- Gilby R, Wolf L, Goldberg B. Mentally retarded adolescents sex offenders: a survey and pilot study. *Can J Psychiatry* 34: 542-548, 1989.
- 42.- Griffiths D, Hingsburger D, y Christian R. Treating developmentally handicapped sexual offenders: The York Behavior Management services treatment programme. *Psychyatric Aspects in Mental Retardations Reviews* 4: 49-52, 1985.
43. Méndez RI, Nahimira GD, Moreno AL, Sosa de Martínez C. *El Protocolo de Investigación Clínica*. Ed. Trillas, México, 1986 pp 125-126.
- 44.- Alter-Reid K, Gibbs M, Lachenmeyer J, Sigal J y Massot N, Sexual abuse of children: A review of the empirical findings. *J Clin Psychol Rev* 6: 249-266, 1986.

- 45.- Browne A, Finkelhor D. Impact of child sexual abuse: A review of the research. *Psychol Bull* 99: 66-67, 1986.
- 46.- Butcher JN. User's guide for the Minnesota personnel report. Minneapolis: National Computer System, 1989.
- 47.- Capwell DF. Personality patterns of adolescent girls. Girls who showed improvement in IQ. *Journal of Applied Psychology* 29: 212-228, 1945.
- 48.- Monachesi ED. Personality characteristics of institutionalized male delinquents. *Journal of Criminal Law and Criminology* 41: 167-179, 1950.
- 49.- Briggs PF, Wirt RD, Johnson R. An application of prediction tables to the study of delinquency. *Journal of Consulting Psychology* 10: 354-376, 1961.
- 50.- Wirt RD, Briggs PF. Personality and environmental factors in the development of delinquency. *Psychological Monographs General and Applied*. 485: 1-47, 1975.
- 51.- Huesmann LR, Eron LD. The stability of aggression over time and generation. *Developmental Psychology* 20: 1120-1134, 1987.
- 52.- Levine MD, Ramsey PR, Berenson LM. *Business Statistics for Quality and Productivity*. Prentice Hall, New Jersey. pp. 439-443, 1995.
- 53.- Alvarez R. *Estadística multivariante y no paramétrica con SPSS. Aplicación a las ciencias de la salud*. Ed. Díaz de Santos, Barcelona, pp. 155-202, 1995.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

TABLAS

TABLA I. AREA DE ADAPTACIÓN SOCIAL

CARACTERÍSTICA	GRUPO I		GRUPO II		Fisher's p
	PRES *	AUS †	PRES*	AUS †	
Mala adaptación social	12 80 %	3 20 %	3 20 %	12 80 %	0.0014
Simulación de adaptación social	12 80 %	3 20 %	0 -	15 100 %	< 0.001
Rebeldía	11 73.3 %	4 26.6 %	9 60 %	6 40 %	0.3499 NS ‡
Sensible a opiniones ajenas	12 80 %	3 20 %	3 20 %	12 80 %	0.0014
Malas relaciones interpersonales	15 100 %	0 -	3 20 %	12 80 %	< 0.001
Aislacionismo emocional	15 100 %	0 -	3 20 %	12 80 %	< 0.001
Relaciones familiares inadecuadas	15 100 %	0 -	0 -	15 100 %	< 0.001
Introversión	14 93.3 %	1 6.6 %	0 -	15 100 %	< 0.001
Conflicto con la autoridad	14 93.3 %	1 6.6 %	3 20 %	12 80 %	0.001
Desprecio de la crítica y convencionalismo social	13 86.6 %	2 13.3 %	0 -	15 100 %	< 0.001
Abandono de estudios	5 33.3 %	10 66.6 %	3 20 %	12 80 %	0.3408 NS ‡
Rigidez	9 60 %	6 40 %	3 20 %	12 80 %	0.0302
Exhibicionismo	6 40 %	9 60 %	6 40 %	9 60 %	0.6448

* PRES = Presente

† AUS = Ausente

‡ NS = No significativo

TABLA II. AREA DE PSICOPATOLOGÍA

CARACTERÍSTICA	GRUPO I		GRUPO II		Fisher's p
	PRES *	AUS †	PRES *	AUS †	
Ansiedad	13 86.6 %	2 13.3 %	12 80 %	3 20 %	0.5000 NS ‡
Depresión	11 73.3 %	4 26.6 %	12 80 %	3 20 %	0.5000 NS ‡
Timidez	11 73.3 %	4 26.6 %	9 60 %	6 40 %	0.3499 NS ‡
Agresividad	11 73.3 %	4 26.6 %	3 20 %	12 80 %	0.0046 NS ‡
Hiperactividad	9 60 %	6 40 %	9 60 %	6 40 %	0.6448 NS ‡
Apatía	11 73.3 %	4 26.6 %	0 -	15 100 %	< 0.001
Irritabilidad	14 93.3 %	1 6.6 %	3 20 %	12 80 %	0.001
Indiferencia	15 100 %	0 -	0 -	15 100 %	< 0.001
Pobre control de impulsos	15 100 %	0 -	0 -	15 100 %	< 0.001
Inmadurez	15 100 %	0 -	0 -	15 100 %	< 0.001
Baja autoestima	15 100 %	0 -	0 -	15 100 %	< 0.001
Pobre autocrítica	15 100 %	0 -	0 -	15 100 %	< 0.001
Rasgos obsesivos	10 66.6 %	5 33.3 %	3 20 %	12 80 %	0.0127
Hipocondriasis	4 26.6 %	11 73.3 %	0 -	15 100 %	0.0498

