



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

---

---



**FACULTAD DE PSICOLOGÍA  
DIVISIÓN DEL SISTEMA DE UNIVERSIDAD ABIERTA**

**“MECANISMOS SOCIOCULTURALES DE  
OCULTAMIENTO DEL PERPETRADOR DE ABUSO SEXUAL  
INFANTIL:  
UN ESTUDIO DE CASO”**

**T E S I S**

**QUÉ PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

**PRESENTA:**

**VIRGINIA MAZÓN GASCA**

**DIRECTORA DE LA TESIS:**

**MTRA. KARINA BEATRIZ TORRES MALDONADO**

**CIUDAD UNIVERSITARIA, CIUDAD DE MÉXICO**

**2022**



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.



# Agradecimientos...

Hoy he cumplido madre, tal vez con un sueño que ambas compartimos sin decirlo. Llegar a la conclusión de esta etapa de mi formación profesional, es mi regalo; sé que ahora disfrutas del universo libremente, tal vez en otro momento seguiremos soñando y construyendo juntas.

A mi hijos, Isabel y Alberto son mi fuerza y mis guías en este camino, gracias por estar y por amarme bajo cualquier circunstancia, aprendieron bien que significa estar solos, pero saben que no hay abandono si se regresa una y otra vez al encuentro de quien desea mirarse en sus hermosos ojos. No teman equivocarse porque la vida es una constante lección de retos y enseñanzas. TAMMM...

Gracias a todas mis maestras y maestros que he encontrado a lo largo de mi vida. Para usted maestra Karina, mi agradecimiento no es solo hoy, es para siempre; gracias por su generosidad, su inteligencia y su profesionalismo, por compartir sus conocimientos y experiencias; a través de su disposición, interés, tiempo y tenacidad comprendo su esencia como ser humano; y gracias a usted, reconozco que termine la carrera, en usted encontré la posibilidad de que todo puede ser posible si se cree en uno mismo, pensando en el otro.

A mis compañeros y amigos universitarios gracias también, por todo.

A mi padre que tanto me ha dado, sin haberlo entendido hasta hace poco; ya no esperare recibir algo que tal vez no llegue, porque hoy valoro lo que me ha heredado desde el primer día de vida, entiendo que lo más difícil que he enfrentado día a día ha sido gracias a lo que usted me ha enseñado.

Maguita, la impulsividad y la distracción son nuestras, negarlas es una lucha perdida, pero si se aceptan y las utilizas como herramientas valiosas puedes construir una linda historia cada día; te escucho, aunque vea para otro lado, te entiendo porque lo hemos vivido juntas; nuestra madre ahora no está físicamente, pero mientras no completemos nuestras 84 vueltas habrá posibilidad de seguir juntas. Este título también es tuyo, la imagen tiene ahora otro significado.

Manuel siempre has estado conmigo, y reconozco el esfuerzo que has hecho por mí; apoyarme para emprender la hermosa aventura de ir a la universidad, y alentarme a seguir hasta el final es uno de los mejores obsequios que me has dado. Creo que debemos reír más y pensar menos en el mañana, vivir hoy es lo importante.

A mis tres hermanos Miguel, Gustavo y Salvador los quiero mucho, gracias por hacerme reír y estar juntos cuando compartimos lo anhelado y lo inesperado. La fuerza de la familia es importante y es un motor que impulsa para realizar sueños y compartirlos, para afrontar dificultades y resolverlas juntos. Para las niñas y niños que también son míos, les brindo este trabajo, para decirles que todo es posible si en verdad se desea y se lucha para hacerlo realidad.

Mi agradecimiento y reconocimiento también es para todas aquellas personas que de alguna forma contribuyeron directa o indirectamente con este trabajo. En particular, a la familia que he encontrado en la SEP, a mis amigos, a mis jefes, a mis compañeros.

A las maestras Gaby Romero, Margarita Molina, Patricia del Buen y Gaby Villarreal les agradezco por haber aceptado y revisado mi trabajo de tesis y darme su tiempo y conocimientos.

Gracias Lucas, por acompañarme cada noche, cuando trabajaba en mi tesis, tal vez nos esperen otras noches en compañía.

Finalmente, puedo concluir, que soy afortunada porque me doy cuenta que hay tantas personas y seres que están en mi vida, somos polvo de universo y mi mundo está formado por todos ustedes. ¡Gracias!



# Índice

---

<b>Resumen</b> .....	<b>8</b>
<i>Palabras clave:</i> .....	8
<b>Introducción</b> .....	<b>9</b>
<b>I. Marco metodológico</b> .....	<b>15</b>
1.1 <i>Método de investigación:</i> .....	15
1.2 <i>Pregunta de investigación principal:</i> .....	18
1.3 <i>Objetivo General:</i> .....	18
1.4 <i>Objetivos Específicos:</i> .....	19
1.5 <i>Diseño de estudio</i> .....	19
1.5.1 <i>Estudio de caso</i> .....	19
<b>II. Violencia y abuso sexual infantil</b> .....	<b>21</b>
2.1 <i>La violencia infantil en el mundo</i> .....	22
2.2 <i>El abuso sexual infantil</i> .....	24
2.3 <i>Teorías sobre el abusador sexual</i> .....	29
2.4 <i>Características del abuso sexual infantil</i> .....	31
2.5 <i>Abuso sexual versus abuso físico</i> .....	33
<b>III. Infancia y su desarrollo</b> .....	<b>35</b>
3.1 <i>Tres teorías sobre desarrollo infantil</i> .....	35
3.2 <i>La población menor de 18 años en el mundo</i> .....	39

3.3 Derechos humanos para la infancia .....	40
3.4 El interés Superior de niñas, niños y adolescentes.....	41
3.5 La protección de la infancia en contra de la explotación y abuso sexual.....	42
<b>IV. Salud versus patología .....</b>	<b>45</b>
4.1 Concepto de salud.....	45
4.2 La sexualidad en el contexto de la salud pública .....	48
4.3 La salud sexual y sus derechos .....	49
4.4 Los trastornos mentales.....	50
4.5 Concepto de trastorno sexual .....	53
4.6 Concepto de parafilia.....	54
4.7 Clasificación de trastornos parafilicos .....	56
4.7.1 Trastorno de voyeurismo: .....	56
4.7.2 Trastorno de exhibicionismo: .....	56
4.7.3 Trastorno de froteurismo: .....	57
4.7.4 Trastorno de masoquismo sexual:.....	57
4.7.5 Trastorno de sadismo sexual: .....	57
4.7.6 Trastorno de pedofilia:.....	58
4.7.7 Trastorno de fetichismo: .....	58
4.7.8 Trastorno de travestismo: .....	58
4.7.9 Otros trastornos parafilicos no especificados: .....	59
4.8 El Agresor sexual y algunas características.....	60
<b>V. Prevalencia en México de casos de parafilias .....</b>	<b>62</b>
5.1 Respuestas institucionales: .....	63
5.1.1 Solicitud 1227000016018.....	63

5.1.2. Solicitud 0001200380318.....	64
5.1.3. Solicitud 1220000016318 .....	66
5.1.4. Solicitud 1229500013717 .....	66
<b>VI. Estudio de caso.....</b>	<b>70</b>
6.1 Ficha de datos del paciente: .....	70
6.2 Familiograma:.....	70
6.3 Motivo de consulta: .....	71
6.4 Antecedentes precipitantes al motivo de consulta: .....	71
6.5 Historia biográfica .....	72
6.6 Conductas y aspectos sexuales del paciente .....	78
6.7 Examen mental del paciente: .....	87
<b>VII. Los mecanismos de ocultamiento sociocultural del perpetrador de abuso sexual infantil .....</b>	<b>88</b>
7.1 Definición de mecanismo.....	88
7.2 Propuesta de mecanismos socioculturales de ocultamiento del abusador sexual infantil.....	90
7.2.1. ¿Por qué la niña, niño y/o adolescente ocultan las agresiones del perpetrador de abuso sexual infantil?.....	92
7.2.2. ¿Por qué el perpetrador de abuso sexual infantil oculta las agresiones en contra de menores? .....	99
7.2.3. ¿Por qué la familia del menor oculta la agresión del abusador sexual infantil? .....	100
7.2.4. ¿Por qué no se denuncia al abusador sexual infantil ante las instituciones destinadas para atender este tipo de delitos? .....	110
7.3 Contrastación de los mecanismos propuestos con el estudio de caso. ....	116
7.3.1. Figura: Niña, niño o adolescente .....	116

7.3.2. Actor: Familia.....	120
<b>VIII. La discusión.....</b>	<b>131</b>
<b>IX. Conclusiones: .....</b>	<b>134</b>
<i>a) 117 casos de personas con trastornos de la conducta sexual. ....</i>	<i>134</i>
<i>b) Conclusiones de la propuesta de mecanismos socioculturales para el ocultamiento de perpetrador de abuso sexual infantil.....</i>	<i>135</i>
<i>c) Conclusiones del estudio de caso.....</i>	<i>136</i>
<i>d) Recomendaciones: .....</i>	<i>146</i>
<b>X. Referencia bibliográfica .....</b>	<b>148</b>
<b>XI. Bibliografía.....</b>	<b>150</b>
<b>XII. Anexos.....</b>	<b>154</b>
<i>Anexo 1.....</i>	<i>154</i>
<i>Anexo 2.....</i>	<i>157</i>
<i>Anexo 3.....</i>	<i>159</i>
<i>Anexo 4.....</i>	<i>160</i>
<i>Anexo 5.....</i>	<i>162</i>

## Resumen

---

El limitado número de denuncias por abuso sexual infantil, son una expresión social donde el silencio es el principal mecanismo de protección hacia quienes manifiestan estas conductas sexuales en contra de menores en el mundo.

Si bien, el abuso sexual contra niñas, niños y/o adolescentes se dan en diversos ámbitos y por personas distintas, es relevante reconocer que frecuentemente los perpetradores sexuales infantiles son miembros de la propia familia o personas cercanas al menor.

A partir del análisis de información obtenida de un paciente masculino diagnosticado con trastornos de la conducta sexual, y de la revisión de distintas fuentes de consulta, se plantea una propuesta de mecanismos sociales y culturales que favorece el ocultamiento del abusador sexual infantil, tomando en cuenta los datos obtenidos de cuatro solicitudes de información respecto de pacientes que han buscado atención psicológica de conductas parafilicas, entre ellas la paidofilia.

---

### **Palabras clave:**

Abuso sexual infantil; perpetrador de abuso sexual; mecanismos de ocultamiento; familia; silencio; estudio de caso; parafilias; niñas, niños y adolescentes, trastornos de la conducta sexual.

# Introducción

---

*Los mecanismos socioculturales de ocultamiento del perpetrador de abuso sexual infantil: un estudio de caso*, es el título de esta investigación que aborda distintos aspectos relacionados a los sujetos y condiciones que propician la invisibilidad de las conductas de tipo parafílicas dentro de un contexto familiar y/o social cercano a la niña, niño o adolescente (NNA) que sufren de este tipo de violencia.

A partir de la búsqueda en diversas fuentes de información, esta propuesta plantea una dinámica de causas y efectos, con relación a los procesos, creencias, conductas que, definidos en este trabajo como mecanismos socioculturales de ocultamiento, propician la invisibilización de casos donde se comete el abuso sexual en contra de menores de edad.

El punto de partida de esta investigación tuvo origen en una serie de respuestas ofrecidas por diversas instituciones públicas que brindan servicios de salud mental, hallando un mínimo de registros para la atención psicológica de trastornos de la conducta sexual, en los cuales la paidofilia o pedofilia se traduce en abuso sexual infantil; en términos psicológicos este concepto explica como la fantasía del perpetrador se materializa en diversas conductas de agresión sexual hacia el menor de edad en distintas formas y circunstancias.

El tema de abuso sexual<sup>1</sup> en sí mismo, es complejo en su abordaje por las afectaciones que tienen lugar en la organización de una sociedad en su conjunto. Desde lo más esencial, siendo éste el individuo a quien se dirigen las agresiones sexuales, así como para el núcleo familiar al cual pertenece la persona agredida. En el caso del agresor, (específicamente, para aquellos sujetos que reconocen que tienen un problema y necesitan atención profesional para tratar este tipo de conductas) la relación y vinculación con la niña, niño y/o adolescente (NNA) y su familia se ven trastocados ya que, en muchos casos no son percibidas las agresiones por otros, en un alto porcentaje

---

<sup>1</sup> Para efectos de este trabajo, se ha determinado no utilizar el término de "víctima", ya que este concepto "etiqueta" a la persona que ha sido objeto de este tipo de agresiones, además de identificar, reafirma en muchos de los casos una condición de vulnerabilidad, por ello se considera que no permite reestablecer o sentar las bases para su recuperación en términos psicológicos, físicos, familiares y/o sociales.

Por ello, se utilizará el concepto de abuso o agresión sexual al menor, considerando el rango de edad que abarca del nacimiento y antes de cumplir los 18 años. La denominación de abuso sexual no determina a la persona, sólo especifica acciones cometidas en su contra.

de casos el agresor mantiene contacto cercano y frecuente con el menor abusado, quedando en el anonimato este tipo de agresiones, que propicia entre otras situaciones, la continuidad del abuso en el tiempo y/o frecuencia, incluso puede extenderse hacia otros miembros de la familia o bien, como conductas aceptadas que se mantienen por generaciones en la familiar.

Este tipo de hechos antecede una serie de situaciones que repercuten al ámbito familiar y, su exposición fuera de este núcleo ha tenido un impacto en la sociedad históricamente hasta nuestros días. Con resultados poco alentadores por la continua incidencia de hechos tipificados como delitos sexuales y, dada su limitada visualización, su atención y la dimensión de éstos, trasciende a un problema social que, no ha tenido el interés público que la situación amerita (Finkelhor, 2005), ya que se consideran como problemas privados que permanecen ocultos al interior de las familias.

Los efectos de estos delitos, entre las personas fueron agredidas sexualmente, como es el caso de menores de edad, tiene consecuencias en el corto, mediano y largo plazo; que conllevan problemas en la constitución y construcción personal del sujeto, por sus afectaciones a nivel emocional, cognitivo, conductual y social; consecuencias que el individuo puede manifestar desde sentimientos de tristeza y desamparo, fracaso escolar hasta conductas autolesivas, consumo de drogas, y conducta suicida, por citar algunos ejemplos (Sistema Integral para el Desarrollo Integral de la Familia, 2017).

Respecto al agresor sexual, desde la perspectiva de la psicología clínica, el tipo de conductas sexuales que comete en perjuicio de otro, y de acuerdo con la clasificación descrita en la Guía de Consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-5 (2014), está relacionado a los Trastornos Parafílicos, condición en que la persona tiene alguna o varias de las conductas descritas como deseos irrefrenables o fantasías sexuales que causan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o en otras áreas importantes de su entorno.

Para un número importante de personas que presentan este tipo de conductas, podrían no sentirse identificadas con esta definición, ya que considerando el limitado número de solicitudes de apoyo psicológicos y/o psiquiátricos para el tratamiento de este tipo de trastornos, para muchos de los agresores sexuales, esta condición no amerita de

atención especializada, con la presunción de que no lo consideran como un problema de salud, dado que su conducta no tiene consecuencias para el agresor, y éste puede continuar con el abuso al menor.

Bajo este contexto, el número de solicitudes de sujetos que buscan atención médica y/o psicológica para el tratamiento de trastornos de conductas sexuales tipificados como parafilias de acuerdo con el DSM-5 (2014) destacan el voyeurismo, la paidofilia, el exhibicionismo, el frouterismo, por citar algunos ejemplos; en donde las cifras no son comparables con respecto a las denuncias de abuso sexual infantil registrados en diferentes fuentes y estudios a nivel nacional e internacional; siendo mucho mayor el número de denuncias por parte de quienes han sido abusados sexualmente que, con respecto a los sujetos que han solicitado apoyo psicológico en instituciones de salud pública para el tratamiento de trastornos parafílicos.

En términos estadísticos, la información disponible es limitada y, en otros casos, inexistente esto, de acuerdo con las respuestas institucionales dadas por dependencias del sector salud de nuestro país<sup>2</sup>; de las cuatro consultas realizadas vía internet, tres instituciones respondieron no contar con datos en este rubro. El Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, fue la única institución pública que aportó información a través de una base de datos que integra 117 casos, lo cual resulta una evidencia no equiparable con relación a los 4.4 millones de mujeres en México, que sufrieron algún tipo de abuso sexual durante la infancia, de acuerdo con la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH, 2016).

Las preguntas a plantear son: ¿Por qué hay más información de personas agredidas sexualmente y no de los agresores?, ¿Por qué existe esta discrepancia de los casos entre quienes han sido objeto de estas conductas con respecto de quién las comete?

A partir de los datos obtenidos de las diversas consultas efectuadas, el planteamiento de esta tesis indica que existen mecanismos socioculturales de ocultamiento hacia el perpetrador del abuso sexual infantil, mismos que se construirán a partir de la consulta de diversas fuentes. Se hará una propuesta de estos mecanismos para posteriormente

---

<sup>2</sup> Las respuestas a las solicitudes se otorgaron a través de la Plataforma Nacional de Transparencia.

realizar un análisis comparativo respecto al caso de un paciente masculino, que acudió a un centro de atención comunitaria, dedicado a la impartición de servicios psicológicos en la Ciudad de México; para posteriormente establecer la discusión y exponer las conclusiones y recomendaciones más significativas de esta investigación.

El enfoque metodológico que guarda la estructura de este trabajo se plantea desde un método cualitativo ya que, al tratarse de un estudio de caso de un paciente con conductas parafilicas, la investigación se construye a partir de entrevistas semiestructuras, donde se describen situaciones, hechos, personas, conductas y sus manifestaciones (Sampieri, 2010), además se plantea una propuesta de mecanismos relacionados al tipo de acciones, conductas y/o situaciones involucradas en el ocultamiento de los sujetos que comenten abuso sexual contra menores de edad y su ocurrencia en el estudio de caso.

La estructura del presente estudio de caso se llevará a cabo de acuerdo con lo planteado en las siguientes etapas (Monge, 2011), consistentes en:

- Preparatoria
- Trabajo de campo
- Analítica
- Informativa

En el **primer capítulo** se describe el marco metodológico bajo el cual se desarrolla esta tesis, con un enfoque cualitativo, a partir la recolección, tratamiento y análisis de información de distintas fuentes consultadas, para conjuntar una propuesta de mecanismos de ocultamiento del perpetrador de abuso sexual infantil.

Posteriormente, en el **capítulo dos** se describe el tipo de violencia y abusos que se cometen contra de niñas, niños y/o adolescentes (NNA). También se abordan algunos temas relacionados al perpetrador del abuso sexual infantil, teniendo como fuente de información el estudio realizado por Finkelhor (2005) y el tratamiento psicológico para menores abusados sexualmente propuesto por Sullivan (1997).

Para el **capítulo tres** se planteará un esquema conceptual de infancia, considerando que niñas, niños y/o adolescentes representan figuras centrales de esta investigación;

se expondrán algunas características del desarrollo en las primeras etapas del ciclo vital, a partir de la exposición de tres teorías, para contextualizar porque el abuso sexual tiene lugar en estas etapas de desarrollo y cómo esto puede favorecer al ocultamiento del agresor sexual infantil.

El concepto de salud y las definiciones se abordan en el **capítulo cuarto**, a fin de establecer la distinción entre el desarrollo saludable de un individuo de aquel que no cumple con los criterios establecidos, a partir de algunas definiciones como la propuesta por la Organización Mundial de la Salud. En este capítulo figura la descripción de los tipos de parafilias de acuerdo con el DSM-5 (2014) y que, dependiendo su origen, formas de satisfacción y afectaciones en la persona que ejerce estas conductas como para quiénes son objeto de su materialización.

En el **quinto capítulo** se aborda la prevalencia de casos en México, registrados en instituciones públicas que otorgan servicios de salud mental para conocer los casos que buscaron tratamiento psicológico para la atención de trastornos de la conducta sexual, esta información se obtuvo a partir de cuatro consultas públicas efectuadas a través de la Plataforma Nacional de Transparencia (PNT).

A partir del **capítulo sexto** se presentan los datos de un estudio de caso, respecto a la información proporcionada por un paciente masculino, durante el tiempo que acudió a un centro comunitario de servicios psicológicos, durante los años de 2017 y 2018, así como del proceso terapéutico llevado a cabo en la etapa de evaluación, diagnóstico y tratamiento; esta información representa el estudio de caso bajo el cual se sustenta parte de la investigación de este trabajo.

Se expondrá una propuesta de los posibles mecanismos de ocultamiento que favorecen la invisibilidad social del abuso sexual infantil en el **capítulo séptimo**, considerando los datos del estudio de caso descrito en el capítulo sexto, se tomó como base del planteamiento el estudio realizado por Finkelhor (2005) y la propuesta de Sullivan (1997) con relación a la dinámica y tratamiento del abuso y traumas sexuales en niños y adolescentes.

La discusión de esta investigación se aborda en el **capítulo octavo**, misma que se centra en la información de los 117 casos reportados con trastornos de parafilia, así como

de la propuesta de mecanismos socioculturales de ocultamiento del perpetrador de abuso sexual infantil y los datos del estudio de caso, a fin de conjuntar y analizar la información de estos tres ejes.

En el **capítulo noveno** se establece una serie de conclusiones a partir de las tres líneas de investigación de este trabajo, consistentes en: prevalencia de casos de sujetos que han solicitado atención psicológica para atender trastornos parafílicos, propuesta de mecanismos socioculturales de ocultamiento del perpetrador de abuso sexual infantil y de los datos del estudio de caso. El capítulo concluye con una serie de recomendaciones que aunque no son exhaustivas, pero que podrán dar pie en la continuidad en el estudio de este problema social que es el abuso sexual infantil.

# I. Marco metodológico

---

## 1.1 Método de investigación:

De acuerdo con los resultados obtenidos de la aplicación de una encuesta sobre violencia en México, el 10% de la población femenina mayor de 15 años, refirió que durante la infancia fue objeto de algún tipo de abuso sexual lo que, en una aproximación en números, indica que existen más de 4 millones de mujeres que sufrieron algún tipo de abuso sexual en la niñez. En oposición con la información obtenida de 4 instituciones públicas dedicadas a la atención de la salud mental, se demuestra que tan solo en una de estas dependencias proporcionó una base de datos con 117 casos registrados con algún padecimiento de trastorno parafílico.

El contraste de información en el número de personas abusadas sexualmente con relación a los casos que han solicitado apoyo psicológico para la atención de conductas parafílicas, y de forma particular lo relacionado al abuso sexual infantil, definido en términos psicológicos como paidofilia, se reducen a 15 casos incluidos en esta base de datos, considerando que el resto de registros podrían tipificarse también como conductas que vulnera a terceras personas como es el voyeurismo, exhibicionismo y el sadomasoquismo, por citar algunos.

Basta buscar en cualquier medio de información alguna noticia relacionada al abuso sexual infantil, y se podrá verificar sin lugar a duda, por lo menos un caso diario que dé cuenta de alguna historia en este sentido. Es por ello, que resulta relevante conocer qué condiciones se generaran alrededor del perpetrador que evitan la denuncia, considerando el ámbito familiar e institucional que expliquen porque el número de casos de agresiones sexuales puede ser irrelevante con respecto a la estadística de casos denunciados por abuso sexual infantil.

Por ello, es esencial adquirir conocimientos y habilidades que propicien la incorporación del método científico dentro del campo profesional como una herramienta para el conocimiento de las situaciones, eventos y fenómenos propios de cada disciplina (Monje, 2011). Este autor refiere que la investigación científica es el más importante

instrumento con que cuenta el hombre para conocer, explicar, interpretar y transformar la realidad. Para Hernández (2006) la investigación científica tiene que ver con la realidad, en donde se abordan temas como las relaciones interpersonales, el matrimonio, la violencia, la televisión, el trabajo, las enfermedades, las elecciones presidenciales, la familia y otros temas que forman parte de lo cotidiano de nuestras vidas.

Para Monje (2011) la investigación y el método científico proporcionan al investigador una perspectiva de análisis crítico de la información que maneja y de los conocimientos en los cuales se fundamenta su acción profesional. Este autor refiere que el método científico es una herramienta valiosa para el conocimiento de las situaciones o fenómenos dados en el campo disciplinar del profesional que permitan orientar la formulación de propuestas de intervención con mayor efectividad para mejorar la calidad de vida de la población con quien trabaja, a fin de alcanzar mejores niveles de bienestar.

La aplicación del método científico tiene como principal fuente, el diseño metodológico de dos tipos de estudios: el cuantitativo y cualitativo (Monje, 2011). Por su parte la investigación cuantitativa está basada en la metodología de las ciencias exactas y naturales, el propósito general de este tipo de investigaciones es encontrar la explicación de los fenómenos manifestado en las regularidades de éstos para explicar su comportamiento y predicción. El conocimiento que genera se desprende de la observación directa, del análisis de los hechos reales, realizando una descripción lo más imparcial, objetiva y completa posible, además de la comprobación, predicción y replica.

Para María Luz Márquez Barradas (2007), refiere que el estudio de problemas contemporáneos desde la mirada cuantitativa ha aportado mucho en el campo del aprendizaje como la evaluación y en el ámbito laboral por citar algunos casos, “sin embargo, la historia de la humanidad nos muestra que muchos aspectos de la vida social e individual se han quedado fuera de esta mirada”. Para Castro (1996), el resurgimiento del método cualitativo ha transformado la identidad de las ciencias sociales, ya que para los estudiosos sociales se ha apartado del ideal físico-natural de antaño, referido a la investigación cuantitativa, y ahora se han acercado a las humanidades ya que más que buscar leyes sociales que expliquen determinantes de la conducta, se interesan en analizar el sentido que las personas atribuyen a sus actos y a su entorno.

Castro (1996) refiere que los métodos cualitativos enfatizan en los procesos sociales, donde se privilegia el estudio interpretativo de la subjetividad de las personas, situaciones, hechos y fenómenos que resultan de su interacción. Menciona que “El aspecto sociológico central de esta perspectiva se refiere al significado de la realidad que tiene para los individuos y la manera en que estos significados se vinculan con sus conductas”. Los métodos cualitativos en las ciencias sociales incluyen la observación participante, el análisis cara a cara, el análisis de textos, el análisis de entrevistas a profundidad, el análisis conversacional, entre otros.

Para esta investigación se utilizará un método cualitativo ya que, por tratarse de un estudio de caso, respecto al tratamiento de un paciente masculino con conductas parafilicas, así como el análisis de información para establecer una propuesta de mecanismos socioculturales vinculadas al tipo de acciones y/o conductas que se manifiestan en la motivación de las personas para el ocultamiento y protección hacia el agresor sexual infantil.

La estructura del presente estudio de caso se llevará a cabo de acuerdo con lo planteado por Monge (2011) en las siguientes etapas consistentes en:

- a. Preparatoria
- b. Trabajo de campo
- c. Analítica
- d. Informativa

A continuación, se establece un plan de actividades que considera 4 etapas de ejecución, siendo éstas las siguientes:

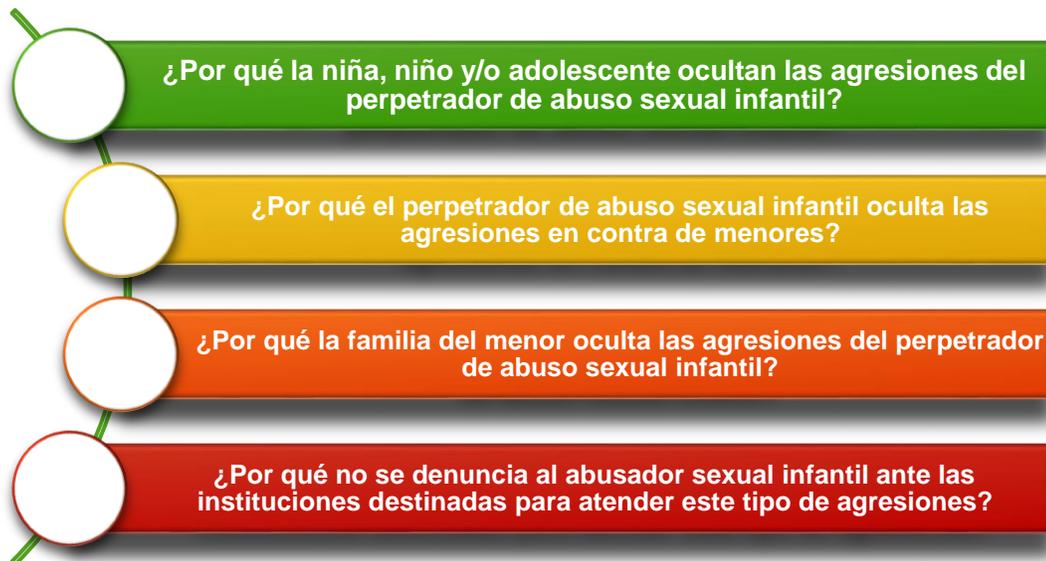
Etapas de la investigación	Actividades
Preparatoria	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Protocolo de tesis</li> </ul>
Trabajo de campo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recopilación de información, consistente en: a) revisión de datos institucionales, b) revisión bibliográfica para integrar propuesta de mecanismos que influyen en el ocultamiento del perpetrador de abuso sexual infantil, y c) integración de historia biográfica del estudio de caso.</li> </ul>
Analítica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar el análisis integrativo de las fuentes de información consultada, así como de los datos del caso del paciente en referencia.</li> </ul>
Informativa	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Presentar un documento que integre la investigación de acuerdo a las cuatro etapas del método cualitativo, resaltando las conclusiones y recomendaciones que se deriven de la revisión documental, los datos del paciente tratado y la propuesta de los mecanismos socioculturales de ocultamiento del perpetrador de abuso sexual infantil.</li> </ul>

## 1.2 Pregunta de investigación principal:

Considerando que la secrecía o silencio del abuso sexual es una constante transversal a la motivación de los individuos referidos, para favorecer el ocultamiento de la conducta del abusador sexual infantil, la siguiente propuesta tiene como planteamiento:

**¿Cuáles son los mecanismos socioculturales que permitan ocultar al perpetrador de abuso sexual infantil?**

A partir de la fuente de consulta, se proponen los siguientes mecanismos a partir de la construcción de la pregunta principal para distintos sujetos, de acuerdo con los siguientes cuestionamientos:



## 1.3 Objetivo General:

A partir de un estudio de caso, conocer los mecanismos socioculturales de ocultamiento hacia el perpetrador de abuso sexual infantil y contrastarlo con la información recabada de diversas fuentes de consulta que den cuenta de estos procesos de ocultamiento hacia los sujetos que presentan trastornos del tipo parafilico. **El silencio** que mantiene la familia es la primera forma que se utiliza para evitar hablar, reconocer o externar la presencia de conductas sexuales inapropiadas en algún miembro de la

familia, tal vez sea el principal mecanismo de protección hacia el agresor de abuso sexual infantil.

#### **1.4 Objetivos Específicos:**

- Realizar una investigación documental en instituciones públicas de salud mental, a través de una consulta de información vía internet, con el propósito de recabar datos de población que haya solicitado ayuda profesional para la atención psicológica de trastornos de la conducta sexual.
- Realizar un análisis conceptual que describa las características y tipos de trastornos parafílicos, así como la inclusión de una serie de conceptos que sirvan como andamiaje teórico para el objetivo principal de esta investigación.
- Integrar, además la información proporcionada por un paciente para explicar el comportamiento conductual del individuo respecto al trastorno de parafilias, a partir del proceso terapéutico establecido en el caso.
- Analizar y conjuntar la información consultada, a fin de realizar una propuesta de los mecanismos socioculturales de ocultamiento hacia los agresores sexuales infantiles.
- Realizar un proceso comparativo entre los hechos más relevantes del estudio de caso y la propuesta de los mecanismos socioculturales de ocultamiento del abusador sexual de NNA.

#### **1.5 Diseño de estudio**

##### **1.5.1 Estudio de caso**

El método de investigación será con un enfoque cualitativo, para ello, se establecerá primeramente una exposición teórica con relación al abuso sexual infantil. Posteriormente se propondrá una serie de mecanismos socioculturales del ocultamiento a partir de dos fuentes de información principales. Con esta propuesta se hará un proceso de análisis y contraposición del estudio de caso, de forma particular respecto al ámbito familiar e institucional del paciente.

Con la propuesta de los mecanismos de ocultamiento se integrará la información y analizará para encontrar las coincidencias entre el estudio de caso y la propuesta de estos mecanismos, teniendo además, como un elemento referencial el número de casos que han solicitado ayuda profesional para la atención de trastornos de la conducta sexual, con énfasis en la paidofilia como una de las enfermedades mentales de mayor prevalencia en nuestro país, teniendo como mayor sustento la estimación de casos de abuso sexual que se comete en contra de menores, sobre todo en aquellos casos donde el silencio sigue siendo el mayor estado de protección hacia el abusador sexual infantil.

A continuación, se inicia con el marco conceptual de este trabajo de investigación, comenzado con datos respecto al tipo de violencia y abusos que son infringidos contra niñas, niños y adolescentes. Asimismo, se expondrá algunos temas respecto al abusador sexual infantil tomando como fuente de información el estudio realizado por Finkelhor (2005) y el tratamiento terapéutico a personas abusadas sexualmente a partir de la propuesta de Sullivan (1997).

## II. Violencia y abuso sexual infantil

---

A lo largo de la historia de la humanidad el cuidado de los niños no ha sido siempre una prioridad de las familias, tomando en cuenta el contexto histórico de la sociedad, en cada etapa existe una cosmovisión del mundo en general, y la conducta social está determinada por las ideologías y teorías predominantes en determinados momentos, por ello, la violencia hacia la niñez no es excluyente de estas ideas.

En este contexto, los niños han sido olvidados, desacreditados, no considerados como personas con derechos. No hace mucho tiempo surgió la necesidad de cuidarlos, protegerlos y tratarlos bien ya que apenas desde el siglo pasado su protección se ha hecho patente en la conciencia social como sujetos de derechos, los cuales no han sido acatados de forma universal en todas las culturas del mundo; aunque existe un avance importante en el establecimiento de los derechos humanos para este sector de la población, tal es el caso de la Declaración de los Derechos del Niño, aprobada en la Asamblea General de las Naciones Unidas (ONU) en Ginebra, Suiza en 1959, o bien en México con la aprobación del Sistema Nacional de Protección Integral a Niñas, Niños y Adolescentes (SIPINNA) en 2015.

En la antigüedad si un niño lloraba demasiado se tenía la creencia de que se podría convertir en engendro, por ello era atado o fajado durante largos períodos de tiempo. Hoy en día continúan existiendo instrumentos que se utilizan para aplicar formas de castigo a través de látigos, palas, bastones o varas de hierro. El infanticidio y el abandono de niñas y niños eran prácticas toleradas, existiendo incluso predilección por conservar a los hijos varones, respecto a las hijas o de hijos con algún tipo de malformación (UNICEF-Uruguay/Fiscalía General de la Nación, 2015).

En la actualidad, los abusos hacia NNA, en específico las relacionadas al tema sexual continúan vigente en detrimento de la niñez y adolescencia; algunas de las conductas sexuales se han erradicado en cierto grado, otras se mantienen y nuevas formas de abuso han comenzado a tener relevancia como el caso del “grooming” que se caracteriza por ser una situación en la que un adulto acosa sexualmente a un niño, niña o

adolescente mediante el uso de las tecnologías de la información y comunicación (Gobierno de la Provincia de Buenos Aires-UNICEF, 2016).

## **2.1 La violencia infantil en el mundo**

De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud, define en su página oficial de internet a la violencia como “el uso intencional de la fuerza física o el poder real o con amenaza contra uno mismo, una persona, grupo o comunidad que tiene como resultado la probabilidad de daño psicológico, lesiones, la muerte, privación o mal desarrollo” (pág.1).

Bajo este argumento, los ideales para la protección de la infancia y adolescencia, que se expresan en las legislaciones nacionales e internacionales, no han trascendido en su aplicación efectiva, ya que reiteradamente los menores son objeto de la expresión de distintos tipos de violencia, que comprueba la omisión constante en la aplicación y respeto de los derechos humanos que en las leyes reglamentarias se establece y dicta, pero en su aplicación no encuentra una consonancia eficiente. La violencia a la que está expuesta la población general en México y en otros países del mundo, se manifiesta de forma reiterada y nociva en contra de niñas, niños y adolescentes (NNA), produciendo heridas físicas, cognitivas, emocionales y sociales que marcan a esta población a lo largo de su vida.

El tema de violencia hacia la población de menores de 18 años se puede constatar en la “fotografía” que representa el informe “Una situación habitual. Violencia en las vidas de los niños y los adolescentes” (UNICEF, 2017), exponiendo cuatro formas específicas de violencia en contra de esta población:

1. La disciplina violenta y la exposición al maltrato doméstico durante la primera infancia,
2. La violencia en la escuela,
3. Las muertes violentas entre los adolescentes, y
4. La violencia sexual en la infancia y la adolescencia.

Los resultados de investigaciones sobre el tema revelan que los niños sufren actos de violencia en todas las etapas de su infancia y en distintos entornos; esto ocurre a menudo a manos de individuos de confianza y/o cercanía con quienes estos menores de edad se relacionan de manera cotidiana.

Algunos de los datos relevantes de este informe presentado por UNICEF (2017), respecto a estas cuatro formas de violencia hacia niñas, niños y adolescentes indican que:

1) Respecto a la disciplina violenta y la exposición al maltrato doméstico durante la primera infancia, existen cerca de 300 millones de niños de 2 a 4 años en todo el mundo son habitualmente disciplinados de forma violenta por parte de sus cuidadores; 250 millones de ellos son castigados por medios físicos (3 de cada 4). Los datos recuperados en 30 países indican que 6 de cada 10 niños de 12 a 23 meses están sometidos a algún tipo de disciplina violenta; sólo 60 países han adoptado una legislación que prohíbe totalmente el castigo corporal contra los niños en el hogar, dejando a más de 600 millones de menores de 5 años sin protección jurídica plena.

2) Por otro lado, la violencia en la escuela indica que cerca de 130 millones de estudiantes entre las edades de 13 y 15 años, experimentan acoso escolar, es decir uno de cada tres alumnos inscritos en educación básica. Aproximadamente tres de cada diez adolescentes de 39 países de Europa y Norteamérica, admiten que acosan a otros en la escuela. 732 millones de niños en edad escolar entre 6 y 17 años (1 de cada 2) viven en países donde el castigo corporal en los centros escolares no está totalmente prohibido.

3) Las muertes violentas entre los adolescentes, refieren que cada 7 minutos, en algún lugar del mundo, un adolescente es asesinado en un acto violento. Tan sólo en 2015, perdieron la vida cerca de 82,000 adolescentes en todo el mundo. La mayor parte de las muertes de adolescentes se deben más a la violencia interpersonal que a la colectiva. En 2015, 2 de cada 3 menores de edad murieron a causa de un homicidio, mientras que el resto murieron asesinados en conflictos. América Latina y el Caribe es la única región donde se ha registrado un aumento (aunque relativamente moderado) de las tasas de homicidio entre los adolescentes de 10 a 19 años desde 2007. En la región latinoamericana viven al menos un 10% de los adolescentes del mundo, pero casi la

mitad de todos los homicidios entre adolescentes que ocurrieron en 2015 se produjeron allí.

