



Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Medicina
Departamento de Psicología, Psiquiatría
y Salud Mental



SEDE: HOSPITAL PSIQUIÁTRICO INFANTIL
"DR. JUAN N. NAVARRO"

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y SOCIO-DEMOGRÁFICAS DE LOS
AGRESORES SEXUALES JUVENILES QUE ACUDEN A UN HOSPITAL
PSIQUIÁTRICO INFANTIL

TESIS
QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIZACIÓN
EN PSIQUIATRÍA INFANTIL Y DE LA ADOLESCENCIA PRESENTA:

DR. MANUEL RAYMUNDO VÁZQUEZ COCOM.

ASESORAS:
TEÓRICA: DRA. SILVIA ORTÍZ LEÓN.
METODOLÓGICA: DRA. ROSA ELENA ULLOA FLORES.
CLÍNICA: DRA. ANA LUISA MARTÍNEZ ORTÍZ.

MÉXICO, D. F. FEBRERO DE 2010.



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.

Esta Tesis está especialmente dedicada a Antonio, Limberth y mis Padres.

AGRADECIMIENTOS ESPECIALES:

A mis Asesoras.

A la Maestra Silvia Aracely Tafoya Ramos.

A la Enfermera Patricia Esquivel.

Al Departamento de Psicología del Hospital Psiquiátrico Infantil

“Dr. Juan N. Navarro”.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
MARCO TEÓRICO	2
JUSTIFICACIÓN	7
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	7
OBJETIVOS	8
MÉTODO	8
RESULTADOS	9
DISCUSIÓN	15
CONCLUSIONES	19
REFERENCIAS	20

INTRODUCCIÓN

Algunos autores han estimado que aproximadamente el 20% de las mujeres y entre el 5 y el 10% de los hombres han sufrido algún tipo de abuso sexual en la infancia. (1)

Abel y Rouleau encontraron en 1990 que la mayoría de los agresores sexuales adultos que estudiaron, reportaron haber adquirido su interés sexual anómalo antes de los 16 años de edad. Por otro lado, Viechowski, Hartsoe, Mayer y Shortz en 1998 sugirieron que la conducta sexual inadecuada podía haber iniciado desde la infancia. (2, 3)

En el 2007 Oates reportó que entre el 33 y el 40% de las agresiones sexuales en menores, habían sido cometidas por personas menores de menos de 21 años de edad; y otros investigadores encontraron que entre un tercio y un cuarto del abuso sexual infantil había sido a manos de una persona menor de 18 años de edad. Las estadísticas del 2004 en Gales e Inglaterra mostraron que de 6400 individuos amonestados o encontrados culpables por agresiones sexuales, aproximadamente el 17% estaba entre los 10 y 17 años de edad. (4, 5, 6)

MARCO TEÓRICO

Para decir que un joven presenta una conducta sexualmente abusiva deben tomarse en cuenta las diferencias, desde el punto de vista del desarrollo, que éstos tienen en comparación con los adultos; particularmente cuando estas definiciones se aplican a prepúberes y personas con retraso en el desarrollo. (1)

Esto debido a que los jóvenes pueden involucrarse en varias conductas sexualizadas que se encuentran en un continuum que va de lo “normal” a lo francamente agresivo. (7)

Una definición de juego sexual, o conducta normal, es la siguiente: “es usualmente espontáneo e incluye diversión, risa, vergüenza y varios niveles de inhibición y desinhibición. Es motivado por la curiosidad y la exploración, más que por una gratificación sexual, proviene de un interés mutuo y tiene un consentimiento mutuo; y es ‘divertido’ o ‘tonto’ para los niños que están involucrados”.

La gente joven que se involucra en conductas sexuales esperadas en el desarrollo participa de manera voluntaria, lo hacen con compañeros de edades similares y sus conductas son típicamente no intrusivas. Entonces, cualquier experiencia que conlleve el uso de la fuerza o se dé sin el consentimiento de alguno de los participantes no se contempla entre el campo de la normalidad y puede ser considerada como abusiva. (7)

Mientras que en la mayoría de los estudios han utilizado la definición de Finkelhor (de una diferencia de entre 5 y 10 años entre la víctima y el agresor) para seleccionar su población; en otras se han hecho distinciones basadas en si hay o no contacto físico en la experiencia sexual, uso de fuerza física o consentimiento de la víctima. (1)

Ryan y Lane en 1997 identificaron 3 factores que consideran necesarios tomar en cuenta cuando se evalúa una conducta sexualmente abusiva en los adolescentes y niños. Estas son: Inequidad, falta de consentimiento y coerción. Burton y sus colegas en 1998 propusieron un número de factores o “dinámicas abusivas” similares, las cuales incluyen:

- 1) Tener una diferencia de poder en relación con la otra persona
- 2) Mal uso de la autoridad asignada
- 3) Uso de tácticas de manipulación para persuadir a los otros a participar en las conductas sexuales
- 4) Uso de coerción o fuerza para llevar a cabo la conducta sexual. Con el uso de ésta última dinámica se considera abuso sexual, aún en ausencia de los tres primeros puntos. (7)

No hay características que sean compartidas por la mayoría de los jóvenes que agreden sexualmente, o también denominados Agresores Sexuales Juveniles (ASJ), por lo que no puede considerarse que exista un ASJ típico. Sin embargo, sí puede decirse que éstos son diferentes a los agresores sexuales adultos. (6, 7)

Entre las principales características que se han reportado en diversos estudios se encuentran las siguientes:

Tipo de características	Característica	Autor(es) y año del estudio
Características Socio-demográficas	Casi todos los ASJ pertenecen al género masculino. (3)	Fortune y Lambie (2004)
	Las mujeres comprenden entre el 2 y el 11% de los ASJ. (7)	Rasmussen y Miccio-Fonseca (2007)
	La edad a la que las agresiones se estiman haber iniciado: 1) A los 7 años en el 22% 2) Entre 8 y 12 años en el 39% 3) Entre 13 y 15 años en el 33% 4) Después de los 16 años en el 6%. (8)	Hutton y Whyte (2006)
	La mayoría de los ASJ viven con sus familias de origen. (9)	Ugarte (2001)
Características Clínicas	Fugas o expulsiones escolares en el 37% de los casos (8)	Hutton y Whyte (2006)
	7% de los ASJ presentan uso de pornografía. (6)	Almond, Canter y Salfati (2006)
	39% había sido víctima de abuso sexual. (10)	Ryan (1996)
	40% de los ASJ muestran una clara evidencia de alteraciones sexuales, sociales y/o psicológicas. (10)	Ryan y Lane (1997)
	30% muestra antecedentes de conducta antisocial repetida. (10)	Ryan y Lane (1997)
	5% tiene una historia de enfermedad mental. (10)	Ryan y Lane (1997)
	El 35.5% cumplió con los criterios del DSM IV para un trastorno del eje I (71.1% presentaba consumo de sustancias). El 34.2% cumplía criterios para algún trastorno del eje II, siendo los trastornos de personalidad antisocial e impulsiva los más frecuentes, éstos se encontraron en el 46.2%. (11)	Kanyanya, Othieno y Ndeti (2007)
	Entre el 60 y 90% de los ASJ cuentan con alguna comorbilidad psiquiátrica, entre las que se mencionan con mayor frecuencia los trastornos de conducta, alteraciones del estado de ánimo, abuso de sustancias y TDAH. (7)	Ugarte (2001)
	Los agresores convictos mostraron mayor prevalencia de abuso de sustancias (80%), mientras los que se encontraban en manejo en el servicio de psiquiatría forense mostraron una prevalencia mayor para trastornos de personalidad (85%). (12)	Harsh y cols (2006)
	La depresión es frecuentemente reportada antes de que se cometa la agresión sexual. (2)	Swaffer, Hollin, Beckett and Fizher (2000)
	42% presentaron depresión severa. (9)	Beckler y Kaplan (1991)
	El 37% había presentado sintomatología compatible con un Trastorno de estrés postraumático, el cual se asociaba a victimización sexual. (13)	Dixon, Howie y Starling (2005)
	Niveles significativamente altos de síntomas de trastornos del espectro autista. (14)	Hart-Kerkhoffs y cols (2009)
	48% presentó datos de un trastorno de hiperactividad y el 34% para un trastorno por déficit de atención. (9)	Beckler y Kaplan (1988)

Características de la agresión cometida	El tipo de conducta más frecuentemente encontrada fue la de tocamiento, aunque se encontraron también violación, sodomización y contacto oral-genital. (3, 15)	Fortune y Lambie (2004)
	El tipo de conducta sexual más comúnmente presentada fue la de tocamientos de genitales (37%), aunque el contacto oral genital estuvo presente en el 13% de los casos, la penetración anal y/o vaginal en el 5% y las conductas sexuales que no implicaban contacto físico en el 24%. (7)	Hutton y Whyte (2006)
Características de las víctimas	Las mujeres están presentes como víctimas en el 70% de los casos, mientras que los hombres en el 61%. El 32% de los sujetos tuvieron víctimas de ambos géneros. (7)	Hutton y Whyte (2006)
	El 41% de ellos habían tenido sólo 1 víctima, mientras que el 26% de ellos había tenido 4 o más víctimas. (7)	Hutton y Whyte (2006)
	Las víctimas se encontraban entre 6 y 10 años en el 51% de los casos, entre los 11 y 13 años en el 36% y entre los 3 y 5 años en el 34%, mientras que los niños de 2 años y menos aparecieron en el 6%. (7)	Hutton y Whyte (2006)
	90% de las víctimas eran familiares o conocidos del agresor. El parentesco más común fue el de los primos, seguido de los hermanos. Los amigos y compañeros del colegio fueron los tipos de conocidos más comúnmente encontrados en ese estudio. (3, 15)	Fortune y Lambie (2004)
	La tasa de abuso sexual cometida por extraños es relativamente baja, el secuestro de niños por extraños para victimizarlos sexualmente incluye sólo en el 10% de los casos a ASJ. (16)	Finkelhor y Ormrod (2000)
	El porcentaje de víctimas desconocidas para los ASJ fue del 15%. (7)	Hutton y Whyte (2006)

La heterogeneidad que se observa sugiere que puede haber subgrupos de ASJ, cada uno con distinta trayectoria del desarrollo y necesidades de intervención únicas. La literatura sugiere que existen al menos tres temas o núcleos centrales: Abuso, delincuencia y disfunción, aunque en algunos pacientes podrían presentarse características de más de uno de ellos, lo cual daría lugar a híbridos.

El primer tipo de ASJ es el de aquellos que han sido victimizados sexualmente. Veneziano encontró en 2000 que los ASJ que habían sido abusados sexualmente, seleccionaban víctimas y presentaban conductas sexuales que reflejaban su propia victimización. Éstos agredían con mayor frecuencia a varones más jóvenes que ellos.

El segundo tipo de ASJ es el de aquellos con conductas francamente antisociales. Becker argumenta que estas personas muestran conductas sexuales dañinas como parte de un espectro antisocial más amplio. En el estudio de Ryan el 63% de los ASJ habían cometido agresiones no sexuales. Becker encontró que un 50% de los adolescentes que habían cometido actos incestuosos, tenían un arresto previo por agresiones no sexuales, mientras que Van Ness encontró que el 86% de los adolescentes violadores de su muestra, se habían involucrado en actos violentos no sexuales. (5)

El tercer tipo de ASJ es el de los denominados “Con necesidades Especiales”, este tipo incluye a aquellos que cuentan con trastornos intelectuales y del aprendizaje, así como retraso en el desarrollo.

Como los otros subgrupos, éstos cometen múltiples agresiones de diferentes formas, tienden a agredir por igual a varones y mujeres, muestran menos especificidad por la edad y los tipos de conductas sexuales que despliegan son menos invasivas, tales como masturbación en público, exhibicionismo y voyeurismo. Esto sugiere que sus víctimas y conductas se asocian más con las circunstancias que con una preferencia sexual. Es menos común que conozcan a sus víctimas, lo cual puede reflejar sus pocas habilidades sociales y falta de oportunidad para una relación sexual normal. (3, 6)

Los principales subtipos encontrados en el estudio de Almond, Canter y Salfati fueron:

- 1) Especiales = 29%
- 2) Victimizadas = 28%
- 3) Disociales = 14%

Los híbridos más frecuentes fueron:

- 1) Victimizadas-Especiales = 5%
- 2) Victimizadas-Disociales = 2%.