* PRES = Presente

† AUS = Ausente

‡ NS = No significativo

TABLA III. AREA SEXUAL

CARACTERISTICA	GRUPO I		GRUPO II		Fisher's p
	PRES *	AUS †	PRES *	AUS †	
Mala identidad sexual	9 60 %	6 40 %	0 -	15 100 %	0.003
Impulsos sexuales inaceptables	11 73.3 %	4 26.6 %	0 -	15 100 %	< 0.001
Fantasías de control y poder	14 93.3 %	1 6.6 %	3 20 %	12 80 %	0.001
Intereses propios sexo femenino	8 53.3 %	7 46.6 %	0 -	15 100 %	0.0011

* PRES = Presente

† AUS = Ausente

**TABLA IV. REGRESION LOGISTICA MULTIPLE ENTRE LAS VARIABLES DEL AREA
DE ADAPTACIÓN SOCIAL**

Variable	Significancia	Riesgo
Mala adaptación social	0.0317	0.34
Simulación de adaptación social	0.8809	0.00
Rebeldía	0.5759	0.00
Sensibilidad a opiniones ajenas	0.0317	0.34
Aislacionismo	0.8751	0.00
Conflicto con la autoridad	0.0082	0.4705
Desprecio por la crítica y convencionalismo social	0.8718	0.00
Abandono de estudios	0.5778	0.00
Rigidez	0.1472	0.00
Exhibicionismo	0.8485	0.00

TABLA V. REGRESION LOGISTICA MULTIPLE ENTRE LAS VARIABLES DEL AREA
DE PSICOPATOLOGÍA

Variables	Significancia	Riesgo
Ansiedad	0.7194	0.00
Depresión	0.7870	0.00
Timidez	0.5759	0.00
Agresión	0.0573	0.2679
Hiperactividad	0.4417	0.00
Apatía	0.8887	0.00
Irritabilidad	0.0082	0.4705
Rasgos obsesivos	0.8443	0.00
Hipocondriasis	0.8659	0.00

TABLA VI. REGRESION LOGISTICA MULTIPLE ENTRE LAS VARIABLES DEL AREA
SEXUAL

Variables	Significancia	Riesgo
Maia identificación sexual	0.8548	0.00
Impulsos sexuales inaceptables	0.8887	0.00
Fantasías sexuales de control y poder	0.0082	0.4705
Intereses propios del sexo femenino	0.8651	0.00