4) Con relación a la violencia sexual en la infancia y la adolescencia, en 38 países de ingresos bajos y medianos, cerca de 17 millones de mujeres adultas informaron haber tenido relaciones sexuales forzadas en la niñez. En 20 países, casi 9 de cada 10 mujeres de la etapa de la adolescencia, fueron forzadas a tener relaciones sexuales, hechos ocurridos por primera vez durante este periodo. Sobre la base de los datos de 30 países, sólo el 1% de las adolescentes que han tenido relaciones sexuales por la fuerza, trataron de conseguir ayuda profesional.

Considerando este último punto del informe de UNICEF (2017), respecto a las diversas formas de violencia hacia niñas, niños y adolescentes, se aborda el tema de abuso sexual infantil destacando algunos datos relevantes de casos denunciados por este tipo de abusos; partiendo de su definición y características de los agresores, que se desprenden de los testimonios publicados por algunas personas que fueron abusadas sexualmente durante la niñez y/o adolescencia.

## **2.2 El abuso sexual infantil**

De acuerdo con la UNICEF (2015) el abuso sexual infantil es una forma de violencia dirigida a la infancia. Para Orjuela (2012) en el documento *Violencia sexual contra los niños y las niñas. Abuso y explotación sexual infantil*, señala que “El abuso sexual infantil es una de las formas más graves de violencia contra la infancia y conlleva efectos devastadores en la vida de los niños y las niñas que lo sufren”. Este tipo de abuso “...implica la transgresión de los límites íntimos y personales del niño o la niña. Supone la imposición de comportamientos de contenido sexual por parte de una persona (un adulto u otro menor de edad) hacia un niño o una niña, realizado en un contexto de desigualdad o asimetría de poder, habitualmente a través del engaño, la fuerza, la mentira o la manipulación” (pág. 7). Este tipo de abuso puede incluir contacto sexual o bien carecer de éste como es el exhibicionismo, la exposición de menores a material de corte sexual, el “grooming”, la utilización o manipulación de niños o niñas para la producción de material visual de contenido sexual.

Martínez Moya (2016) menciona que el abuso sexual es un tema de gran complejidad ya que sucede con mayor frecuencia en los ámbitos que, en teoría, tendrían que proteger y promover el bienestar y desarrollo de los menores de edad: la familia y la escuela.

De acuerdo con el análisis de los datos estadísticos de 28 países, UNICEF concluye que 9 de cada 10 mujeres adolescentes han sufrido relaciones sexuales por la fuerza, además informan, haber sido abusadas por alguien cercano o conocido por ellas. Los amigos o compañeros están entre los causantes de abuso sexual contra varones adolescentes más frecuentemente denunciados en 5 países (UNICEF, 2017).

En México, los resultados obtenidos por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) en 2017, expresan datos relevantes sobre la violencia que sufren las mujeres en nuestro país, información obtenida de la aplicación y análisis de la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH, 2016) con una muestra de visita a 142,363 viviendas.

El instrumento aplicado mide la dinámica de las relaciones de pareja en los hogares, así como las experiencias de las mujeres en la escuela, el trabajo y la comunidad con distintos tipos de violencia. Esta encuesta se aplicó a una muestra de mujeres de 15 años y más, manifestando información vivencial en distintos periodos de tiempo siendo éstos: a lo largo de la vida, a lo largo de la vida de estudiante, a lo largo de la vida laboral, durante la infancia hasta antes de los 15 años, últimos 5 años y últimos 12 meses.

Los principales resultados obtenidos de la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares, se destaca para efectos de este estudio que, 4.4 millones de mujeres de 15 años y más, que representa el 9.4% de la población estimada de 46.5 millones de mujeres que residen en el país y se encuentran en este rango de edad, sufrieron abuso sexual durante su infancia, mismos que fueron manifestados a través de las siguientes conductas: 1) tocamientos de sus partes íntimas<sup>3</sup> o la obligación de tocar las partes íntimas de otra persona sin su consentimiento; 2) intentaron forzarla a tener relaciones sexuales; 3) la obligaron a mostrar sus partes íntimas y/o a mirar las partes íntimas de otra persona; 4) la obligaron a tener relaciones sexuales bajo amenazas o

---

<sup>3</sup> La frase "partes íntimas" utilizado en los resultados de Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares, se refieren a las partes corporales de mujeres como: pezones, pechos, nalgas, vagina y/o ano.

usando la fuerza, 5) la obligaron a realizar actos sexuales a cambio de dinero o regalos, y 6) la obligaron a mirar escenas o actos sexuales o pornográficos (fotos, revistas, videos, películas pornográficas).

Los principales agresores sexuales de estas mujeres en la infancia, en orden de mayor a menor ocurrencia fueron identificados como: tío (a), un no familiar (vecino, conocido), primo (a), desconocido, hermano (a), otro familiar, padrastro/madrastra, padre, otro, abuelo (a) y madre.

Los datos expuestos, resultan de impacto por la cantidad de casos y por quienes cometieron estas conductas abusivas a la integridad de las personas, considerando que cerca del 10 por ciento de la población de mujeres en México ha sufrido algún tipo de abuso sexual (ENDIREH, 2016). A pesar de que esta información está accesible en medios como la internet, es poco conocida por la población en general, tal vez por falta de una difusión más amplia, que no haya medios de comunicación interesados en el tema o por desinterés de la población en general.

En este sentido, hoy en día la información fluye de una forma extraordinaria en comparación con otros momentos de la historia de la humanidad, antes de la creación e implementación pública de las redes informáticas de datos, las noticias más relevantes podrían tardar horas, días, incluso semanas, meses o años para que se conociera en un segmento considerable de población, o podrían caer en el desconocimiento total de estos hechos.

Con la invención de la radio a inicios del siglo XX, la comunicación de información tuvo una mayor difusión y en un corto tiempo se accedía a los acontecimientos nacionales e internacionales, sin embargo, el contenido obedecía a diversos intereses que determinaban la trasmisión de información y contenidos con ciertos matices. Hoy en cambio, a través de la Internet, por su característica de ser multicrónica, permite una comunicación en tiempo real y diferido (Crovi, 2006), ya que se puede acceder a una importante cantidad de sucesos que se vuelven noticia instantes después de ocurridos o bien durante el hecho mismo. Además, de que el lenguaje multimedia que utiliza este medio de comunicación abarca expresiones visuales, escrito-visuales, sonoras y

audiovisuales que cubren con las necesidades de los millones de usuarios que cuentan con este tipo de medio de información y comunicación.

Utilizando la internet como medio para encontrar información respecto a noticias de abuso sexual, la plataforma ha mostrado cerca de ciento noventa y cuatro millones de resultados tan solo en el idioma español; se retomó algunas notas, a fin de contextualizar y resaltar algunos hechos que permitan conocer las situaciones, condiciones, incluso los dichos de las personas involucradas en estos casos, incluidos los agresores sexuales de menores de 18 años.

Notas periodísticas que dan cuenta de casos difundidos a nivel nacional e internacional, refieren un alto porcentaje de hombres como perpetradores del abuso sexual, particularmente cometido en contra de mujeres, niños y/o adolescentes. Por otro lado, el abuso sexual no está exento de ningún estrato social, organización o poder económico; tal es el caso de distintas organizaciones religiosas que desde los últimos años se han visto envueltas y confrontadas por las múltiples denuncias de personas, quienes fueron abusadas sexualmente por representantes religiosos a nivel mundial, hechos ocurridos durante el periodo de su niñez y/o adolescencia, en el momento en que los menores de edad se encontraban al cuidado de los representantes de estas organizaciones.

A continuación, se recuperan algunas frases de diversos artículos publicados en un portal de internet de un diario español que aborda de forma particular el abuso sexual infantil, a través de las historias de personas que, hoy siendo adultas deciden exponer sus casos a la opinión pública. Las narraciones describen el abuso sexual sufrido durante su infancia en las décadas de los 70's y 80's en Europa; en estas frases se puede conocer aspectos de la condición y relación que facilitaron, la consumación de estos hechos realizados por un representante religioso quien se desempeñaba como docente escolar: "Él sabía muy bien a quién podía cazar, cuál era el entorno familiar y los problemas de cada uno"; "yo era un niño que no jugaba al fútbol, solitario y eso le llamó la atención"; "cuando le enseñé mi diario y se enteró de mis problemas, se frotó las patitas"; "tenía idolatrado a aquel cura. Era como la representación de Dios en la tierra".

Después de más de tres décadas, las consecuencias de estos abusos revelados por los denunciantes ha sido vivir con angustia por el fantasma de transformarse en un depredador, por ello, afirman que “nunca he tratado con menores”. Los denunciantes de estos hechos coinciden además de que no fueron los únicos en vivir estas experiencias al interior de la institución. Además, “le privaron de la inocencia” y, esto le provocó "falta de seguridad y baja autoestima" (Gil, Joaquín, 2018).

A partir de estas historias, se puede percibir afectaciones en el desarrollo emocional, físico, cognitivo y social en las personas que experimentaron estos abusos durante la niñez y/o adolescencia. Por otro lado, la actuación de los agresores indica una condición patológica por la forma en que dirigen la agresión, algunas características sociales y conductuales, e incluso el tipo de discurso que utilizan para justificar sus actos. En este sentido, considerando los testimonios de quienes sufrieron abusos sexuales, es necesario conocer desde la atención clínica de servicios psicológicos, los casos de personas que manifiestan conductas de agresión sexual, consideradas como desviaciones sexuales o parafilias.

Los delitos sexuales cometidos en contra de NNA, además de exponer el comportamiento de algunos de estos ofensores y qué en muchas ocasiones, la forma habitual de solucionar la situación de instituciones religiosas y educativas, por ejemplo, ha sido tomar como medida el traslado del ofensor a otro lugar de residencia, comunidad o país; sin que medie denuncia ante las autoridades de justicia civil correspondientes.

En el caso de México, y bajo el contexto de la pandemia del COVID-19 decretada en marzo de 2020 por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020), entre las medidas preventivas para evitar la propagación del contagio de esta enfermedad, destaca la de quedarse en casa, implicando que niños/as y adolescentes permanezcan el mayor tiempo en sus hogares. Si bien esta medida se aplica a nivel mundial, ha propiciado inevitablemente un aumento considerable en el fenómeno del abuso sexual infantil entre otro tipo de abusos al interior de las familias.

De acuerdo con el reporte de la Organización Aldeas Infantiles SOS, difundido el 11 de noviembre de 2020, México es el primer país en abuso sexual infantil, con una estimación de 5.4 millones de casos al año. Esta organización sostiene que de cada

1,000 casos de abusos cometidos en contra de menores solo se denuncian 100 y de éstos 10 van a juicio y solo uno obtiene una sentencia.

Otro dato de esta organización indica que, de marzo de 2020 a la fecha la institución ha recibido más de 115 mil llamadas de emergencia para atender casos de violencia en contra de mujeres, niños y adolescentes, las denuncias corresponden a violación, violencia de pareja, abuso sexual, acoso sexual y violencia familiar. Respecto al agresor sexual, esta organización informa que el 30% de los agresores de niños en la etapa de la primera infancia, es decir hasta los 5 años, corresponden a los padrastros, un 30% son los abuelos, y el 40% se trata de tíos, primos, hermanos o cuidadores. (El Universal, 2020), con esto se confirma que el agresor sexual infantil se encuentra en el ámbito familiar del menor de edad y el número de casos de agresores sexuales infantiles denunciados es mínimo de acuerdo con las estimaciones de esta organización.

### 2.3 Teorías sobre el abusador sexual

A partir de esta información, se presenta un encuadre de las teorías sobre el agresor sexual infantil, tomando como base argumentativa la presentada por David Finkelhor (2005) y Sullivan (1997), de la investigación de estos dos autores se retoma algunas bases teóricas sobre el ofensor sexual, cuyas principales características se resumen en los siguientes puntos:

Teorías <sup>4</sup>	Características propuestas por cada autor consultado	
	Finkelhor	Sullivan
<b>El abusivo era visto como psicopático</b>	<p>Esta teoría sostenía que los abusadores sexuales eran personas que presentaban trastornos mentales como psicosis, retraso mental, o estaban en una edad senil; sin embargo, la evidencia mostró que la mayoría de los casos, estos estereotipos eran falsos, ya que los agresores eran amigos, vecinos o parientes cercanos al menor.</p> <p>Estos agresores utilizan su autoridad o encanto para obtener la confianza del menor, o bien su cooperación. En otros casos, el ofensor logra que el niño (a) muestre una actitud pasiva ante el abuso.</p>	<p>Para este autor la mayoría de los abusadores sexuales en contra de adolescentes se trata de hombres sanos con una edad media de 30 años.</p> <p>Por otro lado, el departamento de Policía de Los Ángeles construyó un perfil respecto a agresores sexuales de jóvenes, suele tratarse de hombres de familia, de clase media y estudios profesionales, se percibe como un ciudadano respetable.</p>

<sup>4</sup> La mayor parte de la teorización sobre el ofensor sexual se basa en la información que los ofendidos denuncian.

Teorías <sup>4</sup>	Características propuestas por cada autor consultado	
	Finkelhor	Sullivan
	El fin del agresor sexual infantil puede ser el tocamiento de los genitales, el exhibicionismo y la masturbación.	
<b>Madres seductoras</b>	Esta teoría sostiene que el abuso sexual era a partir de madres excesivamente seductoras, y cuyo interés sexual se debía a un desorden en la relación del menor con sus padres, generando ansiedad incestual en la mujer, produciendo miedo a la sexualidad adulta, por ello se establecía el interés sexual hacia el menor que no representaba mayor amenaza.	Las mujeres también abusan sexualmente, pero de una forma sutil, con caricias inapropiadas, con una actitud seductora.
<b>Fijación sexual</b>	Sostiene que el ofensor sexual presenta una fijación en una etapa temprana del desarrollo. La cual podría haber sido resultado de una experiencia sexual negativa, buscando repetir la conducta de manera compulsiva con el propósito de cambiar el resultado final. Sin embargo, esta teoría no ha tenido evidencia empírica, ya que los hombres que se involucran sexualmente con niños son un grupo muy heterogéneo, que no necesariamente cumplen con esta fijación sexual.	El agresor que abusa de NNA probablemente fue abusado durante su niñez, quedando estancado en una fase adolescente del desarrollo, es decir que siendo adultos se conciben como niños a nivel psicológico por ello se sienten cómodos en la presencia de éstos.
<b>Diversidad de los ofensores sexuales (generalizaciones empíricas sobre los agresores sexuales)</b>	<p>La mayoría de los ofensores se involucran con menores por motivos diversos como: observar la oportunidad fuera de lo cotidiano, stress, frustración hacia otros, desahogo sexual, etcétera.</p> <p>En algunos casos, el agresor comete el abuso para alcanzar una gratificación sexual, en otros el fin es cubrir una necesidad de acercamiento o de agresión.</p> <p>El agresor sexual puede tener miedo hacia una sexualidad adulta. Ya que los NNA pueden resultar atractivos porque son inocentes, no son exigentes y no poseen características físicas adultas.</p> <p>El interés del agresor hacia el menor depende de la edad del ofensor sexual, la edad del niño (a) y la actividad involucrada.</p> <p>El alcohol, puede tener una conexión consistente con algunos patrones de abuso sexual infantil, ya que el beber</p>	<p>El autor refiere que el abusador sexual elige a menores de edad porque “le resultan objetos “seguros” sobre los cuales fácilmente se puede ejercer control” (pág. 199).</p> <p>Es probable que el agresor sexual infantil no tuvo una correcta presencia paterna, por ello puede pasar a representar ante los menores abusados la figura idealizada del padre.</p> <p>“El hostigador de muchachos es una personalidad inadaptada que se aferra a las mujeres y tratar de probar su valía como hombre” (pág. 202), es decir que se pueda tratar de personas con una alta dependencia hacia las mujeres en cuanto a cuidados y apoyo, por otro lado, el agresor es un homosexual que no es capaz de aceptar su orientación sexual por lo que invierte mucha energía en</p>

Teorías <sup>4</sup>	Características propuestas por cada autor consultado	
	Finkelhor	Sullivan
	puede resultar en una excusa o racionalizar el abuso por parte del agresor, más que una causa.	disipar las sospechas de su elección sexual.
<b>La teoría de la supremacía masculina</b>	Indica que los hombres como grupo dominante, tratan de controlar a la mujer, por ello utiliza la violencia sexual y la amenaza para mantenerla intimidada. De acuerdo con Brownmiller (1975) es más fácil explotar a la mujer y a los niños en una sociedad dominada por los hombres. El sexo tiene una condición de valor, por ello tratará de tener acceso a éste.	<p>En este sentido, el autor refiere que los niños imitan en cuanto les sea posible las cualidades de masculinidad, por ello, se espera que los hombres sean sexualmente agresivos, si muestran debilidad en este aspecto se les considera tontos. Por ello, en la mayoría de las familias se deja a los niños que busquen por sí solos información respecto al sexo y guarden sus dudas para ellos mismos.</p> <p>Cuando un hombre sufre un agravio sexual tiende a sentir la necesidad del sexo para reafirmar su funcionalidad.</p>

Elaboración propia con base en Finkelhor (2005) y Sullivan (1997).

## 2.4 Características del abuso sexual infantil

Además de estas teorías, Finkelhor (2005) y Sullivan (1997) detallan las siguientes características del abuso sexual infantil, mismas que no son exhaustivas para este trabajo, pero que resultan relevantes para el propósito de la investigación:

- La mayoría de los casos de abusadores sexuales son hombres, y pueden ser desde adolescentes, adultos jóvenes u hombres maduros.
- Existe un bajo porcentaje de mujeres como abusadoras sexuales de personas menores de 18 años. En el estudio realizado por Finkelhor, menciona que la mayoría de las experiencias sexuales de los niños (hombres) son de tipo homosexual (84 por ciento), y para las niñas estas experiencias son heterosexuales (94 por ciento). Algunos elementos argumentativos indican que en nuestra sociedad la mujer tiene una relación distinta con los niños, que la que construye el hombre hacia éstos. La mujer tiene un contacto físico más cercano al menor, que se desarrolla en un contexto de mayor libertad y amplitud, en cambio con el hombre, este contacto con el infante es más difícil de establecer, debido a la sospecha que puede despertar en otras personas este

acercamiento. Por otro lado, la mujer abusa físicamente del menor en un grado similar con respecto al abuso sexual infantil realizado por el hombre.

- El lugar de los abusos se da con mayor frecuencia en la casa del menor o bien del agresor.

- Un mínimo porcentaje de ofensores sexuales están en prisión.

- La definición de incesto para Finkelhor (2005) es el contacto sexual dado entre dos miembros de una misma familia, el cual incluye “la masturbación mutua, el contacto manual-genital u oral-genital, la manipulación sexual, la exhibición y hasta las proposiciones sexuales” (pág. 122), los actos incestuosos considerados como un verdadero tabú es el contacto sexual entre miembros de una familia pero que son de diferentes generaciones. Para Sullivan (1997) el incesto implica que el menor debe asumir dos papales incompatibles dentro de su familia, ya que debe ser hijo, “amante” de su progenitor y “padre” del progenitor que no se involucra sexualmente.

- El incesto se considera el tabú universal de nuestra sociedad, aunque existe una condición de ambivalencia en esta situación, por un lado, se le considera como una amenaza al orden social, pero por otro, comienza a formarse una contraposición que acepta este tipo de actos, por ejemplo, en la literatura pornográfica, existen títulos que resultan sugerentes en el establecimiento de relaciones sexuales entre miembros de una misma familia, propiciando la fantasía incestuosa sin sentir culpa. El tabú del incesto, virtualmente universal, se sostiene en razones del tipo biológico, social y psicológica. “Es tan fuerte que no se habla de él y sirve para proteger a la estructura familiar, así como para promover el sano desarrollo de la especie humana” (Sullivan, 1997, pág. 128).

- El tipo de incesto que se da entre padre e hija es el que ha recibido más atención, dada su alta prevalencia a partir de casos en psicoterapia o en las instituciones que atienden a personas que han sufrido de abuso sexual por sus progenitores. Sullivan se enfoca en el incesto padre-hija debido al tipo de tratamiento que se desarrolla para mujeres abusadas sexualmente por sus padres, aun cuando éstos sean padrastros o figuras paternas debido al impacto que estas conductas tienen en el desarrollo de la vida de las mujeres abusadas.

- De acuerdo con la encuesta de Finkelhor, existe un número considerable de casos de contactos sexuales entre hermanos o hermanas a temprana edad. El contacto sexual

entre hermanos, sobre todo en el caso de las mujeres, puede existir el uso de la fuerza o coerción para darse la relación sexual.

- La persona que realiza actos de exhibicionismo, lo que busca como fin de su conducta es producir un tipo de asalto con la intencionalidad de sorprender, sobresaltar o atemorizar a la persona que no ha consentido este acto.
- Se considera que el papel de la madre es fundamental en el desarrollo sexual de los hijos, pero existe poca evidencia de que la mujer adulta se acerqué sexualmente a los niños/as, aunque una actitud negligente materna hacia la protección del menor puede propiciar el abuso.
- Se conoce más de situaciones en que las parejas de las mujeres se involucran con los hijos de éstas.
- Frecuentemente el niño es llevado con engaños a la situación de abuso. En la mayoría de los casos, los abusadores sexuales conocen y tienen confianza con los NNA, por lo que no requieren de aplicar fuerza física para que se dé el abuso (Sullivan, 1997).

Con esta información se establece un marco de referencia teórica que resalta algunas características que exponen algunos de los escenarios, motivos y condiciones para analizar la conducta del abusador sexual infantil. Con la construcción del marco conceptual de este estudio a continuación, se expone un comparativo de características entre el abuso sexual respecto al abuso físico, ya que permite aclarar que estos dos tipos de abusos no son excluyentes entre sí y socialmente es más aceptado el abuso físico respecto al abuso sexual dirigido a la población menor de 18 años.

## 2.5 Abuso sexual versus abuso físico

A continuación, se esquematiza de forma comparativa las diferencias entre abuso sexual y abuso físico, aunque guardan diferencias entre sí, los dos pueden darse al mismo tiempo ya que uno no es excluyente del otro:

Abuso sexual	Abuso físico
Ambos hechos se pueden dar en el interior de las familias, donde están involucrados los menores y los adultos responsables de su cuidado.	
En los dos casos de abuso (sexual y físico) pueden ocurrir durante largos periodos de tiempo, mismos que pueden heredarse de generación en generación.	
El trabajador social de protección infantil atiende ambos tipos de abusos, ya que es el profesional que vela por los intereses del menor en el ámbito familiar, comunitario y legal.	

El abuso sexual y el abuso físico no necesariamente ocurren de forma simultánea, aunque no es excluyente una de otra.	
El trauma que presenta el menor es psicológico, no físico, aunque en algunos casos presentan daño físico en la región genital.	Provoca dolor y deja evidencias físicas, considerándolo como atentado a la vida.
Este tipo de abuso expresa hostilidad, coerción o sadismo, aunque en ocasiones, la hostilidad tiene un impacto destructivo.	Aun cuando el padre ame a su hijo expresa en ese momento el deseo de lastimar.
Las actitudes sociales son diferentes frente a estos dos tipos de abusos.	
La sociedad se muestra más intolerante y condena el abuso sexual.	Este tipo de violencia es aceptada abiertamente en diversas situaciones cotidianas, y puede ser utilizado como medio de disciplina.
Las personas que se encuentran más vulnerables ante el abuso sexual son los preadolescentes.	Los menores de seis años son más susceptibles a recibir este tipo de abuso físico.
El abuso sexual es cometido mayormente por los hombres.	El abuso físico es cometido mayormente por las mujeres.

Con esta información se especifican algunas de las características y circunstancias bajo las cuales se conforman algunos de los delitos sexuales y abusos físicos que se cometen en contra de niñas, niños y adolescentes.

En el siguiente capítulo se planteará un esquema conceptual respecto al tema de infancia, considerando a niñas, niños y/o adolescentes figuras centrales de esta investigación; por lo que se expondrán algunas características del proceso de desarrollo durante sus primeras etapas de vida, a partir de la exposición de tres teorías, para contextualizar porqué el abuso sexual tiene lugar en estas etapas de desarrollo y cómo se da el ocultamiento social del agresor sexual.

## III. Infancia y su desarrollo

---

En este capítulo se exponen tres teorías del desarrollo infantil, desde un enfoque cronológico, el cual abarca desde el nacimiento hasta antes de cumplir los 18 años, con el propósito de comprender los cambios en las diferentes áreas en cada etapa del desarrollo de niños, niñas y adolescentes tienen lugar y cómo este proceso puede incidir en la ocurrencia del abuso sexual infantil.

El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, 2005) en su publicación “Estado mundial de la infancia 2005” define el ideal de la infancia como “una época en la que los niños y las niñas tuvieran la posibilidad de crecer y desarrollar su pleno potencial: niños y niñas sanos en la escuela y en los lugares de recreo, que crecen fuertes y seguros de sí mismos y reciben el amor y el estímulo de sus familias y de una comunidad amplia de adultos que se preocupan de ellos, y que asumen gradualmente las responsabilidades que trae la edad adulta sin miedo, seguros frente a la violencia, protegidos contra los malos tratos y la explotación.” (pág. 1).

Además, es una etapa valiosa en la que los infantes deben vivir sin miedo, seguros frente a la violencia, protegidos contra los malos tratos y la explotación en sus diversas formas. Como tal, la infancia significa mucho más que el tiempo que transcurre entre el nacimiento y la edad adulta. Se refiere al estado y la condición de la vida de un niño, a la calidad de esos años (UNICEF, 2005).

### 3.1 Tres teorías sobre desarrollo infantil

Por ello, se abordarán sintéticamente tres teorías que exponen los procesos o etapas en el desarrollo humano, de forma particular durante el periodo de la niñez y hasta la adolescencia, se aborda al crecimiento físico observable durante un determinado periodo de tiempo, y la composición de cambios constitucionales y aprendidos que integran la personalidad de un individuo en constante desarrollo (Maier, H. 1980), este proceso puede implicar una condición que puede favorecer el abuso sexual infantil, debido a la dependencia que NNA tienen hacia otras personas mayores para su crecimiento.

Con la primera teoría se expone el estudio del desarrollo humano desde el campo evolutivo, donde se establecen una serie de periodos que inician desde la concepción hasta la adolescencia (Papalia, 2012). Este campo se enfoca en el estudio científico de los cambios y estabilidad en los niños, los investigadores que se dedican a este campo de estudio lo hacen considerando dos tipos de cambio: **cuantitativo y cualitativo**.

El cambio cuantitativo considera estatura, peso, lenguaje y comunicación, el segundo cambio se refiere al tipo, estructura u organización del desarrollo en un individuo. Estos estudios encontraron relevancia a finales del siglo XIX, y aunque la investigación de la infancia tiene más de 100 años, es un área en continua exploración y evolución. Los expertos del área coinciden al establecer tres dominios en el desarrollo humano: físico, cognitivo y psicosocial.

La primera propuesta teórica refiere al desarrollo físico y cognitivo desde la concepción y hasta antes de los 18 años, algunas características se resumen en la siguiente tabla:

Características relevantes del desarrollo físico y cognitivo		
Periodo	Físicas	Cognitivas
Prenatal (desde la concepción al nacimiento)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fecundación del óvulo.</li> <li>• Dotación genética influida por circunstancias ambientales.</li> <li>• Formación de órganos y estructura básica, incluyendo el cerebro.</li> <li>• El crecimiento físico es el más rápido durante el ciclo vital.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desarrollo de capacidades para aprender, recordar y responder a estímulos sensoriales.</li> </ul>
Lactancia y Primera Infancia (nacimiento a 3 años)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los sentidos y sistemas orgánicos operan en distintos grados.</li> <li>• El cerebro aumenta su complejidad y es sensible a los factores externos.</li> <li>• El crecimiento físico y desarrollo de las habilidades motoras es rápido.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Capacidades como aprender y recordar están vigentes, desde las primeras semanas de vida.</li> <li>• Al final del segundo año de vida utiliza símbolos y resolución de problemas.</li> <li>• Comprensión y uso del lenguaje se desarrollan con mayor rapidez.</li> </ul>

Características relevantes del desarrollo físico y cognitivo		
Periodo	Físicas	Cognitivas
<b>Segunda Infancia</b> (3 a 6 años)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Crecimiento constante, su estructura corporal es más delgada y sus proporciones son más parecidas a las adultas.</li> <li>• Disminuye su apetito y los problemas de sueño son comunes.</li> <li>• Aparece la laterización; mejorando las habilidades motoras finas y gruesas, además de la fuerza.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El pensamiento es egocéntrico, pero aumenta la comprensión de perspectivas ajenas.</li> <li>• La inmadurez cognitiva propicia ideas ilógicas del mundo.</li> <li>• Mejora la memoria y el lenguaje.</li> <li>• Su inteligencia se vuelve más predecible.</li> <li>• La experiencia preescolar es común.</li> </ul>
<b>Tercera Infancia</b> (6 a 11 años)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El crecimiento se vuelve más lento.</li> <li>• Mejora la fortaleza y las habilidades atléticas.</li> <li>• Las enfermedades del tipo respiratorias son comunes, pero la salud es, mejor que en ningún otro momento en el ciclo vital.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disminuye el egocentrismo, comienza el pensamiento lógico, pero aún se caracteriza por ser concreto.</li> <li>• Aumentan las habilidades de memoria y lenguaje.</li> <li>• Las ganancias cognitivas permiten que los niños se beneficien de la instrucción escolar formal.</li> <li>• Algunos niños muestran necesidades y fortalezas educativas especiales.</li> </ul>
<b>Adolescencia</b> (11 a 20 años aprox.)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El crecimiento físico y otros cambios son rápidos y profundos.</li> <li>• Ocurre la maduración reproductiva.</li> <li>• Los principales riesgos de salud provienen de asuntos conductuales, como trastornos de la alimentación y consumo de drogas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desarrollo del pensamiento abstracto y presencia de razonamiento científico.</li> <li>• El pensamiento inmaduro persiste en algunas actitudes y comportamientos.</li> <li>• La educación se enfoca en la preparación para la universidad o la vocación.</li> </ul>

Elaboración propia. Fuente: Papalia-, Wendkso-Gids, Duskin-Ruth, 2012.

La segunda teoría refiere al área psicoanalítica, propuesta por Sigmund Freud que, postula que los cambios en el individuo se centran en un proceso evolutivo del Yo y en la personalidad basada en el desarrollo psicosexual del individuo, al establecer cinco fases evolutivas de la organización sexual (1905):

Fase	Periodo	Descripción
<b>Oral</b>	Del nacimiento a los 18 meses	Se distingue por el uso de la boca como medio de placer y satisfacción así como la asimilación del objeto.
<b>Anal</b>	De los 18 meses hasta los 3 años	Es representada por el control de esfínteres en cuanto a la retención y defecación.

<b>Fálica</b>	De los 3 a los 6 años	Se caracteriza por la diferenciación de sexos y la aparición del Complejo de Edipo.
<b>Latencia</b>	Inicia a los 7 años y concluye con el inicio de la pubertad	Se asocia con la aparición del pudor y la vergüenza asociada a la sexualidad.
<b>Genital</b>	Ocurre a partir de los 12	Se reconoce por el deseo relacionado al tema sexual, se intensifica más que en la etapa <i>fálica</i> , resalta el vínculo con otras personas y tiene un carácter más abstracto y simbólico.

Elaboración propia. Fuente: Freud, S. Tres ensayos para una Teoría Sexual (1981a), obra original publicada en 1905).

La siguiente teoría a exponer es de Erik H. Erikson, quien refiere que el desarrollo es una secuencia evolutiva que integra hechos biológicos, psicológicos y sociales, al cumplir un proceso auto terapéutico porque cura las heridas de las crisis ocurridas durante el desarrollo. Esta teoría encuentra sus raíces en la reformulación de los postulados de Freud en las primeras cinco etapas del desarrollo psicosexual. Sin embargo, su enfoque manifiesta que cada una de las ocho fases establecidas en esta teoría, se encuentra en permanente movimiento, “un individuo nunca tiene una personalidad, siempre está volviendo a desarrollar su personalidad” (Maier, 2001, pág. 36).

El sujeto en cada fase debe resolver y dominar cierto problema fundamental, representado en un dilema, en la solución de este conflicto, el individuo puede pasar a la siguiente fase. Por ello, el desarrollo es un proceso continuo, pues sus fases están respaldadas en las anteriores y encuentran su solución en las posteriores. Las ocho fases establecidas en esta teoría son: I. Infancia, II. Niñez temprana, III. Edad de juego, IV. Edad escolar, V. Adolescencia, VI. Adulto joven, VII. Adulthood, y VIII. Edad madura. Finalmente, como lo establece Maier (2001), “Siempre hay riesgos físicos y psicológicos, y el individuo debe superarlos para impedir la descomposición y el deterioro. El retraso o el fracaso del desarrollo despojará al individuo de su posible supremacía y amenazará toda su jerarquía de desarrollo” (pág. 37).

Estas tres teorías, aunque mantienen enfoques distintos de explican las etapas que abarcan desde la niñez y la adolescencia, coinciden en que la persona se encuentra en un proceso desarrollo y de cambio constante, desde las primeras etapas se requiere de la protección y acompañamiento de un entorno familiar y social para su pleno desarrollo. Este proceso de desarrollo y las características de niñas, niños y adolescentes se

encuentran en una condición de dependencia hacia al adulto, lo cual puede facilitar entre otros aspectos el abuso sexual infantil, por lo además requiere de una protección jurídica para la establecimiento y aplicación de derechos humanos para su pleno desarrollo.

Desde el ámbito jurídico en México, se retoma lo expuesto por Rosa María Álvarez de Lara, en su artículo “El concepto de niñez en la Convención sobre los Derechos del Niño y en la Legislación Mexicana” (2011), menciona que los niños son igual que el resto de las personas, destinatarios de todas las disposiciones que protegen los derechos humanos, por ello fue necesario reconocer a la niñez como un grupo humano que, por su condición de inferioridad en las relaciones sociales requiere para su debida protección, de normas específicas que estén dirigidas al reconocimiento, promoción y amparo de sus derechos. Es importante, dimensionar el número de menores que habitan en el mundo para entender el tamaño de la responsabilidad que adultos y sociedad en su conjunto tienen frente del cuidado de niñas, niños y adolescentes.

### **3.2 La población menor de 18 años en el mundo**

En términos poblacionales, el porcentaje de niñas, niños y adolescentes menores de 18 años representa un segmento importante de la población mundial. De acuerdo con las proyecciones poblacionales indica que, para el año 2050, se alcanzará un total de 10,000 millones de personas en el planeta; de este total 2,400 millones serán menores de 18 años, es decir, que casi una de cada cuatro personas en el mundo estarán en este rango de edad (UNICEF, 2015); sin embargo, muchos de estos menores no disfrutarán de las oportunidades de ejercer sus derechos fundamentales, como son el acceso a la educación, salud, vivienda, por citar algunos ejemplos; es decir, no tendrán las condiciones para desarrollar su potencial y de convertirse en ciudadanos que participen plenamente en sus sociedades.

En el caso de México, de acuerdo con la Encuesta Intercensal 2015 (INEGI), refiere que en ese año residían cerca de 39.2 millones de niñas, niños y adolescentes de 0 a 17 años, lo que representaba el 32.8 por ciento de la población total del país, es decir, 3 de cada 10 personas. Este grupo poblacional transita por varias etapas de crecimiento en las que se identifican necesidades básicas mismas que deben satisfacerse para

garantizar sus derechos humanos, esto respaldado con las características de las tres teorías antes expuestas en este capítulo.

A partir de este marco conceptual, se abordará el tema de Derechos Humanos, con el propósito de enfatizar la necesidad de protección al menor, para su pleno desarrollo como persona única y que forma parte de un grupo social que requiere de un entorno social sensible a su bienestar.

### **3.3 Derechos humanos para la infancia**

La Declaración de los Derechos del Niño, aprobada en la Asamblea General de las Naciones Unidas en Ginebra (1959), establece entre otros puntos, que "...considerando que el niño, por su falta de madurez física y mental, necesita protección y cuidados especiales, incluso la debida protección legal, tanto antes como después del nacimiento..." (pág. 1), por ello se proclama la Declaración de los Derechos del Niño a fin de que éste pueda acceder a una infancia feliz y gozar en su propio bien y en bien de la sociedad, de los derechos y libertades que en ella se enuncian e insta a los padres, a los hombres y mujeres individualmente y a las organizaciones particulares, autoridades locales y gobiernos nacionales a que reconozcan esos derechos y luchen por su observancia con medidas legislativas y de otra índole adoptadas progresivamente.

Bajo este contexto, la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño promovida por el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), aprobada el 20 de noviembre de 1989, manifiesta que "reconoce que los niños (personas menores de 18 años) son individuos con derecho de pleno desarrollo físico, mental y social, y con derecho a expresar libremente sus opiniones" (pág. 6). Esta convención surge como una necesidad imperativa, porque aun cuando muchos países tenían leyes que protegen a la infancia, algunos no las respetan. Para los niños esto significa con frecuencia pobreza, acceso desigual a la educación, abandono; éstos y otros problemas afectan tanto a los niños de los países ricos como pobres.

En 2015, UNICEF publica la "Convención sobre los derechos del niño", en el cual se establecen 54 artículos, destacando el Artículo 19 que a la letra indica: "1. Los Estados Parte adoptarán todas las medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas

apropiadas para proteger al niño contra toda forma de perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, incluido el abuso sexual, mientras el niño se encuentre bajo la custodia de los padres, de un representante legal o de cualquier otra persona que lo tenga a su cargo.” (pág. 167).

Bajo la observancia de esta convención, nuestro país, a través de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, publica en su portal de internet que son niñas y niños los menores de 12 años, y adolescentes las personas de entre 12 años cumplidos y menos de 18 años ([http://www.cndh.org.mx/Ninos\\_Derechos\\_Humanos](http://www.cndh.org.mx/Ninos_Derechos_Humanos), el apartado de “Derechos Humanos de Niñas, Niños y Adolescentes-Derechos Humanos).

Por otro lado, la misma Convención Internacional sobre los Derechos de los Niños es una síntesis de normas provenientes de instrumentos de derechos humanos de carácter general y de principios y derechos propios de la tradición jurídica vinculada a los derechos de la infancia, sin embargo, es necesario interpretar y comprender sistemáticamente estas normas, de forma particular bajo los principios que la Convención ha recuperado bajo el concepto del “Interés superior del niño” (Cillero, 1999). Con esta legislación se manifiesta la necesidad de la protección de los menores dada la condición de vulnerabilidad que representa las diferentes etapas de desarrollo y que en muchos casos, incentiva el abuso de NNA en sus diversas formas de manifestación, entre ellas la sexual.

### **3.4 El interés Superior de niñas, niños y adolescentes**

Es importante resaltar que los diversos documentos y acciones que se han desarrollado para la protección de la niñez y adolescencia tienen como referente el principio del *Interés superior de la niñez*, el cual se concibe como el conjunto de acciones y procesos tendientes a garantizar un desarrollo integral y una vida digna, así como las condiciones materiales y afectivas que les permitan vivir plenamente y alcanzar el máximo de bienestar posible. Cillero (1999) manifiesta que el Comité de los Derechos del Niño, conformado por la misma Convención, ha señalado que este concepto es uno de los principios generales de la Convención, llegando a considerarlo como principio “rector-guía” de ella.

