



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA MÉDICA, PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL

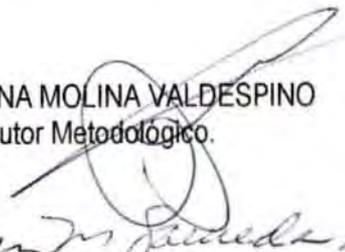
ESPECIALIDAD DE PSIQUATRÍA INFANTIL Y DE LA ADOLESCENCIA.

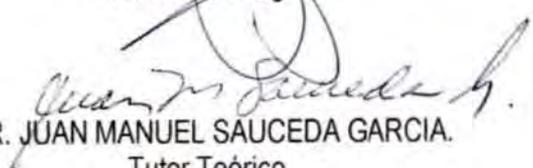
TESIS
QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA INFANTIL Y DE LA
ADOLESCENCIA.

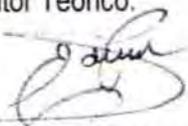
“Ambiente y Funcionamiento Familiar en Adolescentes Ofensores Sexuales”.

Presenta:

DR. JORGE ARTURO SAENZ ALFARO.


DRA. DIANA MOLINA VALDESPINO
Tutor Metodológico.


DR. JUAN MANUEL SAUCEDA GARCIA.
Tutor Teórico.


DRA EDITH PADRON SOLOMON
Tutora Hospitalaria


DRA. ANA LUISA MARTINEZ ORTIZ
Tutora Clínica.

FEBRERO 2006



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

Antecedentes:

La adolescencia es una etapa del ciclo vital donde son frecuentes las conductas conflictivas, las cuales pueden presentar matices delictivos en diversas áreas, incluso la sexual (1). Cuando se llega a la pubertad hay una reactivación de la sexualidad que depende de las expectativas familiares y sociales (2). Y es durante la existencia que se debe desarrollar un ego existoso con la capacidad para inhibir los impulsos agresivos y sexuales (3).

El conocimiento de la existencia de adolescentes perpetradores de abuso sexual, es relativamente reciente y posterior a varios años de investigación en relación con adultos abusadores de niños (4).

Esto debido a que se cree que todo comportamiento sexual llevado a cabo por jóvenes tiene un carácter exploratorio hasta la preocupación de asignar a un joven la etiqueta de parafilia.

Abel et al (5) informó que el 58% de los ofensores sexuales de adulto que él entrevistó divulgaron un inicio de sus patrones sexuales irregulares antes de la edad de 18 años (6).

El Informe Uniforme del Crimen (UCR) (7) indicó que el 20% de todas las violaciones fueron revelados por los adolescentes menores de 18 años, sin embargo este dato no incluye otros tipos de ofensa sexual, y son datos de detención que no incluyen todas aquellas ofensas sexuales en las que no se da la detención.

Es necesario distinguir entre un agresor sexual y un desviado sexual: el primero es una persona que ha cometido un "acto sexual violento" prohibido por la ley (8). La parafilia o desviación sexual es un trastorno psiquiátrico caracterizado por el conjunto de fantasías, conductas o intereses sexuales normalmente repetitivas que producen excitación sexual y que son diferentes a lo aceptado culturalmente (9).

Kinsey en 1965 definió al ofensor sexual como un individuo quien ha estado legalmente procesado como resultado de haber cometido un acto para su inmediata gratificación sexual, contrario a las maneras sexuales de la sociedad en la que vive y que es legalmente castigado (10).

El ofensor sexual juvenil se define como un joven quien comete un acto sexual contra una persona de cualquier edad, que puede ser de una manera agresiva, explotativa o por amenaza (11).

El abuso sexual de un niño se define por ley como agresión sexual contra un menor, la ley especifica una diferencia de edad mínima entre la víctima y el agresor, por ejemplo de 5 años. La agresión sexual suele definirse como el acto de llevar a cabo con conocimiento penetración, intrusión o contacto sexual con una víctima en situaciones que concurren fuerza física, amenazas y otros medios de coerción.

Se considera una conducta sexual abusiva la que ocurre sin consentimiento, sin equidad, o bien como resultado de coerción. Consentimiento debe incluir: a) Entendimiento de lo que se propone; b) Conocimiento de los estándares sociales de lo que se propone; c) Advertencia o discernimiento de las potenciales consecuencias y alternativas; d) Suposición que debe respetarse el acuerdo o desacuerdo; e) Decisión voluntaria; y f) Competencia mental. Equidad se define como: "Dos participantes que operan en una relación con el mismo nivel de poder, ninguno siendo controlado por el otro" (12). Se define coerción a la "explotación de la autoridad, uso de dádivas, amenaza o fuerza, o bien intimidación para obtener cooperación o cumplimiento" (12).

Han existido problemas para diferenciar entre experimentación sexual "normal" y comportamiento sexualmente abusivo entre niños y adolescentes de edad similar, especialmente cuando el comportamiento se caracteriza por una intrusión y/o agresividad mínima. (13).

El comportamiento sexualmente abusivo se caracteriza por la relación existente entre los jóvenes es marcadamente desigual, en cuanto al desarrollo físico, cognitivo y emocional de cada niño (14).

Smith y Monastersky (1986), reportaron diferentes tipos de conducta sexual en adolescentes con edades comprendidas entre los 12 y los 15 años, siguiendo diversos patrones raciales en varones y mujeres, pero la mayoría mostró una secuencia conductual hacia tocamientos corporales, besos en la boca y diversas partes del cuerpo hasta coito completo (15).

Las ofensas sexuales pueden ser divididas pragmáticamente en dos grupos: aquellos con componente de violencia personal y los que solo pueden ser considerados como lesivos a la moral (16). Los primeros son considerados asaltos sexuales. Se define la agresión como una constelación de acciones, pensamientos y sentimientos específicos que son movilizados por la frustración de un deseo o por una necesidad, y cuya meta consiste en remover la frustración para permitir la descarga del impulso (17). En las agresiones sexuales, la agresividad se dirige hacia otro ser humano utilizando el vehículo de la sexualidad para la expresión de la hostilidad.

La mayoría de los abusadores son masculinos con una historia de negligencia, abuso físico y sexual, con bajo promedio de habilidades y altos porcentajes de problemas del comportamiento y psicosociales (18).

Los actos delictivos aislados son comunes en la población normal, mientras que en la historia de los delincuentes juveniles hay antecedentes de delitos repetidos que pueden ser detectados desde los años tempranos.

Los trastornos disruptivos del comportamiento se asocian fuertemente con problemas neuroanatómicos como la alteración en la función o lesión del lóbulo frontal que se relaciona con la agresión; alteración de la amígdala que se asocia con alteración en la interpretación de las reglas sociales; los niveles bajos de serotonina que se asocian con la agresión y los niveles

altos en la adolescencia se asocian con violencia; la testosterona esta asociada con la agresión; la disminución de la Frecuencia Cardíaca se asocia con la conducta antisocial; la baja conductancia en la piel se asocia con disrriptividad; los problemas perinatales y prenatales como el consumo de sustancia y el tabaco durante el embarazo; las neurotoxinas; el temperamento difícil; el vínculo desorganizado, inseguro, disrriptivo o coercitivo; el déficit de las funciones ejecutivas; el CI bajo, sin embargo ahora se sabe que el CI alto no protege; los problemas de aprendizaje; la impulsividad; la pobre empatía; la pubertad temprana en mujeres y en hombres que reciben tratamiento con hormonas; el mal parentaje; la psicopatología parental; la inconsistencia en los límites; la disciplina punitiva; el rechazo de los pares; el relacionarse con otros niños o jóvenes con trastornos de conducta; barrios pobres y con desventajas; violencia en el barrio; pobres ingresos y pobres expectativas; exposición a estresores y el abuso físico o sexual son factores asociados con la génesis de los trastornos de conducta (19,20).

El 30 a 50% de las agresiones a niños son perpetrados por chicos adolescentes (21).

Los problemas psiquiátricos en la niñez se asocian generalmente con indicadores de insatisfacción familiar tales como la neurosis materna, la discordia conyugal, irritabilidad parental y la desintegración familiar (1). En los ofensores sexuales se sabe que hay problemas en el control de impulsos y el desarrollo de una autoimagen deficiente en relación con una educación sexual culpabilizadora y negativa o con unos modelos familiares inadecuados (6).

Ana Freud (22) refirió que las conductas agresivas pueden resultar de la fusión insuficiente de la libido y la agresión; de la falta de control sobre los impulsos en una persona de carácter impulsivo o de una reacción defensiva violenta contra tendencias de tipo pasivo-femeninas en los muchachos, los cuales pueden luchar exageradamente para afirmar su masculinidad. Factores etiológicos comunes son las circunstancias ambientales adversas tales como la crianza negligente, las relaciones objetales negligentes y otros traumas y presiones parentales indebidas, todo lo cual puede conducir a defectos en el ego y en el super ego. La ausencia de modelos parentales adecuados para la identificación puede producir un ideal inapropiado de ego y super ego. Estos factores también pueden predisponer a la desviación social y sexual, como lo señaló Johnson (23).

Glueck (24) sugiere que hay 5 factores interpersonales en la vida familiar que predicen certeramente la delincuencia en los muchachos: a) la disciplina del padre; b) la supervisión de la madre; c) el afecto del padre; d) el afecto de la madre; e) la cohesión familiar.

Ryan y colaboradores (25) a partir del Nacional Adolescent Perpetrator Network Uniform Data Collection System (UDCS), que tiene datos de

1600 jóvenes derivados a tratamiento específicos para agresores sexuales en 30 estados de los USA, tienen una edad media entre 14 y 15 años, 42% tenían antecedentes de abuso físico, 39% abuso sexual demostrado, en 26% se documentó negligencia, el 60% había consumado la penetración, y el 90% conocía a su víctima.

La UDCS reveló que el número promedio de víctimas en el momento de la evaluación era 7,7 y en el 39% eran familiares consanguíneos que convivían con el ofensor, solo el 4,5% de las víctimas de abuso eran adultos.(25).

El 70% de las agresiones comunicadas implicaban penetración anal o vaginal y/o contacto urogenital. (25).

Hay un continuum gradual de tácticas sexuales, que van desde la coerción de una sutil presión social a una agresión violenta.

El conocimiento de la dinámica familiar de los ofensores sexuales juveniles (JSO) es gravemente deficiente y ha recibido solamente escasa atención por los investigadores. (Ryan, 1997). Las familias de los ofensores sexuales están envueltas en patrones de engaño y secretos (27).

Frecuentemente en las familias de los ofensores sexuales existe antecedente de abuso sexual, problemas en la toma de decisiones, problemas en la expresión de las emociones secretos familiares, inversión de roles, problemas de límites y diversas alianzas en el seno de la familia.

Los delincuentes juveniles del sexo son un grupo heterogéneo, y hasta la fecha no hay un perfil del delincuente sexual juvenil, dos modelos, sin embargo, se describen en la literatura. Ryan et al (28) describieron un ciclo sexual del asalto, que se basa en una disfunción del ciclo cognoscitivo del comportamiento. Becker y Kaplan (29) describen un modelo que incorpora factores del ambiente individual, familiar, y social (30).

Los factores individuales son la carencia de habilidades sociales, el comportamiento delincuente anterior, la psicopatología, el funcionamiento académica bajo y la carencia de control de impulsos; sin embargo no es diferente con los agresores no sexuales. Los factores familiares que se han asociado son ambiente familiar inestable, violencia intrafamiliar, historia de abuso.

Blaske realizó un estudio y llegó a la conclusión de que los ofensores no sexuales tienen mayor disfunción familiar que los ofensores sexuales (31).

Los ofensores sexuales tienen dos componentes, un componente sexual y un componente de engaño. El engaño ocurre cuando el ofensor fuerza u obliga a la víctima a no revelar el abuso o manipula a la víctima para que acepte que el secreto es en su mejor interés. (Salter, 1995). El engaño también ocurre cuando el ofensor escoge el no revelar la ofensa o cuando él crea una percepción equivocada acerca del evento (¿por mentir a otros acerca de dónde él estuvo, o con quién estuvo él, y qué él estuvo haciendo?). La mayoría de los ofensores sexuales practica el engaño, lo que queda la duda

es si es un patrón familiar multigeneracional de secreto y engaño. Ya que se ha observado que un porcentaje significativo de los miembros de la familia de los ofensores sexuales fue abusado sexual o físicamente de niños según Baker en el 2001.

Salter (1988) notó, niños quienes fueron abusados sexualmente viven con intensos sentimientos de secreto y aislamiento, y solamente una fracción reveló su victimización.

De hecho, Furniss (1991) concluye que el niño abusado sexualmente es esencialmente un Síndrome de Secreto.

