



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

**FOLLETO DE PREVENCION AL ABUSO
SEXUAL INFANTIL DIRIGIDO A NIÑOS
HIPOACUSICOS**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE :

LICENCIADA EN PSICOLOGIA

PRESENTA

MARIA EUGENIA MENDOZA CORTEZ

COMISION DICTAMINADORA:

**MTRA.: MARTHA ELBA ALARCON ARMENDARIZ
MTRA.: NORMA YOLANDA RODRIGUEZ SORIANO
LIC.: ALEJANDRO GAONA FIGUEROA**



IZTACALA

TLALNEPANTLA, ESTADO DE MEXICO

2002

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



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.

DEDICO ESTE TRABAJO A :

MIS PADRES:

ELENA CORTES BAUTISTA

Y

MAURO MENDOZA SANTAMARIA

2

Antes que nada ...

GRACIAS A LA VIDA QUE ME HA DADO TANTO ...

Me dio la oportunidad de tener unos padres y una familia maravillosa, también muy buenos amigos, que con su amor, confianza, aliento y apoyo pude lograr una meta mas.

Mami:

Siempre admiré tu fortaleza y el AMOR que nos tienes, gracias por ser mi amiga y por ser mi madre.

Papi:

Gracias por tu ejemplo de honradez, de ser justo, por el amor que le tienes a tu familia y por brindarme toda tu confianza.

Luz María:

Me siento muy halagada de ser tu hermana, te super agradezco tu nobleza y tu comprensión.

Tía Amanti:

Te agradezco tu amor y confianza que siempre me haz brindado y por toda tu ayuda.

Martha:

Gracias por contagiarme la pasión por el trabajo con discapacitados y por ser una excelente profesionista, pero sobre todo porque eres un ser humano con mucha calidad y calidez.

Por tus apapachos y los jalones de orejas, los cuales fueron muy oportunos.

Norma:

Gracias por la confianza, por escucharme, por tus consejos, por tu espacio, pero sobre todo por enseñarme a ser tenaz, por tu fuerza de espíritu que contagias y por brindarme tu amistad.

Juan:

Te agradezco tu amistad, tu amor, comprensión, tus apapachos, los regaños, pero más que nada esta aventura de permitirme conocerte (y de que continúe así por mucho tiempo), por compartir la intimidad, la sinceridad de nuestras largas pláticas y por todo. Gracias por permitirme ser tu amiga.

Lalo:

Te agradezco permitirme conocerte, tu sinceridad, tu paciencia, tu calidez y esos ricos abrazos tan oportunos. Gracias por permitirme ser tu amiga.

Ivonne (winnipusa):

Te súper agradezco la confianza que me haz brindado, las proyecciones que han surgido, las salidas tarde, las tardes divertidas y por todas las aventuras que últimamente hemos pasado, gracias por ser mi amiga.

Don Nacho:

Se que le hubiera gustado mucho ver terminado este trabajo, siempre lo recordaré con mucho amor y respeto.

Carmen:

Se que te hubiera gustado mucho que juntas llegáramos a este momento pero las circunstancias no lo permitieron. Te agradezco la gran aventura que pasamos juntas, las desveladas, los días de mal comer y todo lo que pasamos. Pero lo que mas te agradezco son esos (pocos) abrazos que nos dimos (y que aún extraño). Gracias nuevamente por permitirme ser tu amiga.

Alejandra:

Te agradezco aquellas noches de bohemia, los tequilas, las correcciones de estilo, pero más que nada tu amistad.

AGRADECIMIENTOS

Marifer, porque eres lo más grandioso que me ha sucedido en la vida.

Alma, por tu confianza, y te quiero mucho, mucho, mucho...

Luis, Juan Ignacio, Johnatan y Lalo, por los dibujos, los trazos, el folleto, por todo eso y la enorme paciencia que me tuvieron.

Jesús, Luisa, Lucina, José Luis y Jazmín, por el espacio, el cotorreo, los cafés y por su amistad.

Lucía, por el buen viaje a Acapulco, que nada que ver con esto pero me sirvió de relax.

Oscar Rodríguez, por su amistad y confianza.

Vianey, por lo aprendí contigo.

Sandra (Aurora) Garybay, por tus regaños, los apapachos y por ser mi amiga

Victor Hugo, Gaby, Mónica y Luisa, por la amistad.

... y a todos aquéllos que creyeron que nunca iba a terminar.

INDICE

Resumen	9
Introducción	10
Capítulo 1. Abuso Sexual Infantil	13
1.1. SEXUALIALIDAD	13
1.1.1. Reseña histórica de la sexualidad	13
1.1.2. Sexualidad y sexo	16
1.2. ANTECEDENTES HISTÓRICOS DEL ABUSO SEXUAL INFANTIL	18
1.3. DEFINICIÓN Y CARACTERISTICAS	21
1.3.1. Características diferenciales del abuso infantil	25
1.3.2. Tipos de actividad y conducta sexual dentro del abuso sexual	29
1.4. CAUSAS DEL ABUSO SEXUAL INFANTIL	31
1.4.1. Familia	32
1.4.1.1. Aislamiento social	32
1.4.1.2. Confusión de papeles	33
1.4.1.3. Ambiente de abandono	33
1.4.2. Causas socioculturales	34
1.4.2.1. Supremacía masculina	34
1.4.2.2. Clase social	34
1.5. SITUACIONES DE PELIGRO	35
1.5.1. Vulnerabilidad	36
1.6. CONSECUENCIAS	37
1.6.1. Médicas	37
1.6.2. Psicológicas y somáticas	38
1.6.3. Emocionales	38
1.6.4. Sociales	39

Capítulo 2. Sexualidad, abuso sexual e hipocásicos 44

2.1. DISCAPACIDAD 44

2.2. SORDERA 49

2.2.1. Audición 49

2.2.2. Hipoacusia 53

2.2.3. Tratamientos 57

2.2. SEXUALIDAD DEL DISCAPACITADO 59

2.4. PROBLEMAS POR LA FALTA DE EDUCACIÓN SEXUAL 62

2.4.1. Homosexualidad femenina y/o masculina 62

2.4.2. Embarazo no deseado 63

2.4.3. Exhibicionismo 63

2.4.4. Abuso sexual 63

2.5. ABUSO SEXUAL EN DISCAPACITADOS 63

2.6. EDUCACIÓN SEXUAL PARA EL DISCAPACITADO 66

Capítulo 3. Folleto de prevención al abuso sexual infantil dirigido a niños hipocásicos 68

3.1. COMUNICACION 68

3.1.1. Medios de comunicación masiva 70

3.2. MEDIOS DE IMPRESION 71

3.2.1. Manuales 73

3.2.2. Historietas 73

3.2.3. Folletos 74

3.3. FOLLETO "CONOCE Y CUIDA TU CUERPO" 77

Conclusiones

102

Bibliografía

107

RESUMEN

A las personas que tienen alguna discapacidad (ya sea física o sensorial) se les coloca erróneamente la etiqueta de asexuados, impredecibles e incontrolados en cuanto al ejercicio de su sexualidad. Ellos, como cualquier otra persona "normal", tienen las mismas necesidades y sensaciones afectivas y sexuales. En todo caso, los niños discapacitados son más vulnerables a sufrir algún tipo de maltrato, en especial el abuso sexual infantil. Es por este motivo que la presente tesis sugiere una herramienta de ayuda y prevención del abuso sexual infantil dirigido a los niños hipoacúsicos, constituida por el folleto que se incluye. Esta herramienta nos presenta de manera sencilla y gráfica el conocimiento de las partes del cuerpo, situaciones de peligro y del cómo poder salir de ellas.

INTRODUCCIÓN

Antes de adentrarnos al tema de abuso sexual infantil, es conveniente aclarar el concepto de niño.

Osorio (1992) propone como definición de niño lo siguiente: "persona humana que se encuentra en el periodo de vida comprendido entre el nacimiento y el principio de la pubertad" (pág. 11). También encontramos definiciones como ésta: "un niño es alguien que tiene pocos años, con poca experiencia y que obra con poca reflexión" (Diccionario Larousse, 1996).

Por carecer de experiencia, a los niños se les enseña a "obedecer a los adultos", a "no cuestionarlos", a "no contestar mal", etc. Tomando como base frases de este tipo, algunos adultos maltratan a los niños, y dentro de este maltrato infantil nos encontramos con el abuso verbal y el abuso físico (en donde se incluye el abuso sexual).

Partiendo de que el abuso sexual infantil se considera un problema social dada la magnitud, trascendencia e importancia en el deterioro del desarrollo psicológico de cada individuo dentro de una sociedad; las consecuencias de tales actos perjudican no sólo a las víctimas sino también (cuando llegan a enterarse) a familiares y amigos (incluyendo a las del agresor) y los altos índices de incidencia afectan a la sociedad en general.

El abuso sexual infantil consiste, frecuentemente, en incidentes donde el agresor se aprovecha del menor en repetidas ocasiones; las relaciones con el victimario pueden comenzar en edades tempranas y puede continuar por meses y hasta por años. Además, las edades de los agresores sexuales de infantes oscilan entre los 17 y 68 años y la gran mayoría son conocidos por el menor, y pueden vivir o no en el mismo lugar que el infante (Maher, 1990, Creighton & Russell, 1995 y Finkelhor, 1985).

En el abuso sexual infantil, el uso de la fuerza física o armas acompañados por amenazas es poco frecuente, ya que al ser pequeñas las víctimas basta con la autoridad y el poder del adulto para establecer el contacto sexual, o bien, puede existir por parte del menor una búsqueda de atención, afecto y/u obtención de algún beneficio, como juguetes, dulces o dinero, por lo que la víctima participa "voluntariamente" por medio del engaño o soborno (Abou, 1992 y Finkelhor, 1984).

Otro de los factores que pueden hacer del pequeño una víctima sexual es la falta de información acerca de la sexualidad; información que muchas veces es negada o reprimida y cuando el niño hace preguntas sobre este tema se le regaña o castiga (Secretaría de Salubridad y Asistencia Pública, 1992).

La falta de asertividad, también puede ser causa de abuso sexual, entiendo como asertividad la habilidad para expresar opinión o rechazar una acción sin transgredir los derechos de los demás.

Díaz de León (1986), considera como conductas no asertivas a:

- ✓ Tener dificultad para rehusar una petición.
- ✓ Dejar que otros abusen de ti.
- ✓ Sentir miedo ante algunas personas.
- ✓ No atreverse a reclamar sus derechos.
- ✓ Hacer cosas que no desean.
- ✓ No atreverse a dejar una relación interpersonal nociva.

Aquí se insiste en el hecho de "no educar" a los niños a ser sumisos, a complacer a los adultos, aún en contra de los propios intereses del niño, porque de esta manera, se hacen vulnerables a ser victimizados sexualmente.

Los niños discapacitados enfrentan los mismos problemas que los niños "normales", sólo que debido a su discapacidad, son considerados *eternos niños* y entonces su sexualidad

les es negada, agravando mucho más su situación vulnerable, Así como sucede con el derecho a la sexualidad, se les niega muchas veces el derecho al amor, puesto que los niños que sufren algún tipo de discapacidad son frecuentemente rechazados por la familia.

En el caso en particular de los niños con problemas auditivos, se dice que carecen de habilidades sociales, éstas entendidas como las conductas que se establecen como resultado del contacto social o como producto de este; en donde se incluyen conductas de autocuidado, lenguaje, asertividad (Díaz de León, 1986 y Ramírez, 1990).

Así, el punto de partida es el conocimiento de que la gran mayoría de los niños discapacitados son no sólo niños no queridos, sino que además son niños que sufren de maltrato y por ende en muchísimos casos de abuso sexual.

El presente trabajo tiene como finalidad dar "una campanada", una llamada de atención a todos los profesionales de la salud acerca de lo que tienen y de lo que carecen estos niños y dar una alternativa de ayuda, una herramienta para su autodefensa, así como también dar información al lector (profesional o no) que le facilite el trabajo con niños discapacitados en cuanto a la prevención del abuso sexual infantil.

La presente disertación describe en el primer capítulo las nociones de sexo y sexualidad, haciendo la distinción pertinente entre ambos términos y se reseña el abuso sexual infantil en general.

El capítulo segundo aborda los temas de hipoacusia, sexualidad del discapacitado y abuso sexual.

El tercer capítulo comprende temas acerca de los medio de comunicación, llevando la idea hasta los folletos y finalmente se proporciona el folleto preventivo de abuso sexual infantil dirigido a niños hipoacúsicos.

CAPITULO 1

ABUSO SEXUAL INFANTIL

1.1. SEXUALIDAD

Antes de introducirnos al tema de abuso sexual infantil abordaremos brevemente los antecedentes históricos y los conceptos referentes a la sexualidad, a fin de unificar criterios.

La sexualidad es la forma de ser, pensar, y actuar con respecto al sexo biológico, la cual se expresa en todo momento de la vida del ser humano, es decir, nace, evoluciona, se proyecta y muere con cada individuo.

1.1.1. Reseña histórica de la sexualidad

En la antigua Grecia, la mujer (del Lat. "gyné", y este del gr. "yuvm" mujer "portadora de hijos") carecía de todo derecho, tanto legal como político, y era ubicada en el mismo rango que el esclavo (Master y Johnson, 1987). Por su parte Christian (1973, cit. en Estrella y Flores, 1995) menciona que durante el matriarcado todos los hombres podían copular con todas las mujeres y viceversa sin sentido alguno de pertenencia, por lo tanto generalmente se desconocía quien era el padre de cada niño y la descendencia se establecía por la línea materna. A partir del establecimiento de la propiedad privada surge la monogamia.

Durante la primera fase evolutiva del cristianismo se mezclaron ideas griegas y judías en tono a la sexualidad. Bollough (1976, cit. en Master y Jonson, 1987) dice que lo que caracterizaba a la época helénica (323 a. de C.) era el repudio de los placeres mundanos y que se fomentaba el goce puramente espiritual.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Dentro de la tradición Judía del Antiguo Testamento y el Talmud, la procreación era vista como una obligación y se enfatiza la idea de casarse y formar una familia. Por otra parte a las mujeres judías se les respetaba en su papel de esposas y madres (Kathadouriam y Lunde, 1975). La conducta sexual era muy estricta y sólo se aceptaba dentro de los límites del matrimonio, esta idea contrastaba con la actitud prevaleciente en la primitiva iglesia cristiana, que afirmaba que la sexualidad en sí es esencialmente mala y teñida de culpa. En todo este contexto las prácticas anticonceptivas estaban prohibidas tanto para hombres como para mujeres.

En los orígenes de la tradición cristiana, San Pablo fue el primer maestro importante sobre los diversos aspectos de la conducta sexual, elaboró la idea de que la sexualidad ha de evitarse, que la abstención de cualquier tipo de actividad sexual lleva a un estado moral superior y que el celibato y la castidad no sólo son más agradables a Dios, sino que causan menos angustia.

Para finales del siglo IV D.C. un pequeño grupo de hombres conocidos como "los padres de la iglesia", encabezados por San Ambrosio, San Jerónimo, San Gregorio Magno y San Agustín, predicaban la nueva religión y fue este último quien introdujo nuevas ideas con respecto a la sexualidad.

Antes de renunciar a los placeres terrenales, San Agustín tuvo una juventud disipada y llena de amorfos; en su libro "Confesiones", admite haber caído en todo tipo de placer, según él, bajo el influjo demoníaco. También creía que la lujuria carnal era una consecuencia de la caída de Adán y Eva en el paraíso, siendo el pecado original el que separa al hombre de Dios, por lo que el sexo fue condenado en todas sus formas; pero San Agustín consideraba que el sexo dentro del matrimonio, siempre y cuando fuera destinado a la procreación como algo menos desagradable (Master y Johnson, 1987 & Katchadouriam y Lunde, 1975).

Mientras tanto en las culturas Islámica, Hinduista y en el antiguo Oriente, la actitud hacia el sexo era más aceptada; por ejemplo en China el sexo no era un hecho que inspirase

temor ni se conceptualizaba como pecaminoso. El Kama Sutra, que se compiló mas o menos por la época en que San Agustín escribía sus confesiones, constituye un manual hindú del sexo (Master y Johnson, 1987).

Los primeros siglos del periodo medieval fueron una edad oscura en cuanto a nuevas ideas significativas sobre sexualidad. En el siglo XIII, el escritor Tomás de Aquino, fue quién definió la posición de la iglesia católica romana sobre cuestiones de sexualidad; en su obra trató casi todas las formas de conducta sexual, tales como: tocamientos, besos, caricias sexuales, seducción, coito, adulterio, matrimonio, virginidad, homosexualidad, incesto, violación y otros conceptos relacionados al tema. Consideraba la conducta sexual como natural y por tanto recta para el hombre (Katchadourian y Lunde, 1975).

A fines del siglo XII y principios del XIII, surgen entre la nobleza una nueva forma de vida cotidiana y las enseñanzas religiosas se adecuan al cambio; esto es el llamado amor cortés (un trato amable, delicado entre la pareja), el cual promueve un código novedoso de conducta moralmente aceptado. El amor puro se considera como algo sublime e incomparable con el deseo carnal.

Con el surgimiento del humanismo y de las artes en Europa en los siglos XVI y XVII se llevó a cabo el movimiento reformista encabezado por Martín Lutero y Calvino quienes atacaron las ideas predominantes de castidad, celibato y matrimonio.

Por otra parte, en Mesoamérica la sexualidad tendía a fijar relaciones sociales y políticas, inclinándose por las segundas; el grupo dominante entre los Aztecas, lo s llamados Pipiltin, usaban la moral sexual para evitar que los jóvenes nobles tuvieran relaciones sexuales, argumentando que sólo los plebeyos hacían estas prácticas, porque eran ineptos para gobernar.

Entre los Nahuas predominaba la familia monogámica, tenían rechazo a los divorcios y cuidaban la densidad de la población, la cual se encontraba en continuo peligro por la muerte de varones en la guerra y mujeres en el parto; se tenía repudio a las mujeres

estériles y había prohibición del aborto, que se castigaba con la pena de muerte (CONAPO, 1982 y CONAFE, 1982).

La ideología de la sexualidad era transmitida por diferentes vías, entre ellas: las controladas por el grupo en el poder, los discursos formales dentro de la familia, las informales y difusas de una festiva tradición juvenil.

Los Nahuas creían que el sexo era un don divino y que estaba en estrecho vínculo con el matrimonio y la procreación, teniendo como fin evitar que el ser humano fuera desgraciado. Pero estas creencias cambiaron con la nueva ideología impuesta por los españoles.