Cillero (1999) manifiesta que, bajo la teoría de los derechos humanos, toda persona es sujeta al principio básico en el ejercicio de sus derechos, sin embargo, se puede observar que existen grupos de personas que no están efectivamente protegidos en el ejercicio y goce de sus derechos, este es el caso de los grupos de infancia-adolescencia.

Desde la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH, 2018) el Interés Superior de Niñas, Niños y Adolescentes en México, está incorporado en el artículo 4º Constitucional desde 2011, y especifica qué “En todas las decisiones y actuaciones del Estado se velará y cumplirá con el principio del interés superior de la niñez, garantizando de manera plena sus derechos. Los niños y las niñas tienen derecho a la satisfacción de sus necesidades de alimentación, salud, educación y sano esparcimiento para su desarrollo integral. Este principio deberá guiar el diseño, ejecución, seguimiento y evaluación de las políticas públicas dirigidas a la niñez (pág. 1).

### **3.5 La protección de la infancia en contra de la explotación y abuso sexual**

El Artículo 34 de la Convención sobre los derechos del niño (Unicef, 2015), instituye textualmente que “... Los Estados Partes se comprometen a proteger al niño contra todas las formas de explotación y abuso sexuales. Con este fin, los Estados Partes tomarán, en particular, todas las medidas de carácter nacional, bilateral y multilateral que sean necesarias para impedir:

- a) La incitación o la coacción para que un niño se dedique a cualquier actividad sexual ilegal;
- b) La explotación del niño en la prostitución u otras prácticas sexuales ilegales;
- c) La explotación del niño en espectáculos o materiales pornográficos” (pág. 22).

En el contexto de México, y como miembro activo de UNICEF desde hace más de 50 años, el 04 de diciembre de 2014, fue expedida la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes (LGDNNA), reformando diversas disposiciones de la Ley General de Prestación de Servicios para la Atención, Cuidado y Desarrollo Integral Infantil;

Es evidente que existe gran interés por la preservación y aplicación de los derechos de forma permanente y efectiva para niñas, niños y adolescentes a nivel mundial, sin

embargo, por el proceso de desarrollo que caracteriza esta población, puede resultar una circunstancia que limita la aplicación y defensa en estos derechos universales (CNDH, 2018).

Esto encuentra respaldo en informes nacionales e internacionales, como el estudio realizado por Save the Children en 2016, titulado “Las Niñas y las Adolescentes en México Frente a la Violencia. Libres para Vivir, Libres para Aprender, Libres de Peligro” o bien, el informe del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia publicado en 2017, que aborda la situación habitual, respecto a la violencia en las vidas de los Niños y los Adolescentes, por citar un par de ejemplos evidencian la trasgresión sistemática de derechos y que, de forma cotidiana se da la ocurrencia de casos de este tipo de abusos; por otro lado, se reconoce el trabajo y esfuerzo realizado por las diferentes organizaciones a nivel institucional incluyendo sociedad y familia para preservar la integridad física, emocional y psicológica de esta población, sin embargo, se está aún lejos de lograr un futuro mejor para la niñez y adolescentes del mundo, y lo está más el que se cumpla cabalmente.

Por ello, las diversas etapas de desarrollo en las que se encuentran niñas, niños y adolescentes, puede representar una condición de vulnerabilidad que impide garantizarles una vida digna y un pleno desarrollo. La cotidianidad muestra que muchos de estos menores aún no han logrado equilibrar el derecho normativo con su situación real, aún existe una gran distancia, ya que merman su calidad de vida, trayendo consecuencias no sólo al individuo sino a la sociedad en su conjunto, como lo cita el propio Maier (2001) a partir de la teoría de Erikson del que se retoma el siguiente fragmento: “A medida que un niño madura, influye sobre su familia, pero también sufre la influencia de esta. La sociedad necesita del recién nacido para prolongarse, y este necesita de la sociedad para su propia crianza” (pág. 33).

En este capítulo se abordó el tema de niñez al considerar importante exponer algunas características del desarrollo humano en sus primeras etapas, por ello existe la necesidad imperiosa de proteger al menor, desde los marcos normativos y su aplicación mediante los diversos sectores sociales, a fin de favorecer la preservación de derechos humanos en el ejercicio pleno de éstos.

En el siguiente capítulo, se retoman los conceptos de salud y enfermedad, a fin de establecer la distinción entre el desarrollo saludable de un individuo de aquel que no cumple con los criterios establecidos a partir de estos conceptos. Posteriormente se hará una breve exposición y descripción de los diferentes trastornos parafílicos, para conocer el tipo de conductas que definen los padecimientos mentales de la conducta sexual de acuerdo a su origen, formas de satisfacción y afectaciones en general.

## IV. Salud versus patología

---

Antes de continuar con la exposición y descripción del tipo de parafilias, se aborda en primera instancia los conceptos de salud como un principio que permite establecer un marco referencial básico de aquellas condiciones que se diferencian del estado de enfermedad, con mayor especificidad a lo concerniente a los trastornos mentales y concretamente lo relacionado al tema sexual.

### 4.1 Concepto de salud

La Organización Mundial de la Salud (2014), declara que “los siguientes principios básicos para la felicidad, las relaciones armoniosas y la seguridad de todos los pueblos” (pág. 1), se sustentan en los siguientes postulados:

- ✓ “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.
- ✓ El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social.
- ✓ La salud de todos los pueblos es una condición fundamental para lograr la paz y la seguridad, y depende de la más amplia cooperación de las personas y de los Estados.
- ✓ Los resultados alcanzados por cada Estado en el fomento y protección de la salud son valiosos para todos.
- ✓ La desigualdad de los diversos países en lo relativo al fomento de la salud y el control de las enfermedades, sobre todo las transmisibles, constituye un peligro común.
- ✓ El desarrollo saludable del niño es de importancia fundamental; la capacidad de vivir en armonía en un mundo que cambia constantemente es indispensable para este desarrollo.

- ✓ La extensión a todos los pueblos de los beneficios de los conocimientos médicos, psicológicos y afines es esencial para alcanzar el más alto grado de salud.
- ✓ Una opinión pública bien informada y una cooperación activa por parte del público son de importancia capital para el mejoramiento de la salud del pueblo.”  
(pág. 1)

En México, de acuerdo con el Artículo Cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (2020), el cual forma parte de las Garantías Individuales, refiere en su párrafo cuarto que “Toda Persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general. Por ello, la Ley General de Salud (2006) vigente, en su artículo 2°, refiere que “el derecho a la protección de la salud tiene las siguientes finalidades:

- I. El bienestar físico y mental del hombre para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades;
- II. La prolongación y el mejoramiento de la calidad de la vida humana;
- III. La protección y el acrecentamiento de los valores que coadyuven a la creación, conservación de salud que contribuyan al desarrollo social;
- IV. La extensión de actitudes solidarias y responsables de la población en la preservación, mejoramiento y restauración de la salud”.

En este contexto normativo, muestra la coincidencia entre las distintas organizaciones citadas, donde la salud es un estado de bienestar tanto físico, mental y social para que cada individuo logre su pleno desenvolvimiento personal y tenga una aportación social que beneficie al contexto donde se desarrolla.

Sin embargo, de acuerdo con el informe denominado Observatorio de la Salud Pública en México (2011) indica que “los programas de salud pública enfrentan una complejidad socio-sanitaria en la que se combinan el aumento en la esperanza de vida, el descenso de la mortalidad general e infantil y la disminución de las enfermedades carenciales, con procesos como el envejecimiento poblacional, el aumento del sobrepeso y a la obesidad,

el incremento de las lesiones, el ascenso de los padecimientos mentales y la amenaza de nuevas epidemias” (pág. 38).

En el Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024, en el tema de Salud, menciona que al inicio de la administración, el sistema de salud pública era insuficiente, ineficiente, desgastado e inmerso en una profunda corrupción, por lo que millones de mexicanos no tenían acceso a instituciones de salud pública, en muchos casos no se otorgaba atención médica para algunos padecimientos, en otros casos “ni siquiera logran acceso a terapias y tratamientos porque no están afiliados a ninguna institución de seguridad social o bien porque la cobertura del Seguro Popular es insuficiente. En suma, el derecho a la salud le es denegado parcial o totalmente al sector más desprotegido de la población mexicana” (pág. 45).

En el Plan de Acción sobre Salud Mental 2015-2020 de la Organización Panamericana de la Salud y de la OMS (2014), sostiene que “No hay salud sin salud mental”. Esta frase, expresa claramente la necesidad de un abordaje integral de la salud y enfatiza los vínculos entre lo físico y lo psicosocial en el proceso de la salud y la enfermedad. El bienestar mental es aquel en el que el individuo realiza sus capacidades, supera el estrés normal de la vida, trabaja de forma productiva, y aporta algo a la comunidad (OMS, 2013).

Las acciones diseñadas para la salud mental en México, como la publicación del Programa de Acción Específico sobre Salud Mental 2019-2024 (2020), se enfoca en contar con un Sistema Nacional de Salud Universal eficiente, inclusivo, accesible y sostenible, su normatividad estará diseñada con un enfoque de derechos humanos y de ciclo de vida. Dicho Sistema atenderá las particularidades sociales, económicas, demográficas y regionales de la población, asegurando el goce más pleno de bienestar físico, mental y social de todas y todos los mexicanos” (pág. 12).

Dentro de la conceptualización del término de salud, el tema sexual es una condición necesaria para el pleno desarrollo del individuo, con implicaciones a nivel personal y social, por ello la comprensión conceptual y de análisis respecto a la sexualidad para el estudio de caso es relevante. Se hará el abordaje de dos términos que se consideran pertinentes de atender en este capítulo, al identificar los alcances de los actos, que se

alejan del pleno ejercicio de los derechos humanos en sus diferentes formas como los ya referidos anteriormente.

#### **4.2 La sexualidad en el contexto de la salud pública**

De acuerdo con la OMS (2018), la sexualidad es un aspecto central del ser humano que está presente a lo largo de su vida, considera al sexo como las características humanas definidas como hombre o mujer, las identidades y los roles de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad y la reproducción. La sexualidad se siente y su expresión encuentra varias vías a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, comportamientos, prácticas, roles y relaciones. La sexualidad está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales.

Barragán (2001) señala que la sexualidad constituye una dimensión cotidiana de las relaciones humanas, de forma consciente o inconsciente, implícita o explícita, privada o pública, conforma un componente, ciertamente susceptible de represión y ocultación, pero no de ser eliminado.

En el mismo texto, el autor refiere que lo sexual no se puede identificar únicamente con lo biológico, ya que la sexualidad comprende una dimensión afectiva, moral, psicológica, y un uso social de la misma, enmarcado en el contexto de cada cultura. Existe una limitación mutua entre organismo y sociedad y una vez que se han establecido los límites entre lo social y lo biológico, intentando ser perpetuados por la cultura, presentando una realidad inalterable, generando mecanismos de control social, opresión y sumisión del modelo “natural”.

Por ello, se aborda el tema de salud sexual, a fin de comprender las limitantes que a nivel institucional y social se establecen para el ejercicio de la sexualidad en términos individuales que tienen un impacto en la colectividad, considerando dos ámbitos de actuación, referido entre lo legal y lo ilegal, es decir entre lo permitido socialmente de lo que no lo es, a partir de las normas convencionales que se establecen en cada sociedad de forma implícita y explícita.

### 4.3 La salud sexual y sus derechos

El tema sexual, es abordado por la Organización Mundial de la Salud de acuerdo con el informe denominado “La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo” (2018), donde alude que “la salud sexual es un estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad, y no solamente la ausencia de enfermedad, disfunción o malestar. La salud sexual requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y de las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de toda coacción, discriminación y violencia. Para que todas las personas alcancen y mantengan una buena salud sexual, se deben respetar, proteger y satisfacer sus derechos sexuales” (pág. 3).

Los derechos fundamentales de la salud sexual, de acuerdo con la OMS (2018) se establecen como:

- Los derechos a la vida, la autonomía y la seguridad de la persona
- El derecho a la igualdad y la no discriminación
- El derecho a no ser sometido a torturas o a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes
- El derecho a la privacidad
- Los derechos al grado máximo de salud (incluida la salud sexual) y al nivel máximo de seguridad social;
- El derecho al matrimonio y a formar una familia con el libre y completo consentimiento de ambos esposos, y a la igualdad dentro del matrimonio y en el momento de disolución de éste
- El derecho a decidir el número de hijos que se desea tener y el intervalo de tiempo entre los nacimientos
- Los derechos a la información y a la educación
- Los derechos a la libertad de opinión y de expresión; y

- El derecho a la reparación efectiva en caso de violación de los derechos fundamentales.

Estos derechos sexuales constituyen la aplicación de los derechos humanos existentes a la sexualidad y a la salud sexual. Protegen el derecho de todas las personas a satisfacer y expresar su sexualidad y a disfrutar de la salud sexual, con el debido respeto por los derechos de los demás, dentro de un marco de protección frente a la discriminación (OMS, 2018).

¿Qué ocurre cuando la salud del individuo no se desarrolla dentro de los parámetros considerados como deseables a partir de las definiciones expuestas?, el concepto de trastorno mental y más específicamente en el área sexual se abordan a continuación.

#### **4.4 Los trastornos mentales**

La OMS (2013) en su Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020, indica que los determinantes y consecuencias de la salud mental y trastornos mentales incluyen no solo características individuales tales como la capacidad para gestionar nuestros pensamientos, emociones, comportamiento e interacciones con los demás sino también a factores sociales, culturales, económicos, políticos y ambientales como las políticas nacionales, la protección social, el nivel de vida, las condiciones laborales o los apoyos sociales de la comunidad. La exposición a las adversidades a edades tempranas es un factor de riesgo prevenible establecido de los trastornos mentales.

El DSM-5 (2014), define al trastorno mental como “un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento de un individuo que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental” (pág. 5), y que muchos de los efectos que el trastorno mental provoca en la persona se ve permeada en todas las esferas de su vida.

Por otro lado, la Organización Panamericana de la Salud (2014) manifiesta que “Los trastornos mentales aumentan el riesgo de padecer otras enfermedades, además de contribuir a las lesiones no intencionales e intencionales. Por otra parte, las

enfermedades, ya sean transmisibles o no transmisibles, aumentan el riesgo de padecer trastornos mentales” (pág. 1).

En el Plan de Acción 2013-2020 (2013) establecido por la Organización Mundial de la Salud describe en el apartado de Panorama General el punto 5, el cual refiere que “la expresión «trastornos mentales» se utiliza para referirse a una serie de trastornos mentales (sic) y conductuales que figuran en la clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas de Salud Conexos, décima revisión (CIE-10). Entre ellos se incluyen trastornos con una alta carga de morbilidad, como la depresión, el trastorno afectivo bipolar, la esquizofrenia, los trastornos de ansiedad, la demencia, los trastornos por abuso de sustancias, las discapacidades intelectuales y los trastornos conductuales y del desarrollo” (pág. 6), a partir del Programa Sectorial de Salud 2019-2024 establecido en México, se considera como componente importante la atención a la salud mental, ya que los padecimientos en esta área afectan tanto al individuo como a la comunidad en su conjunto. Por lo que plantea una reestructuración de los Servicios de Atención Psiquiátrica más cercanos a la comunidad de acuerdo con sus necesidades, considerando de manera particular aquellos casos afectados por la violencia, migración, desastres naturales, entre otros.

De acuerdo con la OMS (2013), la salud mental a nivel mundial puede verse afectada dependiendo del contexto local, ya que algunas personas y grupos sociales pueden correr un riesgo significativamente mayor de sufrir problemas de salud mental. Entre los grupos vulnerables se encuentran (aunque no siempre) miembros de las familias que viven en la pobreza, personas con enfermedades crónicas, niños sometidos al maltrato o al abandono, adolescentes expuestos al abuso de sustancias, grupos minoritarios, las poblaciones indígenas, las personas adultas mayores, personas sometidas a discriminaciones y violaciones de los derechos humanos, las personas homosexuales, bisexuales y transexuales, los prisioneros o las poblaciones expuestas a conflictos, desastres naturales u otras emergencias humanitarias.

La OMS (2013) manifiesta que las crisis financieras mundiales han provocado el aumento de trastornos mentales y suicidios, así como la aparición de nuevos grupos vulnerables, como los jóvenes desempleados. Otros datos de este plan de acción indican

que las personas con trastornos mentales presentan tasas desproporcionadamente elevadas de discapacidad y mortalidad, un ejemplo de ello es que entre un 40 y 60 por ciento de sujetos con depresión mayor y esquizofrenia tienen mayores probabilidades de una muerte prematura.

Las personas con trastornos mentales suelen vivir situaciones de vulnerabilidad y pueden ser excluidas y marginadas de la sociedad, lo cual representa un importante impedimento para la consecución de los objetivos de desarrollo nacionales e internacionales. Los sistemas de salud todavía no han dado una respuesta adecuada a la carga de trastornos mentales, en consecuencia, la divergencia entre la necesidad de tratamiento y su prestación es creciente en todo el mundo. En países de ingresos bajos y medios entre un 76% y un 85% de personas con algún tipo de trastorno mental grave no recibe tratamiento; en países de ingresos altos el porcentaje oscila entre un 35% y un 50% (OMS, 2013).

Los trastornos mentales pueden surgir en cualquier contexto y momento, como el iniciado en diciembre de 2019, con la identificación de un nuevo coronavirus que se originó en China y que actualmente afecta a todo el mundo. Este virus se conoce como el síndrome respiratorio agudo grave coronavirus 2 (SARS-CoV-2). En marzo de 2020 la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró que este brote nombrado comúnmente como COVID-19 es una pandemia (OPS, 2020).

Ante este escenario, las personas en general pueden presentar temor, ansiedad, angustia y depresión. Este virus tiene un rápido contagio entre las personas, por ello los países decidieron como primera medida para evitar la propagación la aplicación del aislamiento social, y esto ha traído consigo otros retos de salud mental entre los que destacan la confusión, enojo, agotamiento, desapego, ansiedad, deterioro del desempeño y resistencia a trabajar, llegando incluso a trastorno de estrés postraumático y depresión, episodios psicóticos, delirios de persecución, entre otros (OPS-OMS, 2020).

La pandemia en este momento no ha podido ser controlada en su totalidad a pesar de que ya existen varias vacunas para su contención, sin embargo, la producción es limitada ante la demanda mundial, cada día el número de contagios y muertes se van acumulando debido también a las nuevas variantes del virus, lo que ha exacerbado aún más los

malestares físicos y mentales. Además, la situación de confinamiento de las personas en sus casas ha favorecido el aumento de otros problemas sociales, como los casos de violación, abuso sexual y la manifestación de la violencia en sus distintas formas.

En este contexto, se puede apuntar que con el aumento mundial de casos trastornos mentales, estarían incluidos los relacionados a la conducta sexual inapropiada (parafilias), los cuales también tendrían un impacto al alza, aunque no se cuenta con información específica, los datos podrían sugerir esta posibilidad.

#### **4.5 Concepto de trastorno sexual**

La Secretaría de Salud, a través de su Sistema único de Información (2009), sostiene que la sexualidad ha sido un tema de gran controversia social a través de los años, por ello es necesario proporcionar a la población más información para su propio cuidado y prevención como embarazos adolescentes, reducir las enfermedades de trasmisión sexual y evitar la violencia intrafamiliar.

Para Cáceres (2001), el impulso sexual es básico, primario, intenso y persistente. Se dedica un tiempo considerable para su satisfacción, frente a la satisfacción de otro tipo de impulsos primarios como el hambre, la sed y el sueño. El desencadenamiento de este impulso tiene que ver con factores internos como externos, donde las variables biológicas constituyen sólo el escenario que facilita la realización del comportamiento que genera este impulso. Menciona que “la gama de estímulos susceptibles de convertirse en eróticos es especialmente amplia y ubicua, tal vez sea una de las razones por la cual la sexualidad y su control ha sido anatematizados a lo largo de todas las épocas en casi todas las culturas, y no siempre mediante reglas escritas y claras, aunque no por ello de menos obligado cumplimiento” (pág. 1).

Pueden existir controversias en determinar qué puede considerarse patológico de lo que no es, sin embargo las personas que buscan ayuda psicológica refiere Cáceres (2001) “plantean que el desarrollo de tal vivencial sexual les ocupa tanto tiempo, la planificación de su desviación les supone tanto esfuerzo, que, a pesar del placer que reciben, aunque no sientan “malestar clínico”, desean poder verse libres de la misma, y quizá sea este deseo al que debemos atender” (pág. 2), es por lo que la conducta

parafilica que se aborda en el estudio de caso, sea un ejemplo de ello. A continuación, se incluye la definición y clasificación de parafilias, de acuerdo con diversos autores.

#### **4.6 Concepto de parafilia**

De acuerdo con el diccionario de la Real Academia, la palabra “Parafilia” tiene un origen etimológico en la lengua griega, que refiere la unión de dos vocablos “para” que significa “Junto a” y filein (filia), que se puede tener una traducción sinónima del verbo “amar”. Para efectos de este estudio de caso, el origen de la palabra Parafilia, podría definirse como “parece que es sexo, pero no lo es”. El término “Paraphillie” fue acuñado por el sexólogo Friedrich Salomo Krauss en 1903 para definir a “un instinto erótico desviado”. Este significado puede resultar no bien delimitado por la amplia gama de conductas que pueden ubicarse en esta definición.

El concepto de parafilia puede ser tan abstracta como obtener información respecto a la prevalencia en la atención psicológica de este tipo de casos a nivel mundial y/o local. Michelle A. McManus en su artículo “Paraphilias: definition, diagnosis and treatment” (2013) refiere que prevalece una discusión actual respecto a la definición de lo que es normal con relación al comportamiento desviado o desordenado; esto, enmarcado por la flexibilidad de las conductas sexuales que son aceptadas a través del tiempo y que forman parte de la cultura.

Las parafilias se conciben como aquellas prácticas sexuales inapropiadas, poco comunes o catalogadas como “perversiones”, dado que la fuente de placer no es satisfecha a través del contacto sexual consensuado, el clímax del acto puede estar exento de un contacto físico entre personas, ya que puede ser reemplazada por objetos, animales, situaciones, o bien a través del sometimiento sexual de otros individuos que son involucrados en eventos sexuales no consensuados, mediante acciones que implican el dominio físico, psicológico y/o social.

Las afectaciones para quién las reciben van desde aspectos físicos y/o psicológicos hasta económicos y sociales, habiendo consecuencias negativas en las diferentes áreas de la vida de las personas que son objeto de este tipo de conductas.

Por su parte, Cáceres (2001) refiere que el concepto de parafilia ha tenido por mucho tiempo una connotación peyorativa definida como “desviación sexual”. Tiene interrelación con otras áreas como “la psicología de la sexualidad humana, el derecho, y la protección de la intimidad del individuo y su capacidad de elegir y la moral”. Para este autor, “las parafilias se caracterizan por impulsos sexuales intensos y recurrentes, fantasías o comportamientos que implican objetos, actividades o situaciones poco habituales” (pág. 13).

Dentro de la Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento, CIE-10: CDI-10, (2000) en el Capítulo V, aparece un apartado de los Trastornos de la Inclinación Sexual, la cual incluye las parafilias, en cuyos criterios generales de categorización se establece que “el individuo experimenta impulsos sexuales y fantasías de carácter recurrente e intenso que implican objetos y actividades inusuales” además, “el individuo actúa de acuerdo con estos impulsos o siente un marcado malestar a causa de éstos”, y “la tendencia ha de estar presente al menos durante seis meses” (págs. 176 y 177).

De acuerdo con la Secretaría de Salud en México (2009) las parafilias se definen como “conductas sexuales poco frecuentes o raras, refiriendo que el origen de una parafilia tiene lugar a partir de necesidades sexuales y fantasías sexuales (sic) que incluyen, el sufrimiento o humillación, niños y/u objetos inanimados” (pág. 1).

Para Rubio (1994), la palabra parafilias es un término que ha sustituido el de perversión o aberraciones sexuales. Las parafilias son formas de conducta erótica en donde los métodos por lo que se consigue la excitación sexual son mediante la inexistencia de un vínculo interpersonal o bien se encuentra desbalanceado. La persona con parafilia experimenta el deseo de realizar (o fantasear) el acto parafílico de manera incontrolable, resistiendo a la voluntad y con la cualidad penetrante de las ideas obsesivas.

Estas definiciones coinciden en que, además de las formas poco comunes de satisfacción sexual, está el malestar emocional y la afectación en las diferentes esferas de la vida de quien presenta este tipo de trastornos, y existen además consecuencias en el ámbito de salud, social y legal que se desprenden del daño que ocasiona en las personas que son sometidas para la consumación de estas prácticas bajo coerción y

violencia física o psicológica. A continuación, se expone una clasificación de conductas del tipo parafilico de acuerdo con diversas fuentes de consulta.

#### **4.7 Clasificación de trastornos parafilicos**

La Guía de Consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-5 publicado por la American Psychiatric Association (2014), contiene un apartado denominado “Trastornos parafilicos”, el cual aborda la siguiente clasificación que considera temporalidad, conductas, nivel de afectación, en algunos casos, edad del individuo y objetos de satisfacción:

##### **4.7.1 Trastorno de voyeurismo:**

A. Durante un período de al menos seis meses, **excitación sexual intensa y recurrente derivada de la observación de una persona desprevenida** que está desnuda, desnudándose o dedicada a una actividad sexual, su manifestación es por medio de fantasías, deseos irrefrenables o comportamientos.

B. El individuo ha cumplido estos deseos sexuales irrefrenables con una persona que no ha dado su consentimiento, o los deseos irrefrenables o fantasías sexuales causan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

C. El individuo que experimenta la excitación y/o que actúa con un deseo irrefrenable tiene como mínimo 18 años (pág. 373).

##### **4.7.2 Trastorno de exhibicionismo:**

A. Durante un período de al menos seis meses, excitación sexual intensa y recurrente derivada de la **exposición de los genitales a una persona desprevenida**, y que se manifiesta por fantasías, deseos irrefrenables o comportamientos.

B. El individuo ha cumplido estos deseos sexuales irrefrenables con una persona que no ha dado su consentimiento, o los deseos irrefrenables o fantasías sexuales, causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento (pág. 374)

#### 4.7.3 Trastorno de froteurismo:

A. Durante un período de al menos seis meses, excitación sexual intensa y recurrente derivada de los **tocamientos o fricción contra una persona sin su consentimiento**, y que se manifiesta por fantasías, deseos irrefrenables o comportamientos.

B. El individuo ha cumplido estos deseos sexuales irrefrenables con una persona que no ha dado su consentimiento, o los deseos irrefrenables o fantasías sexuales causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento (pág. 375).

#### 4.7.4 Trastorno de masoquismo sexual:

A. Durante un período de al menos seis meses, excitación sexual intensa y recurrente derivada del **hecho de ser humillado, golpeado, atado o sometido a sufrimiento de cualquier otra forma**, y que se manifiesta por fantasías, deseos irrefrenables o comportamientos.

B. Las fantasías, deseos sexuales irrefrenables o comportamientos causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento (pág. 375).

#### 4.7.5 Trastorno de sadismo sexual:

A. Durante un período de al menos seis meses, excitación sexual intensa y recurrente derivada del **sufrimiento físico o psicológico de otra persona**, y que se manifiesta por fantasías, deseos irrefrenables o comportamientos.

B. El individuo ha cumplido estos deseos sexuales irrefrenables con una persona que no ha dado su consentimiento, o los deseos irrefrenables o fantasías sexuales causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento (pág. 376).

#### 4.7.6 Trastorno de pedofilia:

A. Durante un período de al menos seis meses, excitación sexual intensa y recurrente derivada de fantasías, deseos sexuales irrefrenables o **comportamientos que implican la actividad sexual con uno o más niños pre púberes** (generalmente menores de 13 años).

B. El individuo ha cumplido estos deseos sexuales irrefrenables, o los deseos irrefrenables o fantasías sexuales causan malestar importante o problemas interpersonales.

C. El individuo tiene como mínimo 16 años y es al menos cinco años mayor que el niño/niños del Criterio A (pág. 377).

#### 4.7.7 Trastorno de fetichismo:

A. Durante un período de al menos seis meses, excitación sexual intensa y recurrente derivada del **empleo de objetos inanimados con un gran interés específico por parte(s) del cuerpo no genitales**, que se manifiesta por fantasías, deseos irrefrenables o comportamientos.

B. Las fantasías, deseos sexuales irrefrenables o comportamientos causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

C. Los objetos fetiche no se limitan a prendas de vestir utilizadas para travestirse (como en el trastorno de travestismo) o a artilugios diseñados específicamente para la estimulación táctil de los genitales (pág. 378).

#### 4.7.8 Trastorno de travestismo:

A. Durante un período de al menos seis meses, excitación sexual intensa y recurrente derivada del **hecho de travestirse**, y que se manifiesta por fantasías, deseos irrefrenables o comportamientos.

B. Las fantasías, deseos sexuales irrefrenables o comportamientos causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

#### **4.7.9 Otros trastornos parafílicos no especificados:**

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno parafílico que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos parafílicos (pág. 379).

Esta clasificación de trastornos referidos en el DSM-5, están relacionados con el listado de los comportamientos de mayor prevalencia respecto a la información obtenida de la base de datos otorgada por el Instituto Nacional de Psiquiatría “Dr. Ramón de la Fuente”.

Otras fuentes de información, como la descrita en el artículo “Parafilias. Una clasificación fenomenológica” (Hernández, 2013), propone un análisis de los factores que permita la clasificación validada y confiable para comprender el origen y desarrollo de estos trastornos, considerando factores de frecuencia, intensidad, fijación de objeto, variedad, tipos y subtipos, grados, características clínicas, situaciones circunstanciales o accidentales y definiciones médico-legales, en este artículo proponen al menos 160 tipologías clínicas y fenomenológicas. En el mismo artículo refieren que la lista puede resultar controversial, la cual debe ser sujeta al análisis científico a partir del debate que se desprende del mismo para la clarificación con datos científicos para la definición de conceptos, entidades o síndromes.

Ante lo expuesto, es necesario establecer aspectos que caractericen la conducta de quienes cometen abusos del tipo sexual, enfatizando aquellos que son dirigidos en contra de menores de edad, por ello es importante abordar la definición de agresor sexual, perpetrador sexual o victimario sexual, considerado como un actor clave dentro de este estudio de caso.

Utilizar el término paidofílico puede resultar poco conocido en el lenguaje de un amplio segmento de la sociedad, sin embargo, conceptos como pedófilo y/o agresor sexual, violador de niños, tienen una acepción más conocida en el vocabulario popular. A continuación, se retomará información que describe las características de estos abusadores sexuales para explicar los comportamientos, incluso motivaciones que se ven involucradas para cometer el abuso sexual infantil.

#### **4.8 El Agresor sexual y algunas características**

De acuerdo con J.J. López (1983), la extraordinaria diversidad de delitos sexuales se refleja en una gran variedad de personas que los cometen. No hay nada característico y específico en el comportamiento de muchos desviados<sup>5</sup> sexuales o delincuentes sexuales. Unos pueden ser activos, enérgicos, extrovertidos e incluso agresivos y otros, por el contrario, son tímidos, reservados, apocados, introvertidos y poco comunicativos.

Este autor además refiere que la inteligencia de estas personas suele ser, con mucho, la misma que en la población general. Respecto al estado del ánimo suele variar mucho dentro de los límites normales<sup>6</sup> y las reacciones emocionales pueden ser adecuadas y satisfactorias, pero las personas con formas graves de desviación suelen mostrar signos notables de ansiedad y depresión con apatía e indiferencia o, por el contrario, euforia y exaltación del estado de ánimo. Con relación a la consciencia y el juicio pueden estar trastornados notablemente en el área de la conducta sexual y de las relaciones interpersonales, pero conservados en otras áreas, excepto en el caso del sociópata y del psicótico (pág. 16).

Burgos (2009), indica que la personalidad del agresor sexual se caracteriza por una marcada inmadurez emocional, la familia está desintegrada, sin supervisión, carencia de afecto y cuidados. De acuerdo con este autor, a estas personas se le negó el cumplimiento de dos necesidades fundamentales que es la seguridad y afecto, por ello, estas carencias se manifiestan de forma hostil y con resentimiento. Un alto porcentaje

---

<sup>5</sup> Para este autor (López, 1983), menciona que con la revolución sexual, se dio una visión más tolerante a las perversiones sexuales ya que gran parte de ellas han tenido un alto nivel de aceptación, dejando incluso de utilizar el término de perversiones por la de desviaciones. Considera que una desviación es aquella conducta que, aunque satisfaga al individuo, no produce satisfacción a la otra persona, e incluso le produce rechazo, desagrado o lesión (pag. 13).

<sup>6</sup> López (1983) menciona que para considerar los términos de normalidad o anormalidad sexual se deben considerar tres premisas que confieren a la anormalidad en un acto concreto: a) el daño a terceros, b) el daño a uno mismo y c) su carácter desmesurado u obsesivo (pag. 26).

de casos de ofensores sexuales fueron maltratados o abusados durante la infancia. Los motivos del ataque sexual, no necesariamente es el de obtener placer o la satisfacción sexual, tiene que ver más con el control, dominación y humillación.

Con relación a algunas características de los agresores sexuales que pone de antecedente la conducta de estos sujetos, se puede citar una investigación realizada con más de 100 presos condenados por abuso sexual en la República Oriental del Uruguay. En 2017 el periódico “El observador” de dicho país, publicó una entrevista sostenida con el psicólogo Robert Parrado quien, durante su cargo en el Ministerio del Interior, coordinó esta investigación. De las conclusiones principales obtenidas de ese trabajo refiere que el total de los entrevistados afirmaron que fueron abusados durante su infancia, solo uno de ellos, admitió que el abuso fue realizado por una mujer. El entrevistado resalta que esta investigación es única en su tipo, considerando la región latinoamericana, ya que no existe otro tipo de estudios similares en el número de sujetos entrevistados y quienes fueron procesados por el mismo delito.

Por otra parte, algunos denunciadores del abuso sexual realizado por representantes religiosos, afirman que, algunas de las características personales del agresor era la forma en que elegía a sus futuras presas por ejemplo, en el patio del colegio, teniendo predilección por menores solitarios, con problemas familiares, consideran que contaba con una táctica de “caza”; además, de mostrarse “simpático, irascible y mandón”; era popular entre los estudiantes por presidir en su momento la asociación de antiguos alumnos; era carismático, se presentaba como un guardián de la ortodoxia; además de contar con vínculos con poderes políticos.

En el capítulo siguiente, se exponen las respuestas institucionales otorgadas a una solicitud de información formulada a través de la Plataforma Nacional de Transparencia (PNT), respecto al tratamiento de personas con trastornos parafílicos o de la conducta sexual inapropiada, con el propósito de hacer una ponderación en la estimación en el número y tipo de trastornos de sujetos que presentan estas patologías, a fin de establecer alguna relación entre el porcentaje de casos que se denuncian respecto a los sujetos que se podrían ubicar como perpetradores del abuso sexual infantil.

## V. Prevalencia en México de casos de parafilias

---

En el DSM-5 (2014) contiene un apartado específico de la clasificación de 10 trastornos parafílicos, mismos que fueron descritos en el capítulo IV. La descripción de cada trastorno da cuenta de la sintomatología basada en fuentes de placer, periodicidad de la conducta, cumplimiento del deseo sexual de forma irrefrenable con una persona que no ha dado su consentimiento, o bien que los deseos o fantasías sexuales causan malestar clínicamente significativo.

El registro institucional de casos de trastornos de la conducta sexual, específicamente los relacionados al tipo parafílico, es difícil de establecer por la limitada información disponible de este tipo de padecimientos, lo que imposibilita contar con una estimación más certera de la prevalencia de casos a nivel internacional como nacional. Como lo indica Carrasco (2001), se trata de conductas que se desarrollan en la intimidad de las vidas de las personas, y por ello es difícil tener información cuantitativa y cualitativa que fundamente datos para su caracterización.

Para efectos de esta investigación, se realizó el 10 de agosto de 2018 una consulta pública a cuatro instituciones públicas de salud a nivel federal, por medio de la Plataforma Nacional de Transparencia<sup>7</sup>; de acuerdo con la siguiente información:

No. de Solicitud	Institución pública
0001200380318	Secretaría de Salud (SSA).
1229500013718	Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz
1227000016018	Instituto Nacional de Salud Pública
1220000016318	Hospital Infantil de México Federico Gómez

Se realizó la misma solicitud a las cuatro instituciones en referencia, de acuerdo con la siguiente petición textual:

---

<sup>7</sup> La consulta se realizó a través de la página electrónica <https://www.plataformadetransparencia.org.mx/>

“Requiero conocer la estadística de casos que fueron atendidos y clasificados como trastornos sexuales del tipo parafílico, durante el presente sexenio en instituciones públicas pertenecientes al Sector Salud, que brinden atención para este tipo de padecimiento. Los datos que requiero son los siguientes: número de casos; sexo del paciente; edad cronológica; lugar de nacimiento; fecha y lugar de consulta a la institución; institución que otorgó el servicio; tipo(s) de parafilias (s) presentada (s) en cada caso; motivo de consulta; además de la conducta parafílica si existió comorbilidad con otros trastornos médicos y/o psiquiátricos y cuáles fueron; si el requerimiento de los servicios de salud fue a petición del paciente o por solicitud de un tercero (familiares, autoridad, entre otros); duración y tipo de tratamiento; resultados del tratamiento (alta cuando el paciente haya concluido el plan de tratamiento marcado por la institución; baja en caso de que el paciente haya abandonado el tratamiento antes de la conclusión del mismo o en proceso).

Asimismo, en caso de existir algún tipo de informe, investigación o estudio que cuente con información sobre el tipo de trastorno en referencia, efectuado por la institución consultada también podría ser de utilidad en la investigación que estoy realizando sobre el tema en cuestión.”

## **5.1 Respuestas institucionales:**

### **5.1.1 Solicitud 1227000016018**

- Atención a la solicitud 1227000016018<sup>8</sup>: Con oficio No. UT/197/2018, de fecha 15 de Agosto de 2018, firmado por el Mtro. Carlos Alberto Delgado Escalona, Titular de la Unidad de Transparencia y Presidente del Comité de Transparencia del Instituto Nacional de Salud Pública, manifiesta que a partir del fundamento constitutivo de esa dependencia indica que [... el requerimiento de información en su solicitud no es de competencia de este Instituto Nacional de Salud Pública y atentamente le sugerimos dirigirse a la Secretaría de Salud dado su ámbito de competencia y que podría proporcionar una respuesta integra...], en esta respuesta además, proporciona los datos de esta última instancia para dirigir allí la solicitud descrita anteriormente.

---

<sup>8</sup> Anexo 1

### 5.1.2. Solicitud 0001200380318

- Atención a la solicitud 0001200380318<sup>9</sup>: La Secretaría de Salud manifiesta mediante comunicado de la Oficina del Abogado General, de fecha 30 de agosto de 2018, responde la Lic. Trinidad Cázarez Gutiérrez, directora y Servidora Pública Habilitada en la Unidad de Transparencia, menciona que esta solicitud fue turnada al Secretariado Técnico del Consejo Nacional de Salud Mental y a los Servicios de Atención Psiquiátrica.