No encontraron en esa muestra híbridos Especiales-Disociales, sin embargo el 6% de la muestra no presentaba características de algunos de los 3 subtipos estudiados. (5)

En otros estudios se han mencionado otros probables subtipos de ASJ, así Finkelhor sugirió la definición de Agresor Sexual de Pares y Sperry y Gilbert redefinieron a este subtipo de agresión como “Cualquier experiencia sexual que implica el uso de la fuerza o se comete sin el consentimiento de alguno de los participantes, donde la víctima tiene 12 años de edad o menos, y el agresor tiene menos de 5 años de diferencia con respecto a la primera, o donde ambas partes cuentan con 12 años o menos de edad y tienen hasta 5 años de diferencia entre ellos”. Este tipo de agresores tienen como víctimas a niños más jóvenes, que por lo general son del género masculino y cometen la agresión en la escuela o en lugares diferentes a su propio hogar. En el estudio de Sperry y Gilbert se reporta que aproximadamente un 6% de la población total de agresores corresponde a los ASJ de pares. (1)

Moultrie también describió a adolescentes que descargan (por vía electrónica) imágenes de pornografía infantil como un nuevo tipo de agresores sexuales juveniles. (17)

Finalmente varios autores han intentado desarrollar una tipología de las adolescentes que agreden sexualmente. Matthews en 1991 propuso 5 tipos de ellas:

- A) Exploratoria
- B) Predispuesta
- C) Maestra/Amante
- D) Psicológicamente trastornada
- E) Bajo coerción

El número de víctimas reportadas en diferentes estudios en las agresoras va del 2 al 3.5 en promedio por cada una de ellas; y tienden a ser de edades escolares. En los estudios de Hunter y Bumby el CI promedio de las agresoras adolescentes se reportó en 93 y 97 respectivamente. Un número relativamente alto de ellas presentan “neurosis”, enuresis, depresión e intentos suicidas. (6, 18)

Masson y Hackett enfatizaron la necesidad de crear servicios especializados para atender la diversidad de esta heterogénea población, es decir, programas de tratamiento que se ajusten específicamente a las necesidades de los diferentes subgrupos, a sus trayectorias de desarrollo y necesidades de tratamientos únicos. Entonces, una efectiva clasificación de los ASJ podría ayudar a mejorar el desarrollo de los servicios que se encargan de este tratamiento y a hacer más eficiente el uso de sus recursos con los que disponen.

En los ASJ que han sido victimizados se sugiere que deben manejarse los puntos relacionados a la propia experiencia de victimización sufrida y los efectos a corto y largo plazo de la misma. Esto implicaría trabajar con temas de sexualidad y atracción sexual. El tratamiento también debe enfocarse en los factores personales y situacionales que incrementan la probabilidad de una nueva agresión sexual. En los jóvenes con rasgos disociales el tratamiento debe enfocarse en los factores generales de riesgo que les hace propensos a delinquir, los cuales pueden ser individuales, familiares y sociales. Mientras que en los ASJ con necesidades especiales primero se debe hacer conciencia de la enorme variedad de problemas que pueden presentar en áreas físicas, emocionales, cognitivas y sociales, por lo que requieren de valoraciones especializadas en diversas áreas, y el tratamiento debe estar dirigido a mejorar sus habilidades individuales y especialmente las sociales (poniendo especial atención en autoestima, Bullying y aislamiento social). (6)

JUSTIFICACIÓN

En nuestro país es poca la atención que se le ha dado al estudio de los agresores sexuales juveniles y no existe alguna dependencia u organismo que se haya dedicado específicamente al manejo de esta población. Más aún, es perceptible la desinformación que existe con respecto al tema, tanto en la población general, como en algunas dependencias que se dedican al manejo de menores de edad. Esto ha dado lugar a que se les estigmatice, agrede, ignore o se les retroalimenten este tipo de conductas.

En varias ocasiones se ha visto que en las dependencias dedicadas al manejo clínico o legal se minimiza o justifica este tipo de conductas sin base científica; y se enfocan exclusivamente en el manejo de la víctima, dejando en completa libertad de acción y riesgo de recidiva al agresor sexual juvenil.

Más aún, en la conformación del Comité Técnico Interdisciplinario, del Consejo de Menores, no se encuentran contemplados médicos especialistas en Psiquiatría de la Infancia y la Adolescencia, que son los expertos en el desarrollo Psicológico normal y el manejo de los problemas de Salud mental de los menores.

El Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro” es el único en todo el país dedicado exclusivamente al manejo de la Salud Mental de niños y Adolescentes y cuenta con la clínica de PAINAVAS, en donde se reciben a víctimas de abuso sexual, así como a los agresores sexuales que aún no cumplen con la mayoría de edad. En promedio se captan 25 nuevos casos de estos por año, lo cual nos brinda una gran oportunidad para abocarnos en el estudio de esta población y posteriormente poder desarrollar adecuadas estrategias de detección, abordaje, valoración clínica y tratamiento para los diferentes y más frecuentes casos de los agresores que acuden a este hospital; y en base a ello capacitar de manera adecuada e integral a un equipo de atención clínica que se enfoque en el manejo de esta población, así como a los elementos en formación de la especialidad de Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En nuestro país no hay servicios especializados para el manejo de los Agresores sexuales Juveniles, y por ello no se generan datos de estudios de investigación que exploren los subtipos y características demográficas y clínicas asociadas de estas personas.

Debido a esta carencia de información, en las características clínicas, sociales y demográficas de estos agresores, es necesario realizar investigaciones que nos provean la misma.

OBJETIVOS

GENERAL: En el presente estudio se buscó describir las características clínicas y socio-demográficas de los agresores sexuales juveniles que acudieron a valoración y tratamiento, así como el patrón de sus agresiones cometidas para poder tener información adecuada de los diferentes subtipos de agresores que acuden a esta institución. Los objetivos específicos fueron:

ESPECÍFICOS:

- A) Identificar las características demográficas, tales como: Edad, Género, Escolaridad, Lugar de residencia y Estructura familiar.
- B) Recabar las características Clínicas, entre las que se contemplan: Diagnóstico médico, Comorbilidad psiquiátrica, Coeficiente Intelectual, Resultados del WISC-R y el Electroencefalograma y Motivo de consulta de primera vez.
- C) Obtener Antecedentes de abuso sexual, conductas sexualizadas previas, contacto con material sexualmente explícito, problemas escolares y problemas conductuales previos.

Detectar las características de la agresión sexual, estas son: Tipo de abuso sexual perpetrado según la clasificación del CIE-10, Parentesco entre el agresor y la (s) víctima (s), Edad de inicio de las agresiones sexuales, Tipo de actividad sexual realizada, Patrón de las víctimas (número, género y edad) y presencia de Cómplices.

MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo, observacional y retrolectivo, en el cual se revisaron los expedientes de todos los pacientes que acudieron al Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro" entre el 1º de Julio de 2004 y el 30 de Junio de 2009.

Entre los criterios de selección se contemplaron: Expedientes pertenecientes a pacientes de ambos géneros, que al momento de la valoración de primera vez contaran con una edad menor a 18 años, en quienes se detectaron conductas sexualmente agresivas y en los cuales se encontraran resultados de Electroencefalograma y WISC-R. No fueron incluidos en el presente estudio los expedientes que carecieran de los resultados de los paraclínicos mencionados y en los que la información de relevancia no se encontrara consignada. El análisis de los datos se hizo a través del SPSS con estadística descriptiva, las características clínicas y demográficas entre los agresores niños y adolescentes se analizaron por medio de X^2 y t de Student, considerando como significativo aquellos con 'p' igual o menor a 0.05.