Como se ha podido observar en esta breve reseña histórica, no hay diferencias considerables entre sexualidad y sexo, además de que se les asocia con la función reproductiva. Si bien es cierto que el sexo y la sexualidad son inherentes a la existencia del ser humano, no son lo mismo. Es por esta razón que continuación se darán algunas definiciones al respecto.

1.1.2. Sexualidad y sexo

Según el diccionario enciclopédico Larousse (1995) el sexo es la condición orgánica que distingue al macho de la hembra. Desde el punto de vista biológico el sexo esta determinado aún antes de que el individuo nazca; al momento de la concepción queda establecido el sexo cromosómico, que da lugar al sexo gonadal, el cual propicia durante el desarrollo embrionario diferencias hormonales y de genitales externos (Chávez, 1987 y Master y Johson, 1987).

El sexo es un conjunto de características anatómicas y fisiológicas que difencian a hombres y mujeres. También se dice que hay un sexo psicológico, el cual se va

estableciendo de acuerdo con la interacción familiar, es decir, el comportamiento que se va aprendiendo para ser hombres o mujeres; los cánones que distinguen socialmente la conducta masculina o femenina.

Ahora bien, Cruz (1986), considera la sexualidad como las vivencias emocionales, actitudes y conductas que rodean a la persona, para que de esta manera el individuo pueda establecer su identidad sexual (el comportamiento como hombre o mujer).

La sexualidad de la persona se va formando en la medida en que el medio le provee de ciertos elementos que lo identifican dentro de un género; posteriormente aprende los patrones de comportamiento de su comunidad, al captar las actitudes e información con respecto al sexo y a la sexualidad, lo cual provoca que asuma un rol, dentro de la sociedad.

Entonces tenemos que, la sexualidad no se limita al acto sexual, sino también se expresa en un estilo de vida, en un rol como hombre y como mujer, en las formas de expresar nuestro afecto y también en el comportamiento erótico. Más allá de la reproducción y más allá del placer orgásmico, la sexualidad impregna los sentimientos, pensamientos, actitudes y comportamientos cotidianos de la vida.

Por lo tanto, la sexualidad es un proceso socio-cultural expresado por cada cultura de manera diferente, y en donde también entra en juego, directa o indirectamente, las funciones fisiológicas y reproductivas.

1.2. ANTECEDENTES HISTORICOS DEL ABUSO SEXUAL INFANTIL.

Sabemos que el abuso a menores siempre ha existido, lo que no sabemos con seguridad es cuando comenzó la victimización sexual hacia los niños. Muy poco se ha escrito al respecto, algunos autores comienzan explicando este problema desde los inicios de la formación de la familia; Gomezjara (1989) menciona que en la familia consanguinea se permitan las relaciones sexuales entre padre e hija, el padre o jefe podía poseer a cualquier mujer o niña que descara, ya que éstas eran consideradas como de su propiedad. Los varones pertenecientes a esta familia o clan eran expulsados para que formaran otra familia.

Por otra parte DeMause (1974) y Finkelhor (1984) concuerdan en que, en las civilizaciones antiguas –como la griega y la romana- los niños eran utilizados como compañeros sexuales de hombres mayores. Estas prácticas eran aceptadas socialmente e incluso se consideraban normales.

Durante esa época fueron forzados a realizar trabajos pesados y peligrosos, estuvieron mal cuidados por sus familias, se vendían o empeñaron e inclusive los casaron para obtener alguna gratificación económica.

En Roma, en los tiempos del emperador Justiniano estaba prohibida la paidofilia (del griego *paidos* "niño" y *filos*, "amor"): el paidófilo es el adulto que busca satisfacer sus necesidades sexuales –ya sea excitación o coito- con niños, (Master y Johnson, 1987). La homosexualidad también era negada y se castigaba con la castración.

Schultz (1980) menciona que también se acostumbraba a castrar a los niños, esto se realizaba con dos finalidades: por un lado, para disminuir o reducir el potencial sexual y por otro, para conservar sus características infantiles. En los prostíbulos se aprovechaba esta situación. Schetky y Green (1988, citado en Abou, 1992) dicen que en ocasiones la castración se realizaba en presencia de los padres, quienes donaban los genitales de sus hijos para fines médicos o mágicos, recibiendo a cambio favores políticos.

A partir del renacimiento surge la idea de que los niños nacen inocentes, limpios de cualquier pecado y no tenían sentimientos, capacidad moral y sexual para resistir las tentaciones que podían provenir de adultos inmorales, por ello se creó la necesidad de proteger la salud física, moral y espiritual, y por lo tanto, la inocencia. Las relaciones sexuales entre niños y adultos, fueran extraño o miembros de la familia, se consideraban como pecado (Salinas, 1995 y Abou, 1992).

Durante este periodo se reforzó la idea de que los niños debían ignorar toda noción de placer y dolor; estas ideas sólo evitaron que se revelaran los abusos sexuales cometidos en contra del pequeño. También se tomaron medidas para evitar despertar cualquier instinto sexual en niños tales como: vigilarlos más, evitar tocar a los pequeños cuando éstos dormían, obligarlos a usar camisones largos para no verlos desnudos; y se les pidió a los padres ser discretos en la realización de sus funciones sexuales, las que debían ser limitadas para la vida adulta; adicionalmente se prohibió a los adultos el desnudarse frente a los niños e inclusive tal prohibición llegó hasta maestros y tutores para que no golpearan a los pequeños con las nalgas desnudas (Schultz, 1980, Abou, 1992 y Salinas, 1995).

En Mesoamérica, los Aztecas no aprobaban las relaciones sexuales con los niños, ya que consideraban el sexo como un don otorgado por los Dioses y ejercían una estricta vigilancia sobre sus prácticas y abuso. Para lograrlo recomendaban no embriagarse, pues el ingerir alcohol estaba directamente relacionado con la comisión de delitos sexuales, como el adulterio, estupro, corrupción de vírgenes, etc. (Martínez, 1988, cit. en Abou, 1992).

Entre los Mayas, cuando alguien llegaba a la pubertad se realizaba una ceremonia para celebrar su entrada a la vida sexual. Esto confirma que la sexualidad de un impúber estaba prohibida (Op. Cit.).

En Europa, cuando el catolicismo comenzó a perder poder (siglo XVII), el abuso sexual cometido contra los niños fue materia de los sistemas judiciales; en estos primeros intentos de tipificar los delitos sexuales se consideró al abuso sexual como tal para proteger

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

a los infantes principalmente de la violación, la sodomía y el incesto (Beezley, citado en Salinas, 1995).

Ante tal planteamiento varios países occidentales y europeos tomaron medidas para determinar la edad para el matrimonio. Un ejemplo de esto es Inglaterra, donde se consideró que la edad idónea para consentir el matrimonio era a los 12 años en 1861; después de una década se incrementó a los 13 años de edad. A los perpetradores de asaltos sexuales a niños menores de esa edad, se les castigaba con la pena de muerte.

La masturbación y la precocidad sexual eran consideradas como desórdenes pediátricos, por tal motivo, los padres cuidaban al infante desde la pubertad hasta el matrimonio. En el caso de las niñas cuando se presentaba la menstruación se apresuraban a casarlas, en muchos de los casos con hombres mayores, esto con la finalidad de preservar la inocencia del menor (Schultz, 1980).

Posteriormente, en la década de los setenta, a raíz del elevado número de reportes sobre maltrato infantil —que incluían negligencia física, abandono y abuso sexual— los grupos feministas crearon leyes para proteger a los niños. Por otra parte, diversos investigadores como el Dr. Kempe y Silverman realizaron estudios y propusieron tratamiento para las víctimas, de esta manera se ha logrado que este problema adquiera relevancia social.

Actualmente a través de diversas investigaciones se ha encontrado que el problema del abuso sexual infantil es mucho mayor de lo que se consideraba inicialmente, tanto en relación a la incidencia como a las consecuencias que conlleva. Hoy en día nuestra sociedad no admite de manera alguna el abuso sexual en contra de los niños, es considerado un delito y una conducta desviada que requiere de tratamiento.

1.3. DEFINICIÓN Y CARACTERÍSTICAS.

Este problema ha sido abordado por diferentes profesionales, los cuales le han dado distintos enfoques de acuerdo a su especialidad.

Se ha definido el abuso sexual infantil como el involucramiento de niños y púberes en actividades que no comprenden cabalmente y en las cuales son incapaces de consentir. Aún cuando sea con el aparente consentimiento del menor, tal contacto se considera abusivo, puesto que el pequeño carece de desarrollo emocional, cognitivo y físico para que otorgue de manera consciente su aprobación (Maher, 1990 y Sánchez, 1992).

Se dice que hay abuso sexual cuando un adulto o adolescente mayor tiene contacto físico con un menor para estimularse o gratificarse sexualmente (Escamilla y Lugo, 1994).

Schultz (1980) dice que el abuso sexual es un crimen por parte de los padres, por su falta de criterio e incapacidad para la adecuada educación e intervención en el hogar.

También se considera como un ataque violento, pues incluye soborno, amenazas y daño potencial que se causa al niño. Maher (1990) agrega a lo anterior manoseos, pornografía y participación en actos sexualmente estimulantes que incluyen masturbación heterosexual y/o homosexual.

El departamento de Salud de Inglaterra afirma que el abuso sexual infantil es el involucramiento de niños dependientes menores de 16 años en actividades sexuales que no comprenden totalmente y que no están en posición de dar su consentimiento, con la finalidad de satisfacer o gratificar las necesidades de la otra persona (el adulto) (Creighton y Russell, 1995).

Marcovich (1981) dice que el abuso sexual, debe considerarse como una explotación sexual, entendiendo ésta como el daño que se le ocasiona a un menor por causa

de la pedofilia o paidofilia, violación e incesto. Añade que la explotación sexual es el sometimiento de niños y adolescentes inmaduros en actividades sexuales como: caricias a los genitales, contacto urogenital o en una simple mirada a los genitales, que no comprenden y en las cuales no son capaces de dar su consentimiento.

Abou (1992) define el abuso sexual infantil como la parte del daño que resulta de acciones humanas que son proscritas, próximas y prevenibles, considerando que:

- a) La noción de "resultado" implica necesariamente, una causa que provoca consecuencias.
- b) Cuando habla de "acciones humanas", se debe excluir los daños por causas naturales, y
- c) El término "proscrito" implica comprender que no toda acción humana que causa daño es abuso, solo si es negativa y perjudicial. Un abuso es el grado negativo que se le da a una acción por ser intencional, violatoria del código legal o de las expectativas sociales y culturales.

Fontana (1989) describe el abuso sexual como una violación que a veces termina en asesinato, también lo menciona como una "mala conducta sexual", que incluye caricias en las partes íntimas, sodomía, lujuria, violación o exposiciones indecorosas que lastiman el bienestar de los niños en los términos de la moral, salud y seguridad.

Finkelhor (1985) lo considera un crimen sexual, aunque no siempre provocado por motivos sexuales, donde las víctimas son tanto niños como niñas y los victimarios son con frecuencia amigos y familiares, lo que posibilita que el incidente se repita.

Esta cercanía entre víctima y atacante da pauta para que el abuso se lleve a cabo sin violencia y fuerza física, ya que el adulto sólo tiene que ejercer su autoridad ante el infante, a quien se le ha enseñado a obedecer y no cuestionar lo que sus mayores le dicen (Lente y Barthelme, 1987 y Alcántara, 1989).

El abuso sexual consiste en una serie de incidentes repetidos en donde generalmente no hay coito, sino tocamientos de genitales, masturbación y/o exhibicionismo. Por lo tanto el abuso sexual a menores representa principalmente abuso de poder.

Dentro de esta definición se ha señalado algo crucial que no debe pasar inadvertido: es el **ROL DE PODER**, el cual juega un papel muy importante, ya que el agresor hace uso de su poder por medio de halagos, engaños o sobornos para ganarse la confianza del pequeño.

De igual manera el agresor disfruta de varias ventajas. En primer lugar, sabe que los niños tienden a confiar en los adultos y que carecen de la experiencia necesaria para atribuir siniestros motivos a un aparente halago. En segundo lugar, el agresor sabe que puede utilizar los temores infantiles a las consecuencias —reales o imaginarias— para obligar al niño a guardar silencio.

Fem (1988) describe cinco fases dentro del abuso sexual:

1) FASE DE SEDUCCIÓN

El ofensor hace que la actividad aparezca como atractiva y aceptada, ofreciendo al pequeño recompensas. Cuando no promete algún regalo hace creer al niño que será satisfactorio para él. Es importante este momento de seducción porque en gran medida depende de los resultados de este paso el que el abuso sexual sea descubierto por lo padres, ya sea por la declaración del mismo niño o por síntomas que lo hagan evidente. Si el infante se rehusa, el adulto utiliza la fuerza o la amenaza para someterlo.

2) FASE DE INTERACCION SEXUAL

Generalmente se da en forma progresiva; desde la exposición semidesnuda, hasta la penetración, ya sea anal o vaginal.

3) FASE DEL SECRETO

El ofensor pide al infante que no cuente lo sucedido, por lo general mediante el uso de amenazas o haciendo dicho secreto atractivo.

4) FASE DE DESCUBRIMIENTO

El hallazgo del incidente suele ser accidental, cuando nadie lo espera, y por tal motivo se origina una crisis familiar. Cuando el menor está dispuesto a comentarlo a la familia éste sufre menos porque se prepara para enfrentar el conflicto (la intervención de la policía, el rechazo en el hogar, etc.).

5) FASE DE NEGACIÓN

La reacción más común en la familia es negar la importancia de los efectos. Entonces, la víctima, llena de sentimientos de culpa y presión, niega los cargos en un esfuerzo por aliviar su situación y satisfacer a los adultos, restableciendo así el equilibrio que la familia busca ante tal situación.

Sin embargo y pese al gran número de definiciones —las cuales van de acuerdo con la especialidad del autor— no existe alguna que contenga, según nuestro criterio, los elementos que debieran encontrarse conjuntos para satisfacer las características, modos y momentos que convengan a un evento de abuso sexual infantil. De tal forma podemos encontrar que: Sánchez (1992) no limita el tipo de actividades no comprensibles para el niño; Schultz (1980) dice que es un crimen, pero por parte de los padres, entonces nos preguntaríamos, ¿y los agresores no son también culpables?, ¿o es que siempre debe haber algún culpable?; Fontana (1989) afirma que es una “mala” conducta sexual; Finkelhor

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

(1985) confunde al hablar de “crimen sexual ocasionado por motivos no sexuales”, ¿cuáles son esos motivos y cómo originan entonces el crimen sexual?

Por lo tanto se considera necesario realizar una definición propia de abuso sexual infantil, para que cuando se haga referencia a tal hecho se conjunten una serie de elementos: contacto físico entre un niño o púber y un adulto por lo menos cinco años mayor, donde se involucran zonas genitales de uno o ambos participantes, que se realiza por medio de amenazas, chantajes, violencia física, sobornos, halagos o coacción, aunque se cuente con el “aparente” consentimiento por parte del menor.

Por otra parte, el abuso sexual infantil es en muchas ocasiones confundido con los conceptos de violación e incesto, sin embargo existen características que los distinguen claramente y se tratarán a continuación.

1.3.1. Características diferenciales del abuso sexual.

a) ABUSO SEXUAL Y VIOLACIÓN

La palabra violación proviene del latín *violare*, y ésta a su vez de *vis* que significa fuerza; la palabra *violare* aludía algo sagrado.

Master y Johnson (1987) arguyen que es un acto de violencia, rabia y agresividad en donde las víctimas pueden ser hombres o mujeres, jóvenes o viejos, retrasados mentales, disminuidos físicos o personas sanas y fuertes.

Bustos (1992, pág. 16) dice que es "la cópula entre un hombre y una mujer (que no es su esposa) en contra de la voluntad de ésta, ya sea a través de amenazas de violencia física o mediante engaños (por ejemplo drogándola)".

También es definida como el contacto pene-vagina y/o penetración (hacia un hombre o mujer) que se realiza a través de la fuerza física, de amenazas o cuando la persona no está posibilitada para aceptar o rechazar tal relación sexual (CúFarfan y Suasnavar, 1990).

Para los fines legales Marcovich (1981) dice que la violación no sólo se debe tomar como el rompimiento de un himen o la penetración vaginal, sino también cuando se encuentre evidencia de alguna infección gonocócica o de alguna molestia urogenital.

A continuación se presenta una tabla en donde se describen las diferencias entre abuso sexual infantil y violación.

CARACTERÍSTICAS DIFERENCIALES ENTRE ABUSO SEXUAL INFANTIL Y VIOLACIÓN.

ABUSO SEXUAL INFANTIL	VIOLACIÓN
* Las víctimas son menores; niñas y niños	* Generalmente es en contra de las mujeres
* Los victimarios son con frecuencia amigos o familiares	* Más de la mitad de los violadores son extraños a sus víctimas
* La violencia física es mínima, ya que basta con la persuasión y autoridad del adulto	* Es característico el empleo de la violencia, ataque físico, amenazas verbales y/o la utilización de armas
* Generalmente no se llega al coito, sino a caricias físicas, masturbación y exhibicionismo	* Siempre se persigue el coito
* Involucra a más de una persona, sobre todo si el agresor forma parte de la familia de la víctima o tiene una relación cercana.	* El acto en sí involucra a uno o más atacantes y a la víctima
* Se abusa del niño(a) en varias ocasiones	* Generalmente es un ataque furtivo que sucede en una ocasión

Tabla 1. En la tabla anterior cabe hacer el análisis de las similitudes y diferencias entre el abuso sexual infantil y la violación.

Como puntos en común puede concretarse que son ataques de tipo sexual que involucran zonas genitales; que la víctima es sometida a la voluntad del victimario bajo la acción de algún tipo de fuerza (sea mediante engaño, amenaza o fuerza física); por último puede apuntarse también las graves consecuencias negativas de ambos actos.

A grandes rasgos las diferencias serían: el grado de violencia física empleada (normalmente mayor en la violación, debido al factor autoridad); el sujeto ultrajado (en el abuso sexual infantil obviamente son los menores, mientras que en la violación se dirige mayormente a la mujeres jóvenes y adultas); los índices de ocurrencia del suceso (al tratarse de una agresión hacia un menor de edad, el abuso sexual infantil suele repetirse hasta ser descubierto, si el niño(a) lo manifiesta de una u otra forma, siempre será la palabra

de una persona mayor contra la de una menor, en tanto que en la mayor parte de los casos de violación el agresor aprovecha una oportunidad única.

b) ABUSO SEXUAL E INCESTO

El incesto consiste en la relación sexual entre miembros de la misma familia; en este contexto, el concepto familia comprende a parientes en línea directa: padres, abuelos e hijos; parientes en el primer grado colateral de consanguinidad: hermanos; parentesco de sangre: tíos y primos (Master y Johnson, 1981).