Por ello, se generó el oficio N°SAP-DG-DA-2046-2018, de fecha 21 de agosto de 2018, firmado por la Mtra. María Magaly Vargas Ruiz, en su carácter de Directora de Administración de los Servicios de Atención Psiquiátrica, que refiere “que después de una búsqueda exhaustiva por parte del área correspondiente, se anexa información, documentación emitida por la Dirección de Gestión de Servicios responsable de la información”; proporcionando la siguiente dirección electrónica: <https://www.gob.mx/salud/sap/documentos/anuario-estadistico-de-atencion-psiQuiatrica>; al consultar esta liga en internet, se comprobó que la URL está inhabilitada; sin embargo, se continuó con la búsqueda de esta información, misma que se encontró en la liga: <https://www.gob.mx/salud%7Csap/documentos/anuario-estadistico-servicios-de-atencion-psiQuiatrica>

En esta página electrónica se encuentra la información de los Servicios de Atención Psiquiátrica (SAP), con documentos institucionales en formato electrónico titulados como “Anuario estadístico” que se desarrolla desde 2010, a fin de concentrar la información de las unidades adscritas a los SAP, las cuales son:

HPFBA: Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez  
HPIJNN: Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro  
CECOSAM-C: Centro Comunitario de Salud Mental Cuauhtémoc  
CECOSAM-I: Centro Comunitario de Salud Mental Iztapalapa  
CECOSAM-Z: Centro Comunitario de Salud Mental Zacatenco

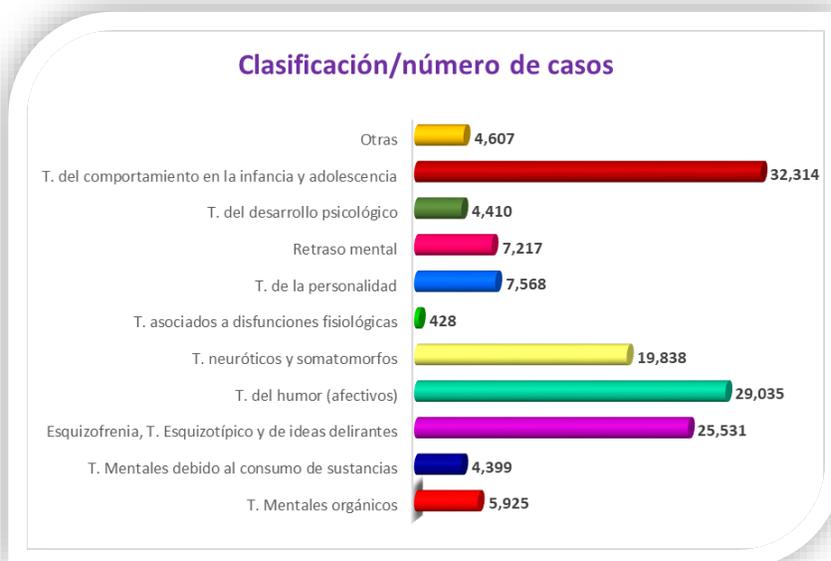
---

<sup>9</sup> Anexo 2.

A partir de la revisión del Anuario de 2017, se determina que la información global de estas cinco instituciones, respecto a la *Tabla 7. Consulta externa de Psiquiatría por afección principal, 2017*; contiene un listado de 11 afecciones principales clasificadas como:

- F00-F09 T. Mentales orgánicos
- F10-F19 T. Mentales debidos al consumo de sustancias
- F20-F29 Esquizofrenia, T. Esquizotípico y de ideas delirantes
- F30-F39 T. Del humor (afectivos)
- F40-F49 T. Neuróticos y somatomorfos
- F50-F59 T. Asociado a disfunciones fisiológicas
- F60-F69 T. De la personalidad
- F70-F79 Retraso mental
- F80-F89 T. Del desarrollo psicológico
- F90-F98 T. Del comportamiento en la infancia y adolescencia
- Otras

A continuación, se presenta una tabla que concentra el número de casos, de acuerdo con el tipo de trastorno indicado anteriormente:



Elaboración propia con base en la información recuperada en el "Anuario 2017" de la Secretaría de Salud.

De acuerdo con esta categorización, se atendieron un mayor número de casos con trastornos del comportamiento en la infancia y adolescencia, seguidos por los trastornos del humor (afectivos), sin embargo de acuerdo con este anuario, no existe mayor especificidad de los trastornos que el tema ocupa, ya que de acuerdo con el DSM-5 (2014), dentro de la clasificación “Otros trastornos de personalidad” se encuentra el apartado “Trastornos parafílicos”, los cuales podrían estar considerados en los 7,568 casos considerados como *Trastornos de la Personalidad* de acuerdo con el *Anuario 2017* publicado por los Servicios de Atención Psiquiátrica (SAP). Por ello la información proporcionada por esta institución no cuenta con mayores elementos de análisis y sustento para el presente estudio de caso.

### **5.1.3. Solicitud 1220000016318**

- Atención a la solicitud No. 1220000016318<sup>10</sup>: La respuesta otorgada por el Hospital Infantil de México Federico Gómez, a través de la Dirección de Planeación, representada por el Dr. Pedro Francisco Valencia Mayoral, con el oficio No. 6000/627/2018, de fecha 3 de septiembre de 2018, indica que “la institución no cuenta con casos atendidos o clasificados como trastornos sexuales del tipo parafílico, ni con informes, investigaciones o estudios sobre este tema” (pág. 1).

### **5.1.4. Solicitud 1229500013717**

- Atención a la solicitud 1229500013717<sup>11</sup>: cuya respuesta emitida por el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, mediante dos comunicados oficiales, el primero de ellos generado por la Subdirección de Investigaciones Clínicas, con memorándum No. SIC/00350/2018, de fecha 15 de agosto de 2018, informan que [...se realizó una búsqueda exhaustiva y no existe ninguna línea de investigación en trastornos sexuales del tipo parafílico en esta Subdirección...] (sic) a cargo del Dr. Jorge Julio González Olvera. La segunda respuesta otorgada por el instituto fue emitida por la Dra. Claudia Becerra Palars, Directora de Servicios Clínicos, con Memorándum No. DSC/00540/2018, de fecha 03 de septiembre de 2018, anexando una Base de Datos que

---

<sup>10</sup> Anexo 3.

<sup>11</sup> Anexo 4.

contiene los registros de 117 casos, la cual contempla sexo, tipo de trastorno, edad cronológica y lugar de consulta a la institución.

Con relación a los datos respecto al motivo de consulta, ésta se sustenta en la Clasificación de Trastornos Mentales y del Comportamiento (CIE-10), misma que se concentra en la siguiente tabla:

Descripción/Entidad	Sexo		Total	Clasificación CIE-10
	Hombre	Mujer		
<b>EXHIBICIONISMO</b>	<b>5</b>	<b>1</b>	<b>6</b>	F65.2
Ciudad de México	3		3	
Estado de México	1		1	
Hidalgo		1	1	
Zacatecas	1		1	
<b>FETICHISMO</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>5</b>	F65.0
Ciudad de México	1	1	2	
Guerrero		1	1	
Nuevo León	1		1	
Tlaxcala	1		1	
<b>OTROS TRASTORNOS DE LA PREFERENCIA SEXUAL</b>	<b>20</b>	<b>3</b>	<b>23</b>	F65.8
Ciudad de México	11	2	13	
Estado de México	1		1	
Guerrero	7		7	
Hidalgo	1		1	
Puebla		1	1	
<b>PEDOFILIA</b>	<b>14</b>	<b>1</b>	<b>15</b>	F65.4
Ciudad de México	10	1	11	
Estado de México	1		1	
Guerrero	1		1	
Michoacán	1		1	
Puebla	1		1	
<b>SADOMASOQUISMO</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	F65.5
Ciudad de México	3	1	4	
<b>TRAVESTISMO FETICHISTA</b>	<b>7</b>	<b>1</b>	<b>8</b>	F65.1
Ciudad de México	6	1	7	
Guerrero	1		1	
<b>TRASTORNO DE LA PREFERENCIA SEXUAL, NO ESPECIFICADO</b>	<b>12</b>	<b>4</b>	<b>16</b>	F65.9
Baja California	1		1	
Ciudad de México	10	3	13	
Michoacán		1	1	
Oaxaca	1		1	
<b>TRASTORNOS MÚLTIPLES DE LA PREFERENCIA SEXUAL</b>	<b>11</b>		<b>11</b>	F65.6
Ciudad de México	7		7	
Guerrero	4		4	
<b>VOYEURISMO</b>	<b>27</b>	<b>2</b>	<b>29</b>	F65.3
Ciudad de México	12	1	13	

Descripción/Entidad	Sexo		Total	Clasificación CIE-10
	Hombre	Mujer		
Guerrero	14		14	
Jalisco	1		1	
Puebla		1	1	
<b>Total general</b>	<b>102</b>	<b>15</b>	<b>117</b>	

Elaboración propia, con base a la información otorgada por el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

Los sujetos solicitantes de servicios de atención psicológica lo realizaron de manera personal y voluntaria al Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; la distribución geográfica de estas peticiones se desagrega en la siguiente tabla:

Entidad	No. de solicitudes de atención	Hombres	Mujeres
Baja California	1	1	
Ciudad de México	73	63	10
Estado de México	3	3	
Guerrero	28	27	1
Hidalgo	2	1	1
Jalisco	1	1	
Michoacán	2	1	1
Nuevo León	1	1	
Oaxaca	1	1	
Puebla	3	1	2
Tlaxcala	1	1	
Zacatecas	1	1	
<b>Total</b>	<b>117</b>	<b>102</b>	<b>15</b>

Elaboración propia con base en la información otorgada por el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

Con relación a la duración y tipo de tratamiento y resultados del mismo, indican que dado que la solicitud refiere a una investigación sobre el tema, para acceso a los datos de los 117 casos, menciona que “En este sentido toda investigación que se realice con información proveniente de pacientes que son atendidos en el INPRFM debe ser presentada, autorizada y registrada por el Comité de Ética en Investigación del mismo”, “para poder obtener la información solicitada, se requeriría revisar expediente por expediente, lo cual podrá realizarse si existiera un proyecto de investigación presentado, registrado y autorizado ante el Comité de Ética en Investigación” (pág. 2).

Por otro lado, la solicitud para tener acceso a cualquier tipo de informe, investigación o estudio desarrollado por la institución respecto al tema tratado, dan como respuesta el no contar con alguna línea de investigación en trastornos sexuales del tipo parafílico.

La información descrita hasta este punto, indica que los 117 casos que han solicitado apoyo psicológico para la atención de trastornos del tipo parafílico son escasos. Las conclusiones a partir del análisis de información se exponen en el capítulo IX, con el propósito de establecer una referencia cuantitativa de la información de este tipo de padecimientos.

En el capítulo siguiente de este trabajo, se integran los datos más relevantes proporcionados por un paciente masculino, durante el tiempo que acudió a un centro comunitario de servicios psicológicos, en los años de 2017 y 2018, así como del proceso terapéutico llevado a cabo durante la etapa de evaluación, diagnóstico y tratamiento. Esta información representa el estudio de caso bajo el cual representa el eje principal de la investigación de este trabajo.

## VI. Estudio de caso

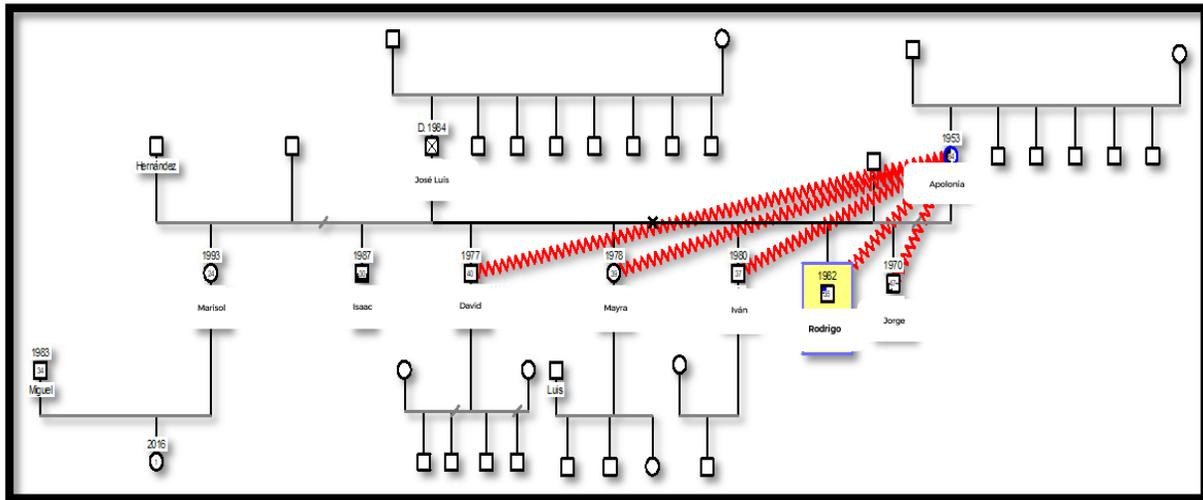
Para efectos de la exposición de este caso, se cambió el nombre verdadero del paciente, así como de las personas involucradas en este capítulo esto, considerando la normativa establecida por la Sociedad Mexicana de Psicología (2010), específicamente lo estipulado en el Código Ético del Psicólogo en sus artículos 69, 132 y 138.

### 6.1 Ficha de datos del paciente:

Nombre	Sexo	Edad actual	Fecha de nacimiento
Rodrigo	Hombre	39 años	13 de marzo de 1982

Escolaridad	Estado civil	Inicio de tratamiento terapéutico	Fecha de conclusión de tratamiento
Licenciatura en Actuaría titulado	Soltero	18 de abril de 2017	08 de diciembre de 2018

### 6.2 Familiograma:



### **6.3 Motivo de consulta:**

En la primera sesión de entrevista con el paciente, éste no tenía definido un motivo de consulta, una vez que inicia la sesión cita diferentes problemáticas que le aquejan, refiere que necesita controlar sus pensamientos y regular sus niveles de ansiedad, ya que no quiere verse en la situación de perder su trabajo como ajustador de seguros, el cual considera como una oportunidad para obtener un ascenso económico y desarrollo profesional. Indica que necesita un estímulo extrínseco para poder afrontar de mejor forma sus problemas. Lamenta haber perdido una oferta de trabajo hace cinco años, que representaba la oportunidad de cumplir con sus metas en el plano personal, profesional y económico, sin embargo, este proyecto se vio truncado debido a que fue detenido y encarcelado por conductas parafilicas del tipo exhibicionista. En su solicitud para ingresar al centro psicológico, el paciente refirió tener trastorno de parafilias.

### **6.4 Antecedentes precipitantes al motivo de consulta:**

Se trata de un hombre de 36 años, soltero y con una formación profesional de actuario titulado. Refirió que tenía diversos problemas entre ellos, el trastorno de conductas sexuales (parafilias) diagnosticado desde hace más de 9 años. Las conductas parafilicas que presenta con mayor frecuencia son el exhibicionismo, paidofilia, fetichismo y froturismo de acuerdo con la información proporcionada por el propio paciente.

Indicó que hace 5 años fue recluido en prisión por mostrar fotografías de sus genitales en un celular a niños de una primaria pública, ésta cercana a su centro de trabajo donde fue detenido días después a la exposición de las fotos. La experiencia en la cárcel la refiere como impactante, siendo un factor determinante para no repetir las conductas que los llevaron a ese lugar; sin embargo, sus niveles de ansiedad prevalecen y continuamente se ve asaltado por pensamientos que recrean situaciones de confrontación con otras personas por sucesos que pueden resultar insignificantes, mismos que lo distraen y consumen energía afectando su desempeño laboral.

Además, se define como una persona obsesiva-compulsiva con el orden y limpieza, conducta aprendida de su madre desde muy temprana edad y que hasta el momento del proceso terapéutico prevalecía, ocasionándole a veces malestar físico y emocional ya

que, por ejemplo, diariamente debía dejar ordenado y limpio el lugar donde vivía, porque le causa ansiedad pensar que no había cumplido con sus deberes, esto le impedía dormir y afectaba su estado de ánimo al día siguiente. Otra característica del paciente es ser verborreico, la cual se manifiesta en mayor grado cuando se encuentra ansioso por el incesante movimiento de piernas, el tono de su voz es ofuscado y la rapidez de su conversación puede aumentar considerablemente.

### **6.5 Historia biográfica**

La estructura familiar nuclear del paciente está conformada por 7 hermanos, siendo el paciente el quinto hijo de la Sra. Apolonia. Estos siete hijos son producto de cuatro parejas distintas de la madre. Rodrigo es el cuarto hijo de la segunda pareja de su madre. Mencionó que en términos generales se lleva bien con sus seis hermanos, pero mantiene mayor cercanía con Iván de 38 años y Marisol de 25 años, ellos le mostraron un mayor respaldo cuando estuvo privado de la libertad. Indica que su hermano Isaac de 31 años, lo visitaba durante su reclusión, sin embargo, se distanciaron por un conflicto económico, al contraer este hermano una deuda económica con el paciente la cual no fue cubierta, lo que generó el distanciamiento entre ambos.

Respecto a la relación con su madre indica que es buena, aunque ella ha ejercido un control permanentemente sobre el paciente; éste la define como interesada y manipuladora. El paciente evita confrontarla y trata de seguir los consejos e indicaciones que ella le menciona. La madre representa un factor de influencia ya que, por ejemplo, no le había presentado a Martina, con quien mantenía una relación de pareja que inició poco tiempo después de salir de la cárcel, al ser madre soltera con dos hijos adolescentes evita discutir con su madre por la situación de Martina al tener hijos de otra relación; otro ejemplo del control materno, es que él debía ayudarla económicamente, a pesar de estar casada con un marino jubilado con una pensión suficiente para cubrir la manutención del matrimonio.

De los datos relevantes de la historia biográfica del paciente resalta que, al año y medio de edad, pierde a su padre al recibir un disparo durante el asalto en el negocio familiar de compra y venta de refacciones de autos; el paciente cree que el motivo de este robo fue en realidad por cuestiones de enemistad en el negocio, ya que por el giro

comercial prevalece la adquisición ilegal de refacciones, y eventualmente se dan rivalidades entre compradores de este tipo de mercancía. Los recuerdos que tiene Rodrigo de su padre son limitados debido a la corta edad del paciente cuando ocurre la muerte violenta de su progenitor, estos recuerdos se basan en algunas fotografías familiares y de los relatos de familiares y personas que conocieron y convivieron con su padre. Crecer sin esta figura representó un trauma de acuerdo con el propio dicho del paciente, ya que desde los primeros años de vida y hasta la adolescencia evitaba hablar de su progenitor, porque tan solo escuchar la palabra “padre” le causaba malestar emocional al producirle dolor y tristeza, esta situación de sufrimiento se veía agravada en los eventos escolares donde se solicitaba la presencia de la figura paterna.

Además, manifiesta que la ausencia de su padre provocó en su familia atravesar por una precaria situación económica, que impidió cubrir las necesidades básicas de manutención de manera satisfactoria, ya que el progenitor era el único proveedor de la casa, pues su madre estaba dedicada completamente a las labores domésticas en su hogar. Esta limitación de recursos se veía reflejado en la carencia de ropa, zapatos, útiles y uniformes escolares o juguetes nuevos; por este motivo sufrió de acoso escolar desde el nivel de preescolar por parte de sus compañeros, ya que le molestaban constantemente por ser el “pobre” del salón. Estas burlas estaban referidas por el tipo de vestimenta usada y desgastada; además le ponían sobrenombres que hacían referencia a su comportamiento pasivo, y era molestado en clases, por ello el paciente mostró dificultad desde las primeras etapas escolares, para establecer vínculos de amistad o de ser aceptado dentro del ámbito escolar de forma positiva, situación que prevaleció la mayor parte de su trayectoria escolar y profesional.

El paciente refiere por otro lado, que durante su niñez sufrió varios incidentes que fueron traumáticos para él; el primero de ellos ocurrió a la edad de 4 años, al extraviarse en Chapultepec en compañía de un vecino de la misma edad, creando en él ansiedad e inseguridad al sentirse perdido, sentimiento que lo ha acompañado hasta el día de hoy, posterior a esta experiencia, por ejemplo evitaba pasar por la calle de Niño Perdido, ahora el Eje Central, por identificarse con la vivencia de su extravío e imaginaba continuamente que saldría en la televisión en la sección de personas perdidas causándole angustia e inseguridad.

Posteriormente, a los 7 años la explosión de un tanque de gas en el puesto de quesadillas de su madre, dan origen a la onicofagia que hoy en día se ha mantenido en un menor grado. En este accidente, aunque no presentó heridas físicas de consideración, años después de haber ocurrido este evento, mostraba ansiedad al escuchar y percibir ciertos estímulos que le recordaban ese incidente, como por ejemplo el sonido de las ruedas del metro al frenar que lo asocia con el gas saliendo del cilindro de gas; aún a la edad de 21 años su reacción ante este tipo de estímulos le producía una respuesta de huida y a veces el pánico lo paralizaba, aunque considera que lo ha ido superando poco a poco, ya que ahora puede utilizar este medio de transporte de una forma habitual con una conducta más adaptativa ante los estímulos percibidos en este medio de transporte.

Tiempo después, a la edad de 8 años, cuando el paciente se encontraba jugando debajo de un lavadero, éste le cae en la cabeza. Como consecuencia de este evento fue tratado llevado al hospital donde le practicaron varios estudios, entre ellos un electroencefalograma que mostró algunas anomalías en las ondas cerebrales a decir del paciente: sin embargo, no hay evidencia científica reciente que pueda comprobar que haya una irregularidad en el funcionamiento cerebral debido a este incidente.

Con respecto al fallecimiento de su padre, menciona que después de su muerte, su madre sufrió de depresión y alcoholismo, recuerda que durante su infancia hubo varias ocasiones en donde ella peleaba hasta llegar a los golpes con sus hermanos mayores debido a su estado de ebriedad. Recuerda particularmente un evento donde el motivo de la pelea fue por causa de Rodrigo, cuando su madre quería golpearlo con una vara e intervino su hermano David para evitar la agresión. Indica que su madre los insultaba y golpeaba frecuentemente; al paciente le impedía, por ejemplo, que se relacionara con otros niños o le prohibía utilizar juguetes de otros niños, sin embargo, el paciente define a su madre como la gallina que defiende a sus pollos.

Durante la secundaria, fue la etapa con mayor acoso escolar que sufrió el paciente por parte de dos compañeros de su salón, uno de ellos lo dejó de molestar en el primer año, el otro siguió acosándolo hasta el tercer grado cuando fue dado de baja por mal comportamiento, las agresiones eran verbales, físicas y psicológicas ya que le ponía

apodos, insultos, golpes y ser evidenciado ante el grupo de forma continua, menciona que su actitud pasiva y de sumisión no le permitieron responder ante las agresiones de estos compañeros, sufriendo acoso escolar de manera regular.

El paciente mencionó que no tuvo éxito cuando trato de confrontarlos; en alguna ocasión les hizo frente por los insultos, pero fue sometido fácilmente por el agresor al torcerle la mano y tirarlo delante de sus compañeros de grupo, quienes se burlaron de él. Indica que cuando es dado de baja el segundo compañero manifestó dos emociones opuestas, por un lado, se sintió feliz de ya no soportar a esa persona, pero también se sintió abandonado causándole tristeza y desánimo. Además de las agresiones que recibía en la escuela, también fue objeto de violencia por parte de unos vecinos, en las formas similares que sufría en la escuela.

Otro evento traumático para el paciente y su familia fue la pérdida de la casa donde habían vivido con su padre, debido a conflictos entre su madre y los hermanos de su esposo falleció. El paciente manifiesta que en esta pérdida hubo complicidad de su hermano David, ya que éste fue a vivir con uno de sus tíos paternos a quién le proporcionó boletas prediales que comprometieron el futuro de la casa al no pagar los impuestos, debiendo hipotecar y perder finalmente el inmueble. Esta situación se da en gran medida por la confrontación que David tenía con su madre, debido a que ésta tuvo dos embarazos posteriores a la muerte de su padre productos de dos parejas distintas, así como el descuido que ella tenía hacia sus hijos menores y su continuo consumo de alcohol.

Respecto a tratamientos médicos del tipo psiquiátrico, el paciente ha recibido en tres ocasiones diferentes medicamentos iniciando con Risperidona<sup>12</sup> por año y medio; en una segunda ocasión le prescribieron por tres meses Clonazepam<sup>13</sup> para la atención de la onicofagia, y Pro Lactato de Magnesio<sup>14</sup>, refiere que suspendió este tipo de tratamientos ya que le ocasionaban aletargamiento y no desea sentir los efectos

---

<sup>12</sup> La Risperidona es un medicamento antipsicótico que se utiliza en el tratamiento de esquizofrenia en adultos y niños. También puede ser prescrito para el tratamiento de los síntomas del trastorno bipolar (maniaco depresivo).

<sup>13</sup> El Clonazepam es una benzodiazepina que actúan sobre el sistema nervioso central con efectos sedantes, hipnóticos, ansiolíticos, anticonvulsivos, amnésicos y miorelajantes. Este medicamento se utiliza para el tratamiento de ciertos trastornos convulsivos en los adultos y los niños. También se usa en el tratamiento de trastorno de pánico en los adultos.

<sup>14</sup> El Pro lactato de Magnesio, se utiliza para la prevención de estados carenciales de magnesio debidos a dietas pobres en verduras, cereales integrales y legumbres que se manifiesten con debilidad y calambres musculares, tanto en adultos como niños.

secundarios que le provocan y confía en que pueda atender sus problemas psicológicos a través de la terapia.

Indica que los diferentes tratamientos terapéuticos recibidos le ayudaron a conocer sus estados de ánimo y poder recuperar información, por ejemplo, ante estados depresivos, recuerda frases de ánimo como: “todo va a estar bien”, “debes seguir adelante”; en este sentido el paciente indica que su estimulación la adquiere de manera extrínseca por lo que las terapias recibidas previamente le han ayudado cuando presenta estado de ánimo deprimido. El primer tratamiento psicológico lo recibe cuando termina su relación de pareja, sin embargo, deja el tratamiento cuando el psiquiatra comienza a medicarle para su ansiedad y, por ser costoso para el paciente.

El siguiente tratamiento lo recibe de un médico familiar en el pueblo de su madre ubicado en el estado de Guanajuato; el paciente acude con este médico cuando sale de la cárcel, en este caso el paciente no tuvo un proceso terapéutico formal ya que las consultas no son propiamente con un enfoque psicológico, las consultas que tuvo el paciente con este médico eran poder hablar de su depresión y problemas que tenía por no encontrar trabajo cuando salió de prisión.

Con este médico el paciente se siente identificado ya que esta persona gusta de sostener relaciones sexuales con jóvenes mayores de 18 años, confesándole al paciente que le gustaban adolescentes, pero para evitar problemas legales era mejor salir con chicos y chicas de 18 años para no ser acusado de abuso sexual infantil, por tratarse de una persona mayor de 60 años, aconsejó al paciente que siguiera estas recomendaciones para no verse envuelto nuevamente en problemas legales por conductas sexuales inapropiadas con menores de edad; cuando el paciente visita a su madre en Guanajuato, acude al consultorio de este médico.

Posteriormente, cuando regresa a la ciudad de México, su hermano Iván le insiste en que acuda a recibir atención psicológica, por lo cual se encuentra con una psicóloga con quien acudió pocas sesiones, debido a que el paciente se sentía incómodo, él percibía cierto rechazo y molestia por parte de la psicóloga debido al motivo de su encarcelamiento, la terapeuta pone fin al proceso, al notificarle que se cambiaría de domicilio y no podría seguir tratándolo.

Su búsqueda de ayuda psicológica después de salir de la cárcel, se debió al estado de depresión que le generó ideas suicidas al no encontrar trabajo, además, del sentimiento de miedo respecto al tema de la muerte que se vio acentuado debido a las constantes agresiones que presenció en la cárcel y por las continuas muertes que se daban entre los propios reclusos. Además, de tener pensamientos de desvalorización que le imposibilita, por ejemplo, pensar en manejar un carro, por una sensación de incapacidad para afrontar la responsabilidad de tener un automóvil. Indica que otro de los problemas personales que tiene es respecto al apego, ya que le es difícil desprenderse de objetos que considera insignificantes, como puede ser una botella para agua u objetos desechables.

Sus conductas obsesivo-compulsivas respecto al orden y la limpieza se ven acentuadas a partir de la experiencia en prisión ya que su necesidad de tener limpio la sección donde se encontraba recluido, le permitió no ser molestado y que le reconocieran como una persona ordenada, con disposición a realizar este tipo de trabajo que casi nadie haría en la cárcel por el hacinamiento y las dificultades de los reclusos del área para colaborar en la limpieza del lugar; sin embargo, ahora este tipo de conductas le producen cierto malestar físico y emocional ya que no puede dormir por ejemplo, si no ha lavado y guardado los trastes que utilizó para la comida, además de la necesidad de ordenar el lugar donde vive, a pesar de sentirse a veces cansado después de llegar del trabajo y no poder auto convencerse de que no está tan sucio para limpiar diariamente.

Menciona que, durante su permanencia en prisión, no consumió ningún tipo de droga, aunque había acceso de todo tipo de sustancias en el penal. Refiere que su experiencia en la cárcel fue difícil ya que el ambiente es hostil caracterizado por mucha violencia física y psicológica por parte de algunos internos que llevan mucho tiempo recluidos o que tienen una pena de prisión vitalicia o condenas de larga duración, por lo que en todo momento tuvo la necesidad de cuidarse de forma particular de aquellos que podían agredir a otros internos hasta provocar la muerte.

Al ingreso a la cárcel debía de pagar una cuota de protección para no ser golpeado, la cual podía variar entre quinientos o mil pesos semanales. Por otro lado, esta experiencia le ayudó a tener un acercamiento a Dios que hasta el momento del proceso

terapéutico mantenía al asistir de forma regular a los servicios religiosos católicos, su construcción verbal evoca constante la palabra *Dios* en su discurso habitual.

Otra actividad que le produjo un nivel de satisfacción y reconocimiento de los internos, fue la impartición de clases de matemáticas en el nivel de secundaria, había quienes le comentaban que no se explicaban el motivo por el cual él estaba en ese lugar, siendo una buena persona con muchas habilidades y conocimientos. Una vez que obtiene su libertad, asistió a firmar cada semana al reclusorio durante un año.

Por otro lado, muestra una dificultad para adaptarse a determinadas situaciones que le afecta emocionalmente, como ver a dos personas discutiendo, aunque la discusión pueda ser insignificante, esto le provoca ansiedad y miedo. Por otro lado, trata regularmente de vestir con colores claros o poco llamativos para no sobresalir o llamar la atención, por ejemplo, en reuniones de trabajo no expone sus ideas porque considera que su opinión pueda ser irrelevante y/o ser juzgado como incompetente.

Al cierre del proceso terapéutico, Rodrigo vivía en un departamento que es propiedad de su hermano Iván, y lo compartía con un “roomie” que aportaba para el pago de la renta; antes vivía en el departamento de un primo paterno, sin embargo, debido a que éste último quería rentar el lugar para obtener mayores ganancias, originando un conflicto familiar entre el primo y la tía (dueños del departamento), ya que el paciente no desocupó a tiempo el lugar, perdieron la oportunidad de rentar el espacio a un nuevo inquilino.

El paciente considera que es afortunado porque su familia siempre lo ha protegido y lo quieren mucho, valora este respaldo cuando se encontraba en prisión, porque fue apoyado para obtener su libertad, aunque hay quienes le han demostrado mayor apoyo que otros, tomando en consideración el motivo de su encarcelamiento.

## **6.6 Conductas y aspectos sexuales del paciente**

Este tema se abordará de forma cronológica, a partir de la información proporcionada por el paciente, donde se exponen algunas conductas sexuales inapropiadas tipificadas como parafilias, además de su experiencia sexual que inicia desde una temprana edad,

además del abuso sexual cometido hacia su hermana menor y posteriormente su conducta exhibicionista que motivó su encarcelamiento en 2013.

El paciente recuerda vagamente que a los tres años fue abusado sexualmente durante la visita a una tía, quien vivía en el pueblo de su madre, este abuso fue cometido por un adulto familiar de ella. El recuerdo de esta vivencia se concentra en la voz de su hermana Mayra llamándole en la noche, mientras él recuerda ser penetrado analmente por esta persona, mientras él trata de huir del lugar sin poder lograrlo. El paciente niega saber quién es esta persona y no proporciona más información al respecto<sup>15</sup>.

Es importante señalar que, durante esta etapa, el paciente vivió por más de un año con su abuela materna en este pueblo, siendo el único de los hermanos que fue alejado del ambiente familiar cuando el padre paciente fue asesinado; Rodrigo desconoce el motivo por el cual fue dejado con su abuela materna, solo atina decir que tal vez porque era el más chico de los hijos. Pasado este tiempo, su madre regresa por él, situación que resultó difícil para el paciente porque no quería dejar a su abuela, quien lo quería mucho.

Posteriormente, cuando el paciente cuenta con una edad de entre los 7 y 8 años, su hermano David abusó de él, de forma regular por espacio de 8 meses, presentándose esta situación en promedio dos veces a la semana, estos contactos se llevaban a cabo después de que el paciente regresaba de la escuela al momento de cambiarse el uniforme escolar. Menciona que en esos momentos él no entendía lo que pasaba, creía que era algo normal, “era algo que pasaba y ya”. Describe que la relación con este hermano en particular fue difícil desde su niñez, incluso le llamaba ogro, porque golpeaba al paciente y a sus hermanos, ya que David asumió parte de la manutención de la familia, por ser de los hijos mayores. Aunque, por otro lado, resalta que este hermano le ayudó a pagar un viaje de la salida de la primaria por sus buenas calificaciones o por cooperar para comprarle ropa cuando el paciente logró entrar a la preparatoria No. 5.

Poco tiempo después del abuso efectuado por el hermano del paciente, es abusado por un primo de su vecino Adrián, en casa de éste último. Este hecho no lo percibe

---

<sup>15</sup> Si bien no se cuestionó más respecto al abusador sexual, por la actitud evasiva que mostró el paciente sobre el tema en particular, se considera que él tiene claridad de quién cometió este primer abuso sexual. Incluso se podría considerar que pudo haber continuidad de los abusos, debido a que el paciente fue dejado por más de un año al cuidado de su abuela materna.

nuevamente como un abuso sexual, debido a sus experiencias previas con su hermano David.

Respecto a este vecino de nombre Adrián, indica que en alguna ocasión presenció cuando este vecino bajó el calzón de Cristina, una niña de una edad aproximada de 3 años, este hecho ocurrió cuando el paciente tenía cerca de cinco años; Cristina vivía en el mismo predio que Adrián ya que el domicilio era como una vecindad, donde el paciente jugaba habitualmente. Adrián le mencionó al paciente que antes ya habría tenido la oportunidad de tocar la vagina de Cristina. La madre de la menor guardaba una relación de compadrazgo con la mamá de Adrián.

Otra experiencia sexual referida por el paciente es a la edad de 8 años, cuando visitaron la casa de una amiga de su madre, quien tenía un hijo adolescente llamado Benjamín, éste le obligó a que le practicaré sexo oral en el baño de la casa del agresor; en esa ocasión Rodrigo experimenta sentimientos de rencor, y guarda una sensación de mal sabor de boca ya que lo recuerda con desagrado, y reconoce sentirse enojado consigo mismo por la actitud de total sumisión que tuvo en ese momento, aunque considera que por su corta edad y ser más pequeño que el agresor no podía defenderse; en esta situación el agresor ejerció coerción para que el paciente no hablara de lo sucedido mediante amenazas.

A los 9 años, tuvo contacto sexual en dos ocasiones distintas con su vecino Adrián, aquel que el paciente refería que lo abusaba físicamente. En ambas situaciones hubo penetración anal mutua. Refiere que su madre le advirtió sobre este niño como una mala influencia para el paciente; le pide que se niegue sí este niño le propone algún juego no permitido, en este sentido el paciente menciona que su madre nunca le explicó lo que significaba con “juegos no permitidos”, pero él “sabía” a lo que se refería. A pesar de la advertencia tuvo contacto sexual con Adrián, ya que consideraba que a través de estas acciones podía confrontar a la autoridad, lo consideraba como plena rebeldía ante las decisiones de los demás y de manera particular hacia su madre.

A los 12 años, cursando el primer año de secundaria, tiene una eyaculación preseminal al sentarse junto a una compañera del salón cuando van en el transporte público, asumiendo que la adolescente tuvo la misma sensación que él, esto como una

conclusión del propio paciente, ya que no percibió ninguna señal de molestia o desaprobación por parte de la menor. Menciona que este tipo de conducta no la vuelve a experimentar con ella, porque establecen una amistad y deja de interesarle al paciente.

Cuando el paciente tenía 13 años, nuevamente tiene un encuentro sexual con Adrián, situación que se da en un lugar cercano a su casa, de una manera planeada y totalmente consensuada, el paciente enfatiza que no es homosexual, pero tanto él como Adrián tuvieron penetración anal.

A los 14 años comienza a tener conductas fetichistas con una compañera de su salón, ya que le robó una dona para el cabello con la cual se masturbaba. Al tratar de conseguir otra prenda de la mochila de esta menor, fue sorprendido por un compañero, por lo que desistió de esta conducta, por ello consigue el número de teléfono de esta compañera y le llamaba a su casa sólo para oír su voz o decirle algo “bonito”, cesa de estas conductas, cuando la chica lo reconoce, aunque el paciente niega que sea él quien hace esas llamadas, también desiste de esta conducta.

Menciona que durante la secundaria estuvo muy estimulado en el aspecto sexual por parte de sus compañeros de clase, había quienes a veces le mostraban fotos de familiares desnudos, sobre todo de mujeres jóvenes que desconocían la existencia de estas fotos; en una ocasión durante clases, un compañero del salón llevó una película pornográfica que vio todo el grupo mientras el maestro estaba ausente.

A los 20 años, el paciente abusó sexualmente de su hermana Marisol en dos ocasiones, cuando ella tenía 10 años; indica que antes había tenido sueños húmedos con ella, refiere que era provocativa con él ya que le coqueteaba y le hacía insinuaciones, se mostraba muy cariñosa y atenta con él o su conducta era sugerente de acuerdo con la interpretación del paciente, considerando esto como un ofrecimiento por parte de su hermana. El primer contacto sexual se da cuando su madre dormía.

La madre de Rodrigo conoce de estos abusos por la propia niña, por lo que la menor es llevada a vivir con su hermana Mayra por algún tiempo, ya que la conducta de la niña se muestra fuera de control, pues cuando su hermana mayor no estaba en casa, la adolescente mantenía relaciones sexuales con hombres mayores, por lo que la madre del paciente decide ir a vivir a su pueblo junto con su hija. A partir de esta situación, la

madre le exige al paciente apoyar a su hermana, teniendo restringido el contacto entre ellos de forma privada, al no permitir que se vean a solas, además de que su madre le recuerda frecuentemente al paciente su conducta y malestar que le causó el abuso sexual cometido en contra de su hermana.

El paciente confiesa que guarda comunicación secreta con esta hermana, indica que ahora su relación es muy cercana, él trata de ayudarla económicamente, ya que el esposo de ella es 10 años mayor, sufre de alcoholismo y se desempeña como albañil, además de tener una niña pequeña de dos años a quien le han diagnosticado un retraso mental leve.