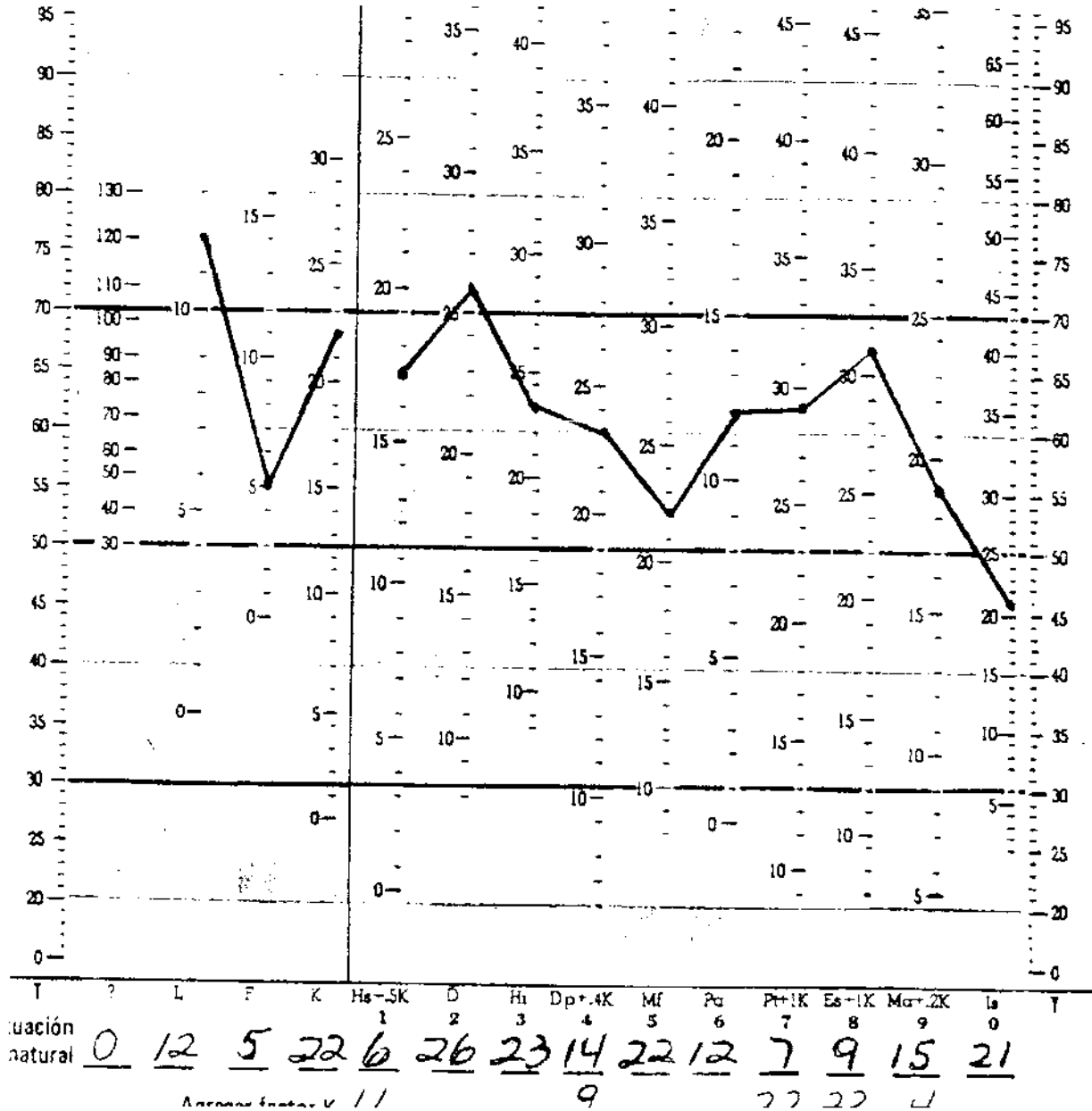
ANEXOS

CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS. AGRESORES SEXUALES ADOLESCENTES

NOMBRE		EDAD			
NIVEL SOCIOECONÓMICO					
ALCOHOLISMO PADRE	SI	ESPECIF.	NO		
ALCOHOLISMO MADRE	SI	ESPECIF.	NO		
NUMERO DE HERMANOS					
LUGAR QUE OCUPA					
EMBARAZO PLANEADO	SI			NO	
EMBARAZO DESEADO	SI			NO	
PROBL. PAREJA DURANTE EMBARAZO	SI			NO	
SOSTÉN CEFALICO **	SEDESTACION **		GATEO **		
BIPEDESTACION **		DEAMBULACION **			
DISFUNCIÓN FAMILIAR	SI			NO	
FALTA COMUNICACIÓN	SI			NO	
PADRES PERIFERICOS	SI			NO	
ESCOLARIDAD	AÑOS REPROBADOS		SI	NO	CUANTOS
AUSENTISMO ESCOLAR	SI			NO	
PROMEDIO ESCOLAR					
ALCOHOLISMO	SI	ESPECIF.	NO		
TABAQUISMO	SI	ESPECIF.	NO		
ESCALAS ELEVADAS MMP1					
MALA ADAPTACIÓN SOCIAL	SI			NO	
SIMULACIÓN ADAPTACIÓN SOCIAL	SI			NO	
REBELDÍA	SI			NO	
SENSIBILIDAD A OPINIONES AJENAS	SI			NO	
MALAS REL. INTERPERSONALES	SI			NO	
AISLACIONISMO EMOCIONAL	SI			NO	
RELACIONES FAM. INADECUADAS	SI			NO	
INTROVERSIÓN	SI			NO	
CONFLICTOS CON AUTORIDAD	SI			NO	
DESPRECIO CRITICA Y CONV.	SI			NO	
ABANDONO DE ESTUDIOS	SI			NO	
RIGIDEZ	SI			NO	
ANSIEDAD	SI			NO	
DEPRESIÓN	SI			NO	
TIMIDEZ	SI			NO	
AGRESIVIDAD	SI			NO	
HIPERACTIVIDAD	SI			NO	
APATÍA	SI			NO	
IRRITABILIDAD	SI			NO	
INDIFERENCIA	SI			NO	
POBRE CONTROL IMPULSOS	SI			NO	
INMADUREZ PARA SU EDAD	SI			NO	
BAJA AUTOESTIMA	SI			NO	
POBRE AUTOCRITICA	SI			NO	
RASGOS OBSESIVOS	SI			NO	
EXHIBICIONISMO	SI			NO	
HIPOCONDRIASIS	SI			NO	
MALA IDENTIDAD CON SU SEXO	SI			NO	
IMPULSOS SEXUALES INACEPTABLES	SI			NO	
INTERES PROPIOS SEXO FEMENINO	SI			NO	

**Criterios de Gessell

RESULTADO DEL MMPI ADOLESCENTES NORMALES



RESULTADO DEL MMPI ADOLESCENTES AGRESORES SEXUALES