Beezley (1981, citado en Navarro, 1990), dice que el incesto es el intercurso genital, contacto oral-genital, caricias en los genitales y senos y masturbación mutua entre parientes consanguíneos o relacionados por adopción. Finkelhor (1984) añade a lo anterior el exhibicionismo y las proposiciones sexuales.

Las familias en donde ocurre el incesto son regularmente familias con muchos problemas, alcoholismo, violencia, problemas de pareja, etc., que van interactuando de tal forma que desemboca en una relación sexual entre sus miembros (Finkelhor, 1985).

Cuando las relaciones incestuosas envuelven a menores de edad pueden durar desde la infancia hasta la adolescencia, etapa en la que generalmente comienzan a comprender que no es algo común ni debe ser aceptado.

Mientras el incesto ocurre única y exclusivamente dentro del ámbito familiar, el abuso sexual puede extenderse a otros contextos haciendo que el agresor pueda ser o no conocido por los miembros de la familia. Debido a la cercanía víctima-agresor el abuso infantil incestuoso puede durar años sin ser revelado; en cambio si el abusador es ajeno al seno familiar la agresión podría repetirse, pero no tan continuamente como en el caso de incesto (la víctima no está tan próxima).

En ambos casos, (cuando no es sometido u obligado contra su propia voluntad) lo que posiblemente orilla al menor a aceptar tal situación es su necesidad de atención o afecto. Esto da como resultado que las víctimas se sientan humilladas, con sentimientos de culpa y que no cuenten lo ocurrido por vergüenza, miedo o porque temen que la familia se desintegre.

1.3.2. Tipos de actividad y conducta sexual dentro del abuso sexual

Los diferentes tipos de actividad y conducta sexual que se dan en el abuso sexual, han sido descritos por Solek-Tefft Hillman (1988); Sgoi (1985, citado en Abou, 1992) Benner (1987, citado en Escamilla y Lugo, 1994).

a) ABUSO MEDIANTE CONTACTO SEXUAL FISICO

- ❖ INCESTO.- Relación sexual dentro de la familia. Lo más común son las relaciones padre-hija y tío-sobrina.
- ❖ PROSTITUCION INFANTIL.- Utilización de un niño(a) para actividades sexuales con fines lucrativos.
- ❖ PORNOGRAFÍA INFANTIL.- Uso de material filmico o fotográfico de un niño involucrado en actividades
- ❖ VIOLACIÓN.- Acción coersiva.
- ❖ ESTRUPRO.- Cópula con una menor de 18 años y mayor de 12 años obteniendo su consentimiento por medio del engaño.

b) ABUSO POR INTRUSIÓN

Consiste en iniciar contacto oral-genital entre el victimario y el infante, pedirle a este último satisfacción mediante la estimulación oral de los genitales del adulto o penetrar el ano y/o vagina del infante empleando los dedos, el pene u otros objetos.

c) ABUSO INFANTIL SIN CONTACTO SEXUAL FISICO

- **ABUSO VERBAL.-** Sobreexposición a narraciones y descripciones relacionadas con actividades sexuales que el menor no entiende y que le pueden causar tensión emocional.
- **EXHIBICIONISMO.-** Cualquier tipo de exposición de las partes genitales propias de un adulto hacia un niño, atemorizándole o creándole un estado de shock.
- **VOUYERISMO.-** Observación de acciones sexuales, genitales o excretoras que realizan los adultos, ya sea junto con el menor, para que éste acceda a sus peticiones, o bien, que el adulto observe al niño para excitarse.

d) CONDUCTAS SEXUALES

- 1.- El adulto se pasea "inocentemente" desnudo por la casa frente al niño.
- 2.- El adulto se desnuda frente al menor cuando esta solo.
- 3.- El adulto expone sus genitales para que el menor los vea, atrayendo su atención hacia ellos. Puede pedir al niño que los toque.

- 4.- El adulto vigila al niño cuando se desviste, baña, orina o defeca
- 5.- El adulto besa al niño de forma prolongada e íntima, propia de manifestaciones entre adultos.
- 6.- El adulto acaricia al menor en los senos, abdomen, genitales, el interior de los muslos o las nalgas. Puede pedir al pequeño que lo acaricie.
- 7.- El adulto se masturba frente al menor, observa al menor masturbarse, masturba al menor, pide al menor que lo masturbe, o bien el adulto y el menor se masturban mutuamente.
- 8.- El adulto hace que el menor tome su pene con la boca, el adulto toma el pene del niño con su boca, o ambas cosas.
- 9.- El adulto coloca su boca o lengua en la vulva de la niña, quien es obligada a poner su boca o lengua en la vulva del adulto.
- 10.- El adulto introduce el dedo u otros objetos como plumas o crayones en el ano del menor.
- 11.- El adulto introduce su pene en el ano del niño.
- 12.- El adulto introduce su dedo en la vagina de la niña, también suele introducir otros objetos.
- 13.- El adulto penetra con su pene la vagina de la niña.
- 14.- El adulto frota con su pene las áreas genitales (nalgas, muslos) del menor (esto se denomina sexo seco).

1.4. CAUSAS DEL ABUSO SEXUAL INFANTIL

Los motivos que conducen a una persona a abusar sexualmente de un pequeño derivan de problemas tales como desviaciones mentales < confusión de papeles (roles), sadomasoquismo, depravación, etc. >, falta de adaptación social (aislamiento, abandono, poca autoestima, etc.) o problemas socioculturales (clase social, supremacía masculina,

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

entre otros). A continuación se explicaran cada uno de estos factores según Finkelhor (1984).

1.4.1. Familia.

Gran parte del abuso sexual hacia los niños tiene lugar entre los miembros de la familia. El descubrimiento de la terapia familiar como método de tratamiento clínico ha ayudado al avance de un acercamiento de la familia ante este problema (Finkelhor, 1984).

Los conflictos maritales pueden provocar en el niño mayor vulnerabilidad hacia la victimización sexual por parte de cualquier persona, en dos sentidos: a) los sometidos con frecuencia a mensajes contradictorios sobre el sexo (la confusión resultante dificulta su habilidad para manejar un abuso sexual); b) el conflicto puede pesar en el niño de tal forma que le provoque inseguridad en donde buscar protección.

También los niños de familias sobresexualizadas tienen modelos inapropiados y una socialización sexual poco usual. Además, estos niños son estimulados sexualmente por sus padres, probablemente no de forma directa, pero como resultado de las pláticas o la exposición a conductas sexuales poco comunes.

Los conflictos maritales y la sobresexualización hacen a los pequeños vulnerables a involucramientos sexuales con adultos (Finkelhor, 1985).

1.4.1.1. Aislamiento social.

El incesto ocurre mayormente en familiar caracterizadas por un alto grado de aislamiento social.

Dentro del estereotipo, puede darse el caso de familias que vienen de lugares muy apartados, o que sean pobres, o con valores autoritarios, que tengan miembros nacidos de otra pareja (familias reconstruidas) y/o familias numerosas. Pero también en las ciudades y en los suburbios se pueden encontrar familias igualmente aisladas.

1.4.1.2. Confusión de papeles

En el contacto sexual adulto-infante, los adultos colocan a los niños en un papel sexual adulto. Un padre actúa con su hija como si fuera su esposa, los hermanos y hermanas se tratan como amantes y no como parientes.

Existe tal diversidad de casos y situaciones diferentes como cantidad de familias hay en el mundo, de manera que sin pretender generalizar sino mas bien ejemplificar, los padres de estas familias usualmente tienen matrimonios infelices, el sexo entre los cónyuges es desagradable o no existe, se ausentan con frecuencia del hogar y buscan el alcohol y las drogas.

Ante tales situaciones, los lazos afectivos padre-hija, se convierten en el eje emocional más fuerte de la familia. En los casos en que la madre esta incapacitada, es alcohólica o se encuentra ausente, la hija asume los cuidados de la casa y la desplaza sexualmente como extensión natural. Por otra parte también puede darse que la madre esté presente, pero que no quiera o no pueda asumir sus responsabilidades, saber que la hija mantiene relaciones con el padre y callarlo porque así le convenga.

1.4.1.3. Ambiente de abandono.

El abuso sexual puede ocurrir como respuesta a un agudo clima emocional caracterizado por el miedo al abandono familiar. En tales familias, donde cada uno de los

miembros teme ser abandonado por los otros, la sexualidad puede ser el medio final utilizado para tratar de evitar que se rompa el vínculo.

En una situación familiar tan compleja como esa existen dos características que parecen ser recurrentes. La primera: poseen un record de abandono que domina la historia familiar; la segunda: los miembros de la familia parecen estar cambiando constantemente (padrastros, hijastros, madrastras, padres que trabajan fuera de su lugar de residencia, etc.).

1.4.2. Causas socioculturales

1.4.2.1. Supremacía masculina

Como consecuencia del devenir histórico las mujeres y los niños han ido a parar a un segundo plano se han considerado inferiores al hombre y hasta propiedad del mismo; quien amedrenta a estos a través de la fuerza física y las amenazas.

Los grupos feministas afirman que la causa principal de la existencia del abuso sexual es que los hombres tienen poder y las mujeres y los niños no, los primeros aprovechan una confusa autoestima aprovechándose de los segundos (Creighton y Russell, 1995).

1.4.2.2 . Clase social

En las clases sociales bajas la falta de modelos adecuados tiende a aumentar las conductas agresivas y delictivas; no hay una supervisión efectiva sobre el comportamiento de los individuos. Los hijos son educados en base a modelos tradicionales; al varón se le enseñan juegos y actividades propias del hombre y a las niñas actividades encaminadas para su formación dentro del hogar (hacer de comer, cuidar a los hermanos, lavar, planchar,

etc.). Este tipo de actividades "tradicionales de cada género" involucran también un tradicional rol de poder y otro de sometimiento (hombre y mujer, respectivamente), haciendo más factible el abuso sexual.

1.5. SITUACIONES DE PELIGRO

Lennet y Barthelme (1987) proponen 19 situaciones en las que se puede presentar abuso sexual infantil, sin embargo es conveniente aclarar, que este problema se puede presentar en cualquier situación y a cualquier persona.

- 1.- El adulto que pregunta al niño si quiere que lo lleve a su casa en coche.
- 2.- El adulto que ofrece regalos al niño sin ningún motivo aparente.
- 3.- El adulto que ofrece sacar fotos al niño.
- 4.- El adulto o adolescente que ofrece pagar los juegos de los niños.
- 5.- El adulto que invita a un niño a su casa y desea guardar el secreto.
- 6.- El adulto que necesita alguna información y se la pide al niño (ubicación de alguna calle).
- 7.- Las enfermeras o doctores que sean tocar al niño sin ninguna razón.
- 8.- El adulto que llama por teléfono para ver si el niño esta solo en casa.
- 9.- El adulto que pretende enseñar a los niños a "jugar" cuando están solos.
- 10.- El intento de abuso por parte de un hermano mayor o sus compañeros.
- 11.- El maestro que trata de chantajear al alumno.
- 12.- El adulto que ofrece dinero o dulces a cambio de ayuda por parte del niño.
- 13.- Abuso sexual por parte de tíos u otros familiares.
- 14.- Desconocidos que intentan platicar con los niños.
- 15.- Cuando el niño se pierde en un lugar público y lo toma un adulto para llevarlo con él, haciéndose pasar por su padre u otro familiar cercano.

- 16.- Adultos que importunan a los niños en el cine.
- 17.- El desconocido que desea saber nombre y dirección de los niños.
- 18.- El adulto que enseña a los niños sobre el amor y el sexo.
- 19.- Los vecinos que dejan que el niño entre a su casa en forma secreta.

Esta lista solamente sugiere ejemplos de situaciones de peligro, no pretende que tengan que presentarse tal y como se enuncian.

1.5.1. Vulnerabilidad

En la revista Fem (1988) menciona otros 13 factores los cuales pueden aumentar la vulnerabilidad del pequeño:

- 1.- El no recibir el suficiente afecto.
- 2.- El estar educado para obedecer y callarse siempre frente a los adultos.
- 3.- El no conocer su cuerpo.
- 4.- El haber sido reprimido sexualmente y tener curiosidad sexual insatisfecha.
- 5.- El tener una autoestima pobre.
- 6.- El estar aislado y no tener contacto con otros niños y/o adultos.
- 7.- El no tener en quien confiar.
- 8.- El que la madre este ausente.
- 9.- El que la madre sea sumisa y carezca de poder o sea maltratada por el esposo.
- 10.- El que el padre y otras personas a su alrededor no le hayan enseñado diferenciar entre caricias sexuales y no sexuales.
- 11.- El que los adultos a su alrededor acostumbren a poner en duda lo que el niño dice.
- 12.- Si se considera el sexo como tabú y se les niega a los niños todo tipo de información acerca de ello.
- 13.- Si los adultos exageran o son imprecisos al describir situaciones de ataque o abuso sexual.

Como se puede observar, por ser niños, tienen poco poder directo sobre su sociedad, lo cual les podría obligar a enfrentarse a un adulto que tal vez de forma cariñosa y racional le diga que el juego sexual es algo aceptable e incluso deseable (Creighton y Russell, 1995).

Muchos niños carecen de información acerca de asuntos relacionados con la sexualidad y en el momento de verse involucrados en actividades sexuales carecen de elementos para saber si lo que hacen es bueno o malo, incluso si un niño llega a sospechar que algo de lo que pasa es incorrecto el abusador se encargará de convencerlo, (tal vez de forma agresiva o seductora) de que debe guardar los hechos en secreto por el bien de ambos.

1.6. CONSECUENCIAS

Las consecuencias que presenta la víctima al igual que las definiciones han sido enfocadas desde diferentes perspectivas, como la médica, la psicológica, la emocional, etc., en este apartado se revisarán algunas de estas aproximaciones.

1.6.1. Médicas

Como ya se mencionó, la violencia no se utiliza en todos los casos de abuso sexual, pero en el caso de existir ésta se identifica por medio de un examen médico en el cual se determina si hay hematomas en diferentes partes del cuerpo, escoriaciones en las mamas, contusiones de mordeduras; las zonas genitales pueden presentar desgarros de vulva e himen, así como de vagina y zonas anales. En algunos casos se llega a descubrir que hubo abuso sexual porque el pequeño presenta algunas enfermedades sexuales, como la gonorrea y la sífilis. En casos extremos cuando se fuerza el coito se puede producir la muerte.

1.6.2. Psicológicas y somáticas

En ocasiones la víctima presenta sentimientos de culpa por haber guardado el secreto o porque llega a sentir placer en sus relaciones. Estos sentimientos incluyen depresión y autoimagen negativa, autodesvalorización, desconfianza; lo que limita sus relaciones interpersonales.

También pueden experimentar una sensación de soledad, los niños se sienten anormales a causa del abuso que sufrieron. Un gran número de mujeres abusadas en la infancia tienden a involucrarse con hombres que comparten características similares a sus victimarios.

De igual manera pueden sufrir de dolores de cabeza o de estómago, trastornos en los patrones de sueño y alimentación, vómito, etc.

1.6.3. Emocionales

Generalmente un adulto es capaz de ocultar sus sentimientos y emociones tan bien que a los demás les es difícil saber exactamente lo que siente. Pero esto no ocurre de igual manera con los niños: aun cuando no muestren sus reacciones emocionales directamente en una conducta que guarde relación con la forma en que sienten, su emotividad puede descubrirse por la tensión, la inquietud, los movimientos constantes, la falta de apetito, etc.

Quizá la expresión de ansiedad del niño, se manifieste mediante la evitación o el rodeo de aquellas situaciones que le pueden originar las experiencias de abuso sexual, por ejemplo, el no querer salir específicamente con alguna persona o no querer ir a un lugar determinado.

Con el paso del tiempo, al llegar a la edad adulta la víctima puede presentar cambios en su desarrollo psicosexual como pueden ser el miedo a su pareja y a las relaciones

sexuales, anorgasmia, frigidez, promiscuidad (prácticas sexuales desenfrenadas y peligrosas), vaginismo, eyaculación precoz, impotencia o una incompleta inhibición del deseo sexual.

1.6.4. Sociales

Las consecuencias sociales pueden ser producto o prolongación de las alteraciones emocionales. Una persona que en la infancia ha sido víctima de abuso sexual podría llegar a la edad adulta con serios problemas que le llevarán al alcoholismo, las drogas, la homosexualidad o la prostitución (CúFarfan y Suasnavar, 1991). A lo anterior se agrega el tener escasas aptitudes sociales e incapacidad para relacionarse y confiar en los demás.

En las tablas 2 y 3 se describen las consecuencias del abuso sexual infantil tanto a corto (Valladares, 1993) como a largo plazo (Stith, Williams y cols., 1992).

CONSECUENCIAS A CORTO PLAZO DEL ABUSO SEXUAL INFANTIL.

FISICAS	PSICOLOGICAS	EFECTOS SOBRE LA SEXUALIDAD
• Afasia temporal	• Ansiedad	• Erotización
• Ansiedad	• Conductas autodestructivas	• Masturbación excesiva
• Ataques histéricos	• Baja autoestima	• Exposición de los genitales
• Dolor de cabeza y abdominal	• Conductas agresivas	• Homosexualidad
• Embarazo	• Culpa	• Promiscuidad
• Enfermedades venéreas	• Depresión e ira	
• Lesiones en el aparato	• Intento de suicidio	
• Trastornos en la alimentación	• Miedo, neurosis	
• Trastornos de sueño, vómito	• Psicosis y vergüenza	

Tabla 2. En esta tabla se presentan algunas de las consecuencias a corto plazo que puede sufrir la víctima abuso sexual.

CONSECUENCIAS A LARGO PLAZO DEL ABUSO SEXUAL INFANTIL.