A los 32 años es encarcelado por agresor sexual, al tener conductas exhibicionistas, por mostrar fotografías de sus genitales en su teléfono celular a alumnas y alumnos de una escuela primaria cercana al lugar donde laboraba. Conducta que es realizada por el paciente durante dos días consecutivos en tres situaciones diferentes, los primeros hechos se dan al ingresar a esta escuela, al momento que los padres de familia acuden a firma de boletas, el paciente aprovecha esta situación e ingresa con el grupo de padres al centro educativo, mientras los niños están en el patio, el paciente muestra primeramente las imágenes a un grupo de niñas de sexto año, quienes dan una respuesta de aprobación (de acuerdo con la interpretación del paciente), ya que las niñas se ríen, esto motiva al paciente a continuar mostrando estas mismas fotografías a un grupo de niños más pequeños (de segundo grado, tal vez) y al ver que la respuesta es de asombro por parte de los menores, lo considera también aceptable y sale del lugar.

Al día siguiente, nuevamente acude a las cercanías de la escuela a la hora de la entrada, ve a una niña que se encuentra sola dentro de un vehículo particular, se acerca para mostrarle las mismas imágenes, al hacerlo la respuesta de la menor es de molestia y desagrado, le manifiesta que lo acusará con sus padres por la conducta del paciente, por lo que decide ya no repetir esta conducta, menciona que esperaba que la reacción de la niña fuera semejante a lo ocurrido el día anterior en la escuela. Sin embargo, un día después es acusado por algunos padres de familia de los niños a quienes mostró las fotografías, y quienes lo reconocieron cuando paseaba en un jardín cercano a su trabajo y de la escuela. Su detención se realiza dentro de su centro de trabajo por policías y un

grupo de padres de familia, es conducido a la delegación donde acepta sus actos, por lo que es enviado a la cárcel donde es recluso cerca de 3 años.

Cabe mencionar que este caso fue citado en internet como parte de una serie de delitos sexuales ocurridos en la Ciudad de México; en este reportaje las autoridades indican que este tipo de delitos sexuales muestran una tendencia a la baja, como la violación, sin embargo, existe un aumento de casos de acoso sexual a través de las redes sociales<sup>16</sup>.

Haciendo una comparación entre la información proporcionada por el paciente en las sesiones del proceso terapéutico y la nota periodística, ésta última refiere que el presunto delincuente mostraba su pene, además de las fotografías en su celular. Los hechos tuvieron lugar en el patio escolar y los baños. Su captura estuvo sustentada por la denuncia de al menos quince padres de familia. Coincidiendo entre los testimonios de los menores que esta persona los acosaba en los lugares antes indicados. La nota finaliza señalando que fue acusado y consignado por haber cometido decenas de abusos de este tipo. En las distintas ocasiones en las que paciente habló sobre este tema en particular, sostuvo que sólo mostraba fotografías de su pene y lo habría realizado en dos ocasiones distintas durante dos días consecutivos solamente.

Es importante resaltar que en este tema el paciente se mostraba molesto porque consideraba que se habían cometido varios abusos en contra de él, por haberlo aprehendido sin una orden judicial y fue sometido a un interrogatorio en la patrulla sin un abogado, además de reiterar que su delito no había sido tan grave ya que solo eran fotografías y afirmaba que era inocente, porque no hubo ratificación de la denuncia, y logró salir en libertad, además de que habría pagado su deuda con la sociedad al cumplir una condena por un delito que no fue ratificado por los denunciantes.

El paciente manifiesta que la motivación de su exhibicionismo tuvo como principal detonador el sentirse solo; la soledad lo deprimió, además del acontecimiento de un par de decesos de personas cercanas le exacerbó tal malestar emocional, pero sobre todo sentirse solo fue lo que lo orilló a realizar estos actos. Se efectuó el análisis de esta situación en particular respecto a su historia biográfica, reconociendo que este malestar

---

<sup>16</sup> Para efectos de guardar el anonimato de la identidad del paciente, no se cita la fuente ni la dirección electrónica del artículo periodístico.

tuvo origen a partir de la muerte de su padre, ya que con este hecho cambió su vida en todos los sentidos, en el aspecto emocional desarrolló miedo y ansiedad ante las situaciones de pérdidas debido a la incertidumbre y cambios que afectaban su estabilidad emocional, a través de las conductas sexuales percibía tener nuevamente control y equilibrio en su vida.

Por otro lado, indica que a lo largo de su vida sólo ha tenido dos parejas consideradas como formales; la primera de ellas fue con una compañera de trabajo de nombre Lizbeth, cuando el paciente tenía la edad de 26 años; esta relación la describió cómo muy difícil de mantener, dado que ella era muy celosa y él muy impulsivo; la relación se vio mermada con el tiempo y más cuando decidieron vivir juntos; finalmente, deciden separarse ya que el paciente comprende que sus continuas peleas lo ponían en riesgo ya que reaccionaba de forma explosiva y con autoagresiones como golpear las paredes. Recuerda una experiencia en la que después de una discusión salió corriendo hacia la calle y estuvo a punto de ser atropellado por un carro, esto lo llevo a reflexionar sobre la situación de riesgo ante las constantes discusiones de pareja. La separación fue difícil para él porque habría sido su primera relación formal, incluso se podría decir que ella representaba su primera novia a lo largo de su vida.

La segunda relación sentimental que mantenía aún al cierre del tratamiento psicológico es con Martina, mujer que se desempeña como empleada doméstica con una escolaridad de nivel de primaria; además de ser madre soltera de dos adolescentes, un hombre de 17 años y una mujer de 13 años. El paciente la conoce después de salir de prisión, a través de su hermano Iván, ya que ella realizaba el aseo en su centro de trabajo; Martina desconoce que Rodrigo estuvo en la cárcel y el motivo de encarcelamiento.

Esta relación ha tenido varios rompimientos por motivos distintos, el más relevante es que el paciente tuvo conductas sexuales inapropiadas hacia la hija de Martina, estas conductas son catalogadas nuevamente de exhibicionismo al mostrarse desnudo a la menor, el paciente reconoce que tuvo deseos y pensamientos sexuales hacia la menor.

A la conclusión del tratamiento psicológico el paciente continuaba con Martina, considera que esta relación le provee de atención y cariño; el ambiente familiar que

percibe le agrada y manifiesta cierta dependencia hacia Martina, por lo que le cuesta difícil terminar con la relación de forma definitiva, considerando que esta mujer no es una persona con quien podría tener una relación formal, al no cumplir con las características que él se ha fijado para tener una esposa y formar una familia. Martina es parecida a su madre en varios aspectos, pero no es lo que él quiere para su futuro, como el propio paciente afirma.

Además de las dos relaciones antes expuestas, durante 2018, el paciente tuvo un incremento de relaciones de pareja con mujeres adultas, mediante encuentros sexuales consensuados sin la intención de una formalidad con algunas de ellas. Durante los primeros meses del año, contactó a Liz a través de un sistema citas de mediante internet, donde hubo de tener algunos encuentros sexuales en la Ciudad de México.

En otro caso, se trata de una excompañera de trabajo de nombre Alejandra, con quien también ha mantenido diversos encuentros sexuales. Indica que le era difícil poder establecer una relación con mujeres adultas por su conducta introvertida, generada por su inseguridad al sentirse inferior o juzgado. Esto, le impedía acercarse con este género. Ahora considera que le es más fácil establecer y mantener relaciones de amistad y en estos casos tener encuentros sexuales que él cataloga como satisfactorios en cada relación, aunque siga en la búsqueda de la pareja que él ha idealizado para formar una familia.

Aunque continúa con Martina, sigue en la búsqueda de otra pareja con quien pueda formar su propia familia, el modelo de mujer es que sea educada y con una carrera profesional, físicamente bonita y que además comparta los mismos intereses que el paciente. Por otro lado, menciona que nunca ha tenido relaciones sexuales con prostitutas porque no le despiertan el deseo sexual y se refiere a ellas de una forma despectiva por su lenguaje gestual.

Al cierre del tratamiento el paciente se encontraba desempleado en busca de un nuevo empleo, después de haber renunciado al primer trabajo que tenía como cotizador de seguros; después de un periodo de algunos meses encontró una nueva oferta de trabajo, sin embargo, no logró que le renovarían el contrato debido a su bajo desempeño por falta

de experiencia, interés y de adaptación al ambiente laboral, su empleo consistía en el cálculo de primas de seguros colectivos para licitaciones públicas.

Días después de que concluye con este contrato, logra colocarse en otro empleo realizando actividades como asegurador en una reconocida empresa del ramo, sin embargo, el área de recursos humanos y del abogado de la empresa le pide abandonar el trabajo, ya que es reconocido por su antiguo jefe al momento de ser aprehendido 5 años atrás y quien sabe que fue encarcelado, el paciente no precisa saber si esta persona de nombre Javier conoce el motivo de su detención, tiene la certeza de que su exjefe tuvo problemas en la empresa por su aprehensión. Después de haber perdido este empleo continuaba buscando otra oportunidad en alguna empresa de seguros menos conocida.

Como alternativa laboral, se empleó como vendedor de seguros, situación que no le agradaba mucho, porque debía mostrar habilidades sociales poco desarrolladas por el paciente para este empleo, como convencer a los posibles clientes para cambiar de Afore, para ello requiere de autoconfianza y poder acercarse a las personas para establecer un primer contacto y ofrecer los productos financieros que promociona. Considera que más adelante podrá obtener nuevamente un empleo como cotizador de seguros, tal vez en una empresa pequeña donde no lo reconozcan y pueda hacer antigüedad. Piensa que puede emplearse como vendedor de fin de semana en alguna tienda departamental o de zapatos para obtener un ingreso extra para compensar el sueldo como vendedor o incluso poder emprender un negocio propio que aún no tiene definido, ante la imposibilidad de regresar al mundo de las aseguradoras.

Considera que encontrará un buen empleo, ya que puede obtener buenas perspectivas de desarrollo profesional y económico, en este sentido, el paciente se define como una persona inteligente ya que logra solucionar los problemas y obtener sus metas, concluye que es un buen vendedor ya que logra convencer a cualquier persona. En los últimos lugares de trabajo desconocen sus problemas psicológicos y omite mencionar su estancia en la cárcel.

## **6.7 Examen mental del paciente:**

La indumentaria del paciente es formal, ya que se ha presentado a la mayoría de las sesiones con traje y corbata cuando viene de su trabajo, cuando se encontraba desempleado su vestimenta era casual sin descuidar su apariencia. Denota cuidado y limpieza en su presentación personal. Su complexión es delgada, aunque su edad cronológica no concuerda con su apariencia ya que aparenta más años. El paciente muestra excelentes recursos verbales y tiene un buen manejo de información, utiliza un vocabulario técnico respecto al trastorno de conductas sexuales y de los diferentes temas que le son interesantes.

Su nivel de pensamiento es del tipo abstracto. Se muestra abordable y cooperativo para responder a los planteamientos realizados, aunque habla mucho y proporciona muchos detalles que resulta prolijo, por lo que es necesario dar conducción a la conversación, ya que puede ir de un tema a otro, sobre todo si se encuentra ansioso. En las primeras sesiones había mostrado preocupación a ser juzgado o bien trata de justificar las acciones de los demás o de sí mismo. De acuerdo con los temas que aborda el paciente su actitud en ocasiones se muestra como indefenso, y en otras, manipulador, calculador y suspicaz.

En la fase de evaluación aplicada al paciente, no se consideró la administración de una batería de pruebas, ya Rodrigo refirió haber sido evaluado con diversas pruebas proyectivas y psicométricas, por lo que su conocimiento en el material provocaría un sesgo en los resultados por esta situación. Por otro lado, el diagnóstico previo que tenía respecto a su conducta parafilica habría sido confirmado a partir de la construcción de la historia biográfica y durante el proceso terapéutico aplicado, mismo que se fundamentó en la terapia cognitiva-conductual.

En el siguiente capítulo se expondrá una propuesta de los mecanismos de ocultamiento que favorecen la invisibilidad social del abuso sexual infantil, considerando los datos del caso expuesto y tomando como base de planteamiento el estudio realizado por Finkelhor (2005) y Sullivan (1997), respecto al tratamiento para el abuso sexual infantil.

## VII. Los mecanismos de ocultamiento sociocultural del perpetrador de abuso sexual infantil

---

Este capítulo inicia con la definición de “mecanismo” de acuerdo con la propuesta de investigación sobre el tema, para posteriormente plantear un esquema de los posibles mecanismos socioculturales de ocultamiento hacia el perpetrador de abuso sexual infantil, tomando en cuenta los datos de la historia biográfica y tratamiento de un paciente con trastorno de la conducta sexual o parafilias tratado en un centro comunitario en la ciudad de México de 2017 a 2018.

### 7.1 Definición de mecanismo

Inicialmente se expondrá el concepto de “mecanismo”, el cual se define de acuerdo con la Real Academia de la Lengua Española (2020) como el “conjunto de las partes de una máquina en su disposición adecuada”. Bajo este enunciado, un ejemplo común que ilustra esta definición es el funcionamiento de engranajes que tiene una secuencia de movimiento, cada pieza tiene una estructura, una velocidad y sentido, que dan equilibrio y contribuyen al propósito del funcionamiento del sistema en su conjunto. Si una de estas piezas se estropea el sistema se verá afectado en su función y lo que se espera obtener de éste ya no tendrían los resultados esperados, provocando en muchos de los casos que el sistema se estropee parcial o totalmente.

Desde el ámbito de la psicología clínica, específicamente desde la teoría psicoanalítica el término de mecanismo se utiliza de forma plural y se acompaña de la palabra “defensa”, la unión de estos vocablos es sustantiva para la explicación de las luchas del Yo contra ideas y afectos dolorosos e insoportables de acuerdo con la explicación de Anna Freud (1961), es decir, lo que en este campo se conoce como mecanismos de defensa. En el prefacio de la obra de esta autora “El Yo y los mecanismos de defensa”, Celes E. Cárcamo refiere que:

“Los procesos o mecanismos defensivos son aquellos medios psicológicos que el yo utiliza para solucionar los conflictos que surgen entre las exigencias instintivas y la

necesidad de adaptarse al mundo de la realidad, bajo determinadas influencias del ambiente familiar y social.”

En esta obra, Anna Freud (1961) hace referencia a 10 mecanismos de defensa, siendo éstos: represión, regresión, formación reactiva, aislamiento, anulación, proyección, introyección, vuelta contra sí mismo, transformación en lo contrario y la sublimación o desplazamiento del objeto instintivo. Esta clasificación de los mecanismos de defensa puede ser más amplia, de acuerdo con el autor que se consulte.

En términos generales el “mecanismo” manifiesta una serie de procesos que tiene como fin cumplir una función específica, en el caso de la persona la utilización de estos mecanismos son generalmente inconscientes y su aplicación está enfocada a la protección del *yo* ante situaciones instintivas generadas por el *ello* y que su satisfacción se ve intervenida por el *superyó*, en este caso el mecanismo se considera un proceso vinculatorio entre la persona, su mundo interno y el externo con la necesidad de mantener un *equilibrio psíquico* de la persona en un medio social (Freud, Anna, 1961).

Una vez establecido el concepto de mecanismo desde una definición más general hasta llegar a la especificidad de la psicología clínica, la propuesta de mecanismos que se exponen tiene un enfoque social, y se han construido a partir de la obra de Finkelhor (2005) y de Sullivan (1997); con base en la investigación documental realizada sobre el tema, no fue posible ubicar una clasificación como tal de estos posibles mecanismos.

Se propone una serie de elementos a partir de la información obtenida de estas fuentes, relacionándolas a los casos de sujetos e instituciones que podrían explicar estos mecanismos sociales de ocultamiento hacia el perpetrador de abuso sexual de menores de edad.

Lo anterior, debido a que instituciones como la familia o de orden gubernamental, por citar algunos ejemplos, no permiten contar con mayor información respecto a los agresores sexuales, ya que a nivel institucional como se ha descrito en capítulo V, el número de casos que han solicitado ayuda psicológica para la atención de trastornos de la conducta sexual (117 casos), no es comparable con los estudios e investigaciones que indican que hoy en día existen un gran número de niñas, niños y adolescentes que han sido y son abusados sexualmente, estimando que casi una de cada cinco niñas y uno de

cada once niños, habrían tenido una experiencia sexual con una persona mayor, por lo menos con cinco años de diferencia considerando la edad del menor (Finkelhor, 2005).

Para la descripción de estos mecanismos se ha contemplado un listado de actores centrales que favorecen el ocultamiento de los perpetradores sexuales, que influye para que los hechos relacionados con el abuso sexual infantil queden en la clandestinidad o en la secrecía del menor, del agresor, de la familia, incluso de las instituciones encargadas de atender este tipo de abuso.

Frecuentemente, la persona agredida sexualmente durante la infancia y/o adolescencia guarda para sí la experiencia del abuso, lo que le provoca una serie de sentimientos y emociones que no son fáciles de superar; en otros casos cuando la situación es del conocimiento de la familia, quedan como un “secreto” y no trasciende a la opinión pública, ya que por un lado, no se da la atención para quienes son agredidos (menores de edad) y la percepción de los integrantes más cercanos que conforman el núcleo familiar del infante agredido puede ser variable, ya que puede culparse al menor o bien no creerle; por otro lado, existen casos, donde el agresor no se reconoce como tal, además frecuentemente el perpetrador guarda por lo general, una figura central en el vínculo que establece con el menor de edad y la familia de éste, de acuerdo con investigaciones y estudios sobre el tema.

## **7.2 Propuesta de mecanismos socioculturales de ocultamiento del abusador sexual infantil**

Para que el abuso sexual infantil ocurra necesariamente, se ven involucrados diversos actores que resultan centrales para comprender el proceso que facilita la invisibilización de quien comete el acto de abuso sexual hacia la niña, niño y/o adolescente. Los actores referidos en este trabajo no necesariamente son los únicos, sin embargo, se considera que son los principales que intervienen en este proceso, los cuales se mencionan a continuación:



Diseño de [www.freepik.es](http://www.freepik.es) <sup>17</sup>

Para esta propuesta de mecanismos socioculturales de ocultamiento del perpetrador de abuso sexual infantil, se consideraron los argumentos de Finkelhor y Sullivan, su construcción se basa en una serie de supuestos de las motivaciones de cada uno de los actores y/o instancias antes mencionadas, que limita la denuncia y el abordaje clínico de este tipo de conductas.

A lo largo de este trabajo se ha mencionado el concepto de **secreto** desde los distintos actores, el cual podría considerarse como el **principal mecanismo sociocultural de ocultamiento del perpetrador del abuso sexual**. El secreto es una forma que permite que el sistema familiar continúe en apariencia funcionando socialmente, y responde a la necesidad de no estar sujeta a críticas internas o externas a dicho ámbito o sistema, ya que, en este caso, el abuso es conocido por un limitado número de personas por tratarse de información sensible para la persona abusada y/o el núcleo familiar de ésta, o bien

<sup>17</sup> Atribución de imágenes:

[https://www.freepik.es/vector-gratis/concepto-gran-familia\\_9649052.htm](https://www.freepik.es/vector-gratis/concepto-gran-familia_9649052.htm)  
[https://www.freepik.es/vector-gratis/gobierno-edificio-icnos-conjunto-policia-tienda-iglesia-aislado-ilustracion-vectorial\\_1159247.htm?query=instituciones](https://www.freepik.es/vector-gratis/gobierno-edificio-icnos-conjunto-policia-tienda-iglesia-aislado-ilustracion-vectorial_1159247.htm?query=instituciones)  
[https://www.freepik.es/vector-gratis/concepto-violencia-genero\\_8777927.htm#query=violencia&position=2&from\\_view=search](https://www.freepik.es/vector-gratis/concepto-violencia-genero_8777927.htm#query=violencia&position=2&from_view=search)  
[https://www.freepik.es/vector-premium/felices-ninos-lindos-nino-nina-sonrientes-juntos\\_6406387.htm#query=ni%C3%B1os&position=37&from\\_view=search](https://www.freepik.es/vector-premium/felices-ninos-lindos-nino-nina-sonrientes-juntos_6406387.htm#query=ni%C3%B1os&position=37&from_view=search)

puede tratarse de prácticas generacionales que son aceptadas dentro de la familia. Dado que el abuso sexual infantil es uno de los actos que socialmente son castigados y estigmatizados, a continuación, se proponen algunos de estos mecanismos que están relacionados con el secreto.

Considerando que la secrecía o silencio del abuso sexual es una constante transversal a la motivación de las figuras ya referidas, para favorecer el ocultamiento de la conducta del abusador sexual infantil, la siguiente propuesta tiene como planteamiento ¿Cuáles son los mecanismos socioculturales que permitan ocultar al perpetrador de abuso sexual infantil? A partir de las fuentes de consulta, se hace la siguiente propuesta de mecanismos de los sujetos antes mencionados, a partir de la construcción de una pregunta para cada caso.

### **7.2.1. ¿Por qué la niña, niño y/o adolescente ocultan las agresiones del perpetrador de abuso sexual infantil?**

- Con frecuencia las personas abusadas experimentan un trauma privativo, se sienten humillados y estigmatizados, con bastante frecuencia no aciertan a hablar del tema con nadie debido a la vergüenza e incertidumbre que puede causar en su entorno social inmediato.
  - El paciente ha manifestado el malestar emocional que le causa por un lado el abuso sexual sufrido a temprana edad por distintos familiares, por el otro, el abuso sexual que el propio paciente dirigió a menores de edad en situaciones específicas como el entorno familiar y escolar en el caso de los alumnos de una escuela primaria. Aunque, el trastorno de la conducta sexual presentado por Rodrigo es del conocimiento de su círculo familiar más cercano, el tema es considerado como un estigma, ya que el paciente no logra hablar sobre estas conductas con otras personas que guardan una relación laboral, social o incluso de pareja. Considera que guardar silencio y el paso del tiempo son los mejores elementos para que las personas olviden estas experiencias, sobre todo en el caso del ámbito laboral donde considera que las personas tienden a olvidar pronto, y su caso por ser apresado será olvidado en el círculo de las aseguradoras.

- Algunas personas siendo adultas, mantienen en silencio estas experiencias, viviendo con vergüenza y culpa por la experiencia vivida en la niñez y/o adolescencia.
  - En el caso de Rodrigo, los sentimientos de vergüenza y culpa no son aceptadas abiertamente por el paciente desde la condición de haber sido abusado sexualmente, así como de abusador sexual infantil. Existió de forma reiterada una actitud de inculpabilidad por haber pagado su deuda con la sociedad al estar tres años en prisión. Esta actitud se vio reforzada cuando no hubo una ratificación del delito por quiénes le acusaron de su conducta exhibicionista. Al final del tratamiento el paciente reconoció que su conducta sexual inapropiada con menores de edad, tendría una repercusión en la vida de estas personas, sobre todo porque el abuso se realiza sin el consentimiento de la persona afectada y de forma coercitiva.
- En ocasiones las personas abusadas sexualmente durante la niñez recuerdan los sucesos, no por el hecho de reconocerlos como actos sexuales, más bien porque la percepción de estas experiencias es dolorosa, les provoca vergüenza y producen miedo. En etapas posteriores del desarrollo del niño, éste se da cuenta que aquellas experiencias eran inapropiadas.
  - Desde la experiencia del paciente como menor abusado sexualmente, se pueden resaltar dos de ellas, que, aunque el paciente no las definió como experiencias dolorosas, la expresión y tono de la voz con que las narró manifestaban un evidente malestar emocional, la primera de ellas fue el abuso sufrido en el pueblo de su madre a la edad de 3 años; la segunda fue la experiencia sexual con Benjamín quien le obligó a practicarle sexo oral a la edad de 8 años; la última de estas experiencias fue la que aconteció en la cárcel cuando fue nuevamente obligado a practicarle sexo oral a un interno. En los tres casos, existe una demostración de miedo no verbalizada, pero si es manifestada en cuanto a su expresión corporal.
- En otros casos los niños, pueden percibir las experiencias sexuales como tales, aunque no alcancen a comprender su significado, entienden que el

hecho es algo prohibido y además se hace en total secrecía; lo que puede dar origen a sensaciones de malestar físico y emocional, por lo que no es compartido con nadie más. Puede existir en el niño o niña una percepción vaga de que lo que ocurre es algo malo.

- En este tema particular, el paciente no comprendió el significado del abuso sexual al momento de vivirlo, de forma particular cuando su hermano mayor abusa de él, así como el primo de su vecino Adrián. El paciente hoy entiende y define claramente que estas experiencias son tipificadas como abuso sexual, sin embargo, en su momento el paciente no logró definir del acto, ya que consideraba que eran experiencias que había normalizado y que no había ningún prejuicio por parte de él ante este tipo de conductas; si bien estos abusos no los consideró en su momento como inapropiados, no habló de ellos con nadie de su familia. Es importante resaltar que al paciente se le cuestionó respecto al momento en que habría tenido la claridad del alcance de estas conductas, pregunta que evadió abiertamente al no ser respondida a pesar de haber sido abordado en dos ocasiones distintas sobre el tema.
- El miedo es una reacción común entre los niños que han sido abusados sexualmente. Aunque no puedan definir el acto como un abuso, los menores perciben que el adulto actúa de una forma diferente, y que no era correcta esa conducta.
  - El miedo es un sentimiento que caracteriza al paciente, no sólo en el abuso sexual, sino en otros ámbitos de pasado y presente. El paciente ha definido su conducta en términos de miedo, sobre todo en aquellas situaciones que son nuevas y cree que no puede afrontarlas de forma positiva. Además, muestra diversos mecanismos de defensa que le han permitido afrontar situaciones que le provocan inseguridad basado en el miedo de eventos pasados que han sido dolorosos para el paciente, entre ellos se pueden destacar la racionalización, la intelectualización, la negación, represión, por citar algunos.

- El hecho de que muchos menores no reporten sus experiencias a nadie, aun a sus padres, es una poderosa evidencia de que la experiencia está rodeada por el conflicto que le causa al menor.
  - La secrecía que el paciente estableció en cuanto a sus experiencias sexuales tempranas con distintas personas, además de las que él tuvo con menores de edad siendo mayor de 18 años, ha estado enmarcado en el estigma que existe alrededor del tema. La madre de paciente, reiteradamente le recuerda de su conducta y el control que ejerce en él, a través de la culpa reafirma este sentido de estigma sobre el abuso sexual cometido por el paciente.
- El qué el menor de edad no hable sobre el abuso sexual, sobre todo a la madre, es para protegerla contra este tipo de revelaciones, ya que se consideran altamente destructivas.
  - En este caso, la omisión del paciente de hablar sobre el abuso sexual con su madre habría sido evitar un conflicto al interior de la familia, considerando la prohibición de juegos indebidos desde la edad temprana del paciente. Si bien, esto no ocurrió dado el conocimiento de la madre de estas agresiones ha sido una condición permanente de control de ella hacia el paciente, mediante el recuerdo constante de los hechos a través del sentimiento de culpa, por el malestar emocional y físico que la madre manifiesta ante estos hechos. Aunque, por otro lado, el silencio que el propio paciente tuvo respecto al abuso hacia su hermana menor y el ocurrido en su contra podría explicarse más por una condición de autoprotección al ser rechazado por su familia en términos generales.
- El niño o niña evita hablar sobre el abuso sexual experimentado, debido a la reacción social que puede enfrentar, siendo uno de los daños principales hacia el menor. Un número considerable de niños/as abusados/as sexualmente, consideran que es un error si comentaban con alguien más del abuso sexual, por la reacción que provocaría, como ira o histeria en su familia.
  - En este caso el silencio que guardo hasta el momento que su hermana lo denunció ante su familia, estuvo enmarcado por la reacción que

provocaría entre los miembros de familia. El conocimiento del abuso hacia su hermana ha sido una situación de secrecía en el núcleo ajeno a la familia, sin embargo, son constantes los comentarios entre su madre y hermanos de los abusos sexuales cometidos por Rodrigo, esto reafirmado por el motivo del encarcelamiento del paciente. Su hermano Iván es con quien ha encontrado un respaldo emocional para el paciente y le anima constantemente a buscar ayuda psicológica y realizar actividades que le beneficien para su desarrollo personal.

- En otras circunstancias el/la niño/a guarda silencio porque duda que le crea su familiar, debido al vínculo familiar que guarda el agresor.
  - En este caso particular el paciente no habla sobre el abuso sexual cometido por su hermano, por dos razones principales, la primera de ellas porque el paciente en ese momento no reconoce el abuso sexual como tal, por otro lado, este hermano representó uno de los proveedores de la familia cuando muere el padre de Rodrigo, asumiendo también el control sobre los hermanos menores de manera violenta debido a que los maltrataba física y por ello el paciente le temía evitando hacerlo enojar.
- En los casos en que el niño/a no denuncia el abuso sexual por parte de la pareja de la madre, puede deberse entre otros aspectos, que el menor percibe la necesidad de su madre hacia esta pareja.
  - Este aspecto se confirma en la vinculación que tuvo el paciente con la hija de Martina, debido a las conductas sexuales inapropiadas por parte del paciente hacia la menor, teniendo como consecuencia que la psicóloga de la niña avisará a la madre la posibilidad de una denuncia por el comportamiento de Rodrigo hacia a la menor. Esta situación propicio una ruptura en la relación de la pareja, misma que se reanuda meses después. Esta continuidad permitió que el paciente volviera a convivir con la menor dentro y fuera del domicilio, incluso que el paciente tuviera ocasión de estar a solas con ella, situación que fue abordada durante varias sesiones con el paciente para determinar su interés real y la responsabilidad del comportamiento hacia la menor.

- El abuso sexual en el niño puede provocar sensaciones físicas agradables que satisfacen en el menor un deseo de afecto y cercanía que no se produce en otra circunstancia. Por otro lado, este placer puede provocar en el menor mayor culpabilidad o sentimientos de desamparo, confusión y descontrol de las emociones que refuerza el seguir guardando el secreto del abuso.
  - El abuso sexual infantil cometido por el hermano en contra del paciente, originó una cercanía distinta entre ambos, ya que este hermano como ya se describió anteriormente, era violento en el trato con el paciente antes del abuso. Aunque no se preguntó directamente si este abuso es conocido por otros miembros de la familia, se considera que es uno de los secretos que el paciente guarda para sí, ya que en ninguna de las sesiones hizo algún comentario al respecto. Considerando que la madre es muy represiva con el paciente por el abuso sexual que el paciente cometió en contra de su hermana. Otra situación que también es importante abordar es que el paciente da mayor peso a las acciones positivas de su hermano, minimizando el abuso sexual.
- Se considera que algunas de las experiencias de abuso sexual de niños, niñas o adolescentes, con integrantes cercanos de la familia son más traumáticas que cuando los agresores son conocidos o desconocidos.
  - Dadas las circunstancias del abuso sufrido por el paciente en distintas situaciones, así como el perpetrado posteriormente por el mismo paciente en contra de su hermana, y ser testigo del abuso en contra de su hermana, son hechos que han tenido un impacto negativo a lo largo de la vida del paciente, considerando que la mayoría de los abusos relacionados con el paciente, los agresores sexuales han sido familiares o personas cercanas al círculo social del paciente.
- En otros casos, los niños (hombres) pueden guardar silencio, al considerar que pueden provocar reacciones negativas, debido al estigma de la homosexualidad.

- Esta afirmación tiene mucho sentido en el caso de Rodrigo, ya que durante una de las sesiones cuando relató sus experiencias sexuales durante su infancia y de manera particular con su vecino Adrián en distintas ocasiones, afirmaba que este tipo de contacto sexual no fuera interpretado como una conducta homosexual, justifica los hechos como un sentido de desobediencia hacia su madre, fue evidente su preocupación de que pudiera considerar al paciente como homosexual.

En este caso, el secreto de callar los abusos sexuales al interior de la familia donde estuvo involucrado el paciente estaba más enfocado en autoprotección de Rodrigo para no ser juzgado y no verse evidenciado sobre todo por su madre y su hermano cercano. El abuso sexual realizado por Rodrigo en contra de su hermana es conocido por su madre y hermanos tiene dos aristas, por un lado, es una forma de control hacia el paciente por parte de su madre para evitar que el paciente reproduzca la conducta sexual inapropiada al interior de la familia, a través de la culpa constante. Por otro lado, la preocupación de su hermano Iván y la cercanía que se ha establecido entre ambos ha favorecido para que Rodrigo busque ayuda para atender distintas problemáticas de su vida diaria.

- Otro hallazgo de este estudio es que los abusadores sexuales masculinos provocaban mayores reacciones negativas que en el caso de las mujeres. Para las niñas, esta reacción negativa se podría deber a la diferencia de edad con respecto al perpetrador y al uso de fuerza; en el caso de los niños, las reacciones consideradas como negativas estuvieron enfocadas al estigma de la homosexualidad.
  - Esta situación es afirmativa en este caso, de acuerdo con lo descrito anteriormente sobre el tema de homosexualidad referido por el paciente.
- Los adultos que fueron abusados sexualmente en la infancia se consideran responsables de esta conducta, por ello no es sencillo hablar de estas experiencias.

- En el caso de Rodrigo, la responsabilidad del abuso sexual cometido por el paciente en contra de su hermana fue depositada en la menor, al afirmar que una niña de 10 años sedujo a un joven de 18 años. Por otro lado, durante las sesiones cuando se abordó el abuso sexual en su contra, no existió una afirmación en la cual el paciente asumiera la responsabilidad de provocar el abuso en sus agresores sexuales.

### **7.2.2. ¿Por qué el perpetrador de abuso sexual infantil oculta las agresiones en contra de menores?**

- La teoría de la supremacía masculina, indica que los hombres como grupo dominante, trata de controlar a la mujer, por ello utiliza la violencia sexual y la amenaza para intimidarla. De acuerdo con Brownmiller (1975) es más fácil explotar a la mujer y a los niños en una sociedad dominada por hombres. El sexo es una commodity de valor, por ello tratará de tener acceso a éste.
  - En las diferentes experiencias sexuales narradas por el paciente, es evidente que el abuso fue cometido por personas del género masculino y con una marcada diferencia de edades entre el agresor sexual y los menores de edad involucrados en cada caso. Por otro lado, quienes sufrieron de la conducta sexual inapropiada por estos hombres, fue cometido en contra de niños y niñas existiendo una evidente ventaja en el poder que ejercían los abusadores sexuales hacia los menores.
- Cuando el ofensor es un menor de edad, pero la diferencia de años entre éste y el niño/a abusado/a, es menor de cinco años, experimenta mayor culpabilidad y por ello no está dispuesto a admitir su participación en el abuso.
  - En esta situación sería importante conocer la opinión de su hermano David cuando él abuso del paciente, siendo ambos menores de edad.
- El abusador sexual puede considerar que es una práctica habitual dentro de su contexto generacional, por lo que no considera que sus actos de abuso sexual infantil sean un delito.

- Aunque no hay una evidencia concluyente en el caso, es preciso resaltar que en la familia Rodrigo existieron varios casos de abuso sexual infantil en diferentes miembros de la familia y por miembros de ésta, otorgándole una condición normalizada entre los miembros de la familia. Aunque también esta situación de abusos sexuales podría tener explicación en los nulos elementos de protección maternos hacia sus hijas e hijos.
- Un rasgo característico de estos abusos puede estar acompañado por actos de violencia y coerción hacia el menor, forzándolos a participar en el contacto sexual. Dadas estas condiciones el menor de edad, se ve sometido además del abuso sexual a guardar silencio para no denunciar al abusador sexual.
  - Aunque el paciente no habla de una conducta violenta por parte de su hermano, las agresiones sexuales ocurrieron en circunstancias donde este hermano ejercía un importante control y poder sobre el paciente, ya que al ser proveedor de la familia mostraba una conducta violenta hacia sus hermanos menores, el hecho de tener un acercamiento distinto entre estos dos hermanos al habitual por ser la violento, podría haber incidido en el silencio por parte del paciente para no hablar del abuso sexual con otros familiares.

### **7.2.3. ¿Por qué la familia del menor oculta la agresión del abusador sexual infantil?**

- En la mayoría de los casos denunciados como abuso sexual infantil, éste se da a manos de la propia familia o de conocidos, por ello cuando la familia sabe que se ha dado un caso de abuso sexual infantil en la familia, está calla debido al vínculo con el agresor y la estigmatización social.
  - Esta situación es manifiesta hasta la actualidad, ya que los delitos sexuales cometidos por el paciente son tratados solo al interior de la familia ya que, de acuerdo con los comentarios del paciente, las personas fuera del círculo familiar y que conocen de su encarcelamiento lo alientan a seguir adelante, sin conocer el motivo real su ingreso en prisión. Incluso

la relación entre hermanos existe una constante desconfianza hacia el paciente para que éste interactúe con sus sobrinos menores de edad.

- Características como la secrecía, ansiedad y tabú predominan en la mayoría de las familias respecto al sexo, por lo que no se habla del tema a sus integrantes más jóvenes, más aún cuando existe una situación de abuso sexual infantil el tabú y la secrecía también están presentes ante este tipo de conductas.
  - En este punto se pueden destacar la conducta de la madre con respecto al paciente al prohibir juegos no permitido con su vecino Adrián, sin detallar más información y sin proveer del cuidado necesario hacia Rodrigo y evitar las conductas sexuales inapropiadas ocurridas en su niñez. Por otro lado, el tema sexual no fue abordado con el paciente ni recibió orientación durante su adolescencia por parte de su familia. Además, la distorsión de la información que influyo en la conducta sexual inapropiada del paciente hacia su hermana menor, a partir de un comentario de uno de sus hermanos, al referir que a la edad del paciente necesitaba una relación amorosa, y considerando que Rodrigo no tenía vínculos de amistad o noviazgo externos al ámbito familiar, tiempo después se dio el abuso sexual en contra de la menor. El hecho mismo del abuso sexual es un tema que no se aborda al interior de la familia, a fin de determinar que este tipo de conductas son inapropiadas.
- La teoría denominada papeles de confusión propuesta por psiquiatras, refiere que existen familias donde el padre actúa como si su hija fuera su esposa, está situación se da en matrimonios infelices porque el sexo entre cónyuges es desagradable o inexistente. Los padres son autoritarios y abusivos físicamente con los miembros de la familia, pero no son competentes como sostén de la familia. La madre no está dispuesta a ser la proveedora, puede estar enferma, es dominada y no se siente cómoda con su papel de madre, por esta condición estas madres no pueden proteger a sus hijas, y la vinculación entre padre e hija representa el eje emocional familiar más fuerte lo que propicia el incesto y por ello el silencio de la familia para mantener esta

estructura. Aun en los casos donde la niña tiene madrastra pueden existir mejores condiciones de protección para evitar el abuso sexual, cuando hay supervisión, orientación y cuidado hacia la menor.