Las "huellas" de éste trauma son a menudo llevadas hasta la adultez en la forma de vergüenza internalizada, negación y distorsión (Salter, 1995). Además, algunos ofensores sexuales juveniles fueron ellos mismos víctimas de abuso sexual antes de ofender. Esto también es probable que tenga que generar secreto entre él y los miembros de la familia. Además, insinuaciones existen en la literatura clínica que entre las familias de los ofensores sexuales son comunes o abundantes los secretos.

Como Johnson (1988) anecdóticamente reportó, "Cosas importantes fueron mantenidas secretas desde los miembros de la familia. Algunos padres tenían otros niños de los cuales, los hijos no estaban enterados; en algunos casos los niños no estaban enterados de los esposos previos de sus madres; encarcelamientos eran mantenidos en secreto, también la persona que había estado viviendo en la casa en el tiempo que estas fueron sentenciadas a prisión. Padres hacían o inventaban historias acerca de personas que habían desaparecido, o niños que no preguntan preguntas".

Teoría de los Sistemas Familiares (Imber-Black, 1998) sugiere que los niños intuitivamente saben que los secretos se están guardando o ocultando de ellos, puede ser que no sepan el contenido pero si la existencia del secreto.

Como Bowen (1978) observó, los niños tienen un conocimiento inexplicable de los intereses parentales no dichos, sentido a través de la vida emocional de la familia.

Pincus y Dare (1978) también observaron que los niños exhiben un conocimiento inconsciente de los secretos en su propio comportamiento (acting-out).

Así, hipotetizamos que los secretos familiares son transmitidos a través de las generaciones como parte de un estilo de relacionarse de la familia (Herz-Brown, 1991).

Teoría de la Terapia Familiar Transgeneracional Boweniana (1978), presume que los secretos de la familia se pueden transmitir a través de las generaciones con la creación de los Triángulos y la pérdida de diferenciación entre los miembros de la familia de origen, la cual se perpetúa y replica en subsecuentes generaciones a través de de la escogencia de alianzas y a través de estilos de parentalización.

Van Manen (1996) sugiere “los buenos hechos y las fechorías de una generación, a menudo viven en generaciones sucesivas una tendencia actitudinal hacia el sigilo e intimidad por los padres, pero no es pasado infrecuentemente como rasgo del carácter de sus niños”.

El secreto de la familia tiene muchas consecuencias negativas potenciales para el desarrollo normal de niños, incluyendo la carencia de intimidad, distorsión de la realidad y sentimientos de impotencia. (Bowen, 1978; Imber-Black, 1993, 1998; Selvini, 1997), que son características comunes de los ofensores sexuales juveniles.

De acuerdo a Imber-Black (1998) y Karpel (1980), los secretos familiares funcionan en parte para modular la intimidad y la distancia entre los miembros de la familia.

Cuando los niños se crían o crecen en un ambiente de secreto y engaño, ellos se sienten separados, lejos, distanciados de la gente más importante para ellos, así como confundidos acerca de cómo desarrollar las relaciones más cercanas basadas en honradez y confianza.

En este punto, Eaker (1986) observó que “alianzas y límites en la familia se formulan en base al conocimiento acerca del secreto, el cual tiene el efecto de aislar miembros desde el otro”.

Crimmens (1995) definió “el aislamiento y el ajuste social pobre como las principales características que distinguen a los ofensores sexuales juveniles”.

La identificación disminuida con las normas sociales se puede asociar a empatía disminuida con otros, también contribuyendo al comportamiento de ofender sexualmente.

Los secretos de la familia también se creen para fomentar la realidad distorsionada. Los secretos familiares tienden a promover las percepciones equivocadas porque se retiene la información crítica. Los niños en tales familias aprenden eso, para reducir la tensión dentro del sistema de la familia, cualquier información, sensación, o las ideas que son contrarias con la presentación oficial de la familia deben ser reprimidas o ser negadas. Tal distorsión de la realidad es también común entre los ofensores sexuales. De hecho, la negación del ofensor es divulgada por los clínicos como una de las respuestas más frecuentes a la confrontación y al acceso de la ofensa. (Salter, 1988).

Salter conceptúa la negación más bien, como un acto continuo, que un acto único, y esbozó 5 tipos comunes de ofensores sexuales.

La prevalencia de la negación ha sido llevado a la investigación; por ejemplo Barbarie y Cortoni (1993) encontraron en su estudio de 20 jóvenes admitidos en una Clínica de Comportamiento Sexual de pacientes Ambulatorios, cerca del 40% negaron el haber tenido cualquier interacción con la víctima o negaron que la interacción constituyera una ofensa sexual. En adición, 10 jóvenes minimizaron su responsabilidad por el incidente.

Los componentes importantes de la mayoría de programas de tratamiento para los Ofensores Sexuales Adolescentes son la revelación total de la ofensa y el desarrollo del conocimiento del impacto de la experiencia en la víctima, puesto que estas funciones cognitivas y emocionales, parecen ser distorsionadas y/o carecen o faltan en esta población. (Ryan, Lane, Davis, & Isaac, 1987).

La impotencia es una respuesta común a los secretos de la familia. En algunas familias, guardar el secreto es la preocupación tomando prioridad sobre las necesidades de los individuos dentro de un sistema. Los miembros de la familia internalizan presión intensa de demostrar lealtad a la familia para proteger el secreto, dando por resultado en una sujeción o negación de sus propias necesidades o sentimientos.

Ryan y colegas (1987) explicaron los caminos o maneras por los cuales los ofensores sexuales juveniles experimentan y actúan bajo intensos sentimientos de impotencia y desamparo. Ellos argumentaron que la ofensa en sí misma sea una tentativa de restaurar un sentido de poder al sentido extremadamente frágil del sí mismo que la mayoría de los ofensores tiene. Una sensación de poder aumentada puede ser alcanzada desde ofender sexualmente a través del dominio físico de la víctima, común en la violación y en otras ofensas contra víctimas de igual o mayor tamaño, fuerza y edad. Una sensación de poder se puede también obtener a través de la manipulación y preparación de una víctima más joven para que obedezca al ofensor y coopere con la ofensa por sí mismo. Así, sin importar el tipo de ofensa (violación, o molestar al niño), el ofensor sexual juvenil puede realzar su sensación de poder y control a través del ofender.

Stephenson (47) en una investigación realizada en la Corte Familiar de Vancouver, agrupo a los menores delincuentes en tres grupos con diferentes características y necesidades de tratamiento. Eran el grupo de los normales, el de los trastornados emocionalmente y el de los delincuentes sociales. Los ofensores sexuales se pueden clasificar utilizando el modelo de Stephenson en:

- El grupo de agresores sexuales “normales” estaría formado por aquellos adolescentes que tratan de afirmar su masculinidad en forma un tanto violenta. Pertenecen generalmente a hogares completos y estables y no requieren más que de una breve orientación.
- Los agresores con trastorno emocional tienden a preferir víctimas más jóvenes, en ocasiones del mismo sexo. Esto puede tener relación con un desarrollo emocional inmaduro y/o con un mejor control de los impulsos, lo que les permite elegir a sus víctimas entre quienes se defienden menos. Los conflictos intrapsíquicos de naturaleza emocional son los elementos etiológicos principales en esta conducta de acting out y por supuesto, cada quien presenta su propia psicodinamia. Las condiciones sociales y familiares

desfavorables son factores importantes en estos casos, donde evidentemente el tratamiento psicológico está muy indicado.

- El agresor de tipo antisocial generalmente es miembro de familias más trastornadas y es más impulsivo que aquel que sufre de trastornos emocionales. Las interacciones familiares disfuncionales y los valores desviados resultan en una socialización deficiente en muchos casos, de ahí que las recomendaciones de tratamiento se dirijan fundamentalmente al aprendizaje de la socialización sin descartar que algunos de ellos requieran de psicoterapia

En México, existe el antecedente de la Tesis de Especialización en Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia de la Dra. Ugarte Briones (48) titulada "Características de Personalidad en Agresores Sexuales Adolescentes", que obtuvo como conclusiones:

- Las familias de los agresores sexuales adolescentes son disfuncionales.
- Todos los agresores sexuales adolescentes fueron primogénitos y producto de embarazos no planeados ni deseados.
- Todos los adolescentes ofensores sexuales presentaron datos de haber cursado con un desarrollo psicomotor acelerado.
- Mediante MMPI todos los agresores sexuales adolescentes mostraron incremento en los resultados de la evaluación psicométrica en las escalas 8, 9 y 4. Por lo anterior, correspondieron más a Personalidad Esquizoide que a Personalidad tipo Borderline, como se encuentra referido en la literatura psiquiátrica. Asimismo, se encontró una mala identidad sexual, impulsos sexuales inaceptables, fantasías de control y poder, así como intereses propios del sexo femenino.
- En el área de adaptación social las características que se encontraron concuerdan con las reportadas en la literatura internacional, a excepción de rebeldía; además tampoco se encontraron datos de ausentismo escolar.
- En el área de psicopatología de manera significativa a lo reportado en la literatura internacional, no fueron encontradas características de ansiedad, depresión, timidez e hiperactividad.
- Las variables significativas para la asociación con el evento agresor, incluyen mala adaptación social, sensibilidad a opiniones ajenas conflictos con la autoridad, irritabilidad y fantasías de control y poder.

Definición del problema:

El funcionamiento familiar de los ofensores sexuales ha sido poco estudiado, y los jóvenes no aparecen un día como ofensores completamente desarrollados, sino que crecen en sistemas familiares y ecologías sociales que modelan sus personalidades y curso del desarrollo a través del tiempo. Por lo que por el presente estudio se pretende reforzar los estudios que dicen que hay un patrón de secreto y engaño familiar que es copiado por los hijos.

Justificación del estudio:

Existe muy poca investigación acerca de la influencia de la dinámica familiar en la etiología, curso y desarrollo del tratamiento de los ofensores sexuales. Se ha visto que el abuso sexual por los adolescentes se ha intensificado, y se ha convertido en un problema social importante.

Por el presente estudio pretendemos dilucidar algunas características de las familias de los ofensores sexuales que nos permitan prevenir estas conductas en adolescentes en riesgo y dar un mejor tratamiento.

Hipótesis:

Los adolescentes ofensores sexuales con trastorno negativista-desafiante o trastorno disocial comórbido han experimentado un ambiente familiar mas disfuncional en comparación con adolescentes ofensores sexuales, sin trastornos de conducta.

Hipótesis alterna: los adolescentes agresores sexuales con trastornos disruptivos han experimentado un ambiente familiar con igual grado de disfunción como los adolescentes agresivos sexuales sin trastorno disruptivo comórbido.

Objetivo general:

Comparar el grado de estrés familiar de un grupo de adolescentes con antecedente de ser ofensores sexuales con trastornos disruptivos comórbidos (trastorno oposicionista desafiante o trastorno disocial) manejados en el Hospital Juan N Navarro y un grupo de adolescentes

ofensores sexuales sin diagnóstico de trastorno opositor desafiante o trastorno disocial, manejados en la misma institución.

Objetivos particulares:

1. Determinar el grado de estrés familiar vivido por los adolescentes ofensores sexuales con trastorno negativista desafiante o trastorno disocial comórbido.
2. Determinar el grado de estrés familiar vivido por los adolescentes ofensores sexuales sin trastorno negativista o trastorno disocial
3. Evaluar el funcionamiento psicosocial de los adolescentes agresores sexuales.
4. Detectar la frecuencia de antecedente de haber sufrido abuso sexual en el grupo de adolescentes ofensores sexuales.
5. Comparar el grado de estrés familiar de un grupo de adolescentes con antecedente de ser ofensores sexuales con trastorno negativista desafiante o trastorno disocial comórbido y un grupo de adolescentes ofensores sexuales sin diagnóstico de trastorno negativista desafiante o trastorno disocial comórbido.

Descripción de la muestra.

La muestra se conformará con un grupo de 20 adolescentes con antecedentes de ser ofensores sexuales atendidos en la consulta de Painavas del Hospital Juan N. Navarro.

Diseño del estudio:

Se realizará un estudio clínico, observacional, prospectivo, transversal y descriptivo.

MATERIAL Y METODO:

La investigación será realizada por un residente de 2 año de la especialidad de psiquiatría infantil, quien aplicará a un grupo de 20 adolescentes de la Clínica de PAINAVAS con antecedente de haber perpetrado abuso sexual atendidos en el Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro.

Se aplicará un Instrumento de Vaciamiento de Datos (Entrevista Clínica Estructurada), la Escala del Ambiente Familiar Global (EAFG) de Rey para

detectar antecedentes de estrés familiar y la Escala de Incapacidad Funcional de Columbia, previa autorización escrita del paciente y del padre o tutor del paciente para su participación.

El estudio se realizará en una sola entrevista, donde se aplicarán los instrumentos antes mencionados, en un cubículo de consulta externa de la clínica de adolescentes del Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro.