RESULTADOS

Se revisaron 19,094 expedientes de pacientes que se presentaron por primera vez al Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro" en el intervalo del 1º de Julio del 2004 al 30 de Junio de 2009; encontrándose en 401 de ellos reportes de conductas sexualmente abusivas. En el presente trabajo se incluyeron a 101, siendo eliminados 300 principalmente por no contar con los resultados del WISC y por carecer de información básica y necesaria. De los expedientes eliminados se tomaron algunas características que pueden darnos un panorama general de aquellos pacientes que no cumplieron con la valoración mínima y no llevaron un tratamiento (ver tabla 1).

GÉNERO	EDAD	REFERIDOS A PAINAVAS	TIEMPO DE ASISTENCIA
Femenino: 10% (n=30)	Menores de 12 años: 39% (n=117)	Si: 52% (n=156)	0-6 meses: 63% (n=189)
Masculino: 90% (n=270)	12 a 17 años: 61% (n=183)	No: 48% (N=144)	7-12 meses: 17.33% (n=52)
			Más de 1 año: 19.67% (n=59)

En los expedientes de pacientes incluidos en el estudio, se analizaron los objetivos planteados, encontrándose las siguientes características de relevancia:

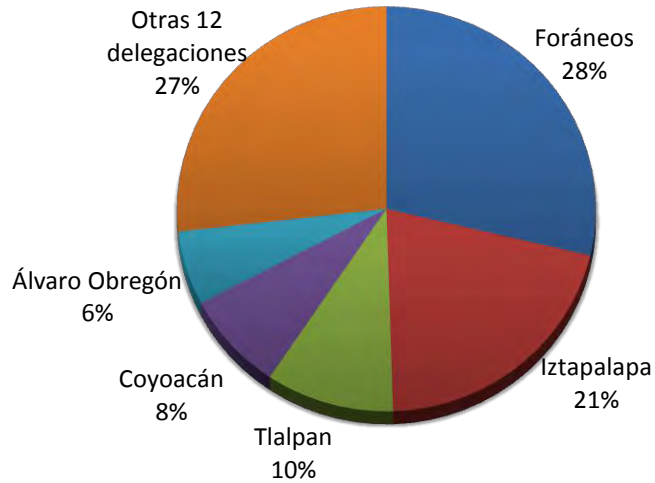
CARACTERÍSTICAS SOCIO-DEMOGRÁFICAS

La edad varió entre los 6 y los 16 años, siendo el promedio de 11.96 ± 2.58 años. El 74.3% (n=75) de la muestra tenía entre 9 y 14 años. El 87.1% de ellos vivía al menos con un padre biológico y los años de escolaridad que presentaban estuvieron entre 1 y 11, con un promedio de 5.67 ± 2.42 años, y aunque ninguno de ellos carecía de escolaridad de acuerdo a lo esperado para su edad, un gran porcentaje presentaba problemas académicos y conductuales. Las características socio-demográficas se plasman en la tabla #2:

CARACTERÍSTICA	PORCENTAJE	NÚMERO
GÉNERO MASCULINO	94.1%	95
MENORES DE 12 AÑOS	33.7%	34
FAMILIA COMPLETA	35.6%	36
FAMILIA MONOPARENTAL	32.7%	33
FAMILIA RECONSTRUIDA	18.8%	19
OTRO TIPO DE FAMILIA	12.9%	13
PROBLEMAS ACADÉMICOS	21.8%	22
PROBLEMAS CONDUCTUALES EN LA ESCUELA	8.9%	9
PROBLEMAS ACADÉMICOS Y CONDUCTUALES EN LA ESCUELA	58.4%	59
SIN PROBLEMAS ESCOLARES	10.9%	11

De acuerdo a su procedencia geográfica el 28.7% (n=29) de los pacientes eran foráneos y la delegación del Distrito Federal con mayor representación fue Iztapalapa con el 20.8% (n=21).

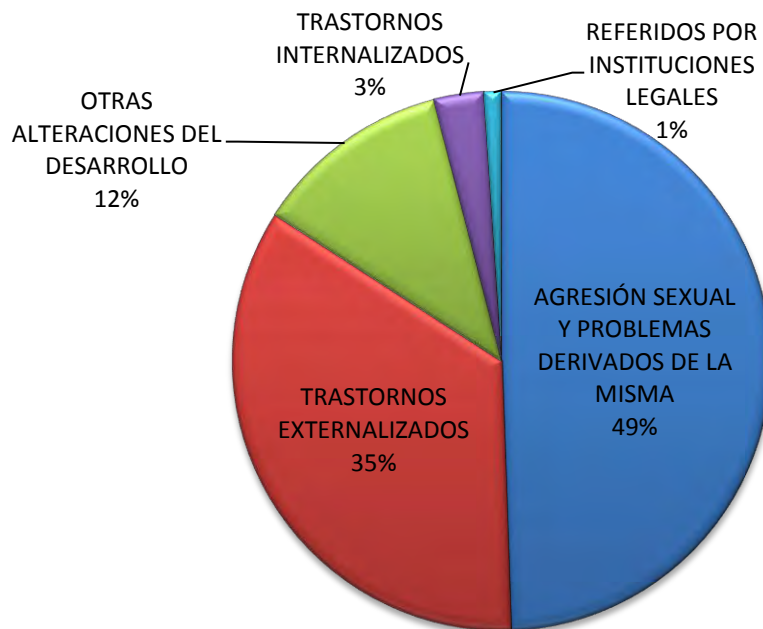
PROCEDENCIA GEOGRÁFICA



CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

El principal motivo de consulta de primera vez en los pacientes incluidos en este estudio fue la agresión sexual y las situaciones derivadas de la misma.

MOTIVO DE CONSULTA DE PRIMERA VEZ



El tiempo total que acudieron a la institución fue muy variable, sin embargo el promedio fue de 15.72 ± 13.52 meses. El 28.7% (n=29) acudió entre 0-6 meses, el 24.8% (n=25) de 7 a 12 meses y el restante 46.5% (n=47) más de un año.

De esta población el 73.3% (n=74) fue derivado a la clínica de PAINAVAS y el restante 26.7% (n=27) llevó un manejo en otras clínicas, en las cuales no hay contemplados planes específicos para el tratamiento de esta población.