	SENTIMIENTOS DE:	PROBLEMAS FISICOS	CONDUCTUALES
* Odio del cuerpo	* Falta de poder e indefensión	* Migraña y dolores de espalda	* Pasividad
* Desconfianza de las propias percepciones	* Rabia, culpa, depresión * Ataques de ansiedad	* Problemas genitourinarios	* Toxicomanías
* Baja autoestima	* Fobias	* Hiperventilación	* Promiscuidad autodefinida
	* Dolor de la pérdida, vergüenza	* Dolor crónico no diagnosticado	* Prostitución
	* Sentirse diferente, sucio	* Ataques similares a los epilépticos	* Victimización repetida
	* Ganas de ejercer la maldad	* Disfunción sexual	* Impulsividad
	* Odiarse		* Autoestimulación
	* Sentirse aislado, abandonado, traicionado		* Intentos suicidas
	* Síndrome del impostor		* Adicción al trabajo
	* Miedo a tener hijos		* Perfeccionismo
	* conflictos dependencia/independ.		* Responsabilidad excesiva
	* Valorar y/o temer excesivamente a los hombres		* Protección excesiva a hijos
	* Problemas de control		* Aislamiento, hipervigilancia
	* Negociación, disociación o lagunas mentales		* Transtornos de la alimentación
	* Disfunción sexual		* Abuso a los hijos
	* Pesadillas, imágenes del pasado		
	* Miedo a la intimidad		
	* Paranoia		

En resumen, el problema del abuso sexual infantil es una violación a los derechos humanos, la sociedad repudia estos actos y los condena. El devenir histórico, nos muestra que los niños tienen pocas garantías para con los adultos, ya que éstos sólo tienen que ejercer el poder para obtener alguna gratificación sexual. Por lo tanto es necesario tener una adecuada educación sexual y conocer nuestra sexualidad, para que de esta manera los niños puedan hacer frente a cualquier situación de peligro.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CAPITULO 2

SEXUALIDAD, ABUSO SEXUAL E HIPOACUSIA

2.1. DISCAPACIDAD

El presente capítulo inicia con una breve descripción de la discapacidad con el propósito de dejar más clara la vulnerabilidad de los sujetos discapacitados ante un posible abuso sexual, definiendo, en concreto las características que presenta la sordera.

La Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) define la discapacidad como “toda restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano” (Diccionario Enciclopédico de Educación Especial, 1986, pág. 664). Esta clasificación general incluye discapacidades de la conducta, de la comunicación, del cuidado personal, locomoción, disposición del cuerpo, destreza y de situación.

También considera, un segundo nivel, las consecuencias que afectan el desenvolvimiento global y las habilidades esenciales para la vida cotidiana del individuo.

La Comisión de Atención y Apoyo a Discapacitados (Cámara de Diputados) aprueba la definición propuesta por la Organización Mundial de la Salud, agrega que la discapacidad no es una enfermedad y la clasifican en tres tipos de circunstancias: Neuromotoras (parálisis cerebral, distrofia músculo-esquelética, etc.); Sensoriales (problemas de lenguaje, sordera, debilidad visual y ceguera) y Mentales (Informe de Iniciativas de Ley (...), 1995).

En estas definiciones nos encontramos con que la discapacidad abarca una gran gama de actividades que van desde las más simples (cuidado personal) hasta las más complejas (lenguaje), por lo tanto, al referirnos al concepto de discapacidad, estaremos hablando de sujetos con requerimientos de educación especial, a los cuales se les ha denominado minusválidos, discapacitados o retardados, pero que son personas que por sus características físicas y psicológicas se comportan de manera diferente de la población general.

Por otra parte, el Instituto Nacional de Estadística geografía e Informática (I.N.E.G.I.), durante el censo de 2000 efectuado en la República Mexicana reporta, que hay 1,795,300 discapacitados entre 0 y más de 70 años de edad; cabe resaltar que el estado que tiene más discapacitados es el Estado de México con 189,341, Baja California Sur tiene el más bajo índice con 6,835 y el Distrito Federal con 159,754. (ver tabla 4).

DISCAPACITADOS POR ENTIDAD FEDERATIVA ENTRE LOS 0 Y MAS DE 70 AÑOS DE EDAD.

DISCAPACIDAD ENTIDAD	MOTRIZ	AUDITIVA	LENGUAJE	VISUAL	MENTAL	OTRAS	NO ESPECIFICADOS	TOTAL ESTIMADO
AGUSCALIENES	8,420	2,505	605	3,657	3,088	191	85	17,021
BAJA C. N.	19,559	4,217	1,178	5,714	6,191	241	217	35,103
BAJA C. S.	3,282	952	297	1,518	1,295	43	30	6,835
CAMPECHE	6,385	2,365	829	5,941	2,195	100	48	15,778
COAHUILA	23,861	6,439	1,567	9,966	7,507	302	275	46,558
COLIMA	5,994	2,009	514	3,805	1,903	141	39	13,022
CHIAPAS	20,056	7,430	4,354	13,948	7,812	244	142	49,823
CHIHUAHUA	29,090	8,558	2,024	11,606	8,782	300	360	56,187
D.F.	80,392	25,900	4,986	31,576	27,528	1,507	560	159,754
DURANGO	16,438	4,530	1,171	7,652	4,705	153	134	32,052
GUANAJUATO	41,981	13,537	3,631	23,037	13,375	742	348	88,103
GUERRERO	21,447	8,485	3,952	14,079	7,831	178	133	50,969
HIDALGO	18,284	8,957	3,022	14,734	6,839	367	157	47,176
JALISCO	67,129	20,186	4,761	30,873	25,223	1,268	655	138,308
EDO. DE MEXICO	85,552	29,246	8,491	45,103	33,141	2,181	809	189,341
MICHOACAN	38,266	14,666	4,106	22,481	12,661	650	327	85,165

DISCAPACITADOS POR ENTIDAD FEDERATIVA ENTRE LOS 0 Y MAS DE 70 AÑOS DE EDAD. (CONTINUACIÓN)

DISCAPACIDAD ENTIDAD	MOTRIZ	AUDITIVA	LENGUAJE	VISUAL	MENTAL	OTRAS	NO ESPECIFICADOS	TOTAL ESTIMADO
MORELOS	13,139	5,369	1,447	8,474	4,554	330	103	30,195
NAYARIT	9,314	3,573	988	6,077	3,658	157	64	21,600
NUEVO LEON	35,513	9,167	2,513	15,222	12,060	397	434	69,765
OAXACA	24,909	12,336	4,894	20,597	9,113	253	157	65,969
PUEBLA	37,710	14,582	5,402	22,218	12,113	508	281	82,833
QUERETARO	10,115	3,451	1,007	5,645	3,568	256	99	22,165
QUINTANA ROO	4,603	1,793	794	4,215	1,900	77	65	12,186
SAN LUIS POTOSÍ	20,443	8,597	2,610	14,198	7,284	376	174	48,190
SINALOA	22,099	6,732	2,525	11,141	9,588	298	202	48,370
SONORA	21,146	5,824	1,737	9,099	7,311	267	178	42,022
TABASCO	12,825	4,933	2,314	16,784	5,955	142	84	38,558
TAMAULIPAS	25,167	7,348	254	13,078	8,356	247	249	52,484
TLAXCALA	5,684	2,169	709	3,740	1,755	97	44	12,498
VERACRUZ	52,560	23,263	8,927	44,851	20,557	607	342	137,267
YUCATÁN	19,731	7,225	2,139	17,667	6,753	316	170	47,774
ZACATECAS	114,871	5,479	1,400	8,484	4,941	131	154	32,229

Tabla 4. Según los datos arrojados durante el censo de población y vivienda realizados en el año 2000, el estado que tiene mas discapacitados auditivos es el Estado de México con 29,246; el que tienen menos es Baja California Sur con 952 y el Distrito Federal reporta 25,900.

FALTA
PAGINA

48|

La tabla anterior abarca las discapacidades en general, para los fines del presente trabajo nos interesa primordialmente la sordera, cuyos conceptos relacionados se tratarán a continuación.

2.2. SORDERA

2.2.1. Audición

Un fenómeno esencial para que se lleve a cabo la emisión de la palabra y la comunicación es la audición es por esta razón que una manera general se revisará como se lleva a cabo la transmisión de sonidos del medio ambiente al órgano receptor que es el oído.

La audición es la percepción de los estímulos vibratorios que pasando por el oído a través de la vía auditiva llegan al área de la corteza cerebral correspondiente, en donde el individuo toma conciencia del estímulo original, lo que incluye dos fenómenos: el fisiológico, por el que el órgano de Corti estimula y manda el mensaje a los centros auditivos y a la corteza; y el psíquico cortical que es la interpretación personal del mensaje y su almacenamiento (González, 1988).

Por lo tanto, la audición es fundamental para controlar y regular los procesos motrices, indispensables para la modulación de la voz; así como para la adquisición normal del lenguaje a través de un proceso de aprendizaje que permite desarrollar un medio de comunicación. Para que este desarrollo se vaya dando en forma normal, es necesario que el infante este dotado de una capacidad auditiva normal, que supone el cumplimiento de las funciones del oído externo, del oído medio y del oído interno (Northern y Dows, 1991).

- Oído externo: Aparato de recepción de sonidos integrado por la oreja o pabellón auricular y el conducto auditivo externo. Recoge las ondas sonoras emanadas de los

cuerpos vibrantes, conduciéndolas a la membrana del tímpano y poniéndolas inmediatamente en vibración.

- **Oído medio:** También llamado caja del tímpano, es el aparato de transmisión y amplificación de las ondas sonoras. Está formado por la membrana timpánica y una caja llena de aire que contiene tres huesecillos articulados en cadena: el martillo, yunque y estribo (llamados así por su forma).

El tímpano es una membrana; como si fuera la superficie de un tambor permanece tensa y el sonido la hace vibrar. Los movimientos del tímpano ponen a trabajar la cadena de huesecillos y convierten las vibraciones sonoras en vibraciones mecánicas, las cuales son captadas por el oído interno.

- **Músculo del martillo:** acomoda la tensión de la membrana timpánica de acuerdo a la amplitud de las vibraciones que recibe, éstas se transmiten a la ventana oval por la cadena de huesecillos.
- **Trompa de Eustaquio:** comunica al oído medio con el aire exterior y la parte posterior de las fosas nasales, manteniendo una igualdad de presión entre las dos caras del tímpano.
- **Oído interno:** canaliza los sonidos de la ventana oval y redonda, propagándolas por los líquidos perolinfa y endolinfa, haciéndolos llegar a las células sensoriales del Órgano de Corti.
- **Manchas acústicas del utrículo sáculo:** capta la sensación de intensidad del sonido.
- **Vías ascendentes de conducción de la sensibilidad:** transmiten las impresiones recibidas por el oído a la región del lóbulo temporal de la corteza cerebral, donde se hace consciente la sensación auditiva, transformándose en percepción.

Para medir la frecuencia del sonido se cuenta el número de ciclos por segundo. Un ciclo es la distancia entre una onda y la que le sigue. Los seres humanos podemos oír frecuencias que van desde los 20 hasta los 20,000 ciclos por segundo. Cuanto más cercana esté una onda de la otra, más alta será su frecuencia. La frecuencia de la onda determina su

tono, la intensidad de la misma está definida por su amplitud y se mide en decibeles (db). (Davis y Silverman, 1985).

Cuando entendemos cómo es oído convierte las ondas sonoras en vibraciones mecánicas y éstas, a su vez, en impulsos eléctricos que interpreta nuestro cerebro, no podemos menos que asombrarnos de la belleza y perfección del diseño de éste instrumento.

La sordera es analizada desde diferentes perspectivas, ya sea para estudiarla o para intervenir en ella. La orientación educativa considera la sordera como el deterioro auditivo que afecta la habilidad del niño para hablar y desarrollar el lenguaje. Desde un perspectiva médica la sordera se examina de acuerdo al grado de pérdida en base a decibeles.

La personas que sufren algún tipo de deterioro auditivo se denominan o conocen con los siguientes términos: sordos, semi-mudos, impedidos auditivos, anacúsicos e hipoacúsicos.

La pérdida de la audición puede deberse a diversas causas, entre ellas se encuentran:

- a) Factores hereditarios
- b) Factores prenatales.- infecto-contagiosos como la rubéola, el sarampión y la varicela contraídos por la madre durante el primer trimestre de embarazo; incompatibilidad del factor Rh; accidentes durante el embarazo tales como traumatismos en el vientre, falta o disminución de oxígeno, etc.
- c) Factores posnatales.- nacimiento prematuro; bajo peso al nacer por desnutrición de la madre, en tales casos el niño es llevado a incubadoras, y el uso inadecuado de éstas (como el exceso de oxígeno) puede dañar el oído del recién nacido.
- d) Otros factores, como el exceso de cerilla, introducción de objetos pequeños, otitis (infección en oído medio), empleo de determinados medicamentos, exposición frecuente a ruidos muy intensos y durante largos periodos (Mojica, 1971 y Davis y Silverman, 1985).

Según el grado de pérdida, los problemas auditivos pueden calificarse de la siguiente manera

CLASIFICACION DE PERDIDA AUDITIVA Y SUS CONSECUENCIAS

El db más bajo que escucha	Grado de pérdida	Consecuencias
10 - 15	Audición normal en niños	Sin problemas
16 - 25	Audición límite en niños	Puede tener dificultad para oír habla débil o distante
26 - 40	Pérdida superficial	Requiere amplificación. No escucha las consonantes, especialmente las frecuencias altas
41 - 55	Pérdida moderada	Requiere de amplificación. Vocabulario limitado y calidad de voz monótona
56 - 70	Pérdida moderada a severa	Requiere de auxiliar auditivo. Necesitará de educación especial para desarrollar lenguaje
71 - 90	Pérdida severa	Auxiliar auditivo y programas de tiempo completo
91 o más	Pérdida profunda	Requiere de un programa especial para niños con sordera que enfatice las habilidades del lenguaje y el área académica

Tabla 5. Pérdida auditiva en base a decibels y las consecuencias que pueden sufrir

2.2.2. Hipoacusia

Según el Diccionario Enciclopédico de Educación Especial (1986), la hipoacusia (del gr. *Hipó*, disminución, y *akoúein*, oír) es la disminución de la sensibilidad auditiva. Agrega que no es una enfermedad sino un síntoma que puede deberse a numerosas afecciones.

La hipoacusia es de suma importancia en el comportamiento de un individuo, debido a que el oído nos pone en contacto con nuestros semejantes y con la naturaleza.

La aparición y la intensidad de la hipoacusia son variadas y van desde lo superficial a lo profundo pudiendo aparecer gradualmente o atacar de repente; cualquier problema auditivo está representado en el grupo de hipoacusias y se clasifican de la siguiente manera (Medina, 1987):

- ✓ Hipoacusia superficial: incluye a las pérdidas auditivas que oscilan entre +20 y +35 db.
- ✓ Hipoacusia media: abarca +40 a +60 db.
- ✓ Hipoacusia profunda: se localiza entre +61 y +80 db
- ✓ Hipoacusia severa: mayor a 80 decibeles.

Existen tres tipos de hipoacusia:

- a) Hipoacusia de transmisión o conducción: consiste en la interrupción de la transmisión del sonido entre el pabellón y el oído interno. Se debe a algún tipo de lesión en el oído externo o medio que impide que la onda sonora se transmita adecuadamente hacia el oído externo.

Entre los factores que causan este tipo de hipoacusia se encuentran los siguientes: 1) todo aquello que causa una obstrucción en el canal auditivo externo (exceso de cerumen, presencia de cuerpos extraños, etc). También puede deberse a malformaciones congénitas, aunque esto es poco frecuente; 2) afecciones de la vía faringonasal (sinusitis, catarros

constipados y crónicos, etc) y de la trompa de Eustaquio, por falta de higiene o por lesiones postoperatorias (fisuras palatinas, por ejemplo); 3) anomalías de la membrana timpánica (perforación, exceso de tensión y retracción); 4) patologías en el oído medio causadas por la disfunción del mecanismo auditivo por anomalías en el movimiento de la cadena de huesecillos; 5) cambios patológicos en la cápsula del laberinto de la ventana oval (Niéto, 1991 y Medina, 1987); en estos casos el sujeto pide que le hablen alto pero él habla en voz baja.

- b) Hipoacusia de percepción o neurosensorial: la lesión se localiza en la cóclea o en el nervio acústico y/o las vías auditivas hasta los núcleos del tronco cerebral; sus causas: trauma acústico, enfermedad de Menier, síndrome vascular tóxico, meningitis, neuritis, hemorragias cerebrales, esclerosis múltiple, etc, se puede presentar a cualquier edad y como resultado de diferentes infecciones. También puede ser causada por traumas acústicos (frecuencias altas o barotraumas), por el empleo de drogas o antibióticos, por lesiones vasculares (hemorragias, embolias), y por sífilis (daños en la cóclea y/o en los órganos vestibulares).
- c) Hipoacusia mixta: presenta componentes de las dos anteriores (Diccionario Enciclopédico de Educación Especial, 1986).

Determinadas enfermedades productoras de disminuciones auditivas durante los primeros años de vida son causantes de lesiones neurológicas, en las que el síntoma que estudiamos no es más que la manifestación del padecimiento de una parte del cerebro que se encuentra afectado total o parcialmente. Pueden ser los casos ocurridos en algunas encefalitis o meningitis, así como ciertos casos de sorderas familiares ligadas a retraso mental (Ramírez, 1990).

Hasta este momento se ha revisado la etiología y las causas de la hipoacusia pero, ¿qué pasa con el niño sordo o, con aquellos que sufren algún deterioro auditivo en la edad escolar o posteriormente? y ¿cómo afecta su desarrollo psicológico y afectivo?.

Sabemos que un defecto sensorial de cualquier tipo repercute en el equipo emocional y conductual que caracteriza a la personalidad madura, pero no de una forma rígida y sistemática, sino variable según cada persona, porque depende de innumerables circunstancias. Una de ellas está determinada desde la misma familia, es decir, es el grado de aceptación de la sordera o disminución auditiva del hijo; lo que va a modular sus relaciones afectivas, los intercambios comunicativos y la estructuración de las relaciones dentro de la misma familia.

La posición más positiva que los padres pueden darle a un hijo con problemas auditivos es asumir el hecho, de esta manera le proporcionan al niño un ambiente relajado de comunicación e intercambio, así como de autonomía, pero también deben estar concientes de sus limitaciones en el campo del lenguaje y de la interacción social (Ramírez, 1990).

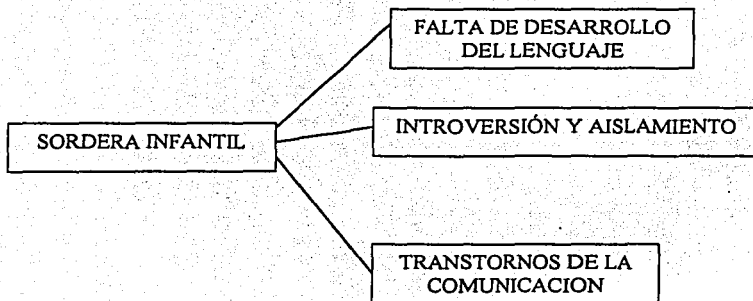
Nos encontramos con que el niño sordo no sólo tiene el impedimento auditivo, sino que esa carencia de sonidos el niño tiende a aislarse, ya que el oído es un órgano receptivo, la información que se obtiene del mismo nos permite el lenguaje, para el pequeño sordo esto se dificulta más, ya que hay casos en que el niño puede emitir algunos sonidos como sollozos o gritos, y casos en que pueda tener un lenguaje torpe.