Descripción de los Instrumentos que se Utilizaran:

1. Entrevista Clínica Estructurada.

Se trata de un instrumento de vaciamiento de datos, que va a facilitar la recolección de datos y el procesamiento de información, en el programa estadístico SPSS, además que va a servir para confirmar el diagnóstico hecho en el Servicio de Urgencias por expertos, poniendo énfasis en los diagnósticos incluidos en el estudio. (Basándose en los criterios del DSM-IV), además de permitir descartar aquellos pacientes que no cumplen con los criterios de inclusión. Además de permitir investigar algunas características individuales, familiares y sociales, que analizaremos a la hora de los resultados (49).

2. Escala de Ambiente Familiar Global (EAFG):

El ambiente familiar al cual están expuestos los niños y adolescentes tienen una considerable influencia sobre el desarrollo de psicopatología, por lo que se han desarrollado diversos instrumentos (Escala de Adversidad ambiental, autoreportes y entrevistas sobre funcionamiento familiar, etc.).

A partir de la necesidad creciente de valorar el ambiente familiar, surge la Escala del Ambiente Familiar Global (EAFG), que busca calificar la calidad global del ambiente familiar, definiendo este como la visión de manera retrospectiva (desde el nacimiento hasta los doce años de edad) sobre las situaciones desfavorables (por Ej.: Separación de los padres, abandono, etc.) a los que el niño o adolescente estuvo expuesto durante un período de tiempo sustancial (al menos un año), la captura de la información es a través de entrevista clínicas a todas las fuentes de información posibles (padres, maestros, terapeutas, el propio sujeto) y se basa en la presencia y duración de eventos como los cambios en la figuras parentales a través del tiempo, los cambios domiciliarios, la pérdida de una figura parental, así como la consistencia en la disciplina y fijación de límites, las expectativas consistentes y razonables, cuidado y afecto apropiados. La forma de calificar es en base a un continuum hipotético entre 1 y 90, siendo, las puntuaciones entre 81 y 90 una descripción de un ambiente familiar estable, seguro y enriquecedor, una crianza consistente,

así como disciplina y expectativas razonables, mientras que las calificaciones de 1 a 10 reflejan un ambiente familiar muy perturbado, que a menudo resulta en que el niño sea custodiado por el estado, institucionalizado, o bien, la evidencia de grave abuso, abandono o deprivación extrema. El entrenamiento en la aplicación de esta escala requiere un mínimo de una hora. Los datos preliminares de Rey y cols. sugieren que las puntuaciones de la EAFG son confiables y tienen validez predictiva. Estudios realizados en diferentes medios culturales establecen puntuaciones de la EAFG confiables y consistentes, y dada la facilidad de su uso, de no requerir un entrenamiento especial, resulta ser un instrumento útil costo-beneficio para clínicos e investigadores (50, 51).

Ha sido aplicada en otras tesis para obtener el Diploma de Especialista en Psiquiatría infantil y de la Adolescencia, como la del Dr. Gregorio Chan Díaz, que se tituló "Ambiente y Funcionamiento familiar en Adolescentes con Depresión".

3. Escala de Incapacidad Funcional de Columbia (CIS):

Consta de trece reactivos y proporciona una medida global de las disfunciones psicosociales durante la última semana. El instrumento comprende 4 áreas: relaciones interpersonales, psicopatología mayor, funcionamiento en la escuela y empleo del tiempo libre. Los reactivos son registrados en una Escala Likert que va de 0 (sin problema) a 4 (mucho problema). La suma puede variar de un mínimo de 0 a un máximo de 52 puntos. El instrumento fue diseñado en dos versiones; la primera puede ser contestada directamente por un niño o adolescente de los 8 a los 17 años; la segunda debe ser contestada por alguno de los padres o un adulto que conozca bien al menor. La CIS ha mostrado elevada consistencia interna, excelente confiabilidad test-retest y buena validez al ser correlacionada con la Children's Global Assessment Scale (CGAS) y con otras medidas indicativas de disfunción. La traducción utilizada para este estudio es la oficial y fue proporcionada por su autor principal (Bird), quien la puso a prueba con hispanos hablantes de la ciudad de Nueva York y de Puerto Rico. Así se determinó que 14 era el punto de corte adecuado para considerar que arriba de él existía disfunción psicosocial (52, 53).

Criterios de inclusión.

Adolescentes entre 12 y 18 años de edad, de uno u otro sexo con antecedentes de haber perpetrado algún tipo de abuso sexual. Los pacientes serán captados en la Clínica de PAINAVAS y la consulta externa de la Clínica de Adolescentes del Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro.

Criterios de exclusión:

Se excluirán aquellos pacientes con diagnóstico de retraso mental, trastornos psicóticos o que no acepten participar voluntariamente.

Análisis estadístico:

Se realizará en el programa estadístico SPSS versión 12, previo vaciamiento de datos de acuerdo a claves de hoja de captación diseñada ex profeso.

Se obtendrán frecuencias para reportar en porcentajes las variables nominales y medidas de tendencia central y dispersión para las variables ordinales.

Para el análisis comparativo de variables numéricas, se utilizará prueba T de student y para el análisis de variables cualitativas prueba Chi cuadrada.

Cronograma:

La recolección de datos será realizada en el período comprendido entre Noviembre del 2005 y Enero del 2006, la segunda quincena de enero del 2006, se realizara el análisis estadístico, reporte de resultados, discusión y conclusiones

Implicaciones éticas:

Dado que se trata de un estudio descriptivo, no implica ningún tipo de riesgo emocional, moral o físico, para el paciente o su familia. Se respetará la confidencialidad y en caso de negarse a participar, se aclarará que esto no cambia la atención recibida.

ANEXO 1.

FOLIO: _____

EXPEDIENTE: _____

CLAVES: SI = 1. NO = 0. SE IGNORA = 9.**MASCULINO = 0. FEMENINO = 1.****NOMBRE:** _____.

1.- Edad: () años.

2.- Sexo: ().

3.- Escolaridad: _____

4.- Religión: _____

5.- Fecha y lugar de nacimiento: _____

6.- Nivel socioeconómico: _____

7.- Residencia: _____

8.- Tipo de Familia: ()

0 = integrada.

1 = desintegrada

2 = reconstituída.

3 = extensa.

4 = otra _____

MADRE:

9.- Edad: () años.

10.- Estado Civil: ()

0 = soltera

1 = casada.

2 = unión libre.

3 = divorciada.

4 = viuda.

5 = separada.

11.- Escolaridad: ()

0 = ninguno.

1 = primaria.

2 = secundaria.

3 = preparatoria.

4 = técnica.

5 = universitaria.

6 = postgrado.

12.- Ocupación: ()

0 = ninguna.

1 = oficios domésticos.

2 = empleada.

3 = profesional.

4 = comerciante.

5 = otra.

13.- Religión: ()

0 = ninguna.

1 = católica.

2 = judía.

3 = cristiana.

4 = Testigo de Jehová.

5 = otra.

PADRE:

14.- Edad: () años.

15.- Estado Civil: ()

0 = soltero

1 = casado.

2 = unión libre.

3 = separado

4 = divorciado.

5 = viudo.

16.- Escolaridad: ()

0 = ninguna.

1 = primaria.

2 = secundaria.

3 = preparatoria.

4 = técnica.

5 = universitaria.

6 = postgrado.

17.- Ocupación: ()

0 = ninguna.

1 = hogar.

- 2 = empleado.
- 3 = profesional.
- 4 = comerciante.
- 5 = otra.

18.- Religión: ()

- 0 = ninguna.
- 1 = católica.
- 2 = judía.
- 3 = cristiana.
- 4 = Testigo de Jehová.
- 5 = Otra.

ANTECEDENTES HEREDO-FAMILIARES:

19.- Abuelos ()

- 0 = ninguno.
- 1 = ansiedad.
- 2 = depresión.
- 3 = somatización.
- 4 = alcoholismo.
- 5 = adicciones.
- 6 = problemas legales.
- 7 = trastornos psicóticos.
- 8 = enfermedades neurológicas.
- 9 = suicidio.
- 10.- historia de abuso sexual.
- 11 = otros _____

20.- Madre ()

- 0 = ninguno.
- 1 = ansiedad.
- 2 = depresión.
- 3 = somatización.
- 4 = alcoholismo.
- 5 = adicciones.
- 6 = problemas legales.
- 7 = trastornos psicóticos.
- 8 = enfermedades neurológicas.
- 9 = suicidio.
- 10.- historia de abuso sexual.
- 11 = otros _____

21.- Padre ()

0 = ninguno.

1 = ansiedad.

2 = depresión.

3 = somatización.

4 = alcoholismo.

5 = adicciones.

6 = problemas legales.

7 = trastornos psicóticos.

8 = enfermedades neurológicas.

9 = suicidio.

10.- historia de abuso sexual.

11 = otros _____

22.- Hermanos ()

0 = ninguno.

1 = ansiedad.

2 = depresión.

3 = somatización.

4 = alcoholismo.

5 = adicciones.

6 = problemas legales.

7 = trastornos psicóticos.

8 = enfermedades neurológicas.

9 = suicidio.

10.- historia de abuso sexual.

11 = otros _____

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS:

0 = no.

1 = si.

23.- Producto de gesta _____.

24.- Embarazo planeado ()

25.- Embarazo aceptado ()

26.- Edad de la madre en el embarazo _____.

27.- Ideación, planeación o intento de aborto () No = 0. Si = 1.

28.- Patología durante el embarazo ()

0 = sin complicaciones.

1 = amenaza de aborto.

2 = sangrados.

- 3 = preclampsia
 4 = amenaza de parto prematuro
 5 = otros _____

29.- Atendido en medio hospitalario () **no = 0.** **Si = 1.**

30.- Vía del parto ()

0 = vaginal.

1 = cesárea.

2 = fórceps.

31.- Producto de ()

0 = pretérmino.

1 = término

2 = postérmino.

32.- Tipo de parto ()

0 = eutócico.

1 = distócico.

De la 33 a la 34 conteste No = 0. Si = 1.

33.- Complicaciones postnatales ()

34.- Incubadora ()

35.- Fototerapia ()

36.- Otras: _____

37.- Peso: _____

38.- Talla: _____

39.- Apgar: _____

40.- Lactancia Materna () **No = 0.** **Si = 1.**

Duración _____.

41.- Ablactación _____ meses.

DESARROLLO PSICOMOTOR:

42.- Sostén Cefálico () meses.

43.- Sonrisa social () meses.

44.- Gateo () meses.

45.- Bipedestación () meses.

46.- Deambulación () meses.

47.- Miedo a los extraños () meses.

48.- Bisílabos () meses.

49.- Habla en forma clara () años

No = 0. Si = 1.

- 50.- Enuresis después de 4 años ()
 51.- Encopresis. Después de los 4 años ()
 52.- Datos sugestivos de retraso psicomotor ()
 53.- Datos sugestivos de inmadurez neurológica ()

VIDA ESCOLAR No = 0. Si = 1.

Guardería:

- 54.- Quejas de Conducta ()
 55.- Problemas del Desarrollo y/o Motor ()
 56.- Problemas de Socialización ()

Primaria:

- 57.- Quejas de Conducta ()
 58.- Problemas de Aprendizaje ()
 59.- Problemas de Socialización ()
 60.- Agresividad física hacia pares ()
 61.- Repetición de Grados ()

Educación media:

- 62.- Quejas de Conducta ()
 63.- Problemas de Aprendizaje ()
 64.- Problemas de Socialización ()
 65.- Agresividad hacia pares ()
 66.- Repetición de Grados ()
 67.- Actualmente se encuentra estudiando ()
 68.- Abandono estudios por su voluntad y trabaja ()
 69.- Abandono estudios por problemas de rendimiento escolar ()
 70.- Abandono estudios por expulsión de motivo conductual ()

EXTRAS. No = 0. Si = 1.

- 71.- Actividades Deportivas ()
 72.- Actividades Culturales ()
 73.- Clases de Apoyo Académico ()
 74.- Educación Especial ()
 75.- Terapia de Lenguaje ()
 76.- Terapia de Motricidad ()
 77.- Psicoterapia ()

VIDA SOCIAL. No = 0. Si = 1.

- 78.- Juego Imitativo ()
 79.- Juego Simbólico ()
 80.- Juego de acuerdo al sexo ()
 81.- Facilidad para relacionarse con otras personas ()
 82.-. Pertenencia a pandillas ()

83.- VIDA LABORAL. () No = 0. Si = 1.

- 84.- Trabajos eventuales ()
 85.- Empleo fijo ()

VIDA SEXUAL No = 0 Si = 1.