Luego de realizárseles una valoración integral se encontró que el 68.3% eran pacientes físicamente sanos, siendo la parasitosis el diagnóstico médico más comúnmente encontrado en el restante 31.7%. En el 10.9% (n=11) de los casos no se confirmó un diagnóstico psiquiátrico, mientras que en el 89.1% (n=90) había al menos un diagnóstico de los que se contemplan en el eje I de la CIE-10. El número de diagnósticos por paciente varió de 1 a 5, siendo el promedio de 1.9 ± 1.25 para cada uno de ellos. Los diagnósticos Psiquiátricos se dividieron en 5 categorías (ver tabla 3).

Tabla 3. DIAGNÓSTICOS DE LA CIE-10 ENCONTRADOS EN LOS PACIENTES		
CATEGORÍA	DIAGNÓSTICOS	PORCENTAJE(n)
1.- Trastornos mentales secundarios a lesión o disfunción cerebral	Trastorno Esquizofreniforme Orgánico	5.9% (6)
	Trastorno Afectivo Orgánico	
	Otros Trastornos mentales y del comportamiento secundarios a disfunción orgánica cerebral	
2.- Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicótropas	Trastorno mental y del comportamiento (TMC) secundario al uso y abuso de Alcohol	8.9% (9)
	TMC secundario al uso y abuso de cocaína	
	TMC secundario al uso y abuso de tabaco	
	TMC secundario al uso y abuso de múltiples sustancias	
3.- Trastornos del humor, neuróticos y secundarios a situaciones estresantes (Internalizados)	Trastorno Afectivo Bipolar	33.7% (34)
	Trastorno depresivo	
	Distimia	
	Trastorno de ansiedad generalizada	
	Trastorno mixto ansioso-depresivo	
	Trastorno Obsesivo-Compulsivo	
4.- Trastornos del comportamiento de comienzo habitual en la infancia y la adolescencia (Externalizados)	Trastorno por déficit de atención e hiperactividad	67.3% (68)
	Trastorno Oposicionista desafiante	
	Trastorno Disocial	
	Rivalidad entre hermanos	
5.- Otros trastornos del Eje I (Otros)	Trastorno de Tics	14.9% (15)
	Enuresis no orgánica	
	Encopresis no orgánica	
	Trastornos psicológicos y del comportamiento asociados con el desarrollo y las inclinaciones sexuales	

De manera individual el TDAH y el trastorno depresivo fueron los diagnósticos más frecuentemente encontrados con un 51.5 y el 25.7% respectivamente. El número de paraclínicos por cada paciente fue en promedio de 4 ± 2 . Con respecto al EEG se encontró que la mayoría de los pacientes contaban con un resultado de normalidad, esto es el 71.3% (n=72), y sólo en el 5% de los casos el resultado del mismo era sugerente de epilepsia.

El Coeficiente Intelectual (CI), valorado con el WISC-R, arrojó resultados en un intervalo de entre 47 y 120 puntos. El promedio fue de 87.11 ± 15.83 . El 22.8% (n=23) estaba en el intervalo de CI sugerente a Retraso Mental.

ANTECEDENTES SEXUALES

Los resultados mostraron que el 50.5% de la muestra (n=51) había sufrido de abuso sexual, el 33.7% (n=34) había tenido contacto con material sexualmente explícito y el 72.3% (n=73) había presentado conductas erotizadas previo a que cometieran la agresión sexual

De entre los sujetos que habían sido víctimas de abuso sexual, 30 lo habían sufrido por parte de un familiar, 16 por parte de una persona ajena al núcleo familiar y 5 habían tenido abuso sexual tanto intra como extrafamiliar.

CARACTERÍSTICAS DE LA AGRESIÓN SEXUAL COMETIDA

El tipo de abuso sexual cometido más frecuentemente por esta población fue el intrafamiliar, siendo los hermanos y los primos a quienes con mayor frecuencia se les eligió como víctimas. Los resultados se muestran en la tabla #4.

Tabla 4. CARACTERÍSTICAS DE LA AGRESIÓN SEXUAL COMETIDA			
		PORCENTAJE	NÚMERO
TIPO DE ABUSO SEXUAL SEGÚN LA CIE-10	INTRAFAMILIAR	69.3%	70
	EXTRAFAMILIAR	15.8%	16
	MIXTO	14.9%	15
TIPO DE CONDUCTAS EXHIBIDAS DURANTE LA AGRESIÓN SEXUAL	SIN CONTACTO FÍSICO (Incluye exposición a pornografía, voyeurismo y exhibicionismo)	3%	3
	TOCAMIENTOS	49.5%	50
	CONTACTO ORAL-GENITAL	10.9%	11
	INTENTO DE COITO	10.9%	11
	PENETRACIÓN ANAL O VAGINAL (Incluye coito, penetración con objetos diferente al pene y violación)	25.7%	26

Sólo en 6 casos se reportó que las agresiones sexuales se cometieron en asociación con otros niños y adolescentes.

CARACTERÍSTICAS DE LAS VÍCTIMAS

El número de víctimas por agresor varió de 1 a 5, encontrándose un promedio de 2.14 ± 1.49 . La edad de las mismas estuvo en el rango que va desde el año de edad hasta algunas que ya eran mayores de edad (las cuales tenían algún tipo de discapacidad intelectual o fueron forzadas para el contacto sexual). Sólo en 4 casos se desconocía la edad de las mismas víctimas.

El promedio de la edad de las víctimas fue de 5.92 ± 3.54 años; y el promedio de la diferencia de edad entre las víctimas y los agresores fue de 5.64 ± 3.54 años. Los resultados se plasman en la tabla 5.

CARACTERÍSTICA		PORCENTAJE	NÚMERO
GÉNERO	SOLO MUJERES	39.6%	40
	SOLO VARONES	32.7%	33
	AMBOS GÉNEROS	27.7%	28
EDAD	MENORES DE 2 AÑOS	6.9%	7
	3 A 5 AÑOS	44.5%	45
	6 A 10 AÑOS	36.6%	37
	11 AÑOS Y MÁS	6.9%	7
PARENTESCO	SOLO HERMANOS	37.6%	38
	SOLO PRIMOS	34.7%	35
	HERMANOS Y PRIMOS	5%	5
	OTRO PARENTESCO	6.9%	7

Posterior al análisis de la muestra general, se dividió a la misma en 2 grupos para su comparación: El de los menores de 12 años y los de 12 años y más. El grupo de niños estuvo integrado por 34 sujetos, mientras que el de los adolescentes por 67. Los resultados del comparativo de los grupos se muestran en la tabla 6.