Se han realizado diversos estudios con relación a la interacción del sordo con sus iguales (niños de la misma edad, ya sean sordos u oyentes), en donde hay una idea generalizada en cuanto a que los sordos tienen relaciones más difusas, menos estructuradas, y son menos hábilmente orientadas.

También se dice que el impedido auditivo tiene mayor tendencia a ser socialmente inmaduro, entendiéndose ésta, como la habilidad para cuidar de uno mismo, se relaciona con la conducta adaptativa, con el grado de autonomía y con la capacidad de tomar responsabilidades sociales (comer, vestir, etc.). Myklebust (1960) y Schlesinger y Meadow (1972. cit. en Marchesi, 1993), encontraron en sus respectivos estudios en impedidos auditivos escalas bajas en madurez social con respecto a los oyentes. La explicación de

estos datos puede encontrarse en la competencia comunicativa en el medio familiar y en el medio escolar.

Entonces tenemos que:



El niño que presenta una sordera intensa se muestra psicológicamente más sensible en ciertas partes del cuerpo relacionadas con los sentidos que más utiliza (visión, olfato, gusto), expresando un cierto grado de inmadurez que puede ser desechado posteriormente si adquiere un equilibrio con el mundo exterior, con plena aceptación del hecho de la sordera.

Una disminución en la audición, ya sea profunda o leve, tiende a aislar al niño de la vida normal, porque no solamente se aísla de los sonidos, sino también del lenguaje y de muchos tipos de contacto social.

El desarrollo social del niño sordo presenta ciertas dificultades, ya que sólo puede hacer empleo limitado del lenguaje y la comprensión del mismo y es por esta razón que el niño se ve relegado de la sociedad. La limitación del sonido provoca alteraciones en la

conducta, puesto que éste sirve como instrumento de intercambio social (Galguera y cols., 1990; González, 1988).

Para que el niño sordo tenga un desarrollo emocional exitoso es necesario crearle una actitud de aceptación realista de sus ventajas e impedimentos, una aceptación continua y genuina de sus necesidades y un deseo para que logre su independencia.

Bakwin (1974) dice que el niño hipoacúsico tiene como necesidad principal socializarse, pero desafortunadamente se aísla. Este aislamiento puede causarle muchos problemas y llevar al niño a ser víctima de innumerables abusos. Aquí cabe señalar que no sólo los sordos pueden ser abusados sexualmente, sino cualquier niño que presente o no alguna discapacidad.

2.2.3. Tratamientos

La sordera afecta al niño en diversos aspectos, el primero y fundamental es en el área del lenguaje verbal. El niño normoyente adquiere el lenguaje de manera natural en la interacción con su medio ambiente; paralelamente al desarrollo de su lenguaje se da el de su pensamiento abstracto.

El niño con sordera requiere un apoyo especializado específico y sistemático para desarrollar el lenguaje tanto en la comprensión como en la expresión. Si el desarrollo de su lenguaje es pobre o deficiente, no podrá acceder a la lectura, pues aunque sepa cómo suenan las letras no podrá captar plenamente su significado. Esto puede llevar a limitaciones cognitivas.

MEDICOS: Algunos casos de hipoacusia pueden tratarse quirúrgicamente, como cuando es necesario la reconstrucción del tímpano o el implante de tubos de ventilación.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

AUXILIARES AUDITIVOS: Cuando la pérdida es congénita o adquirida antes de los tres años es especialmente importante que el niño use auxiliares auditivos tan pronto como se le diagnostique.

El niño debe pasar por un periodo de adaptación al amplificador y por un proceso de aprendizaje auditivo que le permita aprender a localizar, identificar, discriminar e interpretar los sonidos; esto es, debe aprender a oír.

PSICOLÓGICOS: los principales medios para la habilitación lingüística del niño sordo son la oralización y el sistema manual gestual. En ambos casos la intervención temprana y comprometida de la familia es absolutamente necesaria.

MÉTODO ORAL-AUDITIVO: Procedimiento instruccional que utiliza el residuo auditivo, el cual es aprovechado por el aparato auditivo que amplifica los sonidos. No se emplea el uso del lenguaje manual.

MÉTODO AUDITIVO: Este procedimiento se emplea con niños que presentan pérdida auditiva moderada y en algunos casos en pérdidas severas. Enfatiza el desarrollo de habilidades de escucha.

MÉTODO ROCHESTER: Es una combinación del método oral y el deletreo de los dedos.

MÉTODO DE COMUNICACIÓN TOTAL: Presenta deletreo de dedos (lenguaje manual), signos, lectura del habla (lectura labio-facial) y amplificación auditiva al mismo tiempo.

LECTURA DEL HABLA: Se utilizan tres métodos: 1) analiza en detalle una palabra, es decir, un enfoque fonético a la lectura del habla; 2) enfatiza unidades de pensamiento como un todo y 3) se presentan los sonidos gradualmente, lo más visible al principio y los menos visibles posteriormente.

2.3. SEXUALIDAD DEL DISCAPACITADO

Flores (1985) dice que los sujetos con retardo en el desarrollo manifiestan conductas sexuales "normales", de acuerdo con su aprendizaje social, pero que puede estar limitado por su nivel de retardo.

Si el equipo biológico de un individuo está completo y funciona adecuadamente no hay ninguna razón para que no emita una respuesta sexual (Master y Johnson, 1987), a menos que exista alguna lesión en los centros sexuales del sistema nervioso central.

Se dice que el sujeto con necesidades especiales experimenta en muchos aspectos los mismos sentimientos, deseos e intereses en materia sexual que cualquier otra persona, pero que, frecuentemente, no puede aprender y entender los diferentes conceptos y valores de la propia sexualidad dentro de su círculo social (Flores, 1985). En el caso de los sordos, los chicos no cuentan con signos unificados (lenguaje manual) y con conceptos para hacer referencia a sus propias inquietudes sobre sexualidad.

Por lo tanto, las personas con discapacidad tienen necesidades sexuales, así como también derecho a una educación adecuada a su nivel de comprensión y a expresar su sexualidad.

Baladro y Cols. (1988), dice que el que se niegue la sexualidad a los discapacitados se debe a:

FACTORES SOCIALES.- Es la imagen o percepción social del disminuido, así como el trato que la sociedad le reserva, ésta son productos de la cultura; la imagen que estas personas proyectan son las de eternos niños, a quienes se les niega toda expresión de sexualidad y sentimientos.

FACTORES BIOPSIKOLÓGICOS.- Las manifestaciones de sexualidad se encuentran bajo formas más o menos pronunciadas prácticamente en todos los deficientes mentales, pero existen importantes variaciones individuales.

Pero generalmente como ya se mencionó a estas personas se les considera asexuadas, es por esta razón que cuando presentan algún interés por el sexo se les reprime por medio de castigos o amenazas, los cuales van desde regaños, reclusiones en instituciones, hasta llegar a la esterilización.

Es importante insistir aquí en el hecho de que la sexualidad no debe ser vista únicamente como sinónimo de genitalidad, sino como interacciones sociales, para que de esta manera cualquier expresión sexual sea considerada como algo natural y necesario para todos. Baladro y Cols. (1988) agregan a lo anterior que la sexualidad debe tener los conceptos de corporeidad, contacto, ternura y afectividad.

Desafortunadamente cualquier expresión sexual de los discapacitados es negada o exagerada. Por tal motivo la sociedad toma diferentes actitudes para con ellos. En México las leyes coadyuvan para se mantengan actitudes contrarias a los sujetos con retardo en cuanto a su sexualidad, por ejemplo, al prohibir que estos sujetos se casen, ya que se les considera subhumanos, pese a todos sus derechos y obligaciones (Flores, 1985).

En 1994 se instaló en la Cámara de Diputados del Congreso de la Unión, la Comisión de Atención y Apoyo a Discapacitados, ésta tiene como finalidad adecuar el sistema legal, para que las disposiciones se actualicen para dichas personas.

Un ejemplo de esto es la derogación al Artículo 450 del Código Civil para el Distrito Federal, el cual hacía referencia a los sordomudos como personas incapaces por no saber leer y/o escribir. Dado el avance en la rehabilitación de los discapacitados sensoriales, esto resultaba incongruente.

Los avances que ha logrado esta Comisión son en materia de trabajo, educación y servicios de salud, pero no han tocado siquiera el tema de sexualidad (Informe de Iniciativas de Ley, 1995).

Begab (1974) afirma que la mayoría de los retrasados mentales tienen capacidad suficiente para ejercer algunos de sus derechos y que están en condiciones de asumir la responsabilidad que ellos suponen.

La iglesia católica hace referencia a los derechos del discapacitado al no prohibir el matrimonio para ellos, también considera otros aspectos como la masturbación (no la califica como pecado), por otra parte se cuenta con el derecho de la esterilización y el control natal pues son actos que debe decidir la misma pareja, siempre y cuando esté bien informada de todas las alternativas (Block, 1973, cit. en Begab, 1974).

Archilles (1996) reporta que en la República federal Alemana se calcula que aproximadamente se esterilizan más de mil discapacitados mentales sin su consentimiento, de los cuales la mayoría son mujeres menores de edad.

La esterilización de la mujer implica cortar el paso de las trompas uterinas, hay tre métodos para ello:

La electrocoagulación: implica conectar una corriente unipolar de alta frecuencia por una pinza de metal sujeta a la trompa y se desvía a una chapa metálica colocada en la espalda o el muslo de la mujer; la intensidad de la corriente quema lentamente la trompa; una incorrecta colocación provoca quemaduras en otros órganos, como la vejiga. Existen dos tipos de electrocoagulación:

- a) La termocoagulación: se calienta una pinza para fundir los tejidos de la trompa mediante la cocción; este método no es muy efectivo, pues se han dado casos en los que la trompa se vuelve a unir por medio de un puente de tejido (se reestructura). Se recomienda cortar un trozo de cada trompa.

b) Procedimiento mecánico: las trompas son apretadas con una pinza de metal sintético, el cual impide el paso del óvulo, pero no el de la sangre.

Al hombre se le practica la vasectomía, la cual consiste en cortar los cordones espermáticos, haciendo dos incisiones en cada uno de los testículos; se utiliza anestesia local del escroto.

En términos generales se puede decir que los discapacitados cuentan con derechos, entre ellos a expresarse sexualmente, y que en nuestro país, quizás debido al marco sociocultural impuesto a estas personas, no se han otorgado debidamente los derechos que les corresponden.

Baladro y Cols. (1988) y Archilles (1996) coinciden en señalar que los "problemas" que con mas frecuencia se presentan en los sujetos con retardo en el desarrollo son regularmente la masturbación, la homosexualidad y el exhibicionismo.

2.4. PROBLEMAS POR LA FALTA DE EDUCACIÓN SEXUAL

Las oportunidades de explotación sexual siempre están presentes en esta población tan vulnerable, debido a su escasa preparación para afrontar ciertas situaciones.

En este sentido Berry (1931, cit. en Cruz, 1986) indica la diversidad de problemas a los que se enfrenta el discapacitado, la mayoría de ellos son dados por la ignorancia en el área de lo sexual. Entre las dificultades mas frecuentes a que se enfrentan están:

2.4.1. Homosexualidad femenina y/o masculina: Dicha conducta en el caso de adolescentes con retardo se presenta de manera general, debido a que en algunas ocasiones los mismos padres u otras personas reprimen y castigan la relación heterosexual, ocasionando con ello la relación homosexual (Archilles, 1996). O bien, los adolescentes con retardo se enfrentan con personas no retrasadas y homosexuales,

quienes abusan de los retardados siendo éstos en algunas ocasiones golpeados y obligados a mantener tal relación.

2.4.2. Embarazo no deseado: Mujeres retardadas que son violadas y usadas como objeto de satisfacción por parte de algunas personas no retardadas, trayendo como consecuencia embarazos no deseados y madres solteras, las cuales no tendrán la habilidad no la preparación necesaria para educar a un niño (Cruz, 1986 y Flores, 1985).

2.4.3. Exhibicionismo: Es la exhibición parcial o total de algunas de las partes del cuerpo que aunque es reprimida y castigada por la sociedad puede presentarse en situaciones familiares o públicas, generando posibles problemas de tipo legal y social.

2.4.4. Abuso sexual: Dado que los sujetos con requerimientos especiales (en su gran mayoría) carecen de los elementos básicos en el área de lo sexual, son víctimas de otros retardados, o de personas no retardadas. Los que corren más peligro son los discapacitados sobreprotegidos, ya que éstos no cuentan o no han contado con ninguna clase de educación sexual. Archilles (1990) afirma que los tratos normales con otros jóvenes de su misma edad son la mejor defensa contra un abuso sexual; ya que, si una muchacho(a) tiene novio(a) y/o cualquier relación, le será más fácil expresar conductas asertivas ante tal situación.

2.5. ABUSO SEXUAL EN DISCAPACITADOS

Rubio (1984) dice que la vulnerabilidad del individuo con retardo, se debe al desconocimiento de las normas sociales acerca de la sexualidad, así como de la alta probabilidad de que las quejas del retardado no sean tomadas en cuenta, por lo que se incrementa su victimización.

El instituto Roeher (1995, en Canadá) afirma que la gran mayoría de los sobrevivientes de abuso sexual conocían a sus victimarios, fueran éstos cuidadores o miembros de la familia; un 95% de los que cometen abusos son hombres conocidos por la víctima, de éstos el 30% obliga al niño a guardar el secreto. Las víctimas temen comentarlo porque consideran que no les creerán. Estos datos fueron obtenidos a través de entrevistas que el mismo instituto realizó.

Algunas de las personas que cometen abusos sexuales consideran que los actos carnales no hacen ningún daño a las personas con discapacidad y otros creen que estas personas no saben qué es lo que pasa con ellas; aún algunos consideran que pueden tener o poseer a una persona con discapacidad, ya que estas valen menos que los demás.

En el párrafo anterior encontramos las palabras "valen menos", esto nos remite al ROL que juegan dentro de nuestra sociedad los chicos discapacitados, es decir, algunos los ven como los eternos niños, los asexuados, los que no tienen derechos o a los que hay que sobreproteger; pero sabemos que algunos adultos se aprovechan de estos argumentos para obtener alguna gratificación, que podría ser sexual.

El hecho de depender de un cuidador hace que los discapacitados se encuentren en peligro, por el miedo a quedar desamparados. El instituto antes citado nos informa acerca de las situaciones que pueden ser vulnerables para estos niños:

- El niño desea ser aceptado y por lo tanto acepta los requerimientos sexuales del abusador.
- El niño se encuentra aislado de otras personas
- El niño conoce al adulto
- El adulto lo puede convencer fácilmente
- El niño se siente desamparado e impotente
- El niño no comprende qué es lo que pasa
- Al niño no se le ha permitido manifestar su sexualidad

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Acerca de los mitos y realidades el instituto Roerher señala los siguientes (tabla 6).

MITOS Y REALIDADES DEL ABUSO SEXUAL EN DISCAPACITADOS

MITOS	REALIDADES
Esta persona nunca tendrá deseos sexuales	Esta persona tiene deseos y necesidades sexuales normales
El abuso sexual tiene que ver con el sexo	El abuso sexual tiene que ver con el poder
Las personas con discapacidad mental no corren el riesgo de ser víctimas de abusos sexuales	Las personas con discapacidad llegan a ser, muy frecuentemente, víctimas de abusos sexuales
Las personas con discapacidad no pueden controlar sus deseos sexuales	Las personas con discapacidad pueden controlar sus deseos sexuales
Las mujeres quieren ser seducidas	No hay nada que dé al abusador el derecho de cometer el abuso
Los discapacitados mentales, por regla general, tienen mala memoria y olvidan pronto	Los discapacitados mentales también tienen pudor, orgullo y dignidad
Su sensibilidad no registra los abusos sexuales	En parte es cierto ya que muchos discapacitados requieren de ayuda para realizar diversas actividades (vestir, desvestir, etc). Por lo mismo son más propensos a soportar las manipulaciones sexuales

Tabla 6. En esta tabla encontramos los mitos que se tienen de las personas que sufren de alguna discapacidad y su contraparte

Como se puede observar en la tabla anterior, el abuso sexual en discapacitados no difiere en mucho a lo que se comento en el capítulo anterior con respecto a los no discapacitados, lo indispensable es que el sujeto con requerimientos especiales reciba la información necesaria sobre aspectos relacionados a la sexualidad, para que de esta manera él pueda discriminar ante quienes o ante qué situaciones debe comportarse de tal o cual manera.

2.6. EDUCACIÓN SEXUAL PARA EL DISCAPACITADO

La educación sexual es una parte esencial de la preparación para la integración social, y por consiguiente, es uno de los componentes de la labor pedagógica.

Chávez (1987) indica que la educación de la sexualidad es importante para los retardados en la adquisición de habilidades sociales y la obtención de responsabilidades personales y realización de metas. Baladro y Cols. (1988) señala además que los programas de educación sexual deben ser similares a los programas regulares.

Esto obviamente, ha significado reconocer la sexualidad del discapacitado y ayudarlo a entender y expresar sus impulsos sexuales, con el apoyo de programas que se laboren en la educación de la sexualidad.

Para llevar a cabo dicha labor educativa es necesario conocer principalmente cuáles son las necesidades reales de información que los discapacitados poseen.

1.- No ha de subestimarse nunca al discapacitado, decidiendo por él con respecto a o que se debe hacer.

2.- Comprender cual es la verdadera necesidad real que se esconde detrás de las expresiones manifestadas (verbales o de conducta).

3.- Comprobar si hay correlación entre necesidad específica a nivel de integración cognoscitiva y afectiva o entre el tipo de satisfacción hipotética y nivel de comprensión de las implicaciones y de las consecuencias.