- 86.- Presenció escenas eróticas entre los padres ()
 87.- Se bañaba con los padres () Edad: _____
 88.- Masturbación ()
 89.- Fantasías con niños ()
 90.- Antecedente de abuso sexual en familiares ()
 91.- Antecedente de abuso sexual ()

92.- Identidad de Género ()

0 = dudas.

1 = definición heterosexual.

2 = definición homosexual.

93.- Ha recibido educación sexual () Quién

94.- Ha tenido noviazgos () Cuántos: _____

95.- Ha tenido vida sexual activa () Número de
 compañeros: _____

96.- Has besado y/o tocado en sus partes íntimas a alguien menor que tú.
 ()

97.- Has obligado o convencido a alguien menor que tú a que te toque o
 bese ()

98.- Edad a la que se cometió la conducta ofensora sexual ()

1= menos de 10 años.

2= entre 10 y 12 años

3= entre 12 y 14 años

4= entre 14 y 16 años

5= entre 16 y 18 años.

99.- Tuvo alguna implicación legal debido a la conducta ofensiva ()

100.- Fue bajo los efectos de sustancias alcohol o drogas ()

101.- Tipo de sustancias ()

0 = ninguna

1 = alcohol.

2 = marihuana.

3 = cocaína.

4 = crack.

5 = inhalantes.

6 = otra

7 = varias drogas.

102.- Sexo de la persona a la que agredió sexualmente ()

0= masculino

1= femenina.

2= ambos sexos

103.- Número de personas a las que ha agredido sexualmente ()

0 = ninguno

1 = 1 menor.

2 = más de 1 sujeto.

104.- Edad de las víctimas ()

0= Menor o igual a 8 años

1= De 9 a 12 años

2= De 13 a 18 años

3= Mayor que el ofensor

105.- Medio de agresión o violencia que se utilizó ()

0= sin violencia

1 = por medio de coerción verbal.

2 = con amenaza de violencia física.

3 = con violencia física

4= amenaza y uso de arma

5 = persuasión por dinero o regalos

6= persuasión por amistad o cariños

106.- Parentesco del menor al que ofendió sexualmente ()

0 = ninguno

1 = hermano del mismo sexo.

2 = hermano de sexo contrario.

3 = primo del mismo sexo.

- 4 = primo del sexo contrario.
- 5 = sobrino del mismo sexo
- 6 = sobrino del sexo contrario
- 7 = vecino.
- 8 = conocido.
- 9 = desconocido.

107.- Lugar donde se cometió la ofensa ()

- 1 = domicilio
- 2 = domicilio de la víctima.
- 3 = sitio público.
- 4 = otro _____

108.- Tiempo (número de veces) que se dio la ofensa ()

- 0 = ninguna
- 1 = una vez.
- 2 = de 2 a 10 veces.
- 3 = más de 10 veces.

109.- Tipo de ofensa sexual ()

- 0 = ninguna
- 1 = caricias.
- 2 = juegos.
- 3 = felación
- 4 = penetración con consentimiento.
- 5 = violación vaginal
- 6 = violación anal.
- 7 = otro tipo

110.- Otras parafilias ()

- 0 = ninguna
- 1 = robo de ropa íntima.
- 2 = fetichismo.
- 3 = actividad sexual con animales.
- 4 = vouyerismo.
- 5 = exhibicionismo.
- 6 = froteurismo
- 7 = pornografía.

111.- La ofensa sexual fue ()

- 0 = solo.
- 1 = grupo.

- 112.- Actitud posterior a la ofensa sexual ()
 0= minimización del acto.
 1= negación del acto.
 2= empatía hacia la víctima
 3= culpa
 4 = confesión voluntaria
 5 = confesión bajo presión.

ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES

No = 0.

Si = 1.

- 113.- Diagnostico Psiquiátrico Conocido () Cuál: _____
 114.- Enfermedades exantemáticas en la infancia ()
 115.- Alergias ()
 116.- Traumatismos ()
 117.- Fracturas ()
 118.- Trauma Craneoencefálicos ()
 119.- Convulsiones ()
 120.- Hospitalizaciones ()
 121.- Cirugías ()
 122.- Enfermedad Crónica () Cuales _____
 123.- Alcoholismo ()
 124.- Tabaquismo ()
 125.- Adicciones ()
 126.- Quejas de dolores frecuentes ()
 127.- Infecciones frecuentes ()
 128.- Toma algún medicamento () Cual _____
 129.- Otras _____

EVENTOS ESTRESANTES.

No = 0.

Si = 1.

- 130.- Separación de los padres ()
 131.- Peleas frecuentes de los padres ()
 132.- Peleas de los padres llegando a la violencia física ()
 133.- Muerte de un padre ()
 134.- Muerte de familiares de primer grado () Quien _____
 135.- Migración familiar ()
 136.- Negligencia ()
 137.- Maltrato físico ()
 138.- Maltrato sexual ()
 139.- Maltrato psicológico ()
 140.- Abuso de alcohol por alguno de los padres ()
 141.- Abuso de sustancias en los padres ()

- 142.- Abandono del padre ()
 143.- Abandono de la madre ()
 144.- Hospitalizaciones ()
 145.- Migración de ciudad ()
 146.- Expulsión escolar ()
 147.- Suicidio en familiares ()
 148.- Estancia (cárcel, Instituciones, anexos, Hosp.) ()
 149.- Robos ()
 150.- Secretos familiares () Cuales _____
 151.- Otros _____

CRITERIOS DEL TRASTORNO NEGATIVISTA DESAFIANTE.

(DSM-IV) No = 0. Si = 1.

- 152.- Comportamiento negativista, hostil y desafiante por lo menos por 5 meses ()
 153.- A menudo se encoliza e incurre en pataletas ()
 154.- A menudo discute con adultos ()
 155.- A menudo desafía activamente a los adultos o rehúsa cumplir sus demandas ()
 156.- A menudo molesta deliberadamente a otras personas ()
 157.- A menudo acusa a otros de sus errores o mal comportamiento ()
 158.- A menudo es susceptible o fácilmente molestado por otros ()
 159.- A menudo es colérico y resentido ()
 160.- A menudo es rencoroso o vengativo ()
 161.- Provoca deterioro clínicamente significativo en la actividad social, académica o laboral ()

Puntaje total ()

CRITERIOS DEL TRASTORNO DISOCIAL. (DSM-IV)

No = 0. Si = 1.

- 162.- Agresión a personas y animales ()
 163.- A menudo fanfarronea, amenaza o intimida a otros ()
 164.- A menudo inicia peleas físicas ()
 165.- Ha utilizado un arma que puede causar daño físico grave a otras personas ()
 166.- Ha manifestado crueldad física con personas ()
 167.- Ha manifestado crueldad física con animales ()
 168.- Ha robado enfrentándose a la víctima. ()
 169.- Ha forzado a alguien a una actividad sexual ()

- 170.- Destrucción de la propiedad ()
- 171.- Ha provocado deliberadamente incendios con la intención de causar daños graves ()
- 172.- Ha destruído deliberadamente propiedades de otras personas ()
- 173.- Fraudulencia o robo ()
- 174.- Ha violentado el hogar, la casa o el automóvil de otra persona ()
- 175.- A menudo miente para obtener bienes o favores para evitar obligaciones ()
- 176.- Ha robado objetos de cierto valor sin enfrentamiento con la víctima ()
- 177.- Violaciones graves de normas ()
- 178.- A menudo permanece fuera de casa de noche a pesar de las prohibiciones paternas, iniciando antes de los 13 años ()
- 179.- Se ha escapado de casa durante la noche por lo menos 2 veces, viviendo en la casa de los padre o hogares sustitutos ()
- 180.- Se ha escapado de la escuela, iniciando esto antes de los 13 años ()
- 181.- Provoca deterioro clínicamente significativo en la actividad social, académica o laboral ()

Puntaje Total ()

ANEXO 2.**ESCALA DEL AMBIENTE FAMILIAR GLOBAL (EAFG)**

No = 0. Si = 1.

81 – 90 Ambiente familiar adecuado. ()

Crianza consistente ()

Afecto Suficiente ()

Disciplina consistente ()

Expectativas razonables ()

71 – 80 Ambiente familiar ligeramente insatisfactorio ()

Conflictos e inconsistencias en la disciplina o expectativas ()

Padre ausente o no disponible por enfermedad o por trabajo ()

Cambio de residencia y escuela ()

51 – 70 Ambiente moderadamente insatisfactorio. ()

Moderados conflictos parentales (separación o divorcio). ()

Conflictos moderados o actitud inadecuada en disciplina y expectativas ()

Supervisión y crianza de los padres moderadamente insatisfactoria ()

Frecuentes cambios de residencia y escuela ()

31 – 50 Ambiente familiar malo. ()

Conflictos parentales continuos ()

Separación hostil con problemas de custodia de los niños ()

Exposición a más de un padre punitivo ()

Sustancial inconsistencia parental o crianza inadecuada ()

Algún abuso o abandono ()

Escasa supervisión ()

Cambios muy frecuentes de residencia o escuela ()

11 – 30 Ambiente familiar muy malo. ()

Varias figuras parentales de corta duración ()

Graves conflictos parentales ()

Crianza inconsistente o inapropiada ()

Evidencia de abusos importantes (disciplina cruel o abandono) ()

Grave ausencia de supervisión parental ()

- 1 – 10 Ambiente familiar extremadamente malo. ()
- Ambiente familiar muy perturbado ()
- Niño custodiado por el estado, institucionalizado ()
- Evidencia de grave abuso o abandono ()
- Deprivación extrema ()

0 No hay suficiente información para puntuar la escala.

Puntaje en el que se ubico al paciente ()

- 1= Ambiente familiar adecuado
- 2= Ambiente moderadamente insatisfactorio.
- 3= Ambiente familiar malo.
- 4= Ambiente familiar muy malo.
- 5= Ambiente familiar extremadamente malo.
- 6= No hay suficiente información para puntuar la escala.

ANEXO 3
ESCALA DE INCAPACIDAD FUNCIONAL DE COLUMBIA.

Encierre en un círculo el grado de problema que tienes.

En general, ¿hasta qué punto tienes problemas.....

1.- por estar haciendo lo que no debes? 0 1 2 3 4 8 9

2.- Para llevarte bien con tu (madre / figura materna)? 0 1 2 3 4 8 9

3.- Para llevarte bien con tu (padre / figura paterna)? 0 1 2 3 4 8 9

En general ¿hasta qué punto es un problema para ti.....

4.- El sentirte infeliz o triste? 0 1 2 3 4 8 9

En general, ¿hasta qué punto tienes problemas con.....

5.- Tu conducta en la escuela (o en el trabajo)? 0 1 2 3 4 8 9

6.- Divertirte? 0 1 2 3 4 8 9

7.- Llevarte bien con otros adultos que no sean tus padres? 0 1 2 3 4 8 9

En general, ¿hasta qué punto es un problema para ti.....

8.- Sentirte nervioso/a o asustado/a? 0 1 2 3 4 8 9

En general, ¿hasta qué punto tienes problemas.....

9.- Para llevarte bien con tu(s) hermano/a(s)? 0 1 2 3 4 8 9

10.- Para llevarte bien con otros niños/as de tu edad? 0 1 2 3 4 8 9

11.- Para participar en actividades como deportes o pasatiempos? 0 1 2 3 4 8 9

12.- Con tus tareas escolares (tu trabajo)? 0 1 2 3 4 8 9

13.- con tu conducta en la casa? 0 1 2 3 4 8 9

Claves de Respuestas.

- 0.....No hay ningún problema.
- 1.....Muy poco.
- 2.....Poco.
- 3.....Regular.
- 4.....El problema es muy serio.
- 8.....No aplicable.
- 9.....No sé.

Puntaje total ()

Nombre del niño.....

Edad.....

Fecha.....

ANEXO 4.**Consentimiento bajo información para participar en un estudio de investigación clínica.**

Fecha _____

Se le esta invitando a participar voluntariamente en un estudio de investigación para conocer el grado de estrés familiar, la capacidad funcional, y algunos características psicosociales de _____.

Para esta investigación, solicitamos a ustedes su autorización y colaboración para responder una entrevista clínica y algunos cuestionarios.

No hay compensación financiera o reembolso por su participación en este estudio de investigación y su participación es voluntaria, por lo que puede elegir no participar, en el entendido de que aun cuando se niegue a hacerlo esto no afectará la atención que su hijo recibe en este Hospital.

Su información médica será tratada con carácter de confidencialidad por el médico encargado del estudio y su equipo de trabajo y no estará públicamente disponible a menos que sea requerido por la ley.

Al firmar este consentimiento, usted autoriza la revisión de los registros, el archivo de la información y la transferencia de los datos arriba descritos.

Usted tiene derecho de realizar cualquier pregunta respecto al estudio en cualquier momento y en caso de encontrar algún trastorno psiquiátrico será notificado a los médicos tratantes, para su respectivo manejo.