CARACTERÍSTICAS		NIÑOS	ADOLESCENTES	ESTADÍSTICA	p
CLÍNICAS	Edad de la primera agresión sexual	8.62 ± 1.69 años	12.99 ± 1.59	t = 12.52 gl = 63.04	0.00
	Problemas académicos	8.8%	28.4%	x ² = 10.26 gl = 3	0.01
	Número de diagnósticos psiquiátricos	2.32 ± 1.2	1.69 ± 1.2	t = -2.49 gl = 68.13	0.01
	TDAH	73.5%	40.3%	x ² = 9.97 gl = 1	0.00
	Trastornos de aprendizaje	14.7%	1.5%	x ² = 7.04 gl = 1	0.00
ANTECEDENTES SEXUALES	Abuso sexual sufrido	64.7%	43.3%	x ² = 9.7 gl = 3	0.02
	Conductas erotizadas	85.3%	65.7%	x ² = 4.33 gl = 1	0.03
DE LA AGRESIÓN COMETIDA	Intrafamiliar	50%	79.1%	x ² = 9.01 gl = 2	0.01
	Extrafamiliar	26.5%	10.4%	x ² = 9.01 gl = 2	0.01
DE LAS VÍCTIMAS	Sin parentesco	26.5%	10.4%	x ² = 14.61 gl = 7	0.04
	Primos	17.6%	37.3%	x ² = 14.61 gl = 7	0.04
	Edad	4.97 ± 2.36	6.39 ± 3.57	t = 2.32 gl = 86.64	0.02
	Número	2.56 ± 1.71	1.93 ± 1.33	t = -2.05 gl = 99	0.04
	Diferencia de edad entre las víctimas y los agresores	3.66 ± 2.43 años	6.63 ± 3.6 años	t = 4.77 gl = 85.62	0.00

TIPOLOGÍA DE AGRESORES

En 83 casos se cumplieron los requisitos para ser clasificados como uno de los diferentes tipos de agresores sexuales juveniles mencionados en la literatura, mientras que en 18 casos los pacientes no cumplían con las características que permitieran clasificarles de acuerdo a lo mencionado en otros estudios. Los resultados se muestran en la tabla 7.

TIPO DE AGRESORES	PORCENTAJE	NÚMERO
CON ANTECEDENTES DE ABUSO SEXUAL	50.5%	51
DE PARES	28.7%	29
CON NECESIDADES ESPECIALES	27.7%	28
CON CONDUCTAS DISOCIALES	23.8%	24
SIN CLASIFICAR	17.8%	18

Al hacer el comparativo entre los grupos de niños y adolescentes ASJ, se encontraron los resultados señalados en la tabla 8.

TIPO DE AGRESORES	GRUPO DE MENORES DE 12 AÑOS	GRUPO DE 12 AÑOS Y MÁS
CON ANTECEDENTES DE ABUSO SEXUAL	22	29
DE PARES	19	10
CON NECESIDADES ESPECIALES	8	20
CON CONDUCTAS DISOCIALES	6	18
SIN CLASIFICAR	4	14

Los híbridos se encontraron en el 26.7% (n=27) de los casos, siendo el Victimizado-Especial el más frecuente al presentarse en el 11.9% (n=12), seguido del Victimizado-Disocial con el 8% (n=8) y finalmente se encontraron 3 casos de Especial-Disocial. 4 casos cumplían con los criterios para los 3 núcleos referidos por Almond, Canter y Salfati. El número de híbridos fue mayor en los adolescentes con 17 casos, mientras que en los menores de 12 años el número fue de 10.

DISCUSIÓN

En el presente estudio el mayor porcentaje de los agresores correspondieron al género masculino, tal como se ha descrito en diversos trabajos previos, así mismo el porcentaje de mujeres agresoras fue del 5.9%, encontrándose en el rango sugerido por Rasmussen y Miccio-Fonseca (7). Con respecto a la edad, el porcentaje de los menores de 12 años fue menor que el reportado por Hutton y Whyte, 33.7% Vs 61% (8). Llama la atención, sin embargo, que un gran porcentaje de la población se encontraba en la etapa de los 9 a los 14 años (74.3%). Al igual que en el estudio de Ugarte, la principal estructura familiar reportada fue la de una familia completa (9).

Es importante ver que el porcentaje de mujeres agresoras sexuales que no concluyeron la valoración básica, y por ende no llevaron un tratamiento fue mayor que el de los varones 91.67% Vs 73.97%.

En lo referente a los problemas escolares, el porcentaje encontrado aquí fue mucho mayor que el encontrado en el estudio de Hutton y Whyte, 89.1% Vs 37% (8). De la misma manera el porcentaje de ASJ que reportaron contacto con material sexualmente explícito fue mayor que el encontrado en 2006 por Almond, Canter y Salfati, esto es el 33.7% Vs el 7% (6).

El porcentaje general de los ASJ que no concluyeron con las valoraciones mínimas, y por ende no llevaron un tratamiento, fue muy alto (74.81%). Sin embargo, al comparar el porcentaje de los ASJ que habían sido enviados a PAINAVAS y dejaron de acudir, contra aquellos que no fueron enviados a PAINAVAS y dejaron de acudir, podemos ver una diferencia de 67.83% Vs el 84.21%. Lo que nos permite observar que el porcentaje de los pacientes que llevan un tratamiento es mayor para aquellos que son enviados a PAINAVAS que aquellos que no son derivados a ese servicio.

El porcentaje de pacientes que habían presentado antecedentes de haber sufrido abuso sexual fue mayor que el contemplado en el estudio de Ryan en 1996 (39%), así como el reportado por Almond, Canter y Salfati en el 2006 (33%), ya que en este estudio el 50.5% de ellos contaban con este antecedente (10, 6).

El porcentaje de estos pacientes con algún diagnóstico psiquiátrico fue mucho mayor que el reportado por Ryan y Lane y por Kanyanya, (5% y 35.5% respectivamente), y se apega más a lo descrito por Ugarte y por Harsh (60 a 90% y 80 a 85% respectivamente), ya que en esta muestra este porcentaje fue del 89.1%. Esto con mucha probabilidad debido al tipo de población seleccionada para el estudio (7, 10, 11, 12).

Con respecto a diagnósticos específicos, el consumo de sustancias estuvo presente en un 8.9%, a diferencia de lo reportado en los estudios de Kanyanya, de Ugarte y de Harsh. Sin embargo los trastornos internalizados estuvieron presentes en un gran porcentaje, con el 33.7%, lo cual coincide con lo encontrado por Ugarte, por Swaffer y por Beckler en sus respectivas investigaciones (2, 7, 9, 11, 12).