En resumen, la palabra discapacidad se utiliza en términos generales y no como una etiqueta; la sexualidad no debe ser reprimida o negada para los discapacitados, sino que debemos entender que éstos (dependiendo de la afección) no son como os otros niños, pero ahora también sabemos que es una población vulnerable a sufrir abuso sexual, es por esta razón que debemos hablar de sexo y sexualidad no sólo con los padres, los niños son que al fin y al cabo se enfrentan solos ante tales situaciones, es por ello que hay que enseñarles conductas asertivas; una manera de hacerlo es a través de los medios impresos de comunicación, como son los folletos, así el pequeño puede tener acceso directo a la información.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CAPITULO 3

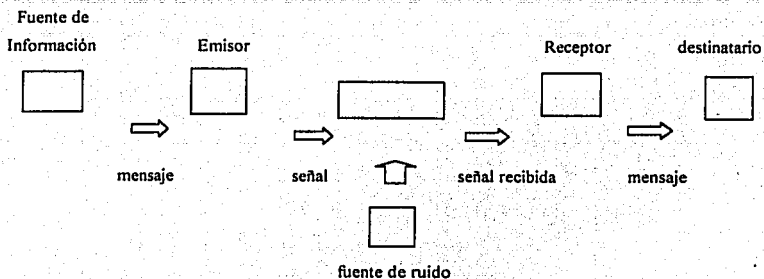
FOLLETO DE PREVENCIÓN AL ABUSO SEXUAL INFANTIL DIRIGIDO A NIÑOS HIPOACUSICOS

3.1. COMUNICACION

La palabra comunicación proviene del latín *communicare*: poner en común, también de *communio* *facere*: hacer la comunión.

La comunicación es la ciencia que estudia la transmisión de un mensaje directa o indirectamente de un emisor a un receptor y de éste a aquel, a través de medios personales o masivos, humanos o mecánicos, mediante un sistema de signos convenidos (Katz y cols. 1988 & De la Mota, 1994).

A continuación se presenta un diagrama de un sistema general de comunicación, en donde: 1) la fuente de información (que produce un o una serie de mensajes al receptor terminal), pueden ser de diversas clase, por ejemplo: una serie de letras (telégrafo). 2) El emisor efectúa una serie de operaciones sobre el mensaje con el fin de producir una señal clara de ser transmitida por el canal. 3) El canal es el intermediario utilizado para transmitir el mensaje. 4) El receptor reconstruye el mensaje a partir de la señal recibida, y 5) el destinatario es la persona o cosa a quien va dirigido el mensaje (Diccionario de los medios de comunicación, 1985).



En la comunicación humana existe un aparato de emisión y de recepción directamente controlados a voluntad, se dispone de dos sistemas que corresponden a la exigencia de este control: el sistema motor y el sistema fónico; así mismo, el lenguaje no puede expresarse más que por gestos o palabras (Escarpit, 1985).

Para que se reciba el mensaje el organismo dispone de tres canales: táctil, visual y auditivo (los dos primeros captan las emisiones del sistema motor y el último las del sistema fónico).

El canal táctil reúne las condiciones necesarias para desempeñar las mismas funciones que los otros dos, esto se ha podido comprobar en la comunicación con los sordos, aunque su uso presenta limitaciones.

Así mismo, existen diferentes tipos de comunicación. Entre ellas están: la comunicación a audiencias, a distancia, colectiva electrónica, y a masas; mejor conocidas como: televisión, radio y prensa, respectivamente se les llama medios masivos de comunicación.

3.1.1. Medios de comunicación masiva

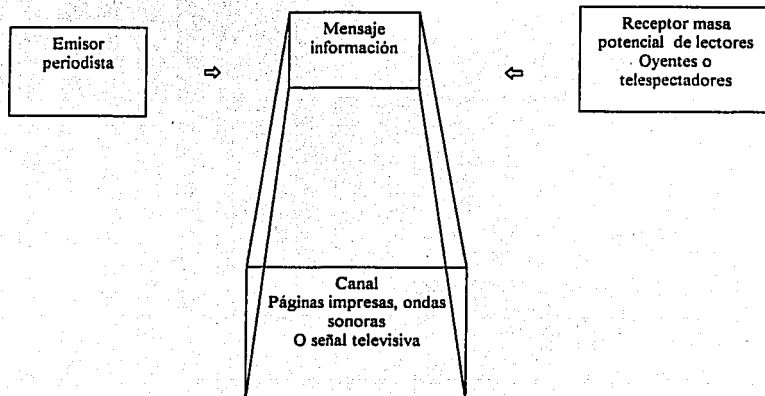
De la Mota (1994) dice al respecto, que es un proceso de contacto social directo o indirecto del cual constituye el fundamento de toda sociedad humana y de toda relación social en donde se permite a los hombres intercambiar ideas y pensamientos. Tiene ciertas condiciones distintivas: la audiencia a que se dirige debe ser relativamente grande, heterogénea y anónima.

Por su parte Katz y cols. (1988) comentan que los medios masivos de comunicación son las diversas formas industrializadas de producir información y entretenimiento, por medio de la televisión, el periódico, la radio, los discos, la publicidad, etc. Los cuales llegan a casi toda la población (urbana y rural).

Alfaro (1988), presenta las siguientes características de los medios masivos de comunicación:

- a) Se dirigen a públicos amplios. Esto es la aplicación de una tecnología montada para la producción masiva y la difusión global.
- b) Son públicas. Su contenido esta abierto a todos y su distribución es relativamente inestructurada e informal.
- c) El público es heterogéneo. Es posible que esto se deba a la consecuencia de la fusión de dos factores: 1) público numeroso y 2) tendencia hacia una mayor apertura.
- d) Llegan simultáneamente a una gran cantidad de personas que están distantes de la fuente y que, a la vez se hallan lejos de otros
- e) La relación entre el emisor y el público es impersonal.
- f) El público de los medios masivos de comunicación es una colectividad característica de la sociedad moderna, que presenta varios rasgos distintivos.
- g) Las comunicaciones masivas requieren organizaciones formales y complejas.

Flichy (1993) propone un esquema básico para la comunicación de masas, en donde el receptor es siempre una masa potencial de lectores, oyentes o telespectadores; los canales pueden variar de acuerdo con la tecnología.



3.2. MEDIOS IMPRESOS

Mucho antes de que Gutenberg creará la impresión con tipos móviles se había hecho ya una gran cantidad de impresiones en papel a través del grabado en madera.

La imprenta convirtió a lo escrito en un medio de comunicación de masas, esto no sólo se refiere a los periódicos sino a todo lo que se edita y publica. Lo impreso es, simplemente, una afirmación descriptiva que se puede repetir.

La comunicación toma una doble forma, por un lado, de un proceso que une al autor con el lector (a través de un medio) y por otro, la de un aparato a la vez técnico, social y económico, el cual asegura ese medio (Escarpit, 1985).

La escritura o la lectura es un medio o medium que varía según las funciones del texto, por ejemplo, cuando es puramente informativo, el texto es un instrumento sometido a voluntad ya que lo esencial es el mensaje que ese quiere transmitir es decir, lo que los lectores no saben y quieren saber.

Escarpit (1985) dice que el texto tiene dos funciones básicas: 1) la función discursiva; en donde el lector realiza la búsqueda de la información según el orden lógico de sus pensamientos y con su propio lenguaje, y 2) la función documental, es la clasificación y el repertorio; es decir, el texto actúa como un medium cuando está en función discursiva, mientras que en función documental actúa como la memoria de una máquina informativa. Pero también tiene otra función, esta es la icónica, o sea, el texto es una imagen.

En el periódico se pueden distinguir estas tres funciones del texto: la discursiva es la redacción de los artículos; la documental son las palabras claves que se utilizan en los títulos, subtítulos y por último, la icónica es la propia materialidad, fotos que hablan por sí solas.

Aquí cabe señalar que no sólo los periódicos cumplen con esta función, sino también los libros, pero éstos no siempre están al alcance de todo el público, o para algunas personas es más sencillo leer o tener acceso a otros medios impresos como son los manuales, las historietas y los folletos, ya que estos presentan de una manera sencilla y fluida cualquier información.

3.2.1. Manuales

Estrella y Flores (1995) dicen que el manual es un libro guía para realizar alguna tarea.

Casi todos los manuales contienen: a) texto, con lenguaje sencillo y claro; b) diagramas, o modelos gráficos que representan algún fenómeno o situación y c) formas, es la función en relación a un procedimiento.

Sus características son:

- 1) Prefacio: (cuando se editan) describir las necesidades básicas y el objetivo
- 2) Disposición del material: índice, prefacio o prólogo, sesiones del texto, diagramas y formas.
- 3) Formato: medidas que debe llevar.
- 4) Papel: depende del número y tamaño de las páginas que contenga el manual.
- 5) Tipografía: (tipo de letra) esta no debe ser ni muy pequeña ni muy delgada, para facilitar su lectura.
- 6) Encuadernación: es la forma del libro empastado, en espiral o argollas.

3.2.2. Historietas

Son relatos en imágenes que pueden ir acompañados de textos, publicados en la prensa o en un álbum.

La historieta no constituye la ilustración de un relato, sino que el propio relato es presentado bajo una forma filmica; por lo tanto posee aproximadamente las mismas características que el filme:

- Guión
- Planificación
- Composición de planos
- Montaje

Las historietas pueden carecer de texto presentar únicamente diálogos o ir acompañados de un texto muy extenso. Con frecuencia los diálogos aparecen escritos en una “nubecilla” que se originan en los labios del personaje; de ahí el término italiano “fumetti” que evoca la imagen de expeler el humo de un cigarrillo.

3.2.3. Folletos

Publicación unitaria, es un impreso menos voluminoso que consta más de cuatro páginas y menos de 50; no puede encuadernarse normalmente es engrapado. Sus funciones son informativas, didácticas y promocionales (De la Mota, 1994). También es un medio de información muy económico y que llega a clientes directos.

Turnbull y Braird (1995) dicen que el folleto es un libro pequeño integrado por ocho o más páginas, normalmente engrapadas. El folleto varia en el número de páginas según sus necesidades (de 4 a 48); el número de paginas debe ser divisible entre 4, el formato puede ser vertical u horizontal. También mencionan que los folletos son llamados panfletos u opúsculos.

Por su doblado y encuadernación se clasifican en:

- ✓ Dípticos
- ✓ Trípticos
- ✓ Cuadrípticos

- ✓ Polípticos
- ✓ Tipo acordeón
- ✓ Tipo caracol

Por otra parte el folleto es conocido dentro de los medios publicitarios con el nombre de literatura directa, por que llega directamente a los lectores.

Respecto a la encuadernación, tenemos:

- a) De autocubierta.- Es aquel, en el que las cuatro páginas exteriores se imprimen en papel de la misma marca, tipo, peso y color que el utilizado en las páginas interiores; en donde la primera página exterior es considerada como página uno.
- b) De cubierta separada.- Tiene un papel diferente (generalmente de mayor gramaje o peso) en la parte exterior. A la primera hoja (después de la cubierta gruesa) se le considera como página uno (Sánchez, 1995).

En la cubierta (ya sea autocubierta o cubierta separada) la carátula tiene uno o dos tratamientos (estilo conservador, sólo se utilizan letras y estilo artístico, que son imágenes vistosas con títulos), es decir, en el caso de un folleto informativo o literario será manejado en forma conservadora colocado (el título) de manera formal e informal (posición que toma el título). Si su fin es promocionar este contienen elementos tanto visuales como verbales.

Existen diferentes medidas que se pueden utilizar para la impresión de un folleto. La medida estandar es de 11.8 x 21.6 cm. la cual tiene fines publicitarios; pero, para finalidad didáctica que tiene este trabajo, se recomienda que:

- Se utilice cubierta separada, en donde se dará un tratamiento artístico para que el niño se interese por éste.
- La impresión deberá ser por las dos caras de la hoja.
- Las medidas serán de 20 x 16cm.

- Las letras no deberán ser muy delgadas ni muy pequeñas, para que se pueda leer con facilidad.
- Se presenta en blanco y negro para que el pequeño pueda iluminarlo. Esto con la finalidad de que

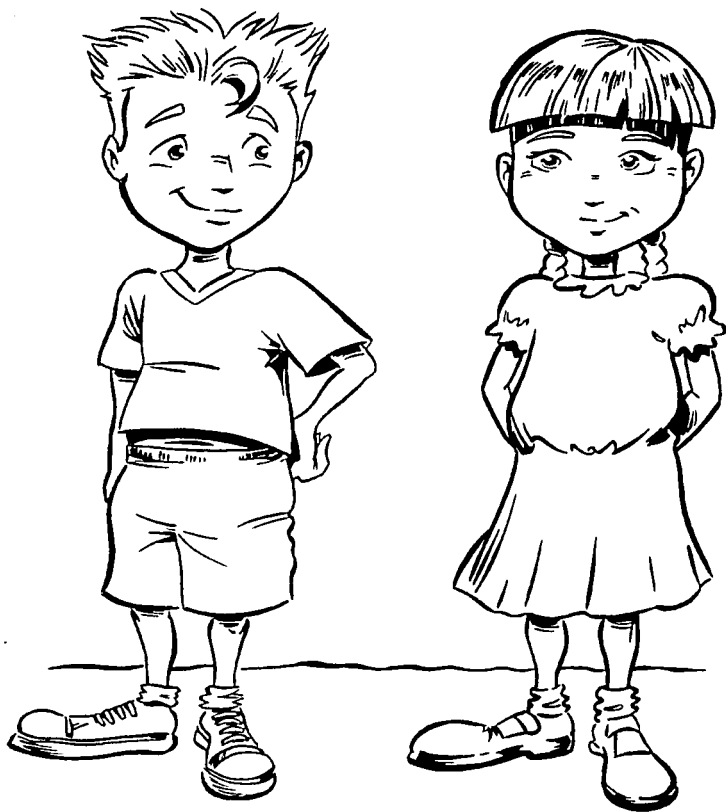
El folleto no sólo ha servido como medio publicitario, sino que, desde su primera aparición en 1836 en el periódico parisiense *Le Siecle*, en donde Armand Dutacq publicó el *Lazarillo de Tormes*, lo hace en primera instancia para incrementar la venta del periódico, pero este medio se hizo tan popular y económico que rápidamente se imprimen más novelas en este formato (Mattelart, 1995).

Por la característica principal del folleto, es decir, por su manejo iconográfico, a los niños con problemas auditivos se les facilitará el tráfico de información que nos interesa en este estudio, esto es, mostrarle diversas situaciones de peligro de abuso sexual, partes del cuerpo, caricias agradables y desagradables, así como también a expresar su rechazo ante éstas; asimismo por su manejo breve y conciso de la información (pudiendo agregar amenidad) el folleto no decaerá en aburrido ni por su extensión ni por un lenguaje rebuscado.

Conoce y cuida tu cuerpo



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

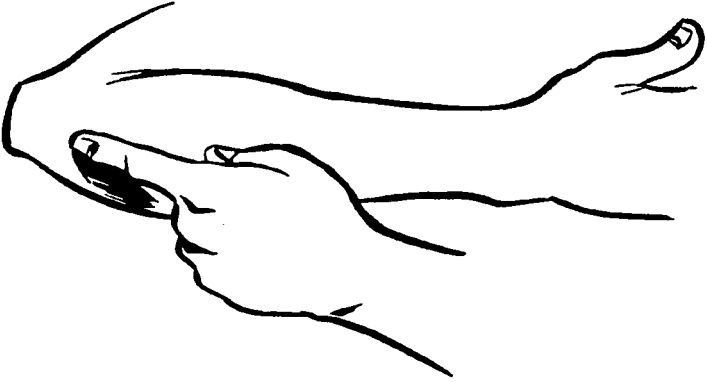


Los niños y las niñas
somos diferentes.



Ambos tenemos en
nuestro cuerpo ojos...

ESTA TESIS NO SALL
DE LA BIBLIOTECA

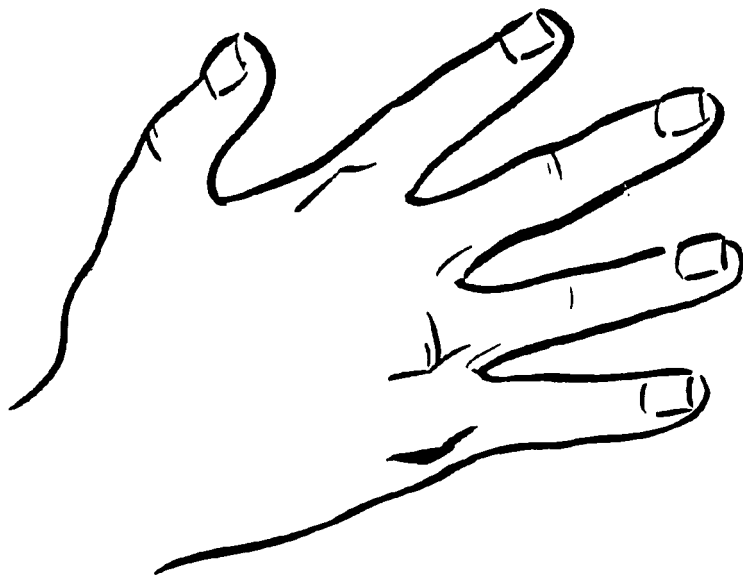


... codos...

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



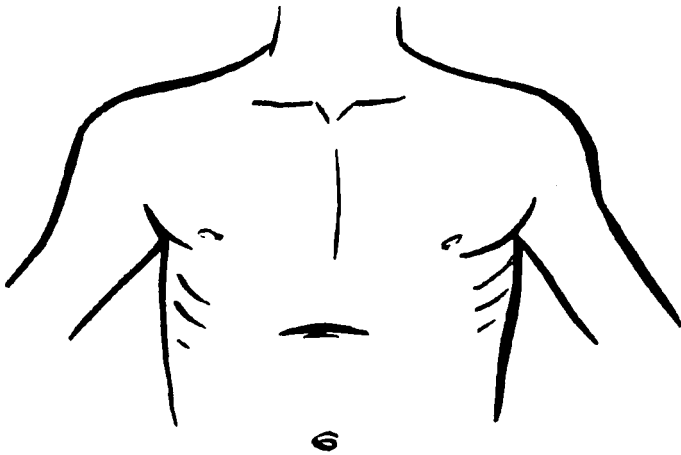
... piernas...



... manos...

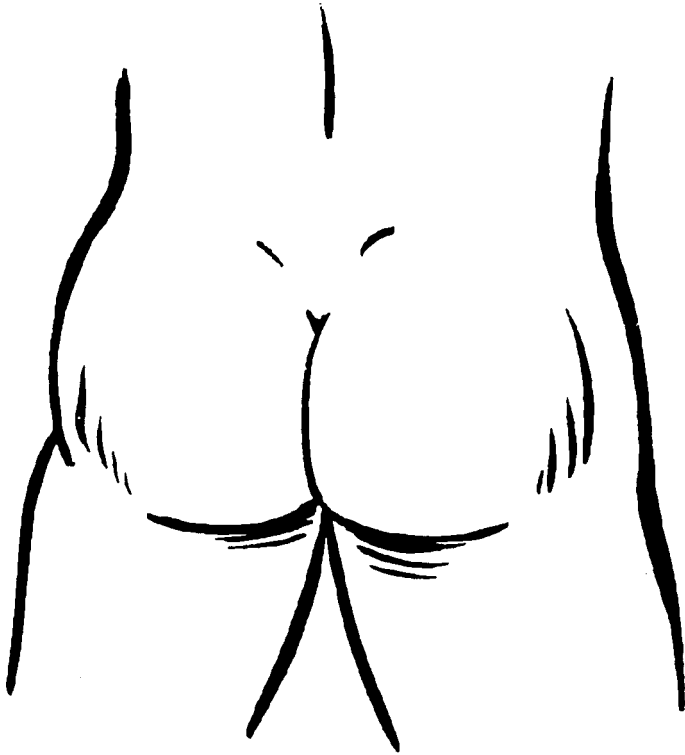


... rodillas...