- Si bien, no existía la figura paterna para el paciente, el casi inexistente factor protector de la madre hacia sus hijos menores y sobre todo respecto a sus hijas, se sustenta por los diversos eventos donde ocurrió el abuso sexual en diferentes menores. Esto es consistente con la conducta de la madre debido a sus problemas de alcoholismo, de depresión y del abuso físico y emocional cometido en contra de sus hijos.
- Otro mecanismo que puede inhibir la denuncia del abusador sexual infantil puede explicarse debido a una baja escolaridad en la madre que puede influir en el aumento del abuso sexual hacia las hijas de una forma más reiterativa que en otros casos, donde la madre cuenta con un nivel de escolaridad mayor puede proveer de mejor información en el tema sexual. Otra situación que también facilita la ocurrencia del abuso sexual infantil es una condición de alcoholismo en la madre. Estas dos situaciones, son indicadores de factores poco protectores de la madre hacia sus hijos e hijas.
  - Estos dos aspectos son relevantes en el caso, ya que la escolaridad de la madre fue hasta el nivel de primaria, aunque no necesariamente podría establecerse como una condición determinante, pero favorece al abuso al no abordar información sexual con sus hijos lo que tiene implícito la comunicación y confianza entre sus miembros. El problema de alcoholismo mostrado por la madre del paciente también fue característico cuando queda viuda. Aunque la madre ha dejado de beber en la actualidad, la situación de violencia que los hijos sufrieron durante su niñez tuvo un impacto importante, a decir del propio paciente, las experiencias violentas derivadas de esta condición de la madre con sus hijos son de las experiencias más vívidas y cargadas de emocionalidad en el relato del paciente. Es importante resaltar que los recuerdos desde la niñez de Rodrigo respecto a su madre son mayormente negativos.

- Con frecuencia el incesto entre hermanos es el más común, sin embargo, no se tiene el interés público, porque se considera como un tabú poco grave, planteando que se pueda dar entre menores de edad y resulta una circunstancia menos explosiva al interior de las familias.
  - El abuso sexual dado entre hermanos siendo éstos menores de edad, tuvo mínima repercusión al interior de la familia del paciente, ya que el abuso sexual realizado por el hermano del paciente hacia este último no tuvo relevancia, incluso podría sostenerse que hay desconocimiento al interior de la familia. En cambio, el abuso sexual cometido por el paciente hacia la hermana ha sido relevante y con vigencia actual al interior de la familia, sobre todo porque cuando se da el abuso sexual por parte de Rodrigo, él era mayor de edad y su hermana Marisol estaba al inicio de la adolescencia, las repercusiones y el tabú permanece hasta el momento.
- En familias numerosas se puede considerar como factor que puede facilitar el contacto sexual entre hermanos, ya que los hijos mayores pueden abusar de los más pequeños sobre todo hacia el sexo masculino, aunado a una supervisión ineficiente por parte de los adultos.
  - Este argumento está estrechamente relacionado con el anterior ya que el abuso ocurrido entre hermanos, se distingue la ventaja de los mayores sobre los menores de edad, agregando la deficiente de supervisión por parte de las personas encargadas del cuidado de niñas y/o niños. En el caso de Rodrigo, su hermano David presentaba conductas abusivas hacia sus hermanos menores, recordando que el mismo paciente le llamaba ogro por la interacción violenta entre ellos y de manera particular hacia el paciente. Por otro lado, la dependencia de su madre hacia al alcohol, representó un factor que favoreció este tipo de conductas entre hermanos al no desarrollar habilidades de autoprotección en sus hijos y no representar una figura protectora en sus hijos para evitar estas acciones abusivas, considerando que la propia madre tenía una vinculación agresiva con sus hijos.

- En el caso del incesto del padre hacia la hija puede ocurrir cuando éste regresa después de un largo periodo de ausencia y la hija es objeto de atención y afecto que de otra manera no podría obtener; o bien las hijas pueden percibir que a través del incesto existe una noción de familia. Ocurre que cuando la fantasía se materializa es más probable que la crisis familiar se detone al momento de que la relación se conozca por terceros, ya sea porque el agresor debe ir a prisión y/o la menor a una institución para su cuidado.
  - En este caso particular, se puede sostener que debido a la composición de la familia después del fallecimiento del padre, no podría considerarse como un factor que haya incentivado conductas de abuso sexual hacia los menores de edad.
- Un porcentaje importante de casos que son atendidos por abuso sexual infantil, refiere como agresor a miembros de la familia extensa, entre los que destacan: abuelos, tíos (as), primos entre otros. Estas situaciones pueden ser explicadas, por ejemplo, a través de las teorías de aislamiento social y miedo al abandono. En la primera teoría indica que el abuso sexual infantil puede darse en familias encerradas en sí mismas, por lo que existe un alto grado de aislamiento social al evitar el escrutinio de la sociedad ante este tipo de abusos, esto puede ocurrir en zona alejadas o en lugares más concurridos. En el caso de la teoría del miedo al abandono encuentra explicación cuando el menor percibe un ambiente de abandono al interior de la familia, lo que puede propiciar el incesto en aquellas familias donde sus integrantes temen ser abandonados por los otros, el sexo puede representar una forma de cohesión familiar. Además, puede existir un continuo cambio de miembros de la familia, por ejemplo, los padrastros o hijastros se pueden alternar dentro de la familia y los límites al interior de ésta pueden no ser claros.
  - Estas dos teorías podrían tener cierta relevancia en el caso tratado. En primer lugar, respecto al aislamiento social se da no por un aspecto geográfico, sino al tipo de vinculación o construcción del círculo social donde estuvo inmersa esta familia, considerando que los miembros de esta familia tenían interacción con otras familias donde ocurría conductas

de abuso sexual en algunos de sus integrantes, además de la privación de la madre hacia a los hijos menores para interactuar con otros niños.

- Con relación a la segunda teoría del miedo al abandono, el paciente ha dado un mayor peso a la percepción de una mejor relación con su hermano David a partir del abuso sexual y resaltaba los hechos donde este hermano hubo de apoyar a Rodrigo en algún aspecto de su vida escolar posterior al abuso. Por otro lado, esta condición se puede percibir también, cuando el compañero de la secundaria es expulsado de la escuela por su comportamiento inadecuado, y los estados emocionales contradictorios que provoco en el paciente sintiendo por lado estar a salvo de las agresiones de este compañero de aula, por otro lado, una sensación de abandono por ya no ser molestado, dejo de ser un centro de atención para alguien más.
- En otros casos, existen familias que están sobresexualizadas ya que los menores tienen referentes sexuales inapropiados y una socialización sexual poco común, mediante la utilización de un lenguaje con alto grado de contenido sexual. Incluso los menores pueden recibir una estimulación sexual por parte de los padres, esto puede ocurrir en conversaciones cargadas de contenido sexual inapropiado para los menores o ser testigos de conductas sexuales como la relación sexual entre miembros de la familia como los padres. En estas familias la vulnerabilidad al abuso sexual hacia los miembros más pequeños es altamente probable que ocurra y puede considerarse como algo habitual por lo que estas conductas son normalizadas al interior de la familia, por lo que no existe denuncia de estos delitos sexuales ocurridos en contra de los menores.
  - Este aspecto describe una condición muy relevante en el caso, dado los antecedentes ya descritos por el paciente. Estos hechos podrían centrarse en el entorno familiar de su vecino Adrián, donde el mismo paciente reconoció el ambiente sexualizado de la familia de este menor manifestados a través del lenguaje y la conducta explícita de los miembros de la familia, la cercanía del paciente con este vecino de alguna forma

tuvo influencia en Rodrigo. Aunado a que la madre del paciente no estableció límites adecuados de protección hacia su hijo conociendo el entorno donde Rodrigo mantenía vínculos de convivencia constante con esta familia cuya conducta sexualizada explícita mantenía un estado de normalización por los miembros de ésta. Por otro lado, la conducta sexual del paciente durante su adolescencia, la cual podría considerarse esperado en esta etapa de desarrollo, sin embargo, es relevante, resaltar aquellas conductas sexuales inadecuadas narradas con relación a su conducta fetichista, de voyerismo y hasta cierto punto los contactos sexuales con su vecino Adrián. Por otro lado, podría verse afectado el hecho de una pobre comunicación familiar, respecto a la protección de los menores al no existir confianza, cuidado y acompañamiento adecuado de la madre del paciente hacia sus hijas e hijos.

- Pueden existir en otros casos, familias aisladas socialmente, que están apartadas del escrutinio social, que carecen de modelos distintos y el comportamiento incestuoso puede considerarse como normal. La tolerancia al incesto puede heredarse de generación en generación.
  - Esta característica tiene relevancia en el caso, considerando el tipo de vinculación que los miembros de la familia de Rodrigo establecieron con familias muy sexualizadas. En este sentido, si bien la familia vivió en su momento en el Distrito Federal, hoy Ciudad de México, geográficamente no estaba aislada, pero si hubo un favorecimiento en el establecimiento de vínculos con comportamientos sexuales similares que eran replicados al interior de las familias, lejos del escrutinio social de otras familias ajenas al círculo cercano de la familia de Rodrigo.
- Una supervisión deficiente por parte de la familia puede colocar a los niños y niñas en una situación de abuso sexual con un mayor grado de ocurrencia, de acuerdo con esta teoría existe una negligencia evidente por parte de los adultos responsables del cuidado del menor, al no existir una supervisión adecuada, y ocurrir el abuso sexual, el menor puede estar en una posición también de vulnerabilidad para denunciar el abuso.

- Este aspecto ha sido explicado en viñetas anteriores respecto al descuido en la supervisión de los adultos hacia los menores de edad, tanto al interior como exterior de la familia. Así como, al deficiente desarrollo de habilidades de autoprotección de los niños ante circunstancias de abuso de todo tipo.
- Pueden existir casos, en que la familia puede negar la situación (no creer en el menor) cuando es conocido el abuso sexual infantil, esta negación se concibe como un mecanismo de protección de la familia, ya que el tema de este tipo de abuso está rodeado de implicaciones morales que influyen en los prejuicios que se desarrollan en el tema y prevalece en guardar silencio respecto al abuso.
  - Las agresiones sexuales cometidas por Rodrigo hacia su hermana no fueron negadas por la familia, pero no hubo una denuncia ante la instancia de procuración de justicia por parte de los familiares cercanos que conocen del abuso. Esto también se reafirma, ante los conocidos de la familia respecto al motivo de encarcelamiento real de Rodrigo, ya que se ocultó el verdadero motivo de su encierro, este actuar tiene explicación como parte del mecanismo de protección de la familia ante el escrutinio social y la reprobación en el actuar de uno de sus miembros.
- La familia en sí se convierte en un mecanismo de protección al abusador sexual, cuando éste es el proveedor de la familia, pudiendo conjugar el papel que desempeña la madre con una dependencia económica hacia éste, además de ser generador de otro tipo de violencia como la física y/o psicológica, por las agresiones que puede cometer en contra de los integrantes de la familia a fin de mantener el control de ésta.
  - Este supuesto también puede ser aplicado en el caso, ya que el agresor sexual de Rodrigo en su familia (su hermano David) representaba uno de los proveedores principales de la familia, por la falta del padre que era el sostén económico antes de su muerte. Además del control que el hermano tenía hacia sus hermanos menores por medio de la violencia.

- El estatus social y económico no está exento de este tipo de prácticas abusivas en contra de niñas, niños y adolescentes, aunque existe un mayor reporte de casos de personas con un ingreso económico bajo. Las familias de extractos medios y altos cuentan con una mejor organización que les permite mantener en secreto los abusos sexuales.
  - Podría considerarse que el nivel socioeconómico de la familia de Rodrigo era medio cuando vivía el padre, este aspecto se ve afectado una vez que él fallece y la familia comienza en un proceso de precarización económica por la limitada ayuda recibida por la familia paterna del paciente. Esta situación afectó la organización familiar con cambios tan drásticos que aquejaron de forma diferenciada a los hijos del matrimonio, aunque resalta el hecho de que la protección hacia los menores no fue dada en condiciones igualitarias entre los hermanos por parte de su madre, ya que por ejemplo Iván ha sido el hijo más cuidado y valorado por su madre en comparación con el resto de sus otros hijos e hijas.
- En otros casos de abuso sexual infantil, puede darse en comunidades donde se incentiva estas conductas que tienen un antecedente étnico y/o religioso, en donde se puede dar un alto grado de represión sexual y existe segregación, además de que los miembros de estas comunidades perciben un importante grado de culpabilidad en el tema sexual. Estos patrones culturales pueden tener una repercusión directa en la herencia generacional, por lo que la denuncia de estas prácticas sexuales con menores no es denunciada.
  - Si bien no hubo una reflexión profunda en el aspecto religioso del entorno familiar del paciente, si existe en él una creencia importante hacia la religión católica y su constante manifestación de fe como un aspecto central que influye en el pensamiento y hasta cierto punto en la conducta del paciente, ya que a partir de su encarcelamiento buscó como una alternativa de ayuda constante el acercamiento a Dios y tratar de explicar y “sanar” su conducta a través del castigo divino.
- Otro elemento que puede incentivar al abuso sexual en las familias es lo que corresponde a la clase social, destacando tres aspectos que al combinarse

puede detonar en el contacto sexual de adultos con los menores. Estos aspectos pueden ser a la ocupación del padre, el ingreso familiar y la formación académica de los padres. En el caso de la ocupación del padre, si éste es desempleado existe un alto porcentaje de abuso debido a la prolongada permanencia en el hogar y a la ausencia de la madre debido a la necesidad de cubrir el gasto familiar, por otro lado, si el padre tiene un empleo que no le permite tener un contacto permanente y cercano con sus hijos, al ser un padre ausente. Consecuentemente el bajo ingreso de la familia puede exacerbar el nivel de vulnerabilidad de los hijos debido a la necesidad de los proveedores de ausentarse y dejar solos a sus hijos en edades tempranas sin la supervisión adecuada de los adultos. En cuanto al bajo nivel de escolaridad de los padres, puede incentivar más estas conductas cuando se trata de la madre, debido a la poca información sexual que pueda proveer a sus hijos para su autocuidado.

- Si bien, los últimos tres supuestos planteados, pueden ser ciertos en la medida de que el padre está ausente, derivando en la precarización económica de la familia y dejando la responsabilidad total a la madre, quien no contaba con habilidades y medios adecuados para asumirse como proveedora efectiva para sus hijos, dado su falta de experiencia laboral o formación académica que le permitiera tener acceso a otro tipo de oportunidades de trabajo. Recordando que la madre tuvo instrucción escolar hasta el nivel de primaria y las actividades económicas desarrolladas por ésta una vez que faltó su esposo fueron la venta de quesadillas cuyo negocio no continuó después del accidente con el tanque de gas, por lo que tuvo que dedicarse a lavar ropa ajena o realizar trabajos domésticos. La situación familiar se vio mayormente afectada por los conflictos familiares entre los tíos paternos del paciente y su madre, además de la conducta adictiva hacia el alcohol desarrollada por su madre y justificada por el paciente como parte de la depresión que ella enfrentó ante la muerte inesperada de su marido.

#### 7.2.4. ¿Por qué no se denuncia al abusador sexual infantil ante las instituciones destinadas para atender este tipo de delitos?

- Cuando el abuso sexual infantil es conocido por la familia, por la autoridad policial e instituciones que tratan el tema, hay mayores posibilidades que el niño abusado sea apoyado cuando el perpetrador es un desconocido; en caso contrario, en el cual el abusador sea conocido o pertenezca a la familia del menor, éste estará en una posición diferente de sospecha y de un respaldo dividido.
  - En el primer caso, la denuncia realizada por los alumnos de la escuela primaria donde el paciente realizó conductas sexuales inapropiadas fue escuchada por sus padres y por ello se movilizaron para buscar al agresor, considerando que el paciente era ajeno al círculo cercano de estos menores. Por otro lado, la denuncia que la hermana menor realizó a sus familiares respecto al abuso sexual cometido por el paciente, fue un hecho que ha sido guardado por la familia, situación ha quedado en el círculo más íntimo de la familia, existiendo como repercusiones mayores la culpabilización constante de la madre hacia Rodrigo, así como la limitación en el contacto entre éste y su hermana Marisol.
- La mayoría de los niños no se dan cuenta de la fuerte censura de la sociedad respecto al contacto entre adulto y niño.
  - Es evidente que la edad del menor agredido es un factor importante para guardar el secreto de la agresión sexual recibida, ya que la etapa de desarrollo en la que se encuentra el menor, podrá o no entender el abuso sexual como tal, aunque no haya una definición explícita de la conducta sexual inapropiada del adulto, el menor percibe y siente que este tipo de actos es inadecuado y puede ser censurado por quien le rodea, incluso culpabilizado. Es evidente que a pesar de que el paciente recuerda nítidamente el primer abuso sufrido a la edad de tres años y el resultado de sufrimiento que le ocasionó esta experiencia, no le permitió hablar sobre el abuso con algún familiar, incluso con su propia madre. En cambio,

cuando comenta Rodrigo a su madre de los tocamientos vaginales que su tío materno hacia a una de sus hermanas mayores, siendo ella una menor de edad, lo hizo sin entender las repercusiones de la conducta de su tío. Además de los juegos sexuales que el paciente experimentó desde temprana edad con su vecino Adrián, los cuales fueron hechos reservados para sí mismo, existe definitivamente una percepción en el menor que genera duda, incertidumbre y/o miedo, aunque no haya una explicación clara de los adultos como un medio de protección al niño para evitar este tipo de abusos, el guardar silencio es una forma que otorga al menor un cierto nivel de seguridad.

- El abuso sexual infantil y la violación se han minimizado, negando su importancia y culpando a la persona abusada por los hechos acontecidos en este sentido.
  - A pesar de que la sociedad ha tenido avances importantes en diversas áreas, el abuso sexual infantil aún se trata de ocultar en el interior de las familias. Es evidente que los casos que son denunciados causan malestar emocional en las personas que se enteran de este tipo de delitos, por lo que la gente trata de evitar estos temas. Como se ha mencionado anteriormente, la relación del agresor con la familia del niño, niña y/o adolescente abusado es relevante, ya que puede minimizarse, incluso culpabilizar al menor para justificar la acción del agresor en su contra.
- Todavía hoy en día se acusa al menor de asumir una conducta seductora que propicia este tipo de conductas abusivas.
  - En el caso de Rodrigo, considera que el abuso sexual en contra de su hermana, fueron hechos justificados por la conducta de la menor, interpretada por él como provocadora, por lo que trata de descargar su culpabilidad a través de esta percepción, o bien considera que la ayuda que actualmente ofrece a su hermana es una forma de resarcir la conducta abusiva del paciente a la edad de 18 años. Incluso cuando tuvo deseos y conductas sexuales inapropiadas hacia la hija menor de Martina,

él consideraba que la niña también le provocaba sexualmente y de esta manera trataba de justificar su actuación.

- Existe una duda razonable al considerar que el sistema judicial no cuenta con las herramientas necesarias para tratar el abuso sexual cometido contra menores.
  - De los menores de edad que fueron abusados sexualmente en este caso, no tuvieron un proceso de denuncia ante una instancia judicial salvo la realizada en contra del paciente, por su conducta exhibicionista en la escuela primaria. Uno de los motivos principales por el que el paciente obtuvo su libertad fue por no existir ratificación de la denuncia. Aunque ha habido avances en la procuración de justicia para las personas que denuncian abuso sexual, aún existe la percepción de que los servidores públicos no tienen la capacitación y sensibilidad para tratar estos casos en términos generales, por lo que existe una gran resistencia a la denuncia para evitar recordar los hechos de la agresión sexual, sobre todo cuando se trata de menores de edad, o sentirse abusados por la autoridad al ser juzgados como provocadores de la situación denunciada.
- Para la población aun hoy en día les es difícil discutir abiertamente sobre temas de índole sexual, debido a la herencia victoriana que aún prevalece, al existir un alto grado de represión sexual, por lo que el tema al interior de las familias se considera tabú.
  - En la familia del paciente, como en un gran número de familias, el sexo es un tema difícil de abordar al interior de éstas. Los hechos narrados por el paciente respecto al tema sexual entre hermanos y sobre todo con su madre fue un asunto que se evadía y por tanto prohibida, sin entender que la información dada al interior de las familias puede ser un rasgo de protección y orientación hacia los hijos de la familia, por ello la información y experiencias externas se quedaba en la comprensión de cada persona. La influencia fuera del ámbito familiar sobre este tema fue mayor, dado que las fuentes de donde la recibió no fueron las más idóneas, ya que el

paciente hubo de recurrir a prácticas sexuales inadecuadas desde temprana edad.

- El aislamiento social no solo se da a nivel de familia, también considera al individual dado por la movilidad, la falta de cohesión de vecindarios, al reducir la intensidad de la supervisión social que puede fomentar conductas de este tipo, además de que priva a las personas de establecer vínculos de apoyo e intimidad, por ello el abuso sexual se considera un síntoma de soledad muy profundo.
  - El aislamiento social que rodeaba al paciente era evidente desde su temprana edad, ya que desde la etapa de preescolar fue objeto de agresiones que le limitaron la vinculación con su grupo de compañeros, esta situación continuó incluso en el nivel medio superior. Fue palpable la falta de habilidades sociales para establecer relaciones de amistad con sus pares, incluyendo los lazos que había dentro de la familia. Por ello, el paciente se acercó a aquellas personas que, aunque podrían ser una influencia negativa, percibía de ellas aceptación a pesar de que esto conllevará agresión y sometimiento a diferentes formas de violencia. Este aislamiento limitó un proceso de socialización adecuado con otras personas, sobre todo cuando llega a la etapa de adolescencia donde la necesidad de establecer relaciones de empatía, solidaridad y de amor fuera del ámbito familia no ocurrieron dado a la inseguridad que el paciente sentía al ser rechazado por otros.
- Algunos terapeutas indican que el abuso sexual durante la infancia ha provocado que mujeres con estas experiencias muestren depresión y dificultad para relacionarse con hombres. Existe un alto porcentaje de adolescentes con problemas de drogadicción y/o de huida de sus casas por el abuso sexual cometido en su contra.
  - En este sentido, para el paciente el abuso sexual recibido ha tenido repercusiones negativas a lo largo de su vida. Aunque Rodrigo no ha mostrado conductas de abuso de sustancias, la conducta parafilica le ha traído consecuencias que han afectado su vida y la de su familia.

También, ha mostrado estados depresivos por sucesos relacionados a esta conducta como la pérdida de empleos, desconfianza de su familia nuclear, haber estado recluso, inseguridad, entre otros. La poca habilidad para relacionarse con mujeres debido a su inseguridad en sí mismo, ha influenciado para que el paciente busque en menores la satisfacción de deseos sexuales para no sentirse juzgado.

- Quienes han sufrido el abuso sexual, cuando estos hechos salen a la luz pública, han sufrido al tener que enfrentar las ofensas del depredador sexual, de los padres o parientes y de las instituciones.
  - En este caso, el paciente es de los contados casos donde siendo él un abusador sexual ha sido juzgado por la sociedad a partir de su conducta parafilica. Sus actos y consecuencias en los papeles de ser agredido sexualmente y luego ser el abusador, nos describe claramente los motivos, justificaciones y consecuencias de las experiencias ya detalladas ampliamente, quedando manifestadas en cada uno de los hechos y resultados obtenidos por cada una de estas vivencias hasta el momento del cierre del tratamiento psicológico.
- Las personas que solicitan servicios psicológicos y/o psiquiátricos por abusos sexuales sufridos, son aquellas que se les ha dificultado poder sobrellevar la vida de una forma más adaptativa a partir de estas experiencias.
  - La búsqueda de ayuda psicológica por parte del paciente para tratar sus diversas problemáticas personales, familiares y laborales se circunscriben como origen común en la conducta sexual inadecuada del paciente. En este sentido, él ha buscado ayuda para poder atender algunas de estas problemáticas a través de la aplicación de diversas herramientas adquiridas durante el tratamiento psicológico. Además de otras actividades ocupacionales que ha mantenido al paciente con un estado emocional más estable sin la incidencia de su conducta parafilica.
- El involucrar a la policía resulta la exposición pública, además de humillación y soportar la burocracia institucional.

- El involucramiento de las autoridades policiales en estos casos puede ocasionar un daño adicional a la persona agredida, porque deben revivir el evento al contar los detalles del abuso. Esto, puede ser particularmente difícil cuando se trata de menores de edad, es por ello que, cuando los padres o familiares de NNA abusados sexualmente y conocen de las agresiones, omiten hablar y denunciar los hechos para evitar mayores daños psicológicos al menor y a la familia. En la Ciudad de México, existe la Fiscalía de Investigación de Delitos Sexuales, en su reglamento establece que los servidores públicos deben tratar con respeto y dignidad a las personas que comparezcan en demanda de justicia, observando una actuación con los principios que rige el Servicio Profesional, así como de tratarlas con calidad y calidez, y con el debido respeto a los derechos humanos (DOF, 2019), sin embargo el número escaso de denuncias puede deberse al desconocimiento legal de las personas agredidas; otro lado, la existencia de desconfianza hacia la autoridad judicial para impartir justicia (Tamarit, 2015).
- Culturalmente se considera al niño (hombre) como sexualmente activo, y a la mujer como pasiva, por ello existe mayor consentimiento y menos explotación comparada con las experiencias de las niñas.
  - El hecho de que las familias cuiden más a las niñas sugiere que son menos independientes y existe mayor desconfianza de familiares y conocidos para cometer abusos en contra de las menores, en cambio con los niños se tiene mayor independencia, cuentan con mayor libertad fuera de la familia, lo que los coloca en una situación de mayor vulnerabilidad fuera de este ámbito, por lo que las experiencias de abuso sexual contra niños (hombres) se dan mayormente fuera del núcleo familiar.

### 7.3 Contrastación de los mecanismos propuestos con el estudio de caso.

De acuerdo con los mecanismos propuestos con anterioridad, se realizará un contraste con la información del estudio de caso que a continuación se detalla.

#### 7.3.1. Figura: Niña, niño o adolescente

Estudio de Finkelhor (2005), Sullivan (1997)	Estudio de caso/análisis
<p><i>Hay niños que tienen relaciones muy pobres con sus padres, que se sienten necesitados en otras maneras y que han descubierto que pueden obtener atención y afecto por parte de un adulto al incitar sus impulsos sexuales.</i></p> <p><i>Sullivan (1997) refiere con relación a este aspecto que “los menores tienen una enorme necesidad de cercanía y cuidado de los adultos y frecuentemente pagan un precio trágico por ellos” (pág. 139), como puede ser el caso de sistemas familiares incestuosos. Los menores necesitados emocionalmente o que han sido abandonados tratan de agradar a un adulto respondiendo a los actos sexuales abiertas o encubiertas.</i></p>	<p>Esta característica se puede observar tanto en el abuso sexual cometido por parte del hermano mayor hacia el paciente a la edad de 8 años, David abusada de él físicamente desde que murió su padre, el abuso sexual mejoró la relación entre ambos, ya que el paciente resalta el hecho de que este hermano lo apoyó en un par de ocasiones que han sido muy significativas para el paciente. Esta situación también se puede percibir con la relación de abuso físico al que era sometido el paciente por su compañero de la secundaria, con quien experimentó dos sensaciones contradictorias al momento que este alumno fue dado de baja.</p>
<p><i>Muchos niños parecen colaborar en favorecer con el ofensor para consumarse el abuso sexual, cuando éste se les acerca con esa intención, y el menor no toma acciones de autocuidado.</i></p>	<p>En este sentido, la familia y de manera particular la madre no ofreció al paciente y a sus hijas elementos de autoprotección que lograrán prevenir durante su infancia el abuso sexual; ya que por lo menos tres miembros de la familia del paciente, incluido él mismo, fueron sujetos</p>

<p><b>Estudio de Finkelhor (2005), Sullivan (1997)</b></p>	<p><b>Estudio de caso/análisis</b></p>
<p><i>El menor actúa sexualmente porque ya sido traumatizado por otro adulto (Sullivan, 1997). El niño que ha sido abusado sexualmente por un periodo prolongado por lo general forma parte de un sistema familiar desordenado o patológico donde no encuentra el suficiente apoyo y protección (Sullivan, 1997).</i></p>	<p>al abuso sexual por distintos miembros de la familia. Aunque, la madre le advirtió al paciente de abstenerse de juegos prohibidos con su vecino Adrián, no hubo otro tipo de información que fuera significativa para el paciente, a fin de prevenir el abuso, incluso el ocultamiento del abuso hacia al paciente por diversas personas en distintas circunstancias, lugares y momentos.</p>
<p><i>Los menores son abusados por los adultos de una forma más común de lo que socialmente se cree. En tanto los adultos hagan caso omiso al abuso sexual infantil, éste se mantendrá en una línea de ascenso de casos y los menores no tendrán la protección que requieren para un sano desarrollo.</i></p>	<p>En este caso, en la familia hubo una serie de abusos sexuales dirigidos en por lo menos tres integrantes durante la niñez y adolescencia, por diversos miembros de la propia familia. En este caso, el abuso sexual cometido en contra de sus hermanas fue conocido por algunos miembros de la familia, incluyendo a la madre. Otro elemento importante para destacar es el contexto social donde se crece el paciente, ya que el abuso no sólo se da en su casa y con familiares cercanos a éste, sino que trasciende a vecinos y conocidos de la propia familia.</p>
<p><i>Se cree que son niños que se muestran poco sociables, pasivos, los coloca como altamente vulnerables.</i></p>	<p>Esta característica se hace presente en la conducta del paciente, quien se mostró desde la edad en preescolar como solitario, con pocas habilidades sociales para establecer relaciones de amistad o compañerismo dentro del entorno escolar. Incluso fuera del contexto familiar el círculo social cercano al paciente eran los</p>

Estudio de Finkelhor (2005), Sullivan (1997)	Estudio de caso/análisis
	<p>vecinos quienes ejercían abuso físico y sexual hacia el paciente. A decir, del propio Rodrigo su comportamiento propició una serie de abusos que recibió de distintas figuras dentro y fuera de su familia se dieran de manera regular. Considerando que la propia madre es un agente que facilitó el abuso físico y emocional en el paciente desde temprana edad, y la falta de desarrollo de habilidades sociales y de autoprotección influyeron en el paciente fuera constantemente violentado por personas cercanas a éste. Incluso ya en una edad adulta dentro del ámbito laboral era molestado por su actitud pasiva ante comentarios agresivos realizados por compañeros del sexo masculino.</p>
<p><i>La gran mayoría de niños aprenden en etapas muy tempranas de su desarrollo la naturaleza de los genitales y de los demás, por lo que pueden reconocer cuando el abuso sexual se da, aunque no puedan definirlo, produciendo un sentido de malestar emocional.</i></p> <p><i>Por otro lado, Sullivan menciona que “los niños pequeños no tienen un marco de referencias adecuado para juzgar esos eventos [sexuales], dependen de las interpretaciones que realizan los adultos que los rodean y en quienes ellos confían.” (pág. 45).</i></p>	<p>Esta condición, puede determinarse en dos momentos específicos, el primero de ellos es cuando se da el abuso sexual en detrimento del paciente ocurrido a la edad de tres años, aunque éste no sabía cómo definirlo al momento del acto, es una experiencia que le causó malestar emocional y físico, aún más cuando reconoce el abuso como tal, y ha estado presente a lo largo de su vida a pesar de su corta edad, evaluándola como algo negativo al no poder hablarlo con alguien de su familia. El segundo momento, es cuando la madre del paciente le prohíbe acercarse a su vecino Adrián, ya que éste podría hacer actos</p>

Estudio de Finkelhor (2005), Sullivan (1997)	Estudio de caso/análisis
	<p>indebidos, sin mayor especificación hacia el paciente; a la interpretación del propio Rodrigo, había una incapacidad de definir las, pero sabía que las conductas sexuales que ocurrían con su vecino Adrián eran conductas indebidas, de las cuales no debía enterarse su madre.</p>
<p><i>Es poco frecuente que los niños puedan consentir o no las conductas sexuales ya que están bajo la tutela de adulto tanto legal como físicamente.</i></p>	<p>El cuidado del paciente desde temprana edad estuvo a cargo principalmente de su madre y hermanos mayores, aunque éstos no eran adultos en el momento de darse el abuso por parte de su hermano David, éste último ejercía una figura de dominio por ser el hermano que compartía la responsabilidad financiera para el sostenimiento de la familia, por ello, desempeñaba un papel de dominio y poder sobre sus hermanos menores. Por otro lado, cuando el paciente abusa de su hermana Marisol, éste representa el adulto al cuidado de su hermana, ya que, debido a la limitada actividad social, el paciente permanecía mayormente en su casa y por ello tenía un contacto cercano con su hermana, de forma particular por tratarse de una mujer, ya que su vinculación con este sexo fuera del ámbito familiar era limitado.</p>
<p><i>Es muy común que las experiencias sexuales se den entre niñas y adultos, estimando que una de cada cinco niñas haya tenido este tipo de experiencias. De estos</i></p>	<p>En el caso del paciente, éste abuso de su hermana menor cuando ella tenía la edad de 10 años, además, el abuso sexual de su hermana mayor por parte de un tío materno. Tal vez la</p>

Estudio de Finkelhor (2005), Sullivan (1997)	Estudio de caso/análisis
<p><i>casos se estima que el cincuenta por ciento de los ofensores se trata de familiares cercanos a la menor.</i></p> <p><i>Por su lado, Sullivan (1997) refiere que la mayoría de los abusadores sexuales de menores son conocidos y tienen un vínculo de confianza con el niño abusado.</i></p>	<p>historia familiar materna, podría ocurrir este tipo de abusos en generaciones anteriores, considerando que por lo menos dos personas adultas de la familia hubieron de cometer abuso sexual en contra de dos miembros de la familia de Rodrigo, incluyendo a él y a su hermana mayor. Por otro lado, el abuso de su hermano David hacia el paciente podría ser un caso también de abuso sexual.</p>

### 7.3.2. Actor: Familia

Estudio de Finkelhor (2005), Sullivan (1997)	Estudio de caso
<p><i>Características como la secrecía, ansiedad y tabú predominan en la mayoría de las familias respecto al sexo.</i></p> <p><i>Cuando un menor sufre de abuso sexual, le es difícil hablar de la experiencia ya que puede sentirse con pena, confusión o miedo. Por otro lado, para los adultos les es difícil hablar sobre sexo aún entre adultos, hablar sobre este tema con niños se complica más, sobre todo porque muchos padres hacen sentir desde temprana edad que el sexo y las sensaciones y sentimientos sexuales se relacionan con la culpa o como algo malo.</i></p>	<p>La <b>secrecía</b> respecto a las conductas de abuso sexual por parte del paciente hasta el momento del cierre del caso prevalecía en el ámbito familiar más cercano al paciente. La mayoría de las personas allegadas a la familia del paciente conocen que estuvo en la cárcel, pero desconocen el motivo real de su encierro carcelario.</p> <p>La ansiedad está presente en la familia en general, ya que existe la desconfianza por parte de los hermanos y madre hacia el paciente, de manera particular cuando Rodrigo se encuentra cercano a los sobrinos que son menores de edad. Por otro lado,</p>

<p><b>Estudio de Finkelhor (2005), Sullivan (1997)</b></p>	<p><b>Estudio de caso</b></p>
	<p>además el paciente también se muestra ansioso, al estar cerca de sus sobrinos por lo que trata de mantener contacto con ellos cuando hay más adultos. El tabú prevalece en la organización familiar por el conocimiento del abuso sexual cometido en contra de su hermana de forma particular y por las conductas de exhibicionismo realizado en la escuela primaria, causa que motivó su encarcelamiento por 3 años.</p>
<p><i>Si bien el incesto entre padre e hija es el que cuenta con mayores reportes en distintas instituciones, existen dudas respecto a que este tipo de relación sexual entre familiares sea el más común, ya que consideran que la relación entre hermanos es la forma con mayor frecuencia que se da en términos de incesto. Sullivan refiere que “el incesto consensual entre hermanos, aunque no es tan traumático como el incesto entre padre-hija o madre-hijo, puede tener efectos profundos en la vida futura de los participantes”. (pág. 131)</i></p>	<p>De acuerdo con la información del caso, el paciente fue participe de este tipo de incesto, al ser en su momento objeto de abuso por parte de su hermano mayor y después cuando el paciente abusó de su hermana menor.</p>
<p><i>En el caso de los niños del género masculino, cerca del diecisiete por ciento los ofensores eran de su familia. Este porcentaje aumenta sí, además, se considera a los conocidos del menor, alcanzando hasta un setenta por ciento.</i></p>	<p>La afirmación de Finkelhor respecto a esta característica es también palpable en este caso. El paciente siendo del sexo hombre, fue abusado por familiares y conocidos cercanos, dando la ocurrencia de relaciones sexuales del tipo homosexual.</p>

<p><b>Estudio de Finkelhor (2005), Sullivan (1997)</b></p>	<p><b>Estudio de caso</b></p>
<p><i>Los abusos sexuales al niño pueden ocurrir sólo una vez (60%), o más de una vez (40%), de este último porcentaje la frecuencia del abuso puede darse por más de una semana (40%).</i></p>	<p>Con la historia biográfica del paciente, en varias situaciones, entre las que se destaca el abuso sexual de su hermano David; el abuso cometido por el paciente a su hermana menor (Marisol), el abuso cometido contra la hija de su pareja Martina, además de la conducta exhibicionista mostrada con los alumnos de la primaria.</p>
<p><i>Las niñas, niños y adolescentes son vulnerables para que se comentan abusos sexuales en su contra. Estas conductas se agudizan antes del período de la preadolescencia. Ya que durante este periodo (10 años) los niños comienzan a ser más independientes, pero esto los vuelve más vulnerables, ya que aún no cuentan con las habilidades para evadir los abusos del adulto. En el caso de las niñas una vez que se alcanza la adolescencia, las habilidades para evitar el abuso sexual se consolidan.</i></p>	<p>Los abusos sexuales cometidos por los diferentes miembros de la familia del paciente, incluyéndole a él, tienen como rasgo coincidente este rango de edad de quienes fueron abusados sexualmente. Considerando que la conducta exhibicionista cometida por el paciente con alumnos de la primaria, tuvo una evaluación positiva de acuerdo por la apreciación del paciente, por parte de los alumnos de los grados mayores. La repetición de estas conductas con la hija de su pareja sentimental, quien tenía doce años.</p>
<p><i>Los niños no son los iniciadores de este tipo de actos sexuales. Un alto porcentaje de los encuestados entre mujeres y hombres habrían referido que el iniciador fue el perpetrador del abuso sexual. Frecuentemente se interpreta que el menor puede ser el seductor hacia el adulto, sin embargo, los niños carentes de atención y protección pueden tratar de agradar</i></p>	<p>Para esta afirmación existen argumentos del caso que respalda que quienes cometieron los abusos sexuales a los diferentes menores de la familia el paciente, fue el abusador sexual quien inicia la conducta sexual con los menores. Para el caso de Rodrigo el abuso fue no estuvo mediado por coerción física, ya que para las conductas de exhibicionismo la sorpresa del acto por parte</p>