A diferencia de lo reportado por Dixon, en este estudio sólo se encontró el Trastorno por estrés postraumático en el 1% de la muestra, mientras que en su trabajo él reportó un 37%. Así mismo el porcentaje de diagnósticos del espectro de trastornos del desarrollo fue del 0%, algo muy diferente a lo observado por Hart-Kerkhoffs (13, 14).

Con respecto a los trastornos externalizados, el TDAH y el Trastorno disocial fueron los principales diagnósticos comórbidos, estando el TDAH en el 50.5% de la muestra. Algo similar a lo reportado por Beckler y Kaplan en 1988 (34 a 48%). Mientras que el Trastorno disocial se encontró en un 23.8%, algo similar a lo encontrado por Ryan y Lane con el 30% (9, 10).

Estos resultados nos permiten ver que la distribución de los diagnósticos en la población de los ASJ es la misma que la de la población general de pacientes que acuden a esta unidad, por lo que no podría decirse que el ser agresor sexual se relacione de manera particular a un padecimiento psiquiátrico. Para confirmar este dato será necesario llevar a cabo estudios comparativos de la distribución diagnóstica entre la población de los ASJ contra un grupo control, es decir, con un grupo de similares características pero sin el antecedente de ser agresores sexuales y que ambos grupos sean tomados bajo los mismos criterios de selección y del mismo sitio (Hospital Psiquiátrico, población abierta, centros de rehabilitación social, etc.), ya que este último factor parece influir de manera importante en las características de las poblaciones que se han reportado en los diferentes estudios.

Otro resultado que destaca es que la mayor parte de la población del estudio no cuenta con un CI bajo, ni cuentan con diagnósticos que sugieran disfunción orgánica cerebral, lo cual permite ver que la mayor parte de los ASJ está lejos de caer en un estereotipo de personas con alteraciones cerebrales graves.

Al igual que lo reportado por Fortune y Lambie y por Hutton y Whyte, el principal tipo de conducta agresiva fue a base de tocamientos, aunque en esta muestra el porcentaje fue un poco mayor (49.5% Vs 37%). El porcentaje de las conductas que no implicaban el contacto físico fue mucho más bajo en este estudio que el reportado por Hutton y Whyte (3% Vs 24%). Aunque el porcentaje de casos que incluían penetración fue más alto en nuestro estudio, en comparación con lo reportado por los mismos autores (25.7% Vs 5%). El porcentaje de casos que implicaban contacto sexual oral-genital fue similar en ambos estudios (10.9% Vs 13%) (3, 7, 15).

En este trabajo el promedio en el número de víctimas por cada agresor fue de 2.14 ± 1.49 , a diferencia de lo reportado por Hutton y Whyte, en el cual el mayor porcentaje de los ASJ (41%) habían presentado sólo 1 víctima, mientras que los casos con más de 4 víctimas representaban sólo el 26% (7). Llama particularmente la atención que la mayor parte de los ASJ de la muestra ya contaban con más de una víctima al momento de su primera valoración en nuestra unidad, por lo que debe hacerse énfasis en la necesidad de conocer e investigar los factores de riesgo más importantes, para esta conducta, para poder realizar su detección oportuna.

Con respecto al género, las mujeres estuvieron presentes como víctimas en el 67.3% de los casos y los hombres en el 60.4%. El 27.7% de los agresores tuvieron víctimas de ambos géneros. Estas cifras son similares a lo reportado por Hutton y Whyte con el 70%, 61% y 32% respectivamente (7).

En lo referente a la edad de las víctimas el promedio fue de 5.92 ± 3.54 años, con un 44.6% en el rango de 6 a 10 años. Esto es un poco menor que lo externado por Hutton y Whyte, quienes encontraron un 51% en este mismo rango. Se observa una diferencia importante en el rango de los mayores de 11 años y más, ya que en el presente estudio sólo se encontró un 7% de víctimas en este rango de edad, mientras que en estudio de Hutton y Whyte el 29.4% de la muestra estaba en ese rango etario (7).

A cerca de la relación y el parentesco de las víctimas con los agresores, se encontró que en el 84.2% de los casos había estado presentes en al menos una ocasión un familiar, mientras que sólo en el 20.7% de los casos estuvo involucrado un no familiar. Esto es parecido a lo expuesto por Fortune y Lambie, quienes encontraron que el 90% de las víctimas eran familiares o conocidos del agresor (3, 15).

Los parentescos más comúnmente reportados fueron el de los hermanos seguido por los primos, algo similar a lo reportado por esos mismos autores, aunque el orden de frecuencia fue inverso, siendo más comúnmente reportado los primos, seguido de los hermanos. El porcentaje de víctimas desconocidas o actos de secuestro para cometer la agresión sexual fue de cero, lo cual difiere con lo reportado por Finkelhor y Ormrod (10%) y por Hutton y Whyte (15%). (7, 16)

Como puede verse se encontraron diferencias demográficas y clínicas significativas entre los agresores niños y los agresores adolescentes, particularmente puede verse que:

Los niños tienen mayor comorbilidad psiquiátrica (entre los que destacan los trastornos del aprendizaje y el TDAH), mayor frecuencia de haber sido víctimas de abuso sexual, más conductas erotizadas, mayor número de víctimas y agreden con mayor frecuencia a sus pares.

Y por otro lado los adolescentes presentan mayores problemas escolares, cometen agresiones más frecuentemente de tipo intrafamiliar, eligiendo principalmente a los primos como víctimas y cuentan con menor frecuencia el antecedente de haber sufrido abuso sexual.

En nuestra muestra general el tipo de ASJ más frecuentemente encontrado fue el de los que presentaban antecedentes de abuso sexual con un 50.5%, porcentaje mayor al referido por Almond, Canter y Salfati con el 36% (luego de incorporar a sus híbridos). El segundo grupo fue el de los agresores de pares con un 28.7%, porcentaje mayor que el reportado por Sperry y Gilbert con el 6% de una población general. En 3er lugar fue más común encontrar a los agresores con Necesidades especiales, con un 27.7%, cifra similar a la reportada por Almon, Canter y Salfati con un 29%. El grupo de los disociales se encontró en una proporción mayor con el 23.8%, a diferencia de estos últimos autores, quienes encontraron un 14%. Llama la atención que un porcentaje alto, 17.8%, de esta muestra no pudo ser clasificada en alguno de los subgrupos reportados en la literatura, algo reportado también por Almond, Canter y Salfati, aunque ellos reportaron que solo un 6% de su muestra presentaba esta situación. (5)

Los híbridos se encontraron en el 26.7% (n=27) de los casos, siendo el Victimizado-Especial el más frecuente al presentarse en el 11.9% (n=12), algo mayor a lo reportado por Almond, Canter y Salfati, quienes encontraron en su estudio un 5% de estos híbridos. En un segundo lugar de frecuencia se encontró al híbrido Victimizado-Disocial con el 8% (n=8), mientras que los autores previamente referidos encontraron un 2%. Finalmente se encontraron 3 casos de Especial-Disocial y en otros 4 casos se cumplían con los criterios para los 3 núcleos referidos por Almond, Canter y Salfati. El número de híbridos fue mayor en los adolescentes con 17 casos, mientras que en los menores de 12 años solo fueron 10. (5)

El tiempo total que los pacientes de nuestra muestra acudieron a la institución fue en promedio de 15.72 ± 13.52 meses, incluso el 71.3% acudió más de 6 meses. Este tiempo sería suficiente para evaluarlos completamente y llevar a cabo los programas de intervención breves y específicos sugeridos por Masson y Hackett, lo que redundaría en beneficios evidentes (desde la prevención de nuevas víctimas, hasta económicos).