 Nombre del paciente

 Firma del paciente

 Nombre del padre o tutor

 Firma del padre o tutor

RESULTADOS:

De los 34 adolescentes ofensores sexuales entrevistados, todos eran del sexo masculino, La edad media era de 14.8 ± 1.8 años. Con respecto a su lugar de residencia 31 (91.2%) eran residentes del DF., mientras que el resto provenían de otros estados de la República. En cuanto a su marco religioso 28 (82.4%) practicaba la religión católica.

En cuanto a la escolaridad 21 (61.8%) tenían estudios aprobados a nivel de la secundaria, 7 (20.6%) estudios de primaria incompleta y 6 (17.6%) tenían estudios hasta la preparatoria.

En cuanto a su estructura familiar 16 (47.1%) provenían de familias integradas, que coincide con el porcentaje de padres de familia que vivían casados que era 18 (52.9%).

Las familias desintegradas, reconstituídas y extensas obtuvieron igual 6 (17.6%).

Con respecto al nivel de estudios de los padres de familia 10 (29.4%) tenían aprobado hasta la primaria, 7 (20.6%) tenía aprobado hasta nivel de secundaria, 10 (29.4%) tenía estudios a nivel de preparatoria y carrera técnica, el nivel de estudios universitarios se dio en 3 (8.8%) de los padres de familia que es el mismo porcentaje de los padres que no tenía ningún tipo de estudio. El nivel de estudios de la madre sigue la misma distribución que el de los padres. La ocupación más frecuente de los padres de familia era ser empleados 26 (76.5%) mientras que de las madres era 25 (73.5%) se dedicaban al hogar.

A nivel de los antecedentes familiares, a nivel de los abuelos se encontró 10 (29.4%) tenían problemas con abuso de alcohol; a nivel de hermanos el antecedente más frecuente era el de haber sufrido de abuso sexual 12 (35.3%), que en la mayoría era perpetuado por los propios adolescentes motivo de este estudio.

De los padres 14 (41.2%) tenían abuso de alcohol, mientras que de las drogas 4 (11.8%), en las madres no se detectó ningún tipo de adicción; tanto los padres como las madres, 3 (8.8%) tenían algún tipo de enfermedad física que coincide con el porcentaje para las enfermedades neurológicas a nivel de los padres.

De los padres 12 (35.3%) presentaba algún padecimiento psiquiátrico, que contrasta con la frecuencia de patología de las madres que es casi el doble 26 (76.5%).

Las madres reportaron haber sufrido algún tipo de abuso sexual en 16 casos (47.1%), el porcentaje de padres que habían sufrido abuso sexual era 3 (8.8%), mientras que 2 (5.9%) habían presentado conductas ofensoras sexuales.

De los adolescentes con conductas ofensoras sexuales 14 (41.2%) eran primogénitos, a nivel de la planificación del embarazo 21 (61.8%) era

producto de embarazos no planeados pero solo 7 (20,6%) eran no deseados, el número de madres que intentó o planeó abortar era 3 (8.8%).

La edad media de la madre a la hora del embarazo era de 23.7 ± 6.1 .

De las madres 17 (50%) no reportaba ninguna patología durante el embarazo, la patología más frecuentemente reportada fue la Preclampsia 5 (14.7%).

De los partos 17 (50%) fueron reportados como distócicos, que coincide con el porcentaje de complicaciones postnatales reportadas en 17 (50%).

Reportaron atraso del desarrollo psicomotor 3 (8.8%) mientras que son detectados datos de inmadurez neurológica en 28 (82.4%).

Con respecto al control de esfínteres 11 (32.4%) reporta enuresis mientras que 3 (8.8%) reporta problemas de Encopresis en algún momento de su vida.

Con respecto a su funcionamiento escolar, se reportan quejas de conducta a nivel preescolar en 16 (47.1%) mientras que a nivel de primaria en 21 (61.8%) de los adolescentes estudiados; las quejas de socialización en preescolar en los adolescentes agresores sexuales se dio en 15 (44.1%) mientras que en primaria fue en 20 (58.8%).

Se reporta problemas de aprendizaje en 13 (38.2%) de la muestra, mientras que la agresividad es reportada en 17 (50%) de los casos, se reporta la repetición de grados en 14 (41.2%).

De los adolescentes estudiados 9 (26.5%) abandonaron los estudios, por los problemas antes mencionados, mientras que se reporta que 14 (41.2%) de los adolescentes trabaja.

Es reportada dificultad para relacionarse en 14 (41.2%) de la muestra estudiada.

Con respecto al desarrollo sexual se reporta que presenciaron escenas eróticas en 7 (20.6%); bañarse con los padres en 25 (73.5%); masturbación en 32 (94.1%) de la muestra sin embargo se negó las fantasías sexuales con niños.

Se refirió algún tipo de abuso sexual en 17 (50%) de los familiares, mientras que los adolescentes que reportaron algún tipo de abuso sexual fueron 16 (47.1%) de la muestra.

Los adolescentes que se definieron como heterosexuales fueron 32 (94.1%), 31 (91.2%) había recibido algún tipo de educación sexual antes de la ofensa sexual.

De los adolescentes 23 (67.6%) reportó algún tipo de noviazgo, mientras que solo 7 (20.6%) refirió inicio de vida sexual activa.

La edad media a la que se cometió la ofensa sexual fue de $12,76 \pm 1,77$ años.

Solo 10 (29.4%) de los agresores sexuales reportó algún tipo de implicación legal tras la ofensa, y solo 1 (2.9%) de los adolescentes cometió la ofensa bajo los efectos de las sustancias.

El sexo de las víctimas fue principalmente el femenino con 21 (61.8%), 32 (94.1%) de los ofensores solo había abusado una víctima.

El parentesco de las víctimas con el ofensor sexual más reportado fue hermano del sexo contrario 10 (29.4%), primo del mismo sexo 6 (17.6%), primo sexo contrario 5 (14.7%), hermano del mismo sexo 3 (8.8%), al igual que sobrino del sexo contrario; solo 6 (17.6%) se reporta en no familiares.

La edad más frecuente de las víctimas es menor o igual a 8 años con 27 (79.4%), de 9 a 12 años fueron de 4 (11.8%), solo 2 (5.9%) de las víctimas eran mayores que el ofensor.

El lugar más frecuente donde se cometió la ofensa sexual fue en el domicilio del ofensor con 26 (76.5%) de los casos.

El número de veces que se cometió la ofensa en una sola oportunidad fue de 17 (50%), mientras que de 2 a 10 veces fue de 15 (44.1%).

Los tipos de ofensa sexual más comunes fueron las caricias en 21 (61.8%), la felación en 7 (20.6%), la penetración con consentimiento en 3 (8.8%) de los casos, violación vaginal, violación anal y juegos sexuales se dio en un solo caso (2.9%).

Los medios de agresión más reportados fueron en orden por medio del convencimiento por seducción en 24 (70.6%), violencia física 5 (14.7%) y la coerción verbal en 3 (8.8%) de los abusos, amenaza de violencia física en un caso (2.9%) al igual que el convencimiento por medio de regalos o dinero.

Se reporta la presencia de parafilias en 7 (20.6%) principalmente robo de ropa íntima.

La actitud más frecuentemente reportada posterior a la ofensa sexual fue la culpa en 14 (41.2%), la negación en 13 (38.2%) y la minimización en 7 (20.6%) de los casos.

Como antecedentes personales de importancia se reportó diagnóstico psiquiátrico en 16 (47.1%), trauma craneoencefálico en 10 (29.4%), enfermedad neurológica en 5 (14.7%), enfermedad física en 1 (2.9%), alcohol en 12 (35.3%), y drogas en 8 (14.7%).

Con respecto a los eventos estresantes que habían sufrido los adolescentes con conductas ofensoras sexuales se reportan separación de los padres en 21 (61.8%), violencia intrafamiliar en 17 (50%), abandono del padre en 16 (47.1%), abandono de la madre en 4 (11.8%), abuso de alcohol por el padre en 16 (47.1%), abuso de drogas en el padre en 5 (14.7%).

Varios de los adolescentes habían sufrido algún tipo de maltrato a nivel intrafamiliar, el más común fue el psicológico en 18 (52.9%), a seguir del físico en 14 (41.2%), negligencia en 13 (38.2%) y maltrato sexual en 7 (20.6%) de los casos.

De los adolescentes ofensores sexuales 7 (20.6%) habían estado institucionalizados ya sea internados en albergues, sitios de desintoxicación, hospitales psiquiátricos o en el tutelar de menores.

Se detectó la presencia de secretos familiares en 22 casos (64.7%), el más frecuente fue la historia de abuso sexual sufrido por los padres 17 (50%), que eran hijos adoptados 2 (5.9%), suicidios familiares en 1 (2.9%), asesinatos en familiares 2 (5.9%).

Con respecto a la presencia de trastornos de conducta, se reporta según los criterios del DSM-4 con Trastorno Negativista Desafiante 20 (58.8%) y de Trastorno Disocial 15 (44.1%) (Algunos adolescentes cumplían ambos diagnósticos).

Con respecto a la Escala de Ambiente Familiar Global de Rey; ninguno de los adolescentes se ubicó en ambiente familiar adecuado, el ambiente familiar ligeramente disfuncional en 9 (26.5%) se encontró un ambiente moderadamente insatisfactorio en 5 (14.7%), el ambiente familiar malo se describió en 9 casos (26.5%), ambiente familiar muy malo 6 (17.6%), y ambiente familiar extremadamente malo en 5 (14.7%). Por lo que en total un 68.8% corresponden al espectro de familia con ambiente inadecuado como medio ambiente estresante.

Con respecto a la Escala de Funcionamiento Psicosocial, se obtuvo una puntuación media de $15,38 \pm 7,11$, tomando como punto de corte para definir una disfunción en el funcionamiento psicosocial a partir de 14.

Al realizar un análisis comparativo entre el tipo de ambiente familiar y la presencia de trastornos externalizados asociados con la conducta ofensora se encontró lo siguiente:

En cuanto al Trastorno Negativista Desafiante se encontró presente en 3 sujetos provenientes de ambientes familiares funcionales y 17 sujetos provenientes de ambientes familiares disfuncionales con una asociación estadísticamente significativa ($p=0.0001$).

En cuanto al Trastorno Disocial se encontró presente en 2 sujetos provenientes de ambientes familiares funcionales y 13 sujetos provenientes de ambientes familiares disfuncionales con una asociación estadísticamente significativa ($p=0,003$).

En cuanto al Abuso de Alcohol en el padre se encontró presente en 3 sujetos provenientes de ambientes familiares funcionales y 13 sujetos provenientes de ambientes familiares disfuncionales con una asociación de estadísticamente significativa ($p=0.017$).

En cuanto al Trastorno Negativista Desafiante se encontró en 7 sujetos sin historia de Maltrato Físico y 13 sujetos con historia de Maltrato Físico con una asociación estadísticamente significativa ($p=0.001$).

En cuanto al Trastorno Disocial se encontró en 5 sujetos sin historia de Maltrato Físico y 10 sujetos con historia de Maltrato Físico con una asociación estadísticamente significativa ($p=0.007$).

En cuanto al Trastorno Negativista Desafiante se encontró en 5 sujetos sin historia de Maltrato Psicológico y 15 sujetos con historia de maltrato psicológico con una asociación estadísticamente significativa ($p=0.002$).

En cuanto al Trastorno Disocial se encontró en 3 sujetos sin historia de Maltrato Psicológico y 12 sujetos con historia de maltrato psicológico con una asociación estadísticamente significativa ($p=0.005$).

En cuanto al Trastorno Negativista Desafiante se encontró en 7 sujetos sin historia de Negligencia y en 13 sujetos con historia de Negligencia con una asociación estadísticamente significativa ($p=0.0001$).

En cuanto al Trastorno Disocial se encontró en 5 sujetos sin historia de Negligencia y en 10 sujetos con historia de Negligencia con una asociación estadísticamente significativa ($p=0.002$).

DISCUSION

En el presente trabajo se encontró que el 100% de la muestra eran del sexo masculino, ya que como está descrito en la literatura la mayoría de adolescentes con conductas ofensoras sexuales son hombres (18, 27, 48).

Con respecto a los antecedentes prenatales, del embarazo y perinatales se obtuvo que del total de los ofensores sexuales valorados, casi el 50% tuvo alguna patología en el embarazo, el 50% fueron distócicos, 40% fueron primogénitos y 50% tuvo complicaciones postnatales, el 80% tuvieron datos clínicos en la historia de desarrollo psicomotor sugestivos de inmadurez neurológica y el 10% de franco retraso psicomotor. Esta descrito que los chicos que no cuentan con un desarrollo psicomotor adecuado, pueden presentar poca tolerancia a la frustración, impulsividad, problemas del comportamiento y psicosociales, bajo promedio de habilidades, bajo rendimiento académico y deserción escolar. Las fallas en la planeación y la pobre tolerancia a la frustración con necesidad de gratificación inmediata podrían vincularse con el desarrollo de conductas sociales inadecuadas, como sería la agresión y abuso a terceros (18, 19, 20, 27, 48).