<b>Estudio de Finkelhor (2005), Sullivan (1997)</b>	<b>Estudio de caso</b>
<p><i>al adulto al consentir las proposiciones sexuales abiertas o encubiertas.</i></p>	<p>del perpetrador es la sorpresa y a la respuesta de quien sorprendido. En el caso, del abuso sexual propiciado por el hermano del paciente, éste ejercía un poder de fuerza y coerción por el maltrato físico que este hermano mayor cometía en contra de sus hermanos menores.</p>
<p><i>El número de casos de niños (hombres) reportados y percibidos como tal, es considerablemente menor del que realmente existe. Se calcula que actualmente hay un 10% de niños que han sido abusados sexualmente, sin embargo, este porcentaje podría ser mayor cuando se cuente con información más precisa.</i></p>	<p>Los hechos de abuso sexual infantil llevado en contra de las hermanas del paciente fueron del conocimiento de la familia de Rodrigo, sin embargo, el abuso que cometieron en contra de él no fue conocido por su familia.</p>
<p><i>En abuso sexual cometido contra niñas se da mayormente en una relación heterosexual. (hombre-niña). El abuso, en el caso de los niños la relación es homosexual (hombre-niño)</i></p>	<p>En los casos de abusos sexual referidos por el paciente al interior de su familia, confirman este supuesto, ya que para todos los casos quienes cometieron estas conductas sexuales inadecuadas fue realizados por hombres, por lo que las relaciones sexuales entre las niñas son del tipo heterosexual y en el caso de los hombres es homosexual.</p>
<p><i>Con el abuso sexual, el niño presenta principalmente un trauma psicológico, en algunos casos no existe daño físico.</i></p>	<p>La experiencia vivida por el paciente en la condición de sometimiento por parte de sus agresores sexuales ha representado para Rodrigo una afectación psicológica mayor que el del posible daño físico, ya que reconoce</p>

<b>Estudio de Finkelhor (2005), Sullivan (1997)</b>	<b>Estudio de caso</b>
	<p>que los abusos cometidos en contra de él y lo que el mismo produjo en otras personas, ha sido el tipo de daño emocional y mental que por lo menos ha trastocado la vida del paciente.</p>
<p><i>En ocasiones las personas abusadas sexualmente durante la niñez recuerdan los sucesos, no por el hecho de reconocerlos como actos sexuales, más bien porque la percepción de estas experiencias es dolorosa, que provocan vergüenza y producen miedo. En etapas posteriores del desarrollo del niño, éste se da cuenta que aquellas experiencias eran inapropiadas.</i></p>	<p>El paciente durante las diversas sesiones que abordó las experiencias sexuales vívidas con su hermano mayor, manifestó el hecho de no reconocer en su momento que estas conductas sexuales de su hermano se trataron de un abuso sexual y su reiterada repetición, condujeron al paciente a mostrar una conducta pasiva ante la agresión, debido a su corta edad y a la falta de elementos de protección que no fueron transmitidos y desarrollados para proteger la integridad física, mental y emocional del paciente. Aunque se le cuestionó en varias ocasiones al paciente respecto a la claridad del abuso sexual tanto del familiar en el rancho de su madre y las posteriores relaciones ocurridas durante el periodo de los 5 a los 10 años, éste no respondió a este cuestionamiento.</p>
<p><i>Los niños pueden percibir las experiencias sexuales como sexuales, aunque no alcancen a comprender su significado, entienden que la actividad era diferente a lo socialmente aceptado, es algo prohibido, da origen a sensaciones del tipo visceral, y además se</i></p>	<p>En este aspecto, el paciente a pesar de corta edad en que comienzan los abusos sexuales, no lo reconoce como tal, pero sabe que este tipo de actividades tiene un cierto grado de rechazo y por ello debe guardar silencio. El estigma social que existe en torno</p>

<p><b>Estudio de Finkelhor (2005), Sullivan (1997)</b></p>	<p><b>Estudio de caso</b></p>
<p><i>hace en total secrecía, para no ser compartido con nadie más. Los niños perciben vagamente que lo que ocurre es algo malo. Mac-Farlane (1978) afirma que los niños mayores pueden tener un trauma más profundo pues son más conscientes del estigma social vinculado con la agresión sexual.</i></p>	<p>a las experiencias de abuso sexual vividas desde temprana edad por Rodrigo, lo orilla a evitar hablar del tema porque prevalece la reprobación y cuestionamiento por parte de sus familiares más cercanos.</p>
<p><i>En el momento que el/la niño/a reconoce el significado del lenguaje sexual, el sexo no se olvida. Los niños pueden mostrar curiosidad sexual no adulta, de acuerdo con su nivel de desarrollo. Cuando la curiosidad termina con un acto sexual genital con un adulto tiende a sentirse aterrorizado, traicionado o confundido porque no puede resolver el conflicto o dar salida a la sobreexcitación dada en el acto sexual.</i></p>	<p>En este caso particular, la actividad sexual ha sido un aspecto que ha estado presente en la vida del paciente desde temprana edad, enfocado en el abuso sexual, si bien cuando da inició este tipo de experiencias para el paciente siendo menor, no reconoce el abuso como tal, la experiencia sexual sigue presente, y que ha sido motivo de la experimentación de sucesos que han marcado la vida del paciente.</p>
<p><i>Uno de los daños principales hacia el menor a veces no necesariamente viene de la experiencia, sino más bien de la reacción social a la que se enfrenta el menor.</i></p>	<p>Hasta el momento del cierre del tratamiento psicológico, el paciente tiene presente cada día que la experiencia sexual sufrida desde la niñez y las conductas sexuales inadecuadas del propio paciente, están enmarcadas por un constante rechazo social, sobre todo de quienes conocen los antecedentes sexuales del paciente. Tal es el rechazo de estas conductas que el paciente habría omitido hablar el motivo de su encarcelamiento a su</p>

<p><b>Estudio de Finkelhor (2005), Sullivan (1997)</b></p>	<p><b>Estudio de caso</b></p>
	<p>pareja o los empleadores que ha tenido después de salir de la cárcel. Siendo niño, el paciente no habló de las experiencias sexuales sufridas por diferentes figuras cercanas al paciente. Conforme va creciendo entiende que estas actividades son inadecuadas considerando las advertencias de la propia madre al referirse a juegos indebidos.</p>
<p><i>Los niños que han sido agredidos sexualmente parecen sufrir las mismas graves consecuencias que sufren las mujeres adultas ante una violación, ya que muestran confusión, llanto, depresión y subsecuentemente un sentimiento de vergüenza, culpabilidad y conciencia de un estigma.</i></p>	<p>El paciente ha mostrado síntomas de depresión, llanto y el estigma que producen en la sociedad este tipo de conductas. Los signos de depresión con ideación suicida se ven en mayor grado después que sale de la cárcel al no poderse colocar en un empleo formal, sin que estos aspectos se vean emergidos cuando el paciente se encuentra situaciones que resultan complicados para el paciente, como el hecho de no encontrar un empleo en una aseguradora. La culpa en el paciente se ve palpable a través en la figura materna, ya que de forma constante la madre recuerda los actos parafilicos del paciente.</p>
<p><i>Este tipo de experiencias no sólo produce tensión secreta entre el menor y el agresor, ya que involucra a otros familiares cercanos.</i></p>	<p>Evidentemente, el suceso de estas experiencias sexuales en contra de varios miembros menores de edad de la familia del paciente y que han sido conocidas por los integrantes más cercano del paciente, entre ellos la madre y hermanos de éste, provoca</p>

<b>Estudio de Finkelhor (2005), Sullivan (1997)</b>	<b>Estudio de caso</b>
	un recordatorio constante hacia Rodrigo, al recordarle los hechos de abuso sexual infantil dentro y fuera de la familia; existe la desconfianza hacia el paciente por la conducta parafílica de éste.
<i>La situación del abuso provoca confusión en el menor, sin tener los elementos de protección para negarse a participar en el acto o el engaño deliberado, permite la materialización del abuso por parte del adulto.</i>	Este aspecto es constatado por el paciente al referirse no lograr definir el abuso sexual cuando se da durante su niñez.
<i>El miedo es una reacción común entre los niños que han sido abusados sexualmente. Aunque no puedan definir el acto como un abuso, los menores perciben que el adulto actúa de una forma diferente, y que no era correcta esa conducta.</i>	El miedo como sensación que causa un malestar ante la percepción de peligro ante una situación, persona o hecho, ha sido un estado emocional contante para el paciente, ya que aparte del abuso sexual, el habitual abuso físico y psicológico sufrido por el paciente, favorece el silencio y la aceptación de todo tipo de abusos en su contra. Posteriormente, sido adulto el miedo provocado por su inseguridad ante los demás podrían explicar hasta cierto punto los abusos cometidos en las diferentes experiencias ya descritas con otros menores, considerando que los menores son considerados como personas más exigentes qué con respecto a los adultos.
<i>Las relaciones sexuales que provocaban sensaciones físicas agradables satisfacen en el</i>	Aunque el paciente no reconoce que el abuso sexual sufrido durante su niñez provoco

<p><b>Estudio de Finkelhor (2005), Sullivan (1997)</b></p>	<p><b>Estudio de caso</b></p>
<p><i>menor un deseo de afecto y acercamiento que no se producía en otra circunstancia. Este placer provoca en el menor mayor culpabilidad o sentimientos de desamparo, aumento la confusión y derivando en el descontrol de sus emociones.</i></p>	<p>en él algún tipo de placer físico ante el contacto sexual con una persona mayor, esto podría ejemplificarse mediante la experiencia de abuso físico que el compañero de secundaria ejerció sobre el paciente, al experimentar dos tipos de sensaciones opuestas al darse de baja este compañero, por un lado, sintió alivio por ya no verse amenazado por esta persona, por el otro lado sintió la soledad de saberse solo.</p>
<p><i>Mujeres que tuvieron contacto sexual durante su infancia con un hermano mayor, les provoca vergüenza y sentimientos de degradación.</i></p>	<p>En este caso la información transmitida por el paciente respecto a la relación con su hermana menor contra quien cometió el abuso sexual, la considera cercana y buena. Supone que su hermana le ha perdonado, aunque se negó hablar con ella del abuso sexual, considera que el apoyo económico que él ahora le brinda compensa hasta cierto punto su conducta sexual inadecuada con ella. Aunque por parte de la madre, existe una restricción para que haya un contacto a solas entre ellos. Esta situación por lo menos provoca en el paciente la persistencia de culpabilidad</p>
<p><i>En el estudio de Finkelhor indica que en el caso de las niñas recuerdan el abuso sexual con más sentimientos de miedo y desconcierto,</i></p>	<p>En este sentido el paciente se mostró renuente a hablar de las emociones y sentimientos que le provocaron el abuso sexual realizado por su hermano mayor en contra de él. Sin embargo, las experiencias</p>

<p><b>Estudio de Finkelhor (2005), Sullivan (1997)</b></p>	<p><b>Estudio de caso</b></p>
<p><i>en el caso de los niños manifestaron haber sentido más interés y placer en ese momento.</i></p>	<p>sexuales posteriores a este abuso tuvieron lugar con Adrián, de una forma consensuada. Las experiencias sexuales a temprana edad del paciente a partir del abuso sexual, y debido a su corta edad y a su limitada comprensión de estos hechos, el paciente acepto estas prácticas hasta cierto punto como normalizadas. Por otro lado, el vínculo formado a través del abuso sexual con el perpetrador ofreció al paciente un acercamiento a estas personas, resaltando principalmente el vínculo afectivo, de aceptación y reconocimiento hacia él.</p>
<p><i>Uno de los hallazgos de la encuesta de Finkelhor, es que los perpetrados sexuales masculinos provocaban mayores reacciones negativas que en el caso de las mujeres. Para las niñas, está reacción negativa se podría deber a la diferencia de edad con respecto al perpetrador y al uso de fuerza; en el caso de los niños, las reacciones consideradas como negativas estuvieron enfocadas al estigma de la homosexualidad.</i></p>	<p>Esta afirmación es coincidente en el caso del paciente, sobre todo cuando aborda las diversas experiencias sexuales vividas con su vecino Adrián; su relato mostraba un grado de emocionalidad, al terminar de describir estas experiencias Rodrigo afirmó que estos hechos fueron consensuados para desobedecer a su madre y negó tajantemente abrir la posibilidad de ser homosexual.</p>
<p><i>Las experiencias de abuso sexual con integrantes cercanos de la familia son mayormente traumáticas que cuando los agresores son conocidos o desconocidos.</i></p>	<p>En este aspecto, el paciente mostró mayor afectación emocional respecto a las vivencias del primer contacto de abuso sexual a la edad de dos años, así como lo ocurrido con Benjamín el hijo adolescente de la comadre de su progenitora y la experiencia sufrida con</p>

<b>Estudio de Finkelhor (2005), Sullivan (1997)</b>	<b>Estudio de caso</b>
	<p>un preso durante su reclusión. En estas dos últimas experiencias describió el sexo oral al que fue obligado a realizar en ambos casos.</p>
<p><i>Los adultos que fueron abusados sexualmente en la infancia se consideran responsables de esta conducta. El dolor generado por el silencio y la estigmatización interna producía mayor dolor que la experiencia misma.</i></p>	<p>En este caso en particular, la estigmatización del paciente está mayormente enfocada al motivo de su encarcelamiento, ya que su conducta sexual inadecuada con los escolares ha tenido mayor afectación debido a la dificultad para conseguir un empleo dentro del campo de seguros. En este caso, el paciente justifica que sus actos han sido “pagados” por el tiempo en la cárcel. En este sentido se trabajó con el paciente el tipo de afectación que estos menores habrían tenido a partir de su conducta, considerando su propia experiencia ante el abuso sexual desde temprana edad.</p>

## VIII. La discusión

---

Como hemos visto el abuso sexual infantil es un fenómeno social que tiene una alta ocurrencia de acuerdo con las estimaciones nacionales. Para que la agresión sexual se dé, están involucradas por lo menos dos personas, en donde una de ellas establece una relación de poder sobre la otra.

La investigación que se ha desarrollado desde varias fuentes de información, donde se ha comprobado que los casos clínicos psicológicos con trastornos parafilicos no es comparable en cuanto a la estimación de personas que han sido abusadas sexualmente durante la infancia. Considerando que se estima que por cada cinco niños uno es abusado sexualmente en alguna de las formas ya descritas en el capítulo tres; por ello, tendría que existir por lo menos, en contraparte de cada menor abusado un perpetrador sexual. Sin embargo, la carencia de información respecto a los casos de agresores sexuales que han solicitado apoyo psicológico para la atención de conductas sexuales inapropiadas, sobre todo lo relacionado al abuso sexual dirigido a niñas, niños y/o adolescentes es limitada o incluso inexistente.

En la indagación de información a través de diversas solicitudes de información en la Plataforma Nacional de Transparencia en México, se tuvo acceso a una base de datos con 117 casos registrados que solicitaron atención psicológica para conductas parafilicas. Por lo que los datos podrían considerarse irrelevantes considerando que la base de datos integra varias entidades federativas ya que no es exclusiva de la Ciudad de México.

Con la información de esta base de datos se constató algunas de las características de los ofensores sexuales, como el hecho de que la mayoría de los sujetos que padecen de este tipo de trastornos son hombres, aunque no existe exclusividad de sexo, la diferencia es significativa.

Bajo este contexto, la propuesta de esta tesis se centró en el motivo principal de la falta de datos respecto a los agresores sexuales, por un lado la información respecto a la solicitud de atención psicológica para el tratamiento de parafilias es mínima; los casos que llegan a ser denunciados son también limitados, ya de que de acuerdo con la asociación de la Organización Aldeas Infantiles SOS, solo el 10% de los abusos sexuales hacia menores son denunciados, es decir por cada 1,000 casos solo 100 se denuncian, de éstos solo 10 van a juicio y uno recibe sentencia.

A partir de esta información, se indagó y se construyó una propuesta de mecanismos socioculturales que puedan explicar la protección hacia el agresor sexual infantil debido al reducido número de denuncia de abusos sexuales en contra de NNA. La consulta de diversos autores coincide en que los actores que se ven involucrados en estos delitos, tendrían sus propios motivos para no denunciar las conductas sexuales inapropiadas hacia menores, es decir guardar silencio ante los hechos.

Con la propuesta de los mecanismos establecida en este trabajo, se realizó un contraste de información con un caso de un paciente masculino con antecedentes de conducta parafilica. Este ejercicio comparativo desde un enfoque cualitativo permitió respaldar la evidencia teórica e investigaciones respecto a las características, condiciones, conformación familiar, entre otros aspectos que pueden facilitar la secrecía al interior de las familias respecto al abuso sexual infantil.

Es importante resaltar que el estudio de caso, por si solo es interesante desde varios aspectos, entre los que se resalta el hecho de que fue el primer paciente que el centro de atención psicológica recibió desde su creación con este tipo de trastorno parafílico, además de su permanencia en prisión por tres años a consecuencias de su conducta sexual inapropiada con alumnos de una primaria, aspectos que resultan atípicos considerando el limitado acceso de información, y que éstas dos condiciones las reúna el sujeto.

## IX. Conclusiones:

---

Este último apartado tiene una serie de conclusiones que están clasificadas en tres ámbitos. El primero de ellos se establece a partir del análisis de información de la base de datos de los 117 casos otorgados el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz realizando un análisis y conclusiones de este rubro. El segundo ámbito de conclusiones está enfocado al estudio de caso; el tercer y último segmento de conclusiones se refiere a los mecanismos de ocultamiento socioculturales del perpetrador de abuso sexual infantil.

Los tres elementos centrales de esta tesis, se ha construido a partir de la baja prevalencia de casos registrados respecto al tratamiento psicológico y/o psiquiátrico de personas con trastornos de la conducta sexual, como segundo elemento es la propuesta de mecanismos socioculturales para el ocultamiento del abusador sexual infantil, para finalmente encontrar las coincidencias con el estudio de caso que se describe en el capítulo seis de este trabajo. Finalmente, se hará una serie de recomendaciones que pueden resultar de interés para abrir otros espacios de discusión sobre el tema.

### **a) 117 casos de personas con trastornos de la conducta sexual.**

A partir de la revisión de los datos de los 117 casos que integran la Base de Datos, aunque no puede ser representativa por el número de casos, se ha realizado un análisis cuantitativo en donde se puede apreciar las siguientes conclusiones:

- 1) El 87.17 por ciento de los casos se trata de hombres (102), el resto se refiere a 15 mujeres que representa el 12.83 % de este universo, proporcionalmente se podría considerar que de cada 10 abusadores sexuales 9 son hombres.
- 2) Las edades de los pacientes oscilan entre un rango de 15 a 68 años. En relación a las mujeres, el mayor número de casos por edad es a los 58 años (3 pacientes), cuyos padecimientos se diagnosticaron como: a) Trastorno de la preferencia sexual no especificado, b) Pedofilia, y c) Otros trastornos de la preferencia sexual.

- 3) Respecto a los hombres, el número mayor de casos de acuerdo con su edad está en los 45 años (12 pacientes), los trastornos fueron clasificados como Voyeurismo (10), Pedofilia (1) y Otros trastornos de la preferencia sexual (1)
- 4) El trastorno que muestra mayor prevalencia es el Voyeurismo con 29 casos reportados, de los cuales 27 corresponden al sexo masculino. En dos entidades se concentra el mayor número de casos con esta clasificación, siendo el estado de Guerrero con el mayor número de registros (14), seguido por la Ciudad de México con 13 pacientes.
- 5) El siguiente trastorno de acuerdo con el número de casos es el de “Otros trastornos de la preferencia sexual”, con 23 registros, de éstos 20 corresponden a hombres y 3 a mujeres.

**b) Conclusiones de la propuesta de mecanismos socioculturales para el ocultamiento de perpetrador de abuso sexual infantil.**

1. El principal mecanismo sociocultural para el ocultamiento del abusador sexual infantil es el silencio, en algunos casos se considera casi una ley implícita en la organización individual, familiar y social, debido a que este tipo de abusos encierra un alto grado de prejuicio social.
2. Se podría considerar que la persona abusada sexualmente durante su niñez o adolescencia es el sujeto quien guarda silencio más frecuentemente ante los hechos de abuso sexual debido a diversos motivos: 1) por una forma de autoprotección de sí mismo, 2) para proteger a su estructura familiar, 3) por no comprender la situación del abuso a la edad en que ocurrió el abuso, 4) por considerar que el menor no es sujeto de credibilidad ante los demás, dando mayor respaldo al perpetrador de abuso.
3. La familia también guarda silencio ante el abuso sexual infantil debido a que: 1) pueden ser conductas que son aceptadas por darse de generación en generación; 2) la familia considera que el acto de abuso sexual puede ser minimizado si este es cometido por un hermano mayor del sujeto abusado; 3) otra situación es el conflicto que se genera al interior de la familia a partir del

abuso, contiene una carga emocional y de culpa que no podría manejar si estos hechos son expuestos a la sociedad. 4) La estructura familiar se sostiene por el tipo de relaciones que tienen los diferentes integrantes de la familia, sobre todo en el caso donde la hija sustituye las funciones conyugales de la madre con respecto a su esposo.

4. Desestimar el abuso sexual debido a las implicaciones por falta de sensibilización, capacitación, protección al agresor, minimización de la denuncia por tratarse de menores, entre otros.
5. Las instancias gubernamentales no tienen servidores públicos capacitados en la atención de abusos sexuales infantiles. Los casos que son denunciados por los familiares de los menores de edad desisten en la continuidad de los procesos debido al trato que se da a niñas, niños y/o adolescentes, en ocasiones desestimando los delitos incluso culpabilizando a los propios menores del abuso.

### **c) Conclusiones del estudio de caso**

Con base en la información recabada durante el estudio de caso, y de acuerdo con el enfoque cualitativo utilizado como método de investigación para el diseño de la estructura de este trabajo, se dio con la recolección de datos de diversas fuentes. Inicialmente se recabó información de los casos registrados en instituciones de salud pública mental en nuestro país, con padecimientos de trastornos parafílicos. Posteriormente, la recopilación de información teórica conceptual de diversas áreas del conocimiento, para de allí realizar la propuesta de los mecanismos socioculturales de ocultamiento del perpetrador de abuso sexual infantil. Esta propuesta, fue a su vez comparada con el estudio de caso expuesto en el capítulo VI. A continuación, se exponen una serie de conclusiones respecto al caso en términos del proceso terapéutico y de la investigación realizada sobre el abuso sexual infantil:

Se considera que los niveles de ansiedad presentes en el paciente y de los pensamientos de confrontación no expresados, podrían explicarse debido a la

experiencia infantil respecto a la agresión a la que fue sometido por parte de su núcleo familiar cercano, constituido por su madre, hermanos; además de vecinos y compañeros de clases; aunado a los eventos traumáticos vividos durante su edad temprana, de índole física y sexual con repercusiones en su estado emocional y mental.

Su constante represión interna y externa, pueden explicarse cuando el paciente trata de evitar situaciones que le provocan malestar emocional, o bien que su propia evaluación de una situación en particular, pueda originar una exposición negativa donde puede sentirse juzgado; por ejemplo, evita participar o colaborar en una reunión de trabajo a pesar de tener ideas o propuestas sobre un tema en particular; otro ejemplo de esta represión es su constante aceptación de las decisiones de su madre y la forma en que ésta influye en decisiones importantes del paciente. Reprime el hecho de poder confrontarla abiertamente por ejemplo, evita llevar a Martina, a reuniones familiares a fin de no generar problemas con su madre, ya que considera que no es la pareja idónea para él de acuerdo con los comentarios de su madre, para cualquier acto de represión debe haber como antecedente el mecanismo de negación.

Una forma de escisión que muestra el paciente es a través de sus conductas sexuales inadecuadas, es una manera de liberar la ansiedad que le provocan diversas situaciones a las que se ve sometido y que no puede hacer frente de una forma asertiva, ya que mediante el sometimiento al otro en una situación incómoda o de agresión sexual explícita, traslada su propia experiencia de haber sufrido abuso sexual durante su infancia y su posterior conducta como perpetrador sexual infantil, encontrando placer en el acto de confrontación y ejercicio de poder hacia la persona abusada. Esto ocurre también en su familia, de forma particular hacia su madre y a la sociedad en términos generales, sabe que realizar este tipo de actos en contra de los menores es una manera de confrontación hacia a la autoridad, evidenciado la falta de habilidades empáticas para poder hacer frente a las imposiciones de terceros sobre las decisiones del propio paciente. Esto explica porque pierde el interés en una persona cuando es correspondido abiertamente en la intención sexual, cuando

inicialmente le provoca un interés por el tipo de agresión que puede infringir, de acuerdo con el análisis realizado en el proceso terapéutico con el paciente.

Otro ejemplo de escisión, se demuestra cuando el paciente realiza una evaluación buena o mala respecto a una persona o situación, por ejemplo con el hermano que abusó de él considera que es una buena persona porque David le apoyó en dos ocasiones en temas escolares; no considera los hechos y situaciones de agresión que se suscitaron con mayor frecuencia con relación a este hermano, cómo el hecho de que fue un hermano que abusó física, emocional y sexualmente del paciente; además de ser quién propicio la pérdida de la casa familiar por conflictos entre su madre y los hermanos de su esposo fallecido.

Otro aspecto por resaltar es el abuso sexual que infringe el paciente es dirigido mayormente hacia niñas, lo cual se sostiene por el tipo de conducta sexual hacia su hermana menor a la edad de 12 años, o el interés sexual hacia la hija de Martina, aunque también se da el caso en mujeres con quienes ha practicado el frouterismo en el sistema de transporte metro, este último ha sido de menor incidencia e interés de Rodrigo. De alguna manera el paciente internalizó estas conductas como un marco de referencia en su estructura de personalidad desde una edad temprana, al haber observado el tocamiento de conductas sexuales hacia una niña de 3 años por parte de su vecino Adrián cuando el paciente tenía aproximadamente 5 años; además de presenciar el abuso cometido por parte de su tío materno dirigido a su hermana mayor, cuando ésta era aún una niña en edad escolar.

Por otro lado, su encarcelamiento durante 3 años por su conducta exhibicionista; muestra una percepción de no afectación ante el mismo hecho violatorio ya que, si bien ahora considera que estas conductas pueden traerle consecuencias de diversa índole, tiene errores de juicio al minimizar las implicaciones que causan sus actos en las personas que han sido objeto de su agresión, además reitera que el tiempo hará que se olvide el motivo de su encarcelamiento y por ende la inexistencia de consecuencias provocadas su conducta sexual inapropiada.

La necesidad de estimulación externa que reiteradamente menciona el paciente lo limita en su capacidad de decisión legítima y es una forma continua de someterse

al juicio de los demás para ser valorado y reconocido como una persona valiosa, aunque a veces su conducta puede resultar exagerada debido a su servilismo que es interpretada como falsa y sospechosa.

Un aspecto importante en el comportamiento de Rodrigo es la ansiedad que presentó ante la restricción y el castigo recibido por su conducta exhibicionista, y hasta el momento del cierre terapéutico, fue suficiente para contener de alguna forma, su trastorno parafílico, ya que funge como método de contención para la represión de conductas sexuales inadecuadas; en prisión el paciente fue expuesto a diversos abusos de índole física, sexual, emocional y económica como amenazas, insultos, golpes, pago de seguridad, haber sido incluso a masturbar a otro preso como una forma de agresión sexual.

Otro factor de control para el paciente es su madre ya que, a través del manejo de la culpa, ella le recuerda constantemente su conducta y resalta el malestar emocional que le provoca esta situación; este manejo de la culpa se establece a nivel familiar, ya que los hermanos con hijos menores no permiten su acercamiento a solas con éstos dado al temor vigente de que el paciente pueda abusar de ellos. El paciente es consciente de la situación, por ello trata de establecer contacto con sus sobrinos cuando están presentes otras personas adultas o bien puede estar en grupo con varios menores, pero guardando siempre una distancia que no despierte sospecha, sabe que cuando asiste a las reuniones familiares hay alguien que lo vigila o está pendiente de él, incluso su hermano Iván con quien se lleva mejor, no le deja estar a solas con su hijo menor de 3 años.

Es importante el trabajo en la concientización de sus actos y las consecuencias con afectación a terceros, ya que los factores de control de impulsos están referido a las consecuencias directas hacia su persona, dejando de lado la afectación que ha hecho en contra de otros, por ejemplo, considera que no hubo daño hacia los menores expuestos a su conducta exhibicionista, ya que por un lado no hubo ratificación de la denuncia, por lo que considera que exageraron en la respuesta de los denunciantes, por otro lado, afirma que él ha pagado ante la sociedad y nada debe.

Aunque el paciente cuenta con buenos recursos intelectuales y ha mejorado en sus habilidades sociales al dedicar tiempo diario a investigar sobre temas que le son de interés o necesarios para llevar a cabo sus actividades laborales, además puede establecer relaciones sociales en diversos ámbitos con mayor facilidad. Por otro lado, al principio del tratamiento psicológico estas características personales se ven soslayadas por un Yo disminuido, el cual se ve sometido constantemente por otros, desvalorizándose ante su incapacidad de enfrentar situaciones simples de opinión o confrontación. Sin embargo, es evidente que la misma estructura de personalidad ha logrado desarrollar habilidades compensatorias como la manipulación, el enmascaramiento de conductas parafílicas por las socialmente aceptadas, en este caso tomar clases de natación donde debe usar un bañador y exponerse, por ejemplo. Además de mostrarse como un buen colaborador y facilitador de actividades que implica ser reconocido y apreciado por sus habilidades en el desarrollo de actividades de limpieza y orden, incluso consideradas culturalmente como poco masculinas.

Su actitud de colaboración poco convencional al ser muy servicial en situaciones sociales, como ofrecerse a limpiar mesas, barrer, lavar los trastes y que estas acciones sean percibidas por otras personas, es una forma de búsqueda de aceptación que utiliza para interiorizar que no es tan mala persona y que de esta forma logra ser reconocido, aceptado y valorado por otros, sin embargo, se coloca en una situación de enjuiciamiento constante ya que su fin es ser reconocido y trabaja para ello.

Trata de justificar sus actos y respecto a su trastorno parafílico menciona que “no es el único en cometer este tipo de conductas”, sabe que está sometido a un constante enjuiciamiento por parte de quienes conocen su historia, hay una evidente lucha entre la necesidad de manejar sus niveles de ansiedad provocados por pensamientos intrusivos y el autocontrol de su trastorno parafílico, ya que el paciente durante el tiempo que ha estado en tratamiento evitó hablar respecto a las conductas sexuales inapropiadas de una forma más clara y abierta.

De las conclusiones con relación a la comparación de la propuesta de mecanismos socioculturales de ocultamiento del perpetrador de abuso sexual infantil y el estudio de caso han sido coincidentes en varios aspectos que se han abordado; resaltando que el **silencio** es el principal mecanismo de protección que se instaura como principal defensa en los casos de abuso sexual infantil, de forma particular en el menor de edad y consecuentemente en la familia de éste. El silencio establecido tiene motivaciones en cada uno de los integrantes del núcleo familiar, pero de forma generalizada el silencio provoca en primera instancia la percepción de que todo sigue igual antes del abuso, sino se reconoce se evade el abuso, sino se habla no existe y se tiene la percepción de que el sistema familiar se mantiene vigente sea cual sea su organización y funcionamiento, y por ende a la vista de la sociedad no será sujeto de enjuiciamiento.

En el caso de estudio y la propuesta de mecanismos socioculturales de ocultamiento del perpetrador de abuso sexual infantil, es coincidente en los siguientes puntos:

El silencio es el principal mecanismo de defensa que se activa en la mayoría de los abusos, a partir de la agresión sexual infantil. En el caso de Rodrigo, el silencio es utilizado como forma de autoprotección ante el escrutinio social, desde el momento en que es abusado sexualmente durante su niñez, y posteriormente a su conducta de agresor sexual infantil. Esto resulta relevante debido a la combinación de factores y hechos que ocurrieron alrededor de Rodrigo y su familia; resaltando que la organización familiar no desarrolló las habilidades de autoprotección necesarias para evitar el abuso sexual en los diferentes integrantes de la familia.

De acuerdo con la propuesta de mecanismos de ocultamiento hacia el perpetrador de abuso sexual infantil y el análisis comparativo realizado con el estudio de caso, predomina el hecho de que Rodrigo careció de los elementos de protección y cuidado por parte de su madre, como una figura central para evitar los abusos físicos, psicológicos y sexuales. El fallecimiento del padre a temprana edad del paciente y la incapacidad de la madre por afrontar la nueva situación y condición de jefa de familia implicó que los roles de los hermanos mayores cambiaran al asumir

responsabilidades y, en el caso de su hermano David, de ejercer un poder como abusador sexual en Rodrigo. En este sentido, también se puede considerar que de parte de la familia materna existían antecedentes de conductas sexuales con menores en generaciones anteriores, considerando que el tío materno abusó sexualmente de la hermana mayor del paciente, y el propio paciente sufrió del primer abuso en casa de su abuela materna.

Otro elemento coincidente del análisis comparativo, es la interpretación que realiza el propio paciente respecto a sus experiencias sexuales a temprana edad, se cuestionó a Rodrigo sobre la interpretación de estos hechos, para conocer en qué momento de su vida determinó que había sufrido abusado sexualmente; aunque decidió no responder a este cuestionamiento, es evidente que los niños en las primeras etapas de desarrollo no pueden definir que la conducta del agresor tiene un propósito sexual, aunque sienten que lo que ocurre no está bien, esto les causa malestar emocional, dado a la incapacidad de juzgar si está bien o mal lo que ocurre, el silencio es otra vez la opción para tratar de dar solución al conflicto interno por el que atraviesa el menor. La situación de callar se ve mayormente reforzada si el abusador ejerce algún tipo de amenaza o abuso físico, o representa una persona importante dentro del entorno familiar.

Por otro lado, la relación de Rodrigo con su hermano David cambia cuando el abuso sexual se da, sentir el apoyo o respaldo de este hermano hacia el paciente, en contadas ocasiones logró que Rodrigo minimizará el daño emocional que su hermano mayor le ocasionó, no sólo en el aspecto físico, al ser abusivo con sus hermanos menores, sino en el daño emocional que enfrentaba cotidianamente. Es indiscutible que la carencia afectiva hacia al paciente por parte de su familia permitió al paciente sentirse aceptado y visibilizado por este hermano a pesar de las vivencias negativas ocurridas durante su niñez. Esto puede explicar también las emociones encontradas que al paciente tuvo cuando en la secundaria, su compañero de grupo fue expulsado por su mal comportamiento, y quién agredía de manera habitual a Rodrigo, aunque vivía en una constante incertidumbre y sufría por el acoso escolar que este compañero le hacía, por otro lado, también representaba una persona que se ocupaba del paciente y le ponía atención de alguna forma.

A nivel de familia, aunque la madre constantemente le culpa a Rodrigo por sus actos pedofílicos en contra de su hermana menor y de los alumnos de la primaria, también guardan silencio de estos hechos al exterior de la familia; sólo el círculo más cercano a Rodrigo conoce del motivo real de su reclusión, hay otras personas que desconocen el ilícito por cual fue procesado.

Es importante resaltar que si bien la familia, ejerce un escudo de protección para evitar el escrutinio social mediante la no divulgación de los hechos de abuso sexual, existe otro tipo de silencio dentro de la familia, que se ejerce a fin de no crear mayores conflictos entre los integrantes de ésta y evitar la fractura de la que por sí existe por las conductas sexuales inapropiadas del paciente; por ejemplo, el silencio que guarda el propio Rodrigo respecto al abuso de su hermano David, es interesante porque él logró recordar detalles de su niñez muy vívidos; cuando en su momento habló del abuso de su propio hermano hacia él, sólo se limitó a mencionarlo, incluso fue un tema que evadía, por ello, se considera que esta información no es del conocimiento de su madre y hermanos más cercanos, porque necesariamente habría sido mencionado y podría ser un atenuante de su propia conducta ante su madre.

Las formas en que abuso sexual infantil afecta a quiénes han sido sometido a estas experiencias se consideran como un trauma privativo, suelen sentirse humillados y estigmatizados, por lo que la vergüenza, miedo e incluso la culpa que experimentan favorecen a guardar silencio sobre el abuso sexual experimentado, aunque el abuso haya terminado desde hace tiempo. Incluso la sensación de inseguridad y desconfianza no sólo se da hacia los demás, sino de sí mismos, lo cual puede permanecer a lo largo de la vida. En el caso de Rodrigo, el miedo es una de las sensaciones que mayormente le afecta, aunado a los sentimientos de inseguridad y desconfianza, que no le permiten desenvolverse de una manera más efectiva, sobre todo en el ámbito profesional y social.

El miedo ante situaciones desconocidas o que considera que puedan salirse de control le provoca ansiedad e inestabilidad emocional, lo que influye negativamente en su desempeño laboral, a pesar de que es una persona que cuenta con buenos recursos verbales, es ordenado y disciplinado, cognitivamente es una persona con

un pensamiento abstracto, esto respaldado por el tipo de profesión que ejerce como actuario. Por otro lado, el miedo ha sido un factor de protección para evitar el consumo de sustancias legales e ilegales, ya que considera que los efectos estimulantes de algunas drogas lo colocarían en una situación de indefensión, de acuerdo con lo visto en prisión.

Otro aspecto de análisis, es lo relacionado al tabú que representa el tema sexual en muchas familias, trayendo como consecuencia principal que los menores busquen información en otras fuentes poco confiables; en el caso de las conductas sexuales de adultos con menores de una familia, representa un nivel mayor de estigmatización; cuando el abuso se da en un niño (hombre), implica varios conflictos para el menor abusado, ya que por un lado la agresión generalmente tiene una connotación homosexual, ya que la mayor prevalencia de abusos sexuales son realizados por hombres; esta percepción de homosexualidad también tiene una alta carga de desaprobación social y el reconocimiento al interior de la familia puede ser altamente destructivo para el menor y sus familiares cercanos. En el caso de Rodrigo, esto fue claramente expresado por el paciente, cuando tuvieron lugar los encuentros sexuales durante su niñez con su vecino Adrián y de enfatizar no ser homosexual ya que, si bien la argumentación dada por Rodrigo fue la de contravenir a la autoridad representada por su madre, pudo existir también el placer obtenido en estos encuentros sexuales.

Por otro lado, el abuso de su hermano David en contra del paciente, también se considera un contacto homosexual y su ocultamiento podría deberse al poder que este hermano ejerció en el paciente, además de las posibles ganancias que el propio Rodrigo pudo haber obtenido de estos encuentros, al tener una relación menos violenta por parte de su hermano mayor.

Es evidente que en el caso del paciente es un ejemplo claro del por qué cada miembro de la familia establece el secreto como una forma de protección no solo para Rodrigo como agresor, sino para sí mismos. Evitar el escrutinio social donde pueden y son juzgados es una forma de protección en la integridad individual y colectiva del núcleo familiar. Aún en el cierre del tratamiento con Rodrigo él

manifestaba de forma directa o indirecta la necesidad de seguir guardando el secreto ante los demás, porque de ello dependen las áreas principales de la vida presente y futura del paciente y de la propia familia.

El estigma que cubre el abuso sexual infantil se hace efectivo, en cuanto a que la red de confianza alrededor del menor se rompe ante la exposición pública de estas conductas. Además de las secuelas psicológicas, físicas, sociales y económicas se ven afectadas.

Es importante subrayar que el abuso sexual infantil existe y continuará en crecimiento sino se toman las medidas preventivas para que a niños, niñas y adolescentes se les brinden las herramientas de autoprotección ante estos abusos en los distintos escenarios donde el menor se desarrolla, además de que se cuente con una red de apoyo para que los menores tengan la confianza de saberse protegidos, y si ocurre un abuso pueden denunciarlo y ser acompañados durante los diversos procesos que estén dirigidos a su recuperación y el de su familia.

Por último, el caso de Rodrigo ha sido muy esclarecedor y representa uno de los pocos casos donde se ha logrado documentar la información de una persona que sufrió abuso sexual infantil y después como agresor sexual infantil, dada la poca información documentada respecto a los perpetradores sexuales infantiles, lo que sustenta el hecho de que el fenómeno es vigente y ocurre más de lo que socialmente se conoce o se pretende conocer.