Con respecto a los paraclínicos realizados el promedio fue de 4 ± 2 por cada uno. En base a esto podría considerarse un mínimo básico de estos paraclínicos para los pacientes de acuerdo a su edad, sugiriéndose para los adolescentes el MMPI, WISC-R y el Test Gestáltico Visomotor de L. Bender; mientras que para los niños menores de 12 años el WISC-R y el Test Gestáltico Visomotor de L. Bender. (6)

CONCLUSIONES

La población de los ASJ es muy heterogénea, lo cual hace difícil de ligar alguna(s) característica(s) específica(s) a las conductas sexuales agresivas.

Llama particularmente la atención el alto número de ASJ que no concluyen una valoración y/o no llevan un tratamiento, por lo que debe hacerse énfasis en la necesidad de conocer e investigar más en esta problemática para poder realizar su detección oportuna e intervención adecuada.

La presencia de diferentes subtipos de ASJ nos obliga a realizar abordajes diferentes, los cuales deben de individualizarse para cada paciente. Debe ponerse especial atención a los subtipos sugeridos por otros autores por sus características propias, tales como los victimizados, los disociales, los que cuentan con necesidades especiales y los agresores de pares. Así mismo los autores sugerimos que debe hacerse distinción entre los niños y los adolescentes que agreden sexualmente para su abordaje y tratamiento, ya que como ya vimos en este estudio son evidentes las diferencias entre ambos grupos.

Finalmente es necesario tomar en cuenta el posible sesgo de este trabajo al haber seleccionado a la población de estudio en personas que hacen uso de una unidad de atención psiquiátrica, así como al haber incluido sólo a aquellos expedientes de pacientes que contaban con la información completa en sus expedientes, lo cual no representa a la población general.

REFERENCIAS

1. - Sperry D, Gilbert B. Child Peer sexual abuse: Preliminary data on outcomes and disclosure experiences. *Child Abuse and Neglect*. 29: 889-904, 2005.
2. - DiGiorgio-Miller J. Emotional variable and deviant sexual fantasies in adolescent sex offenders. *The Journal of Psychiatry and Law*. 35 (2): 109-124, 2007.
3. - Fortune C, Lambie I. Demographic and abuse characteristics in adolescents male sexual offenders with "special needs". *Journal of sexual aggression*. 10 (1): 63-84, Marzo, 2004.
4. - Oliver B. Three steps to reducing child molestation by adolescents. *Child Abuse and Neglect*. 31: 683-689, 2007.
5. - Butler SM, Seto MC. Distinguishing Two Types of adolescent Sex Offenders. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 41 (1): 83-90, Enero, 2002.
6. - Almond L, Canter D, Salfati G. Youths who sexually harm: A multivariate model of characteristics. *Journal of sexual Aggression*. 12 (2): 97-114, Julio, 2006.
7. - Rasmussen L, Miccio-Fonseca L. Paradigm Shift: Implementing MEGA, a New Tool Proposed to Define and Assess Sexually Abusive Dynamics in Youth Ages 19 and Under. *Journal of Child Sexual Abuse*. 16 (1): 85-106, 2007.
8. - Hutton L, Whyte B. Children and Young people with harmful sexual behaviours: First analysis of data from Scottish sample. *Journal of sexual aggression*. 12 (2): 115-125, Julio, 2006.
- 9.- Ugarte M. Características de personalidad en agresores sexuales adolescentes. Tesis para obtener el diploma de especialización en Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia. Universidad Nacional Autónoma de México. Febrero, 2001.
10. - Van Outsem R. Sexually abusive behaviour in juveniles: Deviant and non-deviant pathways. *Journal of Sexual Aggression*. 13 (2): 169-179, Julio, 2007.
- 11.- Kanyanya IM, Othieno CJ, Ndeti DM. Psychiatric morbidity among convicted male sex offenders at Kamiti Prison, Kenya. *East African Medical Journal*. 84(4):151-155, 2007.
- 12.- Harsch S, Bergk JE, Steinert T, Keller F, Jockusch U. Prevalence of mental disorders among sexual offenders in forensic psychiatry and prison. *International Journal of Law and Psychiatry*. 29(5):443-449, 2006.
- 13.- Dixon A, Howie P, Starling J. Trauma exposure, posttraumatic stress, and psychiatric comorbidity in female juvenile offenders. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 44(8):798-806, 2005.
- 14.- Hart-Kerkhoffs LA, Jansen LM, Doreleijers TA, Vermeiren R, Minderaa RB, Hartman CA. Autism spectrum disorder symptoms in juvenile suspects of sex offenses. *Journal Clinical Psychiatry*. 70(2):266-272, 2009.

15.- Pereda N, Forns M. Prevalencia y características del abuso sexual infantil en estudiantes universitarios españoles. *Child Abuse and Neglect*. 31: 417-426, 2007.

16. - Gallagher B, Bradford M, Pease K. Attempted and completed incidents of stranger-perpetrated child sexual abuse and abduction. *Child Abuse and Neglect*. 32: 517-528, 2008.

17. - Moultrie D. Adolescents convicted of possession of abuse images of children: A new type of adolescent sex offender?. *Journal of sexual aggression*. 12 (2): 165-174, 2006.

18. - Hendriks j, Bijleveld C. Female adolescent sex offenders-an exploratory study. *Journal of Sexual Aggression*. 12 (1): 31-41, Marzo, 2006.

19.- Ley para el tratamiento de menores infractores, para el Distrito Federal en Materia común y para toda la República en Materia Federal. Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 24 de Diciembre de 1991. Última reforma aplicada: 25/06/2003. México, DF.

20.- Código Penal Federal. Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 14 de Agosto de 1931. Últimas reformas publicadas: 30/06/2006. México, DF.