Se mencionan problemas en el control de esfínteres en casi el 40% de los adolescentes que podría ser asociado a la inmadurez neurofuncional previamente mencionada o bien como secuelas del abuso sexual o de la disfunción familiar.

Se reportan quejas de conducta y de socialización en aproximadamente la mitad de los pacientes, así como problemas de aprendizaje y conductas agresivas. Casi una cuarta parte abandonó sus estudios. Estos datos también orientan a problemática en el desarrollo psicomotor, probablemente debida a la inmadurez neurofuncional detectada y/o a la ausencia de límites.

Llama la atención que la mitad proviene de ambientes familiares desintegrados, reconstituídos y extensas donde existen altos niveles de separación de los padres (61,8%), violencia intrafamiliar (50%), abandono de la figura paterna en casi la mitad de los casos que coincide con la literatura de que los ofensores sexuales provienen de ambientes familiares disfuncionales. (1, 6, 22, 24).

En la muestra que se estudió se detectó que casi el 50% de las madres habían sufrido algún tipo de abuso sexual, 10% de los padres sufrieron algún tipo de abuso, además que el 5% de los padres habían presentado conductas ofensoras sexuales y en los hermanos casi el 35% había sufrido abuso sexual, algunos por los mismos adolescentes, lo que sugiere un pobre manejo de límites en la normatividad de la sexualidad, e incluso un ambiente permisivo para conductas incestuosas. (27, 29, 30, 32, 33).

Se reporta un patrón de secreto familiar en más de la mitad de los casos (64.7%) principalmente acerca del abuso sexual que habían sufrido sus padres (50%), hay autores que han planteado que en las familias de los adolescentes ofensores sexuales existe un patrón familiar multigeneracional de secreto y engaño (27,32, 33, 34, 35), además como describió Salter niños abusados sexualmente viven con intensos sentimientos de secreto y aislamiento, además Pincus y Dare sugirieron que los niños exhiben un conocimiento inconsciente de los secretos en su propio comportamiento (acting out); es un estilo de la familia para interrelacionarse.

Con respecto a las características del ofensor sexual, la edad media a la que se cometió la ofensa fue a los 12 años, lo que coincide con la literatura (25), que menciona que en ésta etapa de la vida hay un menor control de impulsos y un despertar del interés sexual (6,22).

Casi el 50% de los adolescentes estudiados también habían sufrido algún tipo de abuso sexual, pero en la literatura se describe que el 40% de los adolescentes ofensores sexuales han sufrido algún tipo de abuso sexual (25, 35).

Como explica Selma Freiberg (1975) que concede gran importancia a los mecanismos defensivos que emplean los padres para combatir las dificultades pasadas, y señala que la denegación del afecto asociada con el trauma y la identificación de la víctima con el agresor, son las dos modalidades defensivas más utilizadas por los padres que maltratan a sus hijos, y que son incapaces de resistir, de oponerse a la necesidad de infringir su propio dolor y las trasgresiones de su infancia sobre su propio hijo.(54)

También existía historia de negligencia, maltrato físico y psicológico en casi la mitad de los adolescentes. El abuso sexual puede ser considerado como una forma de agresión hacia terceros, lo que explicaría la relación entre maltrato infantil y perpetuación posterior de abuso sexual (18, 27, 48).

El 95% de los chicos perpetraron el abuso sin haber consumido algún tipo de sustancia, casi el 60% de las víctimas eran mujeres y el 95% eran familiares del ofensor sexual, casi el 80% de las víctimas eran menores de 8 años, casi la tercera parte de las agresiones sucedieron en el domicilio del ofensor, casi la mitad de los ofensores solo había agredido en una sola

oportunidad, los tres tipos de ofensa sexual más comunes fueron las caricias y la felación, mientras que la penetración fue menos frecuente.

El método para el acercamiento fue la seducción en casi $\frac{3}{4}$ partes de los casos, mientras que la violencia física y la coerción verbal constituyeron $\frac{1}{4}$ parte de los métodos empleados.

Menos de la mitad de la muestra refirió sentir culpa, lo que correspondería a la elevada frecuencia de trastorno disocial en esta población, donde uno de los elementos presentes para la expresión de conductas sociopáticas (11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 25, 35).

Solo una tercera parte de los adolescentes ofensores sexuales tuvo una implicación legal, esto se puede explicar por el patrón de secreto familiar y la minimización del evento que sirve como mecanismo para mantener la negación dado que la mayoría de los abusos eran intrafamiliares.

Con respecto a la presencia de trastornos de conducta, casi $\frac{2}{3}$ partes de los chicos cursaron con Trastorno Negativista Desafiante y casi un 50% de Trastorno Disocial.

Según la Escala del Ambiente Familiar Global de Rey, más del 50% provenían de un ambiente familiar disfuncional y se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el Trastorno Negativista Desafiante y el Trastorno Disocial con dicha disfuncionalidad, lo que concuerda con lo reportado en la literatura internacional, como menciona Blaske que los ofensores no sexuales (trastornos de conducta) tienen mayor disfunción familiar que los ofensores sexuales (31), además varios autores han descrito una liga entre desintegración familiar y conducta delictiva (2). Se encontró asociación entre el Trastorno Negativista Desafiante y el Trastorno Disocial con antecedentes de maltrato en cualquiera de sus variedades.

Estos hallazgos coinciden con los resultados del estudio de los estresores de origen familiar, comprendidos en la Escala del Ambiente Familiar Global de Rey, dentro de tales estresores destacan los antecedentes de maltrato psicológico, físico, sexual y negligencia a que fueron sujetos los adolescentes estudiados.

Existe una asociación estadísticamente significativa entre el Abuso de Alcohol por los padres y el ambiente familiar disfuncional. Está ampliamente descrito el papel del abuso de alcohol en la fragmentación y violencia intrafamiliar.

CONCLUSIONES

La muestra de adolescentes ofensores sexuales estudiados presentó una elevada prevalencia de Trastorno Negativista Desafiante y Trastorno Disocial.

Se encontró que los adolescentes ofensores con comorbilidad con Trastornos de Conducta provenían de ambientes familiares más disfuncionales.

El ambiente familiar disfuncional tuvo una relación directa con el consumo de alcohol por parte de los padres de los adolescentes estudiados.

Por lo que respecta a posibles factores biológicos de riesgo para desarrollar comportamiento disruptivo en esta muestra se observó la gran frecuencia de antecedentes perinatales y postnatales, con datos sugestivos de inmadurez en el desarrollo psicomotor acompañados de problemas de impulsividad, conducta y bajo rendimiento académico desde la infancia.

Se detectó que en la mitad de los casos existía antecedente de abuso sexual en alguno de los padres, lo que sustenta un contagio transgeneracional de la violencia.

La existencia de un patrón familiar de secretos se encontró en casi tres cuartas partes de los casos.

Las víctimas del abuso fueron en su mayoría familiares cercanos y el sitio de perpetuación del abuso fue con mayor frecuencia en el domicilio del ofensor.

Los hallazgos del presente estudio coinciden con los reportes de la literatura internacional.

CARACTERISTICAS DE LOS OFENSORES

Variables	Numero Total de casos 34	Porcentajes %
Primogénitos	14	41.2
Complicaciones prenatales	17	50
Parto distócico	17	50
Complicaciones postnatales	17	50
Enuresis	11	32.4
Encopresis	3	8.8
Retraso psicomotor	3	8.8
Datos sugestivos de inmadurez neurofuncional	28	82.4
Problemas de conducta en preescolar	16	47.1
Problemas de socialización en preescolar	15	44.1
Problemas de conducta en etapa escolar	21	61.8
Problemas de socialización en etapa escolar	20	58.8
Agresividad a terceros en etapa escolar	17	50
Bajo rendimiento escolar	13	38.2
Abandono escolar	9	26.5
Trabajan	14	41.2
Antecedentes de años reprobados	14	41.2

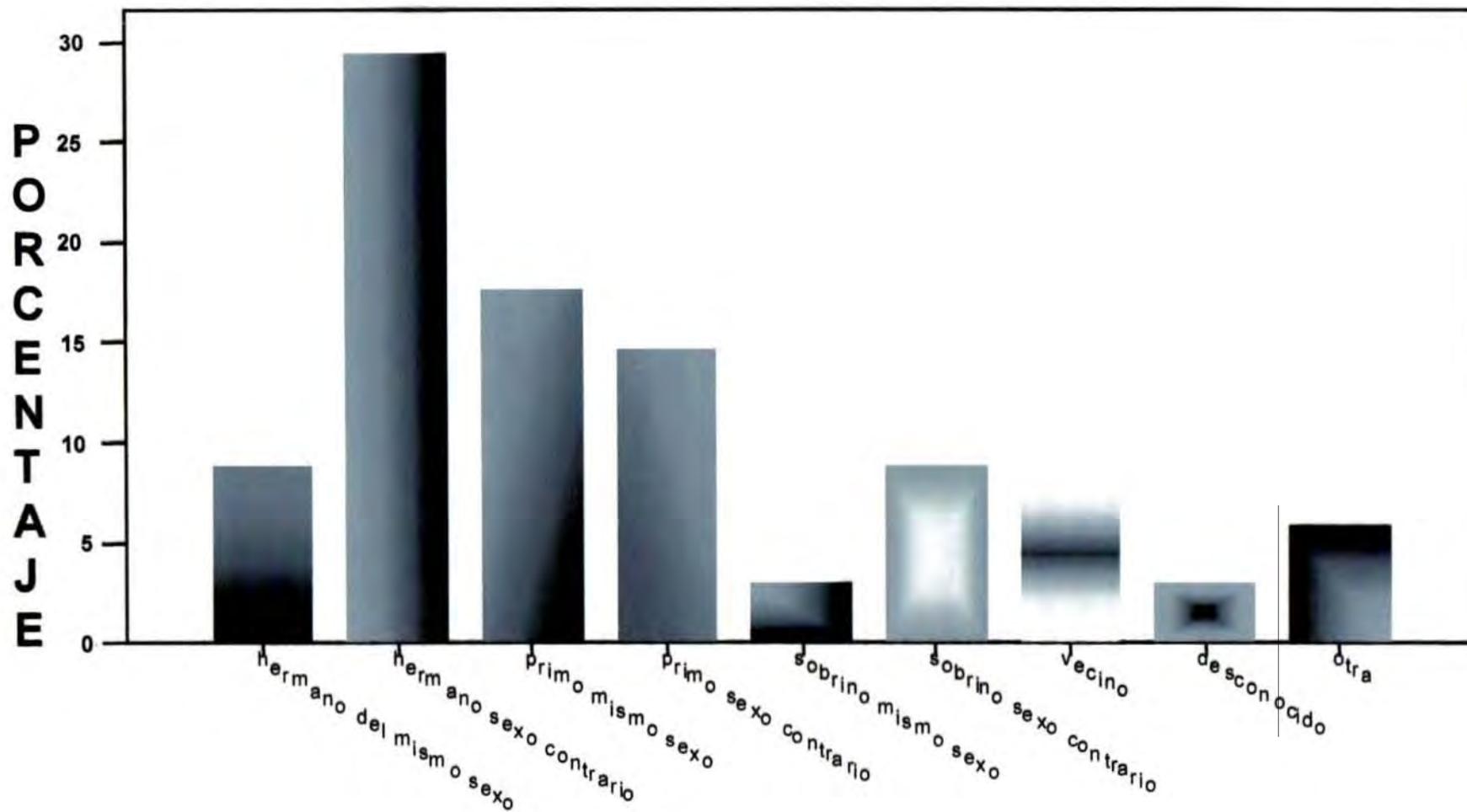
**CARACTERÍSTICAS DEL AMBIENTE FAMILIAR DE LOS ADOLESCENTES
OFENSORES**

Características Familiares	Número de casos	Porcentajes
PADRE ABUSO OH	14	41.2%
PADRES OFENSORES SEXUALES	2	5.9%
PADRES CON ADICCIONES	4	11.8%
PADRE VICTIMAS DE ABUSO	3	8.8%
MADRES VICTIMAS DE ABUSO	16	47.1%
PADRES CON ENFERMEDAD PSIQUIATRICA	12	35.3%
MADRES CON ENFERMEDAD PSIQUIATRICA	26	76.5%
HERMANOS VICTIMAS DE ABUSO SEXUAL	12	35.3%
FAMILIA DISFUNCIONAL	20	68.8%
FAMILIAS DESINTEGRADAS	18	52.9%
SECRETOS FAMILIARES	22	64.7%