Otro aspecto que cobra notoriedad del caso es la necesidad del propio paciente en buscar ayuda profesional para la resolución de sus conflictos internos, ya que éstos no solo tienen alcances en su persona, sino que sus decisiones y conducta, sobre todo aquellos que tienen que ver con la satisfacción sexual con menores de edad tiene repercusiones psicológicas, físicas, sociales y legales para él y su entorno.

#### **d) Recomendaciones:**

El caso de Rodrigo provoca la reflexión constante y la necesidad imperante de seguir aprendiendo para comprender y atender psicológicamente no sólo a quién ha sufrido del abuso sino también a quiénes lo cometen, porque en la medida que se visibilice el fenómeno del abuso sexual infantil a través de los menores que han sido abusados, también es necesario visibilizar el problema a través de aquellos quiénes clínicamente presentan trastornos parafílicos; atendiendo al perpetrador, se protegerá de manera indirecta a las niñas, niños y/o adolescentes que pueden ser potencialmente abusados por estas personas. El problema no puede resolverse como se crea, es decir, no se puede guardar silencio ante el abuso, cuando es necesario hablar para reconocer primeramente que existe y es cercano a todos.

En los diferentes niveles de organización de una sociedad, deben continuar los esfuerzos para el otorgamiento efectivo de protección de niñas, niños y/o adolescentes, sobre todo en el actual contexto de la pandemia del SARV-Covid 19, ha mostrado la vulnerabilidad con la que día a día muchos menores deben enfrentar el abuso sexual infantil en sus casas. A nivel institucional, el gobierno tiene la obligación constitucional de continuar con la creación de políticas e instrumentación de acciones de políticas públicas que ofrezcan tanto a menores como a madres, padres y/o tutores, herramientas de acción en la prevención y atención adecuada para este tipo de delitos. Es importante, que en las escuelas se hable más a los menores de conductas que atentan en contra de su personalidad y dignidad como personas sujetas de derechos, esta información debe ser transmitida en un lenguaje adecuado para los diferentes grupos etarios.

Se tendría que continuar en la generación de campañas de difusión de información a la población en general, resaltando las implicaciones que trae consigo el abuso sexual infantil en niñas, niños y adolescentes a corto, mediano y largo plazo. Además, de proveer lugares y medios de ayuda terapéutica y legal, mediante la difusión continua y diversificada de información respecto a estos servicios.

Uno de los mayores logros alcanzados con este caso, es el apoyo psicológico que se brindó al paciente, ya que hubo la apertura y el interés de aceptar el reto que

representó la atención de Rodrigo, considerando que antes de llegar al centro comunitario él habría estado en otro servicio psicológico donde fue abiertamente rechazado. Es allí, otro ejemplo, donde el silencio se ve fortalecido ya que puede ser determinante para aquel que busca ayuda y le es negada, ante esta negativa el paciente pudo haber elegido seguir guardando silencio del origen de sus diversas problemáticas, y buscar su satisfacción con las personas y medios que considerará conveniente, sin embargo no desistió en su búsqueda de encontrar un espacio en donde sentirse en la libertad de hablar y ser escuchado como principales elementos del proceso terapéutico.

Por otro lado, en la dinámica del silencio que guardan los involucrados en el abuso sexual infantil, existe otro factor que cobra relevancia y que no se ha abordado con mayor profundidad y detalle, y es el acto de escuchar. Tal vez hemos dejado de hablar porque no hemos sido escuchados. Parece simple, pero escuchar es lo que da significado a lo que percibimos del medio, no es lo mismo que oír, escuchar implica que hay otro nivel de atención, interés, se hacen interpretaciones de lo que se escucha del otro y existe una retroalimentación a nuestra contraparte solo por el simple acto de ser escuchado, de ser comprendido.

Escuchar ha sido un elemento importante en este trabajo, a través del proceso terapéutico con Rodrigo escuche lo que él necesitaba decir, además de las personas cercanas que hablaron a través del propio paciente, y que de alguna forma fueron partícipes de las decisiones y consecuencias ocurridas en cada situación expuesta; por ello, podría afirmar que dentro de la extensa gama de información a la que se me permitió tener acceso del caso, tome aquello que me resulto relevante para el paciente; para mí, este caso representó una oportunidad invaluable al reconocer que saber escuchar además de ser una herramienta esencial en la formación profesional como psicóloga es un acto consiente que da identidad, valor y nos humaniza.

## X. Referencia bibliográfica

---

- Asociación Americana de Psiquiatría (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5*. Arlington, Estados Unidos: Ediciones de la Asociación Americana de Psiquiatría. p. 5, 373-379
- Cáceres, J. (2001). *Parafilias y Violación*. Madrid, España: Editorial Síntesis. p. 1-2 y 13
- Comisión Nacional de Derechos Humanos. (2018). *El interés superior de niñas, niños y adolescentes, una consideración primordial*. 2019, de CNDH, Sitio web: [https://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/programas/ninez\\_familia/material/cuadri\\_interes\\_superior\\_nna.pdf](https://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/programas/ninez_familia/material/cuadri_interes_superior_nna.pdf), p. 1
- Finkelkor, D. (2005). *Abuso sexual al menor*. NY, EUA: Pax, México. p. 45, 122, 131 y 139
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2005). *La infancia amenazada. Estado mundial de la Infancia 2005*. NY, USA: Publicaciones UNICEF. p. 1
- Gobierno de México. (2019) *Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024*. 2020, de Gobierno de México, Sitio web: <https://lopezobrador.org.mx/wp-content/uploads/2019/05/PLAN-NACIONAL-DE-DESARROLLO-2019-2024.pdf>, p. 45
- López, J.J. (1983). *La sexualidad hoy*. México: Editorial Universo México. p. 13, 16 y 26
- Maier, H. (2001). *Tres teorías sobre el desarrollo del niño: Erikson, Piaget y Sears*. Buenos Aires: Amorrortu editores. p. 33, 36-37
- Organización de las Naciones Unidas (1959). *Declaración de los derechos del niño*. Ginebra, Suiza: Publicaciones de UNICEF. p. 1
- Organización Mundial de la Salud. (2013). *Plan de acción sobre salud mental 2013-2020*. Ginebra, Suiza: Impresos OMS. p. 6
- Organización Mundial de la Salud (2014). *Documentos Básicos*. Italia: Ediciones de la OMS, 48a. Edición. p. 1
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo*. Ginebra, Suiza: OMS. p. 3

- Organización Panamericana de la Salud. (2021). *Prevención de la violencia*. 14/02/2022, de OPS Sitio web: <https://www.paho.org/es/temas/prevencion-violencia>. p. 1
- Orjuela, I. & Rodríguez, B. (2012). *Violencia sexual contra los niños y las niñas. Abuso y explotación sexual infantil. Guía de material básico para la formación de profesionales*. España: Publicaciones Save The Children. p. 7
- Secretaría de Salud (2009). *Panorama México de las Parafilias*. México: Boletín. No. 14, Vol. 26, Sem. 14. ISSN 1405-2636, p. 1
- Sullivan, D. & Everstine, Louis. (1997). *El sexo que se calla*. NY, EUA: Pax México. p. 1, 128, 199 y 202
- Tamarit, J., Abad, J. & Hernández-Hidalgo, P. (2015) *Las víctimas de abuso sexual infantil ante el sistema de justicia penal: estudio sobre sus actitudes, necesidades y experiencia*. Revista de Criminología, N. 2/2015, p. 27-54
- UNICEF. (1989). *Convención sobre los derechos del niño*. Madrid, España: Rex Media SL. p. 6
- UNICEF. (2015). *Convención sobre los derechos del niño*. Madrid, España: Rex Media SL. p. 22 y 167
- Universidad Autónoma Metropolitana. (2011). *Observatorio de la Salud Pública en México*. México: UAM. p. 38

## XI. Bibliografía

---

- Álvarez de Lara, R. (2011). *El concepto de niñez en la convención sobre los derechos del niño y en la legislación mexicana*. Biblioteca Jurídica Virtual del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM. Núm. 5. México
- Baita, S., & Moreno, P. (2015). *Abuso sexual infantil, Cuestiones relevantes para su tratamiento en la justicia*. UNICEF Uruguay: Taller de Comunicación, Primera edición.
- Barragán M. (2002). *La educación sexual. Guía teórica y práctica*. Segunda edición. España: Ediciones Paidós Ibérica, S.A.
- McManus, M., Hargreaves, P. & Laurence, J. (2013). *Parafilias: definición, diagnóstico y tratamiento*. 2020, de Biblioteca Nacional de Medicina de EE. UU Sitio web: [//www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3769077/](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3769077/)
- Brownmiller, S. (1975). *Against our will: Men, women and rape*. Simon & Schuster, New York.
- Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión (2014) *Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes*. México: Ley publicada en el Diario Oficial de la Federación.
- Castro, R. (1996). *En busca del significado: supuestos, alcances y limitaciones del análisis cualitativo*. México: El Colegio de México.
- Cedrés, S. (2008). *La prevalencia de las preocupaciones, los problemas y las disfunciones sexuales*. Montevideo, Uruguay: Centro Médico Sexológico
- Cillero, M. (1999). *El interés superior del niño en el marco de la Convención internacional sobre los Derechos del Niño, en Infancia, ley y democracia en América Latina*, Bogotá, Editorial Depalma
- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos [México], 5 Febrero 1917, Sitio web: <https://www.refworld.org/es/docid/57f795a52b.html>
- Comité de Violencia Sexual. (2016). *Diagnóstico cuantitativo sobre la atención de la violencia sexual en México, Informe final*. México: Senado de la República.

- Crovi, D. (2006). *¿Es Internet un Medio de Comunicación?* Coordinación de Publicaciones Digitales. DGSCA-UNAM. Vol. 7, No. 6
- Redacción. (2010). *México, primer lugar en violencia infantil: OCDE*. El Economista, 1.
- Gil, J. (2018). *El cura que me violó era un depredador, un cazador de niños*. 2019, de El País Sitio web: [https://elpais.com/sociedad/2018/11/09/actualidad/1541794544\\_058082.html?rel=str\\_articulo#1545163215567](https://elpais.com/sociedad/2018/11/09/actualidad/1541794544_058082.html?rel=str_articulo#1545163215567)
- Domínguez, I. (2018). *Los jesuitas de Cataluña investigarán los abusos en sus colegios en los últimos 60 años*. 2019, de El País Sitio web: [https://elpais.com/sociedad/2018/12/13/actualidad/1544707856\\_523062.html](https://elpais.com/sociedad/2018/12/13/actualidad/1544707856_523062.html)
- Freud, S. (1905). *Tres Ensayos para una Teoría sexual*. Austria: Biblioteca Nueva.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2017). *Una Situación Habitual, Violencia en las Vidas de los Niños y los Adolescentes, Datos Fundamentales*. Nueva York: Estados Unidos: Publicaciones de UNICEF.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2011). *Configurar el cambio para beneficiar a todos los niños*. Nueva York: Estados Unidos: Publicaciones de UNICEF.
- Hernández, R. (2002). *Parafilia una clasificación fenomenológica*. Revista Sexología y Sociedad, 8, No. 20, 6.
- Hernández, R., Fernández-Collado, C., y Baptista, L. (2010) *Metodología de la Investigación*. México: McGraw-Hill. Quinta edición.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2015). *Encuesta de Cohesión Social para la Prevención de la Violencia y la Delincuencia (ECOPREDE)*. México: Publicaciones INEGI
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2017). *Principales Resultados. Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2017*. México: Publicaciones INEGI
- La redacción. (2020). *México, el primer lugar mundial en abuso sexual infantil*. 2020, de El Universal Sitio web: <https://www.eluniversal.com.mx/nacion/mexico-el-primer-lugar-mundial-en-abuso-sexual-infantil>
- La redacción. (2019). *El Vaticano intenta rectificar*. La Jornada, 2.

- Lori, G., Arjumand, S., & Clyde H. (2007). *Desarrollo de la Primera Infancia: Un potente Ecuilizador*. Human Early Learning Partnership, Columbia, Estados Unidos: bettyandjan
- Lozano Asencio, Rafael (2006). *Extracto del Informe Nacional sobre Violencia y Salud*. México: Secretaría de Salud. Primera Edición
- Márquez, B. (2007). *Metodología cualitativa o la puerta de entrada de la emoción en la investigación científica*. México: Instituto de Investigaciones Psicológicas
- Martínez, M. (2016). *El abuso Sexual Infantil en México: Limitaciones de la Intervención Estatal* Universidad Nacional Autónoma de México. México: Instituto de Investigaciones Jurídicas.
- Molina, P., Furnari, A., & Hagelstrom, I. (2017). *Guía de sensibilización sobre Convivencia Digital*. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Gobierno de la provincial de Buenos Aires: Impresiones de UNICEF. Primera edición.
- Monje, C. (2011). *Metodología de la Investigación cuantitativa y cualitativa*. Guía didáctica. Colombia: Universidad Inter.
- Organización Mundial de la Salud (2000). *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10. Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento*. Madrid, España: Editorial Panamericana
- Organización Mundial de la Salud. (2019). *Brote de enfermedad por coronavirus (COVID-19)*. 2020, de OMS Sitio web: <https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019>
- Organización Panamericana de la Salud. (2019). *COVID-19 y salud mental: mensajes clave*. 2020, de OPS Sitio web: <https://www.paho.org/es/documentos/covid-19-salud-mental-mensajes-clave>
- Organización Panamericana de la Salud. (2020) *Consideraciones psicosociales y de salud mental durante el brote de COVID-19*, de OPS/OMS Sitio web: <https://www.paho.org/sites/default/files/2020-03/smmaps-coronavirus-es-final-17-mar-20.pdf>
- Pereyra, G. (2017). Un estudio con abusadores: el 100% fueron niños abusados. 2019, de El Observador Sitio web: <https://www.elobservador.com.uy/nota/un-estudio-con-abusadores-el-100-fueron-ninos-abusados-2017415500>

- Real Academia Española. *Diccionario de la lengua española*, 23.<sup>a</sup> ed., versión 23.4 en línea, Sitio Web: <https://dle.rae.es>
- Santaella, J. (2016). *Violencia contra niñas, niños y adolescentes: consideraciones conceptuales, metodológicas y empíricas para el caso de México*. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Vol. 1, Núm. 6
- Save the Children. (2016). *Las Niñas y las Adolescentes en México Frente a la Violencia Libres para Vivir, Libres para Aprender, Libres de Peligro*. México: Publicaciones de Save the Children
- Secretaría de Salud (2014). *Programa de Acción Específico. Salud Mental 2013-2018*. Programa Sectorial de Salud. México: Primera Edición.
- Secretaría de Salud (2020). *Programa Sectorial de Salud*. México: Primera Edición. en línea. México, Sitio Web: <https://dle.rae.es> 23/02/2021

## XII. Anexos

### Anexo 1



Unidad de Transparencia

UT/197/2018

Asunto: Atención a solicitud de Información conforme a la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública

Cuernavaca, Morelos a 15 de agosto de 2018.

ESTIMADO (A) SOLICITANTE  
C. MAZÓN GASCA  
PRESENTE

Vista la solicitud de información pública número 1227000016018, ingresada por Usted al Instituto Nacional de Salud Pública a través de la Plataforma Nacional de Transparencia; ante su petición con fundamento en los artículos: 6° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, art. 45 fracciones I, II, III, IV, y V de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública; artículo 8 de su reglamento y artículos 123, 133 y 134 de Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública; el Titular de la Unidad de Transparencia se encuentra facultado para atender la presente solicitud, procediendo a realizarla en los siguientes términos:

Es importante hacerle saber que somos una institución académica cuyo compromiso central con la sociedad mexicana es ofrecer resultados de investigación en problemas relevantes de la salud pública para prevenir y controlar enfermedades, y formar a profesionales de la salud que ayuden a promover condiciones de vida saludable en los diversos grupos de la población. La comunidad del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) está compuesta por profesionales especializados en las diversas disciplinas de la salud pública y de las ciencias sociales, por estudiantes que cursan programas académicos y por personal administrativo y técnico que apoya el cumplimiento de objetivos, programas, metas y proyectos que forman parte de la razón de ser de la Institución.

Asimismo le informamos que con fundamento en los artículos 1° y 3° del Estatuto Orgánico vigente del Instituto Nacional de Salud Pública y que conforme a lo dispuesto por los artículos 37, 38 y 41, fracciones IV y V, de la ley de los Institutos Nacionales de Salud, este INSP desarrolla investigación básica y aplicada que tiene como propósito contribuir al avance del conocimiento científico, así como a la satisfacción de las necesidades de salud del país, mediante el desarrollo científico y tecnológico, siendo que este Instituto Nacional de Salud Pública **no brinda servicios de atención médica ni cuenta con sistemas de vigilancia epidemiológica** que puedan identificar estadísticas de casos atendidos de trastornos sexuales de tipo parafilico y en sus facultades no se encuentran estas acciones ni atribuciones, por tanto, no es el sujeto obligado competente para responder su solicitud.

Aunado a lo anterior, la misión de este instituto es contribuir a la equidad social y a la plena realización del derecho a la protección de la salud a través de la generación y difusión de conocimiento, la formación de recursos humanos de excelencia y la innovación en investigación multidisciplinaria para el desarrollo de políticas públicas basadas en evidencia y tiene como visión ser el centro de investigación y docencia de referencia en México y con alto impacto en América Latina, líder en la formación integral de la fuerza de trabajo en salud pública y en la generación de conocimiento de referencia obligada para la formulación, organización y conducción de políticas públicas para la salud.

Este Instituto Nacional de Salud Pública no es competente para proporcionar la información descrita en su solicitud y atentamente le comunicamos que esa atribución y responsabilidad **corresponde a la Secretaría de Salud** de nuestro país, tal como lo describe la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal en su artículo 39, fracción II, V, VI, VII, VIII, IX y XVIII

Avenida Universidad 655  
Cerrado Los Pinos y Camineria  
Colonia Santa María Ahucanilla  
62100 Cuernavaca, Morelos, México  
www.insp.mx

www.insp.mx

Artículo 39.- A la Secretaría de Salud, corresponde el despacho de los siguientes asuntos:

- ...
- II.- Crear y administrar establecimientos de salubridad, de asistencia pública y de terapia social en cualquier lugar del territorio nacional y organizar la asistencia pública en el Distrito Federal;
  - V.- Administrar los bienes y fondos que el Gobierno Federal destine para la atención de los servicios de asistencia pública;
  - VI.- Planear, normar, coordinar y evaluar el Sistema Nacional de Salud y proveer a la adecuada participación de las dependencias y entidades públicas que presten servicios de salud, a fin de asegurar el cumplimiento del derecho a la protección de la salud. Asimismo, propiciará y coordinará la participación de los sectores social y privado en dicho Sistema Nacional de Salud y determinará las políticas y acciones de inducción y concertación correspondientes;
  - VII.- Planear, normar y controlar los servicios de atención médica, salud pública, asistencia social y regulación sanitaria que correspondan al Sistema Nacional de Salud;
  - VIII.- Dictar las normas técnicas a que quedará sujeta la prestación de servicios de salud en las materias de Salubridad General, incluyendo las de Asistencia Social, por parte de los Sectores Público, Social y Privado, y verificar su cumplimiento;
  - IX.- Organizar y administrar servicios sanitarios generales en toda la República;
- ...
- XVIII.- Administrar y controlar las escuelas, institutos y servicios de higiene establecidos por la Federación en toda la República, exceptuando aquellos que se relacionan exclusivamente con la sanidad animal;

Reiterando lo anterior, cabe mencionar que el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica, capítulo I, artículo 19, fracción IV describe como una obligación que los responsables de establecimientos en los que se presten servicios de atención médica lleven a cabo entre sus funciones: informar, en los términos que determine la Secretaría, a las autoridades sanitarias competentes, de las enfermedades de notificación obligatoria, así como adoptar las medidas necesarias para la vigilancia epidemiológica tomando en cuenta lo dispuesto en la Ley.

De igual forma, el Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, publicado el 19 de febrero de 2004 en el Diario Oficial de la Federación con última reforma publicada el 20 de julio de 2016, describe en el capítulo X de las Unidades Administrativas artículo 32 Bis 2. Fracciones III, V, IX, X, XI, XII, XIII, XIV y XV lo siguiente:

Artículo 32 Bis 2. Corresponde a la **Dirección General de Epidemiología**:

- ...
- III. Fomentar, coordinar y, en su caso, efectuar investigación y desarrollo tecnológico en materia de vigilancia epidemiológica, así como llevar a cabo directamente o participar en la realización de estudios que permitan mejorar y actualizar métodos y técnicas en la materia, en coordinación con las unidades administrativas competentes;
  - V. Coordinar, en lo que se refiere al diagnóstico y referencia epidemiológicos, la Red Nacional de Laboratorios de Salud Pública, así como proporcionar servicios auxiliares de diagnóstico, control de calidad para diagnóstico y referencia epidemiológicos;
  - IX. Fomentar, coordinar y, en su caso, instrumentar directamente o en coordinación con las autoridades sanitarias de las entidades federativas, los sistemas de notificación y registros epidemiológicos, de enfermedades emergentes, reemergentes, transmisibles, no transmisibles y de neoplasias malignas en el territorio nacional;
  - X. Coordinar el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, incluyendo el Comité Nacional para la Vigilancia Epidemiológica, así como las acciones de vigilancia epidemiológica internacional;
  - XI. Fungir, por conducto de su Titular, como Secretario Técnico del Comité Nacional para la Vigilancia Epidemiológica;
  - XII. Establecer, validar, supervisar y evaluar, en el ámbito de su competencia, los registros nominales de los casos de enfermedades, en coordinación con las unidades administrativas competentes;
  - XIII. Difundir, en forma oportuna los resultados e información generada por las acciones de vigilancia y referencia epidemiológica;





XIV. Expedir, conforme a las disposiciones aplicables, los lineamientos para la aprobación o certificación de técnicas, métodos y laboratorios en materia de diagnóstico y referencia epidemiológicos, incluyendo el personal que labore en éstos; definir las técnicas y los métodos aprobados para utilizarse obligatoriamente en el diagnóstico, la investigación, el control de calidad y otras pruebas, y realizar la evaluación y, en su caso, emitir la aprobación y certificación correspondientes;

XV. Impulsar mecanismos de concertación, coordinación y colaboración con instituciones públicas, privadas y sociales, nacionales y extranjeras, así como con organismos internacionales para la ejecución conjunta de acciones de vigilancia y referencia epidemiológica;

...

Por tanto, y con fundamento en lo antes mencionado, este Instituto Nacional de Salud Pública informa que el requerimiento de información en su solicitud **no es de competencia de este Instituto Nacional de Salud Pública** y atentamente le sugerimos dirigirse a la **Secretaría de Salud** dado su ámbito de competencia y que podría proporcionar una respuesta íntegra.

Los datos de contacto son los siguientes:

---

**Secretaría de Salud**

---

Titular de la Unidad de Transparencia: Lic. Fernando Gutiérrez Domínguez,  
Director de área de la Unidad de Transparencia: Mtro. Iván González Valle  
Teléfono: (01 55) 50621600 ext. 42011 y 53004,  
Domicilio: Guadalajara 46, Col. Roma, Cuauhtémoc, Distrito Federal, México, C.P. 06700.  
Correo electrónico: fernando.gutierrez@salud.gob.mx o unidaddeentacesalud@live.com.mx

---

O bien, puede usted realizar la consulta a través de la Plataforma Nacional de Transparencia seleccionando del menú de Sujetos Obligados a la Secretaría de Salud en: <https://www.infomex.org.mx/gobiernofederal/home.action>

Asimismo, le comunicamos atentamente que en caso de tener alguna duda, o bien, requiera usted hacer algún comentario respecto a la respuesta que se le otorga, puede comunicarse a la Unidad de Transparencia del Instituto Nacional de Salud Pública al teléfono: (777)-3293000 extensión 1106, o bien mediante correo electrónico: [unidad.transparencia@insp.mx](mailto:unidad.transparencia@insp.mx) y con gusto le atenderemos.

Sin otro particular, envío a usted un cordial saludo.

**Mtro. Carlos Alberto Delgado Escalona**  
Titular de la Unidad de Transparencia y  
Presidente del Comité de Transparencia  
Instituto Nacional de Salud Pública



## Anexo 2

75  
AÑOS  
1940-2015

SALUD  
SECRETARÍA DE SALUD



Oficina del Abogado General  
Unidad de Transparencia

Solicitud de información folio **0001200380318**

Ciudad de México, a 30 de agosto de 2018

### **Estimado (a) Solicitante:**

Me refiero a la solicitud de información con número de folio **0001200380318**, ingresada por Usted a esta Unidad de Transparencia de la Secretaría de Salud, en los términos siguientes:

#### **"Modalidad preferente de entrega de información**

Cualquier otro medio incluido los electrónicos

#### **Descripción clara de la solicitud de información**

**Requiero conocer la estadística de casos que fueron atendidos y clasificados como trastornos sexuales del tipo parafilico, durante el presente sexenio en instituciones públicas pertenecientes al Sector Salud, que brinden atención para este tipo de padecimientos. Los datos que requiero son los siguientes: número de casos; sexo del paciente; edad cronológica; lugar de nacimiento; fecha y lugar de consulta a la institución; institución que otorgo el servicio; tipo (s) de parafilia (s) presentada (s) en cada caso; motivo de la consulta; además de la conducta parafilica si existió comorbilidad con otros trastornos médicos y/o psiquiátricos y cuáles fueron; si el requerimiento de los servicios de salud fue a petición del paciente o por solicitud de un tercero (familiares, autoridad, entre otros); duración y tipo de tratamiento; resultados del tratamiento (alta cuando el paciente haya concluido el plan tratamiento marcado por la institución; baja en caso de que el paciente haya abandonado en tratamiento antes de la conclusión del mismo o en proceso).**

**Asimismo, en caso de existir algún tipo de informe, investigación o estudio que cuente con información sobre el tipo de trastorno en referencia, efectuado por la institución consultada también podría ser de utilidad en la investigación que estoy realizando sobre el tema en cuestión.**

**Sin otro particular, agradezco la atención brindada a la presente solicitud."(sic)**

Sobre el particular, con fundamento en lo dispuesto por los artículos 6 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 121 y 133 al 136 de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública; 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal 35 y 48 del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, le informo que su

Secretaría de Salud



Donceles 39, Col. Centro, Cuajaltemoc, Ciudad de México, C.P. 06000  
Teléfono 5052.1600 Ext:53005 y 42008 Correo electrónico: [unidadatlace@salud.gob.mx](mailto:unidadatlace@salud.gob.mx)

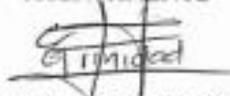
Página 1 de 2

solicitud fue turnada al **Secretariado Técnico del Consejo Nacional de Salud Mental y a Servicios de Atención Psiquiátrica**; mismas que, en el ámbito de su competencia, dieron respuesta en los términos de los oficios que se adjuntan.

Finalmente, le comento que de tener alguna duda o aclaración respecto de la respuesta que se otorga, puede comunicarse al teléfono 50621600 extensión 42011#; o bien, mediante el correo electrónico [unidadenlace@salud.gob.mx](mailto:unidadenlace@salud.gob.mx).

Sin otro particular, le envío un cordial y afectuoso saludo.

ATENTAMENTE



LIC. TRINIDAD CAZAREZ GUTIÉRREZ  
DIRECTORA Y SERVIDORA PÚBLICA HABILITADA  
EN LA UNIDAD DE TRANSPARENCIA

### Anexo 3

Ciudad de México, 3 de septiembre de 2018

6000/ 627 /2018

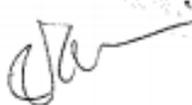
**C. Virginia Mazón Gasca**  
Presente.

En atención a la solicitud de acceso a información pública **1220000016318**, recibida el día 10 de agosto a través de la Plataforma Nacional de Transparencia, le informo que su solicitud fue turnada al Dr. Juan Garduño Espinosa, Director de Investigación, al Dr. Francisco Obed Acevedo Gutiérrez, Jefe del Departamento de Bioestadística y Archivo Clínico, y, al Dr. Jesús María del Bosque Garza, Jefe del Departamento de Psiquiatría y Medicina del Adolescente; quienes con notificaron que **la institución no cuenta con casos atendidos o clasificados como trastornos sexuales del tipo parafilico, ni con informes, investigaciones o estudios sobre este tema**

Lo anterior, de conformidad con los artículos 134 y 135 de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a Información Pública.

Sin otro particular, reciba un cordial saludo.

**ATENTAMENTE.**



**Dr. Pedro Francisco Valencia Mayoral,**  
Director de Planeación y Titular de la Unidad de Transparencia

PFVM/MCMG/sjl



INSTITUTO NACIONAL DE SALUD AFILIADO A LA UNAM

DR. MÁRQUEZ 162, COL. DOCTORES. DEL. CUAUHTÉMOC, C.P. 06720 CIUDAD DE MÉXICO.  
CONMUTADOR: 5228-9917 EXT. 2511  
[www.himfg.edu.mx](http://www.himfg.edu.mx)

## Anexo 4



INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA  
RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ



Subdirección de Investigaciones Clínicas

### MEMORÁNDUM No. SIC/00350/2018

Ciudad de México a 15 de agosto de 2018

**C.P. María Cristina Lucía González Moncivals**  
Títular de la Unidad de Transparencia

**Asunto:** Respuesta solicitud 1229500013718

En respuesta a su referencia número **UT-0267-2018** y actuando con fundamento en los artículos 131 y 134 de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública, y haciendo uso de las facultades conferidas en el artículo 45, fracciones II y IV, del referido ordenamiento, referente a la **solicitud de acceso a la información** con número de folio **1229500013718**, ingresada a través del Sistema de Solicitudes de Información del Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales (INAI), en la cual, el particular ha solicitado el acceso a la siguiente información:

#### **Descripción clara de la solicitud de información y asignación por área:**

##### **Preguntas para ser atendidas por la Dirección de Servicios Clínicos:**

Requero conocer la estadística de casos que fueron atendidos y clasificados como **trastornos sexuales del tipo parafilico**, durante el presente sexenio en instituciones públicas pertenecientes al Sector Salud, que brinden atención para este tipo de padecimientos.

Los datos que requiero son los siguientes:

número de casos;  
sexo del paciente;  
edad cronológica;  
lugar de nacimiento;  
fecha y lugar de consulta a la institución;  
institución que otorgo el servicio;  
tipo (s) de parafilia (s) presentada (s) en cada caso;  
motivo de la consulta;  
además de la conducta parafilica si existió comorbilidad con otros trastornos médicos y/o psiquiátricos y cuáles fueron;  
si el requerimiento de los servicios de salud fue a petición del paciente o por solicitud de un tercero (familiares, autoridad, entre otros);  
duración y tipo de tratamiento;  
resultados del tratamiento (alta cuando el paciente haya concluido el plan tratamiento marcado por la institución;  
baja en caso de que el paciente haya abandonado en tratamiento antes de la conclusión del mismo o en proceso).

##### **Preguntas para ser atendidas por el área de Investigación, tanto en la Dirección de Servicios Clínicos, como en la Subdirección de Investigaciones Clínicas:**

Asimismo, en caso de existir algún tipo de **informe, investigación o estudio** que cuente con información sobre el tipo de trastorno en referencia, efectuado por la institución consultada también podría ser de utilidad en la investigación que estoy realizando sobre el tema en cuestión.

Sin otro particular, agradezco la atención brindada a la presente solicitud.

Le informo que se realizó una búsqueda exhaustiva y no existe ninguna línea de investigación en trastornos sexuales del tipo parafilico en ésta Subdirección a mi cargo.



**INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA  
RAMÓN DE LA FUENTE MUÑOZ**



**Subdirección de Investigaciones Clínicas**

**Atentamente**

**Dr. Jorge Julio González Olvera  
Subdirector de Investigaciones Clínicas**

**Firma de Jorge Julio González Olvera Subdirección de Investigaciones Clínicas**

Sello Digital:

pEtMyX/Y2ty/rX3CE2epCz1RuyPKuTcmNo7kL82idk2HjX+ckkydra60a69IAEPjm8ZLAYf61HV8Llyunp2CCKhs+eGtdFc5OYbYYcdMHNgvQLFqxyd+O68FMeQwexz  
fpjv000Rybs/qYrq27Kp9X7H8DsFjjfboDAVJBZkM9QOaDYPARZ85H8D/kWhBQzPHcjKHkAx5nH9GYxIO7V44p22jmgpaHEsumN27H9U2AoGUO1WhBnoD/n  
vkarN4nUMogoQyK0T5xDrMqYZMRKus7QQD1/A0GH5OBP+HkSh7+VBHCjz2G7msx1XGPPRWw53F1XpD4cNdVBdg==

"El presente acto administrativo ha sido firmado mediante el uso de la firma electrónica avanzada del funcionario competente, amparada por un certificado vigente a la fecha de la resolución, de conformidad con los artículos 38, párrafos primero, fracción V, tercero, cuarto, quinto y sexto, y 17 D, tercero y décimo párrafos del Código Fiscal de la Federación. De conformidad con lo establecido en los artículos 17-1 y 38, quinto y sexto párrafos del Código Fiscal de la Federación, así como en la regla II.2.8.5., fracción I de la Resolución Miscelánea Fiscal para 2014, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 30 de diciembre de 2013, la integridad y autenticidad del presente documento se podrá comprobar conforme a lo previsto en la ficha de procedimiento 62/CFF contenido en el Anexo 1-A de la citada Resolución".

## Anexo 5



INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA  
RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ



Dirección de Servicios Clínicos

### MEMORÁNDUM No. DSC/00540/2018

Ciudad de México a 03 de septiembre de 2018

C.P. María Cristina Lucia González Moncivais  
Titular de la Unidad de Transparencia

**Asunto:** Respuesta a la solicitud de la U.T. No. 1229500013718-  
Observaciones

Para dar cumplimiento a la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública, en atención y seguimiento a los memorándums UT-0309-2018 y DSC/00517/2018, los cuales versan sobre la solicitud de información No.1229500013718-Observaciones donde se requiere:

**Preguntas para ser atendidas por la Dirección de Servicios Clínicos:**

Requiero conocer la estadística de casos que fueron atendidos y clasificados como trastornos sexuales del tipo parafilico, durante el presente sexenio en instituciones públicas pertenecientes al Sector Salud, que brinden atención para este tipo de padecimientos.

Los datos que requiero son los siguientes:

número de casos;

sexo del paciente;

edad cronológica;

lugar de nacimiento;

fecha y lugar de consulta a la institución;

institución que otorgo el servicio;

tipo (s) de parafilia (s) presentada (s) en cada caso;

motivo de la consulta;

además de la conducta parafilica si existió comorbilidad con otros trastornos médicos y/o psiquiátricos y cuáles fueron;

si el requerimiento de los servicios de salud fue a petición del paciente o por solicitud de un tercero (familiares, autoridad, entre otros);

duración y tipo de tratamiento;

resultados del tratamiento (alta cuando el paciente haya concluido el plan tratamiento marcado por la institución;

baja en caso de que el paciente haya abandonado en tratamiento antes de la conclusión del mismo o en proceso).

**Preguntas para ser atendidas por el área de investigación, tanto en la Dirección de Servicios Clínicos, como en la Subdirección de Investigaciones Clínicas:**

Asimismo, en caso de existir algún tipo de informe, investigación o estudio que cuente con información sobre el tipo de trastorno en referencia, efectuado por la institución consultada también podría ser de utilidad en la investigación que estoy realizando sobre el tema en cuestión.

Sin otro particular, agradezco la atención brindada a la presente solicitud.

**Modalidad preferente de entrega:**

Entrega por internet en la PNT

Es importante mencionar que se realizó una búsqueda exhaustiva y se tuvo que procesar información, por lo que en atención al principio de máxima publicidad y con el fin de dar respuesta a la solicitud que nos atañe, me permito informar lo siguiente:

1. La información adjunta forma parte de los registros estadísticos globales con los que cuenta la institución.
2. El **número de casos** reportados en el listado fue de **117 casos** en total.
3. El **sexo del paciente y la edad cronológica** se encuentra consignada en el listado adjunto.
4. Respecto al **lugar de consulta a la institución**, esta fue otorgada en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.



**INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA  
RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ**



**Dirección de Servicios Clínicos**

Anexos: RESPUESTA PARAFILIAS - 2 - 31 DE AGOSTO.docx14929 bytes

**Atentamente**

**Dra. Claudia Becerra Palars  
Directora de Servicios Clínicos**

**Firma de Dra. Claudia Becerra Palars Dirección de Servicios Clínicos**

Sello Digital:

C0oIxb59viGallYakzZQAmUdtFiemh3q84GrgDnuWB7a5RLyRE/evUlmirPY4/KYQzQwQLnnkDmp1nH2P99RgJTR91KKhSH2c8a51seY+0zfk73MpOuzxhpW  
c7n2DUcp5KNIka5H765IbejrUqmMDhzCu2BZWoOBly+RfUg8Ft6lgH6ALNueZpHakn/XacnDf1IG/katGLI/x4eONp7pVQ384vya75BHCZ8dGsbUH@wuf139bc5v8  
GYqQ8SfdDhCCVRAED1rO9LIMwuXCOT2eIcbMFeb5Ld/WNC4JomGgrOX2TZ6wudlma90ezL2VbR/BhFOA==

"El presente acto administrativo ha sido firmado mediante el uso de la firma electrónica avanzada del funcionario competente, amparada por un certificado vigente a la fecha de la resolución, de conformidad con los artículos 38, párrafos primero, fracción V, tercero, cuarto, quinto y sexto, y 17 D, tercero y décimo párrafos del Código Fiscal de la Federación. De conformidad con lo establecido en los artículos 17-I y 38, quinto y sexto párrafos del Código Fiscal de la Federación, así como en la regla II.2.8.5., fracción I de la Resolución Miscelánea Fiscal para 2014, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 30 de diciembre de 2013, la integridad y autoría del presente documento se podrá comprobar conforme a lo previsto en la ficha de procedimiento 62/CFE contenido en el Anexo 1-A de la citada Resolución".

- Así mismo, para presentar ante el Comité de Ética en Investigación un proyecto se requiere que exista una colaboración interna solicitada de forma personal con un clínico/a o investigador/a autorizados dentro de la institución para poder llevar a cabo la revisión de los expedientes, quien deberá asumir la responsabilidad de solicitar la autorización de las y los pacientes para brindar dicha información explicándoles las ventajas y desventajas de su participación en el estudio, los beneficios que tendrán ellos y la sociedad al participar en la investigación, así como el consentimiento informado de cada caso, poder acceder a cada uno de los 117 expedientes referidos y así obtener la información específica que solicitan en su oficio (fecha, motivo de consulta, comorbilidad con trastornos médicos y psiquiátricos y cuales fueron, duración y tipo de tratamiento, resultados del tratamiento alta cuando el paciente haya concluido el tratamiento marcado por la institución, baja en caso de que el paciente haya abandonado el tratamiento antes de la conclusión del mismo o en proceso).

De acuerdo con el artículo 129 de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública, le notifico que la modalidad de entrega de la información solicitada es "La información es pública y se puede proporcionar el archivo electrónico que la contenga a través de la PNT".

**Se adjunta archivo en formato Excel.**