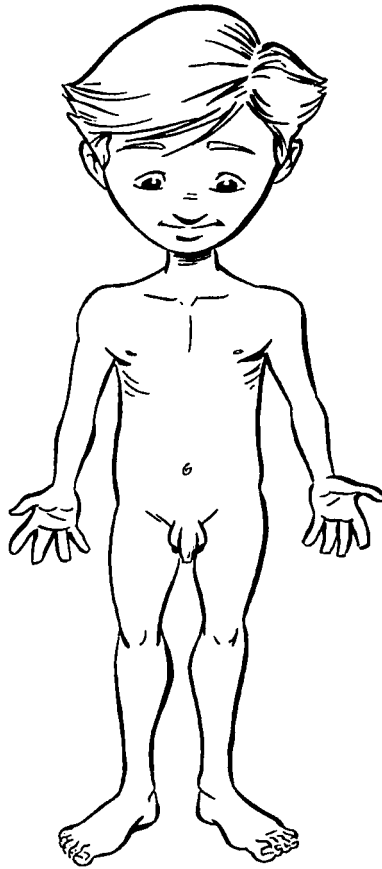


... pecho...

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

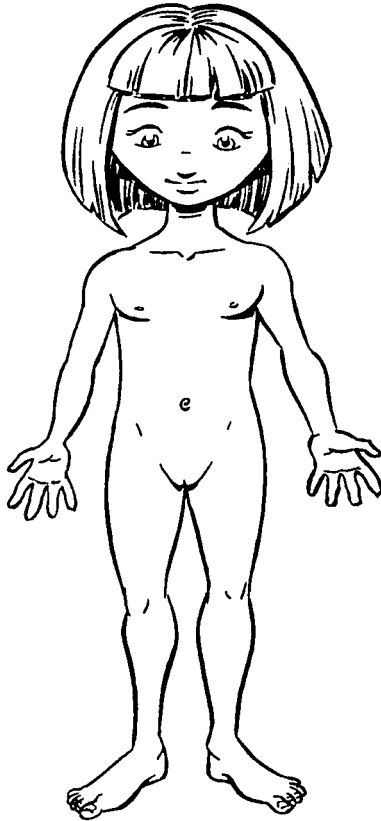


... y nalgas.

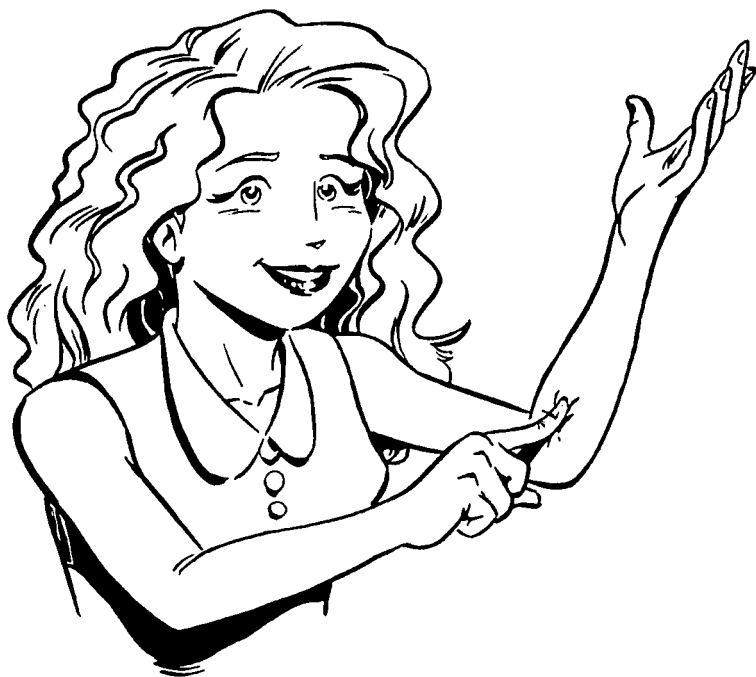


Pero yo, como niño, tengo
pene y testículos.

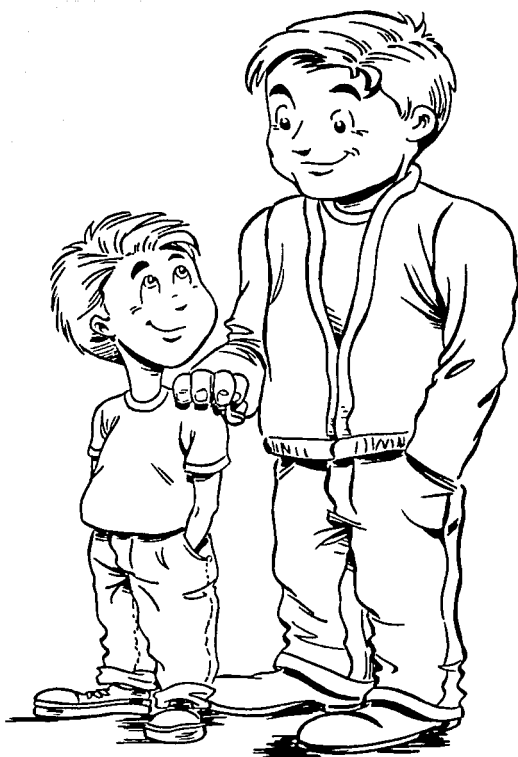
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



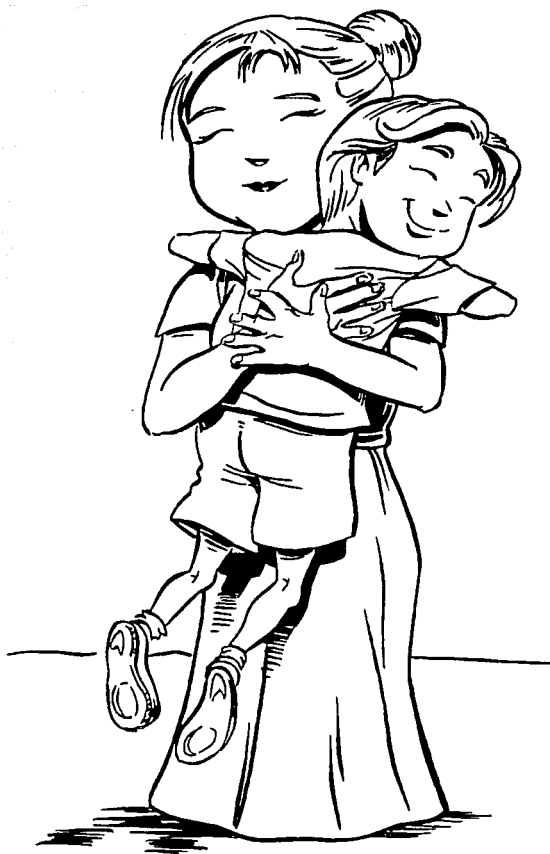
Y yo, como niña, tengo
vulva y senos.



Además, a través de la
piel todos nosotros
podemos sentir caricias.



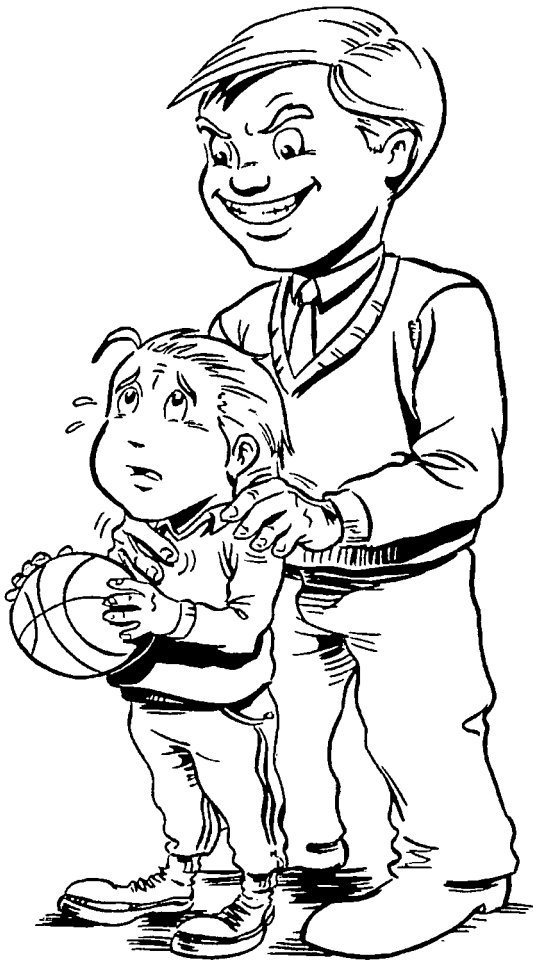
Las caricias que nos
gustan nos hacen
sentir bien.



Nos brindan felicidad y
alegría.

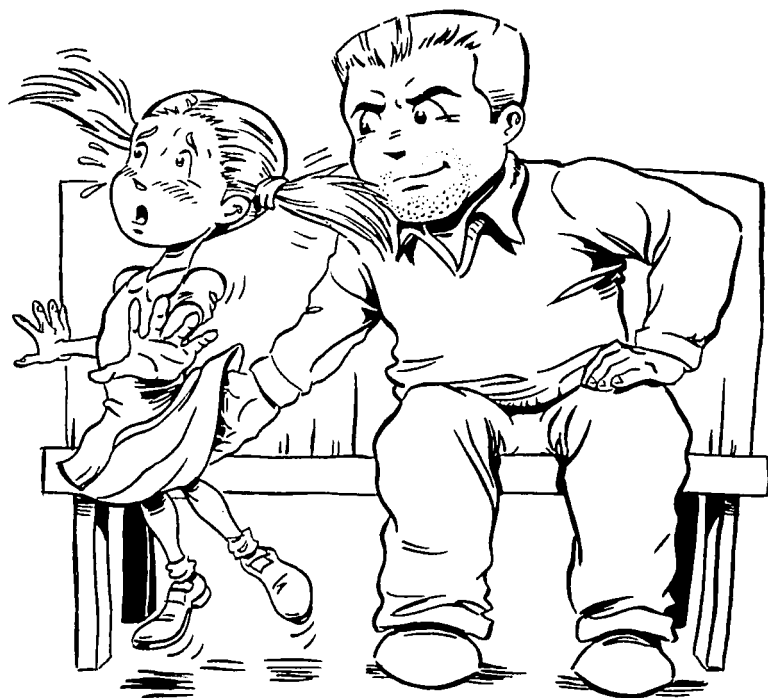


Esas caricias nos dan
tranquilidad y seguridad.

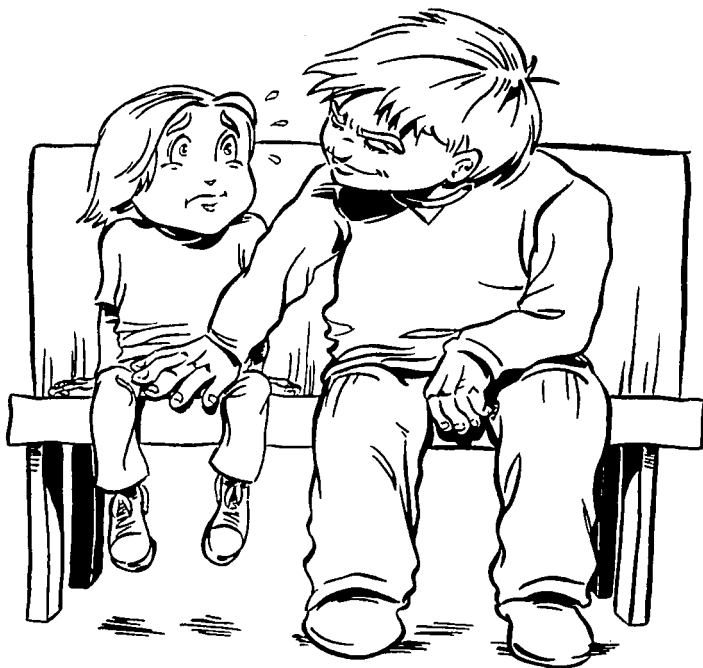


En cambio, las caricias desagradables nos hacen sentir incómodos.

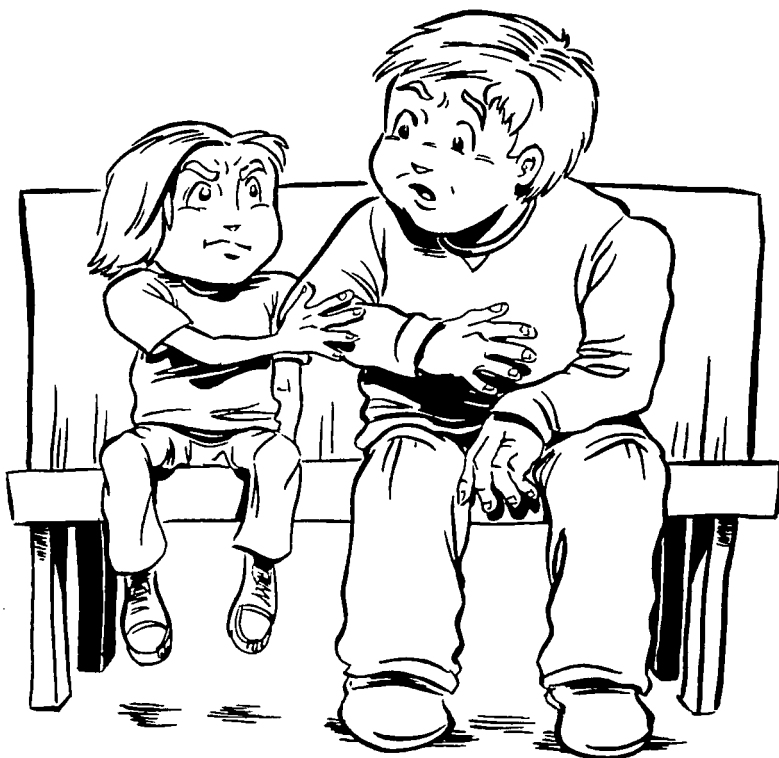
TESIS CON FALLA DE ORIGEN



Nos hacen sentir
apenados y avergonzados.



Cuando algún adulto
quiera tocarte sin tu
permiso y a ti no te
guste...

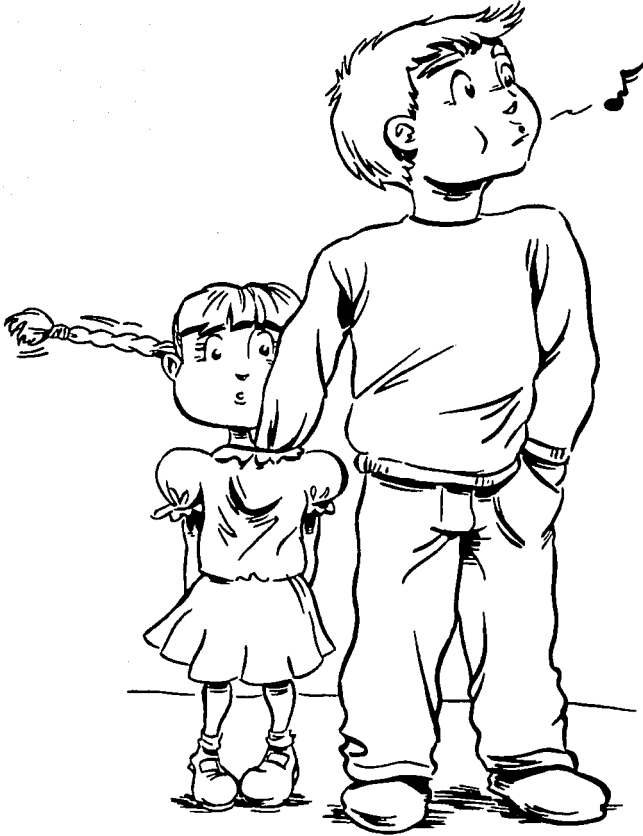


... Tienes derecho a rechazarlo sin importar que sea mayor que tú.

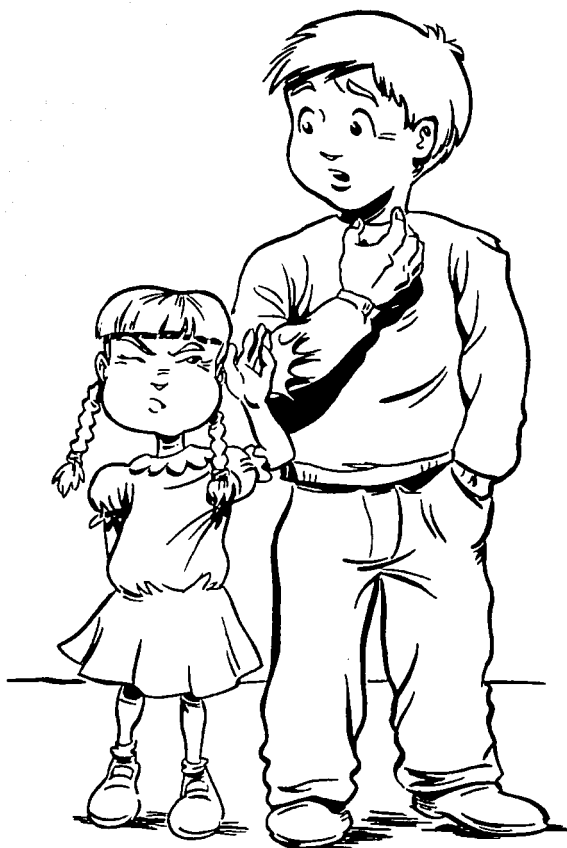


Porque nadie te puede obligar si tú no quieres.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



¿Qué harías en una
situación como esta?



... ¡Evita que te toque!...



... Aléjate de esa persona
cuanto antes.



Y cuéntaselo a la persona
en quien más confías.



Defiende tus derechos y
cuida tu cuerpo.