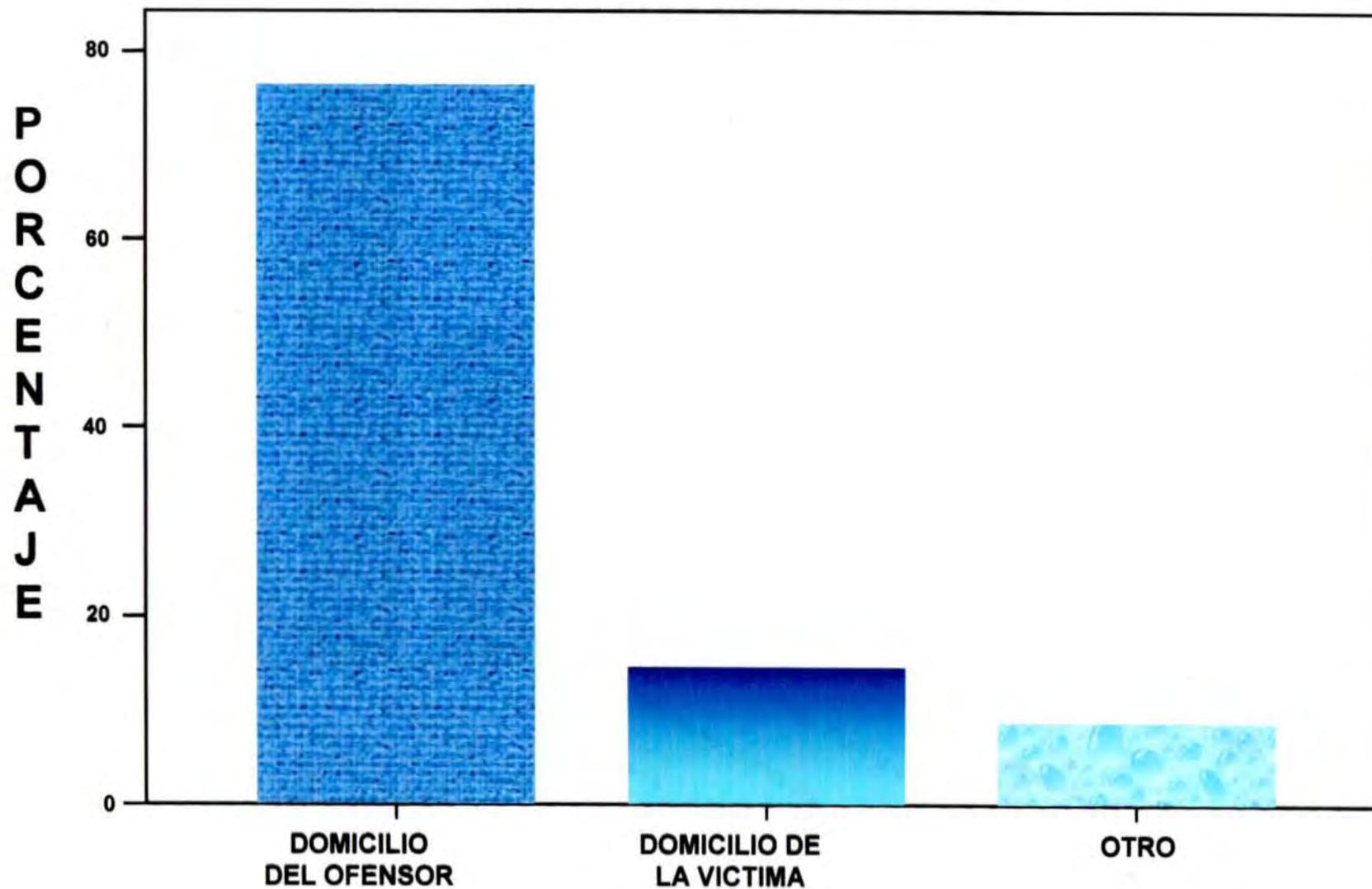
**DISFUNCION FAMILIAR, MALTRATO Y SU RELACION CON
TRASTORNOS EXTERNALIZADOS**

	Trastorno Negativista Desafiante 20 casos	Significancia (valor de P)	Trastorno Disocial 15 casos	Significancia (valor de P)
Con Disfunción Familiar.	17	0.0001	13	0.003
Sin Disfunción Familiar	3		2	
Con Negligencia	13	0.001	10	0.003
Sin Negligencia	7		5	
Con Maltrato Físico	13	0.001	10	0.007
Sin Maltrato Físico	7		5	
Con Maltrato Psicológico	15	0.002	12	0.005
Sin Maltrato Psicológico	5		3	

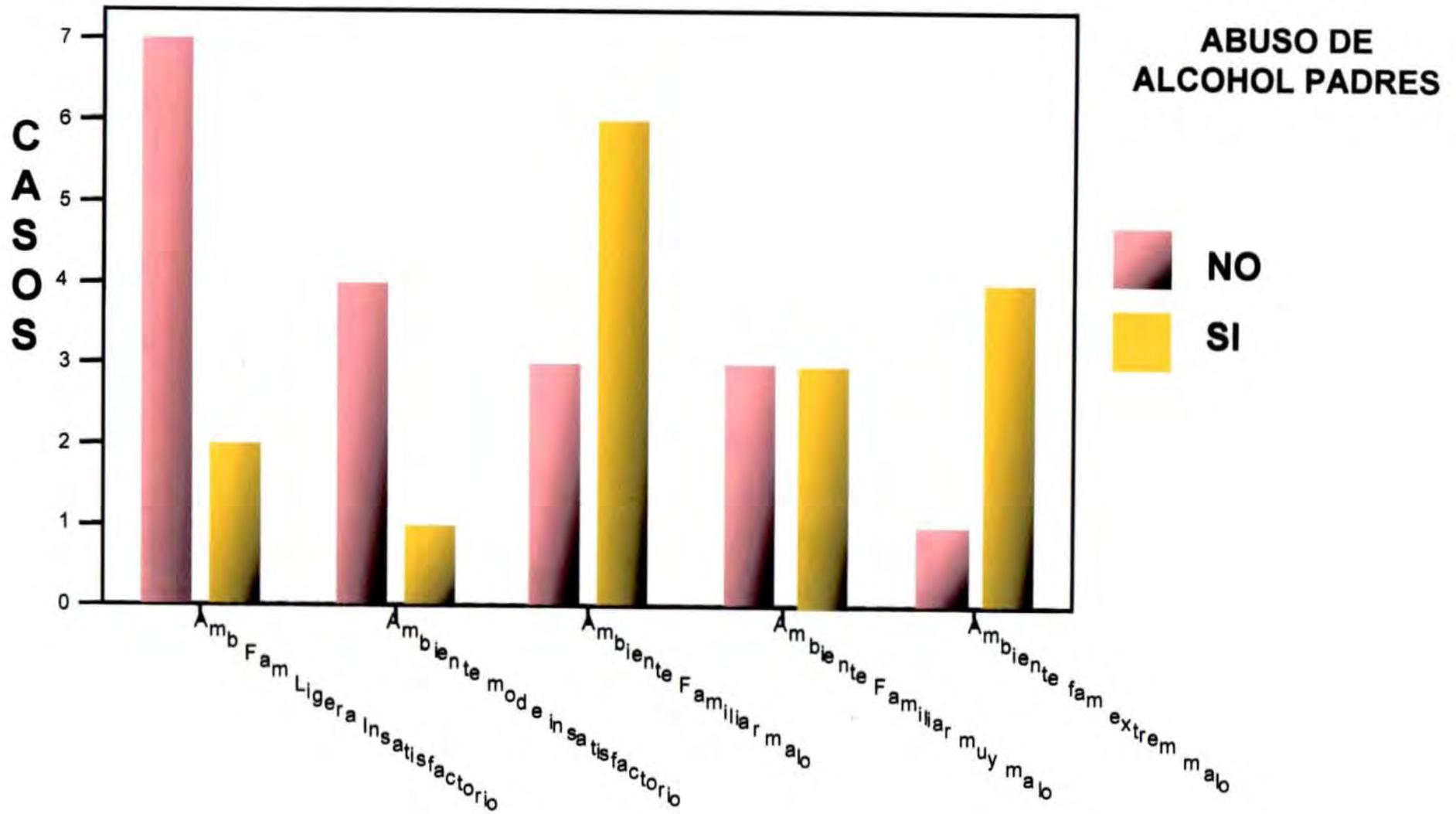
PARENTESCO DE LA VICTIMA.