CONCLUSIONES

En este estudio han sido tratados diferentes asuntos, en primer lugar es necesario insistir en que la sexualidad existe en todos los seres humanos, sean niños, adolescentes, gente de la tercera edad, sanos, enfermos, discapacitados, etc. Sin embargo, en todas las épocas y sociedades el desarrollo de la sexualidad ha sido tratado con mucha confusión (y al estar a punto de llegar al segundo milenio, puede parecer contradictorio que con el avance de la tecnología y los alcances de la medicina y la ciencia los problemas sociales en general aparentemente no evolucionen, aunque esta contradicción se explica al reflexionar y constatar que no todos tenemos acceso a tales beneficios, ya que éstos dependen de factores como el económico y el político).

En algunas familias e instituciones, por ejemplo, se sigue pensando que los niños carecen de sexualidad, que ésta inicia en la pubertad; olvidando o ignorando que existen sentimientos sensaciones que se expresan por medio de caricias, abrazos y diversas demostraciones de afecto y acercamiento entre los seres humanos, impulsos y necesidades que ya pueden comprender la acción de las hormonas sexuales desde la infancia.

En los discapacitados sucede algo similar. En muchos casos el impedimento específico de una persona le impide expresar la necesidad biológica sexual que por naturaleza posee, es por ello que sean utilizado las expresiones de *eternos niños y asexuados*.

Por lo tanto, se debe hacer hincapié en que la sexualidad es de todos pero recorre distintos caminos que dependen de la historia específica de cada uno de nosotros.

Además, el hablar de sexualidad nos confronta con la propia. Si quien ejerce el papel de educador sexual (padre de familia, tutor, maestro, etc.) no entiende su propia sexualidad, es decir, definirse como hombre o mujer, sentirse querido y aceptarse a si mismo, relacionarse sentimentalmente con otras personas y reconocer en si mismo la

capacidad de sentir placer, tampoco podrá transmitir una información cierta, veraz, con una actitud positiva; lo que comunicará será su temor, su sentimiento de culpa, vergüenza, inseguridad, etc.

En lo referente a los aspectos de abuso sexual y rol de poder, es indispensable abundar en que, aun cuando el movimiento de liberación femenina tuvo grandes repercusiones en el presente siglo, vivimos en una época en la cual todavía se insiste en la debilidad de la mujer frente al hombre. ¿Qué decir de la debilidad de los menores de edad? Por desgracia, cotidianamente vemos a nuestro alrededor sucesos en que se aprovecha la fuerza física para hacer daño (al prójimo, que no al semejante: "meter con alguien de su tamaño", como se dice coloquialmente, no le convendría a un agresor, por su puesto).

Al extender el uso (o abuso) del poder y la fuerza física o de autoridad al terreno sexual, y hacia un niño indefenso ante estos, es difícil para cualquiera que pretenda analizar un hecho tal, encontrar una justificación válida para entender a quien comete una acción de tal magnitud. Son casos en que el poder adquiere una connotación baja, vil y denigrante.

Si el abuso sexual infantil es uno de los problemas sociales más graves a los que se enfrenta la humanidad, con mayor razón se trata este tipo de atropello en niños que sufren alguna discapacidad. En cualquier familia que cuente en sus integrantes un pequeño discapacitado, la violencia se supeditará a la asimilación del impedimento por parte de todos (los familiares y él mismo), así como al tipo de discapacidad que presente. Las dificultades se agravan al estereotipar al pequeño, catalogándolo con etiquetas tales como "asexuado", "retrasado mental", "inútil", "dependiente", "débil", "que lastima da", etc., etc.; calificativos erróneos y denigrantes y que, encima, lo limitan aún mas psicológicamente.

Es de todos sabido que la llegada de un discapacitado al seno familiar es algo desconcertante. La mayor o menor aceptación que la familia tenga hacia el impedimento determinará la forma en que el pequeño se perciba a sí mismo: si asume que una parte de si

o íntegramente esta mal o es indeseable, en consecuencia puede adoptar conductas de extrema tolerancia al maltrato.

Ese desconcierto origina también una aprehensión excesiva, que puede derivar en una sobreprotección que bloquee la integración del discapacitado a la vida social y productiva a demás de crear un ambiente de tensión y/o competencia entre los demás miembros de la familia; ambiente que puede general enojo o frustración y desembocar en agresión.

Así mismo, se presentan condiciones tales como la falta de un transporte público especial, habilitado para discapacitados; la ausencia de instituciones públicas que los integren dentro de los programas de estudios regulares; y la carencia de oportunidades de empleo bien remunerado. Dichas condiciones fomentan la dependencia económica y social del afectado hacia la familia. Consecuentemente, a fin de poder satisfacer sus necesidades básicas, tanto sentimentales como materiales, este se siente en la obligación de tolerar toda clase de abusos físicos y/o emocionales.

Por si esto fuera poco, al depender de su familia para comunicarse y/o transportarse pedir ayuda a una instancia de atención a la violencia intrafamiliar -por ejemplo- puede convertirse en una alternativa prácticamente desconocida para el discapacitado.

Aquí cabría resaltar el papel de la sociedad; cómo ha ido tratando la gente a personas discapacitadas. Cuando nos encontramos a un invidente trabajando alegremente en una perfumería, o a un impedido auditivo como excelente capturista de datos, por lo general no podemos sino asombrarnos y decir "¡que barbaro!", "mis respetos", "¿cómo ha podido salir adelante?" y comentarios por el estilo; generalmente no atinamos a pensar que, si uno de los cinco sentidos no funciona adecuadamente la naturaleza se encarga de potenciar aún mas alguno de los cuatro restantes, situación que idóneamente debería ser aprovechada al dar empleo a la gente discapacitada en lugar de aislarla, recluirla, menospreciarla o compadecerla (esto último es lo más común).

La mayoría de los trabajos, programas y campañas sobre sexualidad están dirigidos a los padres, en razón de ser ellos quienes educan e imparten valores a sus hijos. No obstante, también es necesario crear y desarrollar programas preventivos que se dirijan a los niños y que contengan un enfoque global de la sexualidad, es decir, que no sólo traten aspectos como genitalidad, reproducción, métodos anticonceptivos, etc., sino que integren el abuso sexual de manera que todo menor de edad (discapacitados inclusive) pueda ser prevenido e informado al respecto.

Un alternativa viable en una sociedad preocupada por sus semejantes es la creación de programas de rehabilitación enfocados a los discapacitados: terapias familiares que permitan orientar, aclarar dudas, lograr entender y acercarse afectivamente al discapacitado y terapias individuales cuya finalidad sea conseguir que las personas afectadas con alguna discapacidad física o mental fortalezcan su autoestima y ejerzan su voluntad y derecho de ser respetadas.

Al enfocar nuestra atención hacia los niños hipoacúsicos, a lo anterior se añade que Bakwin (1974) y Ramírez (1990) argumentan que la socialización no solamente es necesaria sino primordial para el niño hipoacúsico. Una integración familiar plena, así como buenas relaciones con amigos y conocidos, contribuyen a que los niños respondan asertivamente ante situaciones de peligro.

La asertividad, es decir, la facultad de distinguir y clasificar aspectos, condiciones y situaciones diferentes, es una valiosa habilidad que en todo niño discapacitado debería ser alentada.

En consecuencia, debemos enseñar a los niños a:

- ✓ Distinguir relaciones de amistad, sexuales y no sexuales. Por ejemplo, el afecto frente a la intimidad.
- ✓ Identificar parejas potenciales apropiadas e inapropiadas, en base a intereses particulares.

- ✓ Aproximarse y responder de manera adecuada dentro del contexto de las relaciones en general.
- ✓ Reconocer intrínseco de la amistad.

Aunado a esto es importante aclarar que no se pretende sobreproteger al pequeño en modo alguno; la intención es proporcionarle armas con las cuales pueda defenderse y protegerse así mismo.

Lo que se ha visto últimamente se puede impartir de varias formas: en talleres, videos, libros, folletos, etc., siendo lo más efectivo enfocarse sobre los medios masivos de comunicación, donde los niños confrontan nueva información con la ya existente y con la estructurada con sus compañeros, buscando respuestas a las interrogantes que no pudieron despear y, de manera general, a la verificación de sus teorías.

Los factores mencionados hacen del folleto que aquí se presenta una herramienta útil para el niño; toda vez que se le muestran las diferentes partes del cuerpo humano, situaciones de peligro y cómo constatarlas para así poder salir de ellas.

Por contar con una serie de elementos y facultades, el psicólogo debe echar mano de cualquier herramienta posible para realizar su trabajo, puesto que no solamente tiene la responsabilidad de la intervención sino que debe procurar la prevención, y con más razón cuando se labora con discapacitados, para que de esta forma se impulsen nuevos métodos y se aporte cantidad y calidad de información.

NO HAGAMOS DE OÍDOS SORDOS ANTE LA PROBLEMÁTICA QUE IMPLICA LA SEXUALIDAD Y LOS ABUSOS, PRECISAMENTE, DE LOS DISCAPACITADOS.

BIBLIOGRAFÍA

Abou, A. A. M. (1992). "Elaboración de un folleto informativo sobre abuso sexual de niños". (5 - 38) Tesis de licenciatura no publicada, Universidad de las Américas, México, D. F., México.

Alcantara, C. N. (1989). "Un estudio sobre las consecuencias y el abuso sexual en mujeres adolescentes". Tesis de licenciatura no publicada, Universidad Nacional Autónoma de México ENEP Iztacala, Edo. México, México.

Alfaro, A. J. L. (1988). "Análisis de los mensajes sobre sexualidad en los medios de comunicación impresos en el D. F. y área metropolitana" (cap. 3) Tesis de licenciatura no publicada, Universidad Nacional Autónoma de México ENEP Iztacala, Edo. México, México.

Archilles, I. (1996). ¿Qué anda haciendo su hijo?. Cómo manejar la sexualidad de los discapacitados mentales. México, D. F.: Diana.

Bakwin, H. (1974). Desarrollo psicológico del niño. Normal y patológico. (159 - 196) México, D. F.: Interamericana.

Baldaro, V. J.; Govigli, G. y Valgimigli, C. (1988). La sexualidad del deficiente. Barcelona, España: CEAC.

Begab, M. (1974). Derecho a la sexualidad y responsabilidad del deficiente mental. (15 - 28) Barcelona, España: Fontanella.

Bustos, L. H. (1992). "Un análisis de la violencia sexual, desde la perspectiva psicoanalítica y conductual". Tesis de licenciatura no publicada. Universidad Nacional Autónoma de México. ENEP Iztacala, Edo. De México, México.

Consejo Nacional de la Federación. (1982). *Familia y Sexualidad en la Nueva España*. (141 - 278) México, D. F. México: CONAFE

Consejo Nacional de Población (1982). *La educación sexual humana*. (cap. 1) México, D. F. México: CONAPO.

Creighton, J. S. y Russell, N. (1995). *Voices from childhood*. Londres, Inglaterra: NSPCC.

Cruz, U. M. A. (1986). "Reporte de las necesidades de información sobre la sexualidad de los adolescentes con retardo superficial". (caps. 1 y 2) Tesis de licenciatura no publicada, Universidad Nacional Autónoma de México Campus Iztacala, Edo. México.

Cúfarfán, O. E. y Suasnavar, L. (1990). "un programa de prevención del abuso sexual infantil". (cap. 1) Tesis de licenciatura no publicada, Universidad Nacional Autónoma de México Campus Iztacala, Edo. México.

Chavez, R. B. R. (1987). "Familia y sexualidad en México". Un análisis crítico de la educación sexual infantil. (17 - 41) Tesis de licenciatura no publicada, Universidad Nacional Autónoma de México Campus Iztacala, Edo. México.

Davis y Silverman. (1985). *Audición y sordera*. (caps. 12 y 13) México, D. F. México: La prensa Mexicana.

Díaz de León, F. L. y Villa, S. A. (1986). **“Diseño y aplicación de un programa de entrenamiento en habilidades sociales en sujetos hipoacúsicos”**. Tesis de licenciatura no publicada, Universidad Nacional Autónoma de México Campus Iztacala, Edo. México.

De la Mota, H. T. (1994). **Enciclopedia de la comunicación**. México, México: Noriega.

DeMause, L. (1974). **Historias de la infancia**. (70 – 89) España, España: Alianza.

Diccionario Enciclopédico de Educación Especial. (1986). Tomos 1, 3, 5 y 6. Madrid, España: Diagonal/santillana.

Diccionario Enciclopédico Larousse. (1995). Tomo IX. México, México: Larousse.

Diccionario Larousse. (1996). Pág. 776. México, México: Larousse.

Escamilla, Q. G. y Lugo, H. A. (1994). **“Análisis de la labor de las diversas instituciones que atienden a las víctimas de abuso sexual al menor”**. (18 – 32) Tesis de licenciatura no publicada, Universidad Nacional Autónoma de México Campus Iztacala, Edo. México.

Escarpit, R. (1985). **Escritura y comunicación**. (caps. 1, 2 y 3) España, España: Castalia.

Estrella, P. R. M. y Flores, G. S. (1995). **“Elaboración de un manual de educación sexual para padres de niños con retardo en el desarrollo”**. Tesis de licenciatura no publicada, Universidad Nacional Autónoma de México Campus Iztacala, Edo. México.

Fem (1988). **“Abuso sexual a menores”**. Año 10 No. 47. Agosto – Septiembre.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Finkelhor, D. (1985). **Abuso sexual al menor. Consecuencias y tratamiento psicosexual.** México, D. F. México: Pax.

Finkelhor, D. (1984). **Sexual abuse in childrens.** Nueva York, Estados Unidos de América: The free press.

Flichy, P. (1993). **Una historia de la comunicación moderna.** (40 – 55) México, México: G. G. Mass Media.

Flores, C. J. R. (1985). **“Conducta sexual en sujetos con retardo en el desarrollo”.** (47 – 83) Tesis de licenciatura no publicada, Universidad Nacional Autónoma de México Campus Iztacala, Edo. México.

Fontana, J. V. (1989). **En defensa del niño maltratado.** (175 – 179) México, México: Pax.

Galguera, I.; Hinojosa, H. y Galindo, E. (1990). **El retardo en el desarrollo: teoría y práctica.** (cap. 14) México, México: Trillas.

Gomezjara, F. (1989). **Sociología.** De acuerdo con los programas vigentes. (115 – 128) México, D. F. México: Porrúa.

González, S. D. (1988). **“El niño sordo y la sociedad”.** Artículo inédito. Noviembre. Instituto Nacional de la Comunicación Humana. México, D. F.

Informe de iniciativa de ley a favor de las personas con discapacidad que fueron presentadas ante el pleno durante 1995. Cámara de Diputados. México, D. F.: Autor.

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e informática (2000). **Tabuladores básicos de los Estados Unidos Mexicanos. Tomo II Censo General de Población y Vivienda: Aguascalientes, México.:** Autor.

Instituto Roeher. (1995). **El derecho a controlar su propio cuerpo. Una guía clara sobre asuntos de sexualidad y de abuso sexual.** Ontario, Canadá: Autor.

Katchadouriam, H. y Lunde, D. (1975). **Las bases de la sexualidad humana.** (cap. 16) México, México: Continental.

Katz, S. Ch.; Doria, F. A. y Costa, L. L. (1988). **Diccionario básico de comunicación.** Madrid, España: Nueva Imagen.

Lenet, R. y Barthelme, H. (1987). **Cuéntame tus secretos.** Barcelo, España: Grijalbo.

Maher, P. (1990). **El abuso contra los niños.** La perspectiva de los educadores. México, México: Grijalbo.

Marchesi, A. (1993). **El desarrollo cognitivo y lingüístico de los niños sordos.** (99 - 128) Madrid, España: Alianza.

Marcovich, J. (1981). **Tengo derecho a la vida. Prevención e identificación del niño maltratado.** (caps. 1, 2 y 3) México, México: México Unido.

Marttelart, A. (1995). **La invención de la comunicación.** (341 - 347) México, México.: Siglo XXI.

Master, W. H. & Jonson, E. V. (1987). **La sexualidad Humana.** (tomos 1 y 2) Barcelona, España: Grijalbo.

Medina, R. G. del C. (1987). **"Auxiliar didáctico para la enseñanza de fonemas en el niño hipoacúsico"**. Tests de licenciatura no publicada, Universidad Intercontinental. México, D. F. México

Mojica, M. (1971) *Memorias del 3er. Curso de orientación a padres de familia de niños con problemas de comunicación.* (13 - 21) México, D. F. México: Secretaría de Salubridad y Asistencia.

Navarro, C. (1990). "El abuso sexual del menor dentro de la familia" (17 - 25) Tesis de licenciatura no publicada, Universidad Nacional Autónoma de México Campus Iztacala, Edo. México.

Nieto, M. (1991). *Anomalías del lenguaje y su corrección.* (2 - 40) México, México: Francisco Mendez.

Norther, J. y Downs, M. (1991). *La audición en los niños.* (27 - 57) Barcelona, España: Salvat.

Osornio, Y. N. C. A. (1992). *El niño maltratado.* (14 - 21) México, D. F.: Trillas.

Pasquali, A. (1983). *Comprender la comunicación.* (83 - 101) Venezuela, Venezuela: Monte Avila.

Ramírez, C. A. R. (1990). *Conocer al niño sordo.* Madrid, España: CEPE.

Rubio, A. E. (1984). *Cuadernillos para educadores sexuales.* Bogota, Colombia: A.M.E. A.C. C.R.E.S.A.L.C.

Salinas, M. M. A. (1995). "Los factores de alto riesgo en el abuso sexual infantil". Tesis de licenciatura no publicada, Universidad Nacional Autónoma de México Campus Iztacala, Edo. México.

Sánchez, C. F. (1992). **Segundo simposio internacional e interdisciplinario el maltrato a los niños y sus repercusiones educativas**. Del 2 al 4 de diciembre de 1992. México, México: Coedición Ficomi.

Sánchez, R. E. (1995). **Los medios de comunicación, ciencias sociales**. España, España: Grijalbo.

Secretaría de Salubridad y Asistencia (1992). **Contenido de educación sexual y planificación familiar en la minusvalía**. Serie de capacitación. México, D. F. México: Autor.

Shultz, L. G. (1980). **The sexual victimology of youth**. Illinois, Chicago: Charles C. Thomas publisher.

Stith, S. M.; Williams, M. B. & Rosen, K. (1992). **Psicología de violencia en el hogar. Estudio, consecuencias y tratamiento**. (cap. 4) Bilbao, España: Descleé de Brouner.

Valladares, de la C. P. (1993). **"Estudio epidemiológico de la violencia sexual"**. Tesis de maestría no publicada, Universidad Nacional Autónoma de México Campus Iztacala, Edo. Méx., México.

Turnbull, T. A. y Baird, N: R. (1995). **Comunicación grafica. Tipografía, diagramación y producción**. México, México: Trillas.