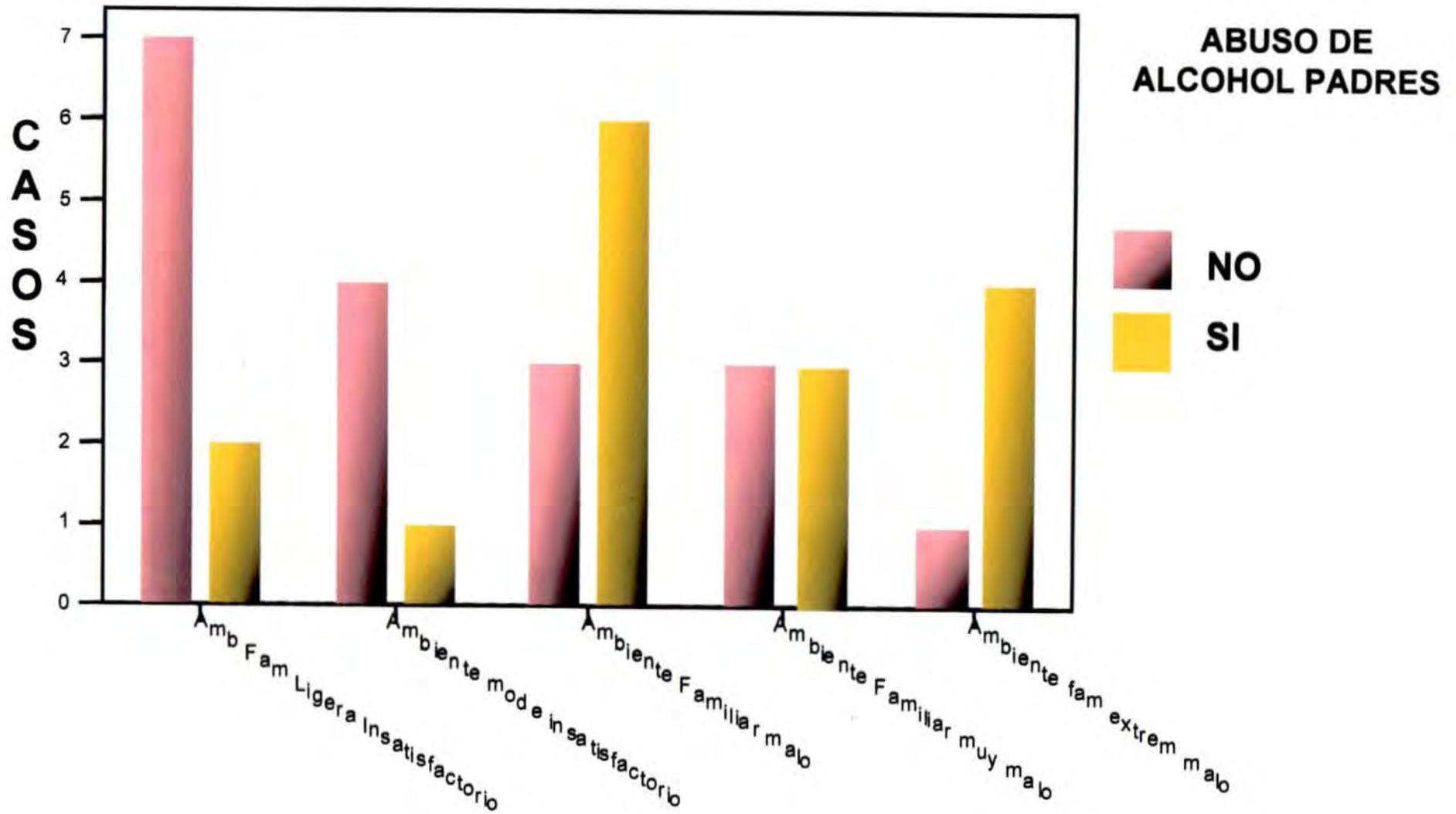
LUGAR DE LA OFENSA



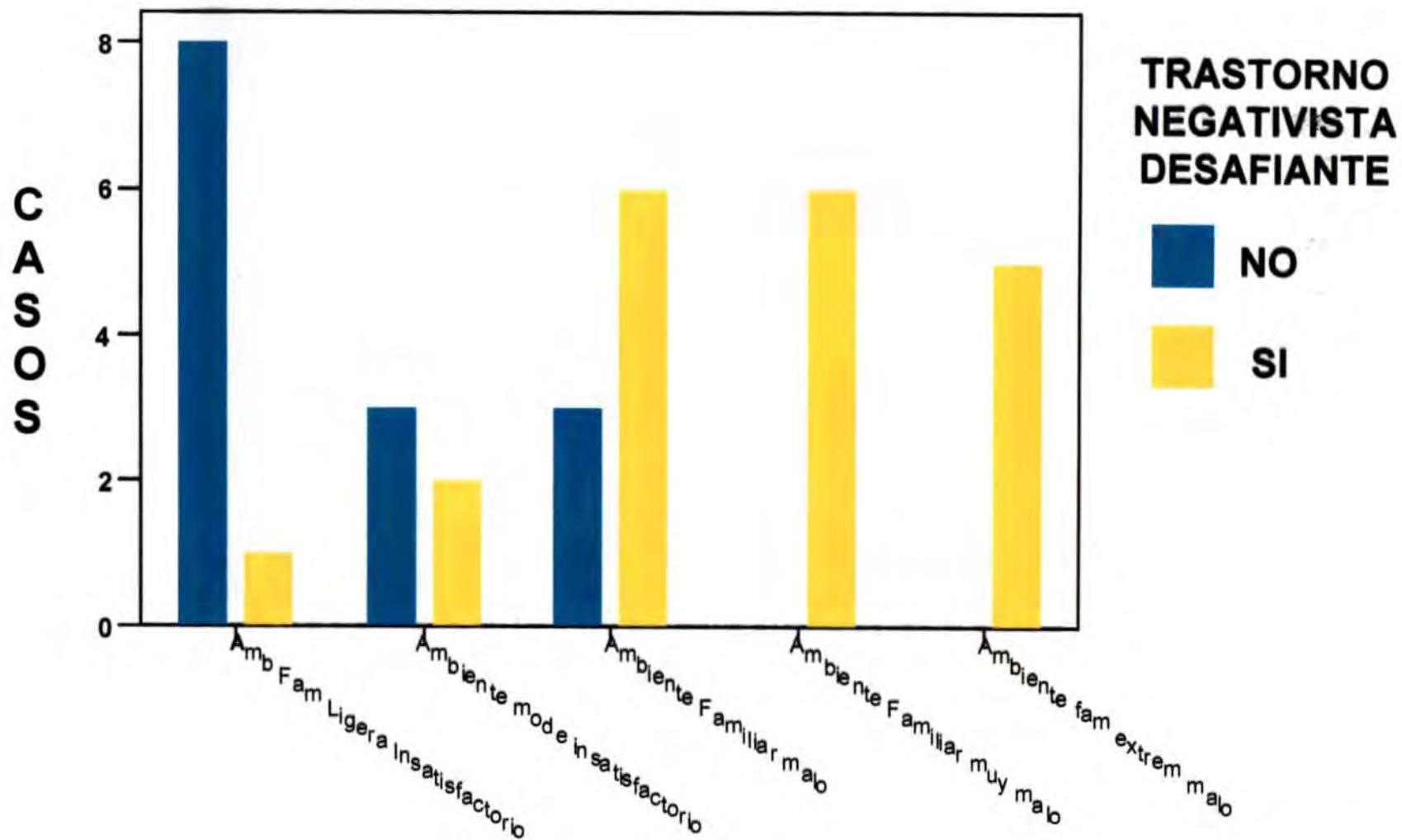
ABUSO ALCOHOL VS. AMBIENTE FAMILIAR



ABUSO ALCOHOL VS. AMBIENTE FAMILIAR



AMBIENTE FAMILIAR VS. TRASTONO NEGATIVISTA DESAFIANTE



Bibliografía:

1. Rutter, M.; Hersov, L. (1985). *Child and Adolescent Psychiatry. Modern Approaches*, Second edition. Oxford: Blackwell Scientific Publications.
2. Saucedo, J. Editor. *La salud mental del niño y el adolescente*. México: Asociación de Psiquiatría Infantil. 1989.
3. Miller, D. (1974). *Adolescence. Psychology, Psychopathology and Psychotherapy*. New York: Aronson.
4. AACAP Official action. *Practice parameters for the assessment and treatment of child and adolescent who are sexually abusive of others*. *J Am Child Adolesc Psychiatry* 13 (Suppl): 55s-76s, 1999.
5. Abel GG, Mittelman M, and Becker JV: *Sex Offenders: Results of assessment and recommendation for treatment*. In Ben-Aron HH, Hucker SI, Webster CD (Eds): *Clinical Criminology: Current Concepts*. Toronto, MM Graphics, 1985, pp 191-205.
6. Echeburua, E. *Abuso Sexual en la Infancia*. Editorial Ariel, S.A., Barcelona, España. 2000. *Agresores Sexuales de Menores*. Pp 79-102.
7. *Federal Bureau of Investigations: Uniform Crime Reports*. Washington, DC, US Department of Justice, 1990.
8. Turner, RE. (1964). *The sexual offender*. *Canad. Psychiat. Ass. J.* 9:533-538.
9. Kaplan, HI.; Sadock, BJ. *Sinopsis de Psiquiatría*. Edit Médica Panamericana, Madrid, España. 1999. *Parafilias y trastornos sexuales no especificados*. pp 792-805.
10. Kinsey VL, Harris GT, Rice ME y Lalumiere ML. *Assessing treatment efficacy in outcome studies of sex offenders*. *Journal of Interpersonal Violence*, 8: 512-523, 1993.
11. Gerardin P., Thibaut F. *Epidemiology and treatment of juvenile sexual offending*. *Paediatr Drugs*, 6(2):79-91, 2004.
12. Becker JV. *Adolescent sex offenders*. *Behav Ther*, 11:185-187, 1988.
13. Ryan GD. *Juvenile sex offenders: defining the populations*. En: *Juvenile sexual offending: causes, consequences, and correlations*. Editado por Ryan GD, Lane SL. San Francisco, CA; Josey-Bass, 1997; 3-9.
14. Metzner JL., Ryan GD. *Sexual abuse perpetration*. En: *Conduct disorders in children and adolescents*. Editado por Sholevar GP. Washington, DC: American Psychiatric Press, 1994; 119-144.
15. Smith WR, Monastersky C. *Assessing juvenile sexual offender's risk for reoffending*. *Criminal Justice Behav* 13: 115-1140, 1986.

16. Malmquist, C. (1972). *Juvenile Sex Offenders*, in Resnik and Wolfgang, ed. *Sexual Behaviors*. Boston: Little, Brown and Co.
17. Lewis M. A comprehensive textbook. Edit Williams and Wilkins, USA. 1996. Development of the symptom of violence. *Child and Adolescent Psychiatry*. pp 387-388.
18. Bailey SM. (1997). Adolescents offenders. *Current Opinion in Psychiatric*, 10:445-453.
19. Burke, J., Loeber, R. y Birmaher, B. *Oppositional Defiant Disorder and Conduct Disorder: A review of the Past 10 Years, Part 1*. *J. Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 41:11, November 2002.
20. Loeber, R. Burke, J. Lahey y cols. *Oppositional Defiant and Conduct Disorder: A review of Past 10 years, part 1*, en *JAACAP*; 39:12, Diciembre 2000.
21. Becker JV., Kaplan M., Cunningham-Rather J and et al. *Characteristics of adolescent incest perpetrators: preliminary findings*. *Journal of family violence*. 1986; 1:85-97.
22. Freud, Anna (1970). *The symptomatology of childhood: a preliminary attempt at classification*. *The Psychoanalytic Study of the Child*. London: Hogarth Press, 25:1941.
23. Johnson, A. (1949). *Sanctions for superego lacunae of Adolescents*, in Eissler, K.R. ed. *Searchlights on Delinquency*. New York: International University Press, pp 225-245.
24. Glueck, S.; Glueck, E. (1968). *Delinquents and non delinquents in Perspective*. Cambridge: Harvard University Press.
25. Ryan G., Miyoshi TJ., Metzner JL., and et al. *Trends in a national sample of sexually abusive youths*. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996; 35:17-25.
26. McCloskey LA., Figueredo, AJ. *Sex, money and paternity: evolutionary psychology of domestic violence*. *Journal of Ethology and Sociobiology* 1993; 14:353-379.
27. Baker, A.; Tabacoff, R; Tornusciolo, G. and Eisenstadt, M. *Family Secrecy: A comparative Study of Juvenile Sex Offenders and Youth with Conduct Disorders*. *Family Process*, 42(1):105-116, 2003.
28. Ryan G., Lane S., Davis J., Isaac C. *Juvenile sex offenders: Development and correction*. *Child Abuse and Neglect*, 11:385-395, 1987.
29. Becker JV, Kaplan MS. *The assessment of sexual offenders*. *Advances in behavioral Assessment of Children and Families*, 4:97-118, 1988.
30. Becker JV, Hunter JA. *Aggressive Sex Offenders*. *Child and Adolescents Psychiatric Clinics of North America*, 2(3):477-487, 1993.

31. Blaske DM., Borduin, CM, Henggeler SW., Mann BJ. Individual, family, and peer characteristics of adolescent sex offender and assaultive offenders. *Dev Psychol*, 25:846-855, 1989.
32. Salter, A. (1995). *Transforming trauma: A guide to understanding and treating adult survivors of child sexual abuse*. London: Sage Press.
33. Baker, AJL.; Tabacoff, R.; Tornusciolo, G. and Eisenstadt, M. (2001). Calculating number offenses and victims of juvenile sexual offending; The role of post-treatment disclosures. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 13:79-90.
34. Salter, A. (1988). *Treating child sex offenders and victims*. London: Sage Press.
35. Furniss, T. (1991). *The multi-professional handbook of child sexual abuse*. London: Routledge Press.
36. Johnson, TC. (1988). Child perpetrators-children who molest other children: Preliminary findings. *Child Abuse and Neglect*, 12:219-229.
37. Imber-Black, E. (1998). *The secret life of families*. New York: Bantam Books.
38. Bowen, M. (1978). *Family therapy in clinical practice*. New York: Jason Aronson.
39. Pincus, L. and Dare, C. (1978). *Secrets in the family*. New York: Pantheon Books.
40. Herz-Brown, F. (1991). The model. In F. Herz Brown (Ed), *Reweaving the family tapestry* (pp. 3021). New York: W.W. Norton and Company.
41. Van Manen, M. (1996). Childhood's secrets: Forms, functions, and correlates. *Journal of Social and Personality Relationships*, 11: 113-135.
42. Selvini, M. (1997). Family secrets: The case of the patient kept in the dark. *Contemporary Family Therapy*, 19:315-335.
43. Karpel, M. (1980). Family secrets: Conceptual and ethical issues in the relational context. *Ethical and practical considerations in therapeutic management*. *Family Process*, 19:295-306.
44. Eaker, B. (1986). Unlocking the family secret in family play therapy. *Child and Adolescent Social Work*, 3:235-253.
45. Barbaree, HE. and Cortoni, FA. (1993). Treatment of the juvenile sex offender within the criminal justice and mental health systems. In HE. Barbaree, WL. Marshall and SM. Hudson (Eds.), *The juvenile sex offender* (pp.243-263). New York: Guilford Press.
46. Ryan, G., Lane, S., Davis, J., and Isaac, C. (1987). Juvenile sex offenders: Development and correction. *Child Abuse and Neglect*, 11:385-395.

47. Stephenson, S. (1974). A classification of juvenile delinquents for treatment-planning, in Bergen Amren, ed. *Youth and the Law*. Vancouver: University of British Columbia. Pp. 39-44.
48. Ugarte, MA., Ortiz, S. y Gutiérrez, J. (2001). *Características de Personalidad en Agresores Sexuales Adolescentes*. Facultad de Medicina Departamento de Psicología, Psiquiatría y Salud Mental. Universidad Nacional Autónoma de México, México DF.
49. American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.)*. Washington, DC, Author.
50. Rey J., Peng R., Morales C., Widyawati I., Peralta V., Walter G. (2000). Rating the Quality of the Family Environment in Different Cultures. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 39:1168-1174.
51. Rey J., Singh M., Morris-Yates A., Andrews S. (1997). A Global Scale to Measure the Quality of the Family Environment. *Arch Gen Psychiatry*, 54:817-822.
52. Platas S., Saucedo JM., Higuera FH., Cuevas, ML. Funcionamiento psicosocial en menores que intentan el suicidio. *Psiquiatría*, 14(2):51-55, 1998.
53. Saucedo JM. La adaptación psicosocial en niños y adolescentes con malformaciones craneofaciales. *Gac Méd. Méx.*, 33:203-209,1994.