

Abuso sexual en menores.

Estudio de casos

JAVIER DE LA GARZA AGUILAR Y ENRIQUE DÍAZ MICHEL*

Sexual abuse of minors. A case study

Abstract. *The magnitude, causes and sequels of sexual abuse of children is a scarcely studied problem. In the United States and Europe it has been reported that between 20% and 30 % of all women have been sexually abused during their childhood and the main sequels were mental health alterations. In Mexico this problem has received very little attention from researchers.*

36 victims among the patients attended at the Specialized Attention Center between January 1992 to December 1993 (4.5% of all attended patients) were detected and studied. It was found that 75% were female and in almost half of the cases the victims were 7 to 9 years old. All the aggressors were male, and 97.2% were relatives or persons known by the victim. The most common sequels were problems of behavior, low grading in school, fear, symptoms of depression, and insomnia.

Introducción

El abuso sexual en menores es un problema psicosocial que puede ocurrir en cualquier tipo de sociedad y que se ha observado a lo largo de la historia; sin embargo, se reconoce como un grave problema en ascenso, sobre todo en las sociedades urbanas modernas. Los estudios más sobresalientes sobre esta cuestión, se han realizado en Estados Unidos; éstos señalan que de 22% a 45% de las mujeres experimentaron alguna forma de contacto sexual en su infancia. Para el sexo masculino la probabilidad va de 16% a 30% (Briere *et al.*, 1989: 65-75).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) informó que, en Estados Unidos, aproximadamente 20% de las niñas y 7% de los niños son víctimas de algún tipo de abuso sexual, generalmente en el seno familiar. En Canadá y los Países Bajos, un tercio de las mujeres dicen haber sido víctimas de abuso sexual durante su niñez. (OMS, 1993: 555-559). Por otra parte, se menciona que en Estados Unidos “las

denuncias por abuso sexual han aumentado en gran medida y en el presente se cree que afectan a 200,000 niños cada año”. Los actos de los adultos sobre los niños, en el abuso sexual, consisten en: exhibición, manipulación genital y fellatio.

El adulto ejecutor puede ser desconocido, pero es más frecuente que pertenezca al estrecho círculo de la familia, y que sea del sexo masculino, aunque en la literatura internacional también se han reportado mujeres agresoras. Cuando en el hecho están implicados niños jóvenes (ocho o más años de edad) la agresión casi siempre es repetitiva. Muchas veces, la única clave para efectuar el diagnóstico de abuso sexual, en el menor, son las alteraciones en su comportamiento, en el que se aprecia irritabilidad, apocamiento, insomnio y otros problemas de conducta (Berkow, 1989: 2208-2210).

En México existen pocos estudios sobre el abuso sexual en menores, ya que es un fenómeno al que los investigadores dedican escasa atención. La Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal informó que en el primer semestre de 1993 se presentaron en el Distrito Federal un promedio de 1.87 denuncias diarias por abuso sexual (PGJDF, 1993: 19-29) es decir, un poco más de 700 casos anuales.

El abuso sexual en menores es un problema de salud pública, que involucra una actividad multidisciplinaria: médica, jurídica, psicológica, psiquiátrica y sociológica, en demanda de un tratamiento asistencial y preventivo, ya que este tipo de agresión sexual deja efectos psicológicos negativos en el corto y largo plazos, los cuales parecen presentarse sin importar el sexo de la, víctima (Briere *et al.*, 1989: 65-75).

McClelland señala que en los hospitales y en estudios comunitarios se muestran evidencias de que el abuso sexual en menores puede producir problemas

* Profesores del Departamento de Salud Pública, Facultad de Medicina, UNAM.
Periférico sur 5478, Col. Olímpica, Delegación Coyoacán C.P. 04710, México, D.F. (CIEES). Tels.: (915) 6 66 94 10; 6 66 96 52 y 6 66 98 72 (también fax).



de salud mental. Los efectos a largo plazo incluyen depresión, ansiedad, abuso de sustancias, trastornos somáticos y disfunción sexual. En algunos estudios sobre abuso sexual se encontraron pacientes que presentaron trastornos en su apetito sexual (McClelland *et al.*, 1991: 63-68).

La mayoría de los individuos que han sufrido abuso sexual en su infancia lo mantienen como un secreto, experimentando a lo largo de su vida una enorme vergüenza y culpabilidad (Finkelhor, 1987: 35-52). Su negación a comentarlo impide conocer y registrar a la población afectada y, desde luego, otorgarle la atención necesaria para superar estos sentimientos que van a ocasionar disfunciones en su etapa adulta, sobre todo en el área sexual.

También se ha encontrado que gran parte de los abusos sexuales en menores tiene lugar entre los miembros de la familia, y recientemente se ha descubierto que el problema es el tipo de familia, más que los miembros de la misma.

Las familias donde suceden este tipo de agresiones, suelen presentar ciertas características:

1. Aislamiento social donde las familias se apartan de la interacción social y se meten dentro de sí mismas, lo cual contribuye a generar un clima de desviación que favorece el abuso al menor.

2. Tiene lugar entre los miembros de la familia extensa: tíos, abuelos, primos y otros parientes cercanos.

3. Los conflictos de pareja, es decir, divorcio o separación, cambios de pareja y maltrato intrafamiliar, ocasionan vulnerabilidad en el menor. La vulnerabilidad consiste en una carencia de afecto, y de cuidado eficaz, lo cual influye en que el menor se sienta desprotegido e inseguro y, por consiguiente, indefenso.

4. Dentro de una cultura tradicionalmente sexista, donde la supremacía masculina es ejercida en función del dominio, poder y control sobre las mujeres y los niños. Esta vulnerabilidad sexual conforma un elemento importante para explicar por qué las víctimas más frecuentes en el abuso sexual son del sexo femenino. Lo que de ninguna forma significa que el sexo masculino sea excluido de dicha agresión; además, sucede que para el hombre es más difícil comentar el incidente, y al hacerlo se expone a una mayor estigmatización (Finkelhor, 1987: 42-45).

Como ya se mencionó, las víctimas de abuso sexual por lo general no reportan el delito a ninguna persona, ni siquiera sus padres. Ello corrobora el ambiente de conflicto en que viven los menores (Finkelhor, 1987: 35-52).

Actualmente también se efectúan investigaciones aplicadas a los agresores, con el propósito de desen-

trafiar cuáles son las características que deben reunir sus víctimas. La información que arrojan revela que:

- a) La mayoría de las víctimas son niñas.

- b) Con un estado emocional y psicológico donde están presentes varios elementos: retraimiento, enfermedad, necesidad de cariño, o que ya hayan sido víctimas previamente.

En gran número de casos, el agresor vive con la víctima y puede ser algún pariente o amigo. La estrategia que suelen usar los agresores, para atraer a sus víctimas, consiste en ser amables, mostrarse interesados en ellos, acariciarlos y hacerles regalos con objeto de ganar su confianza (Conte *et al.*, 1989: 293-301).

Las elevadas cifras que se reportan en los países en que el abuso sexual en los menores ha sido más estudiado, el índice de denuncias ante las autoridades judiciales en el Distrito Federal y la atención que se otorga en nuestro país por un número cada vez mayor de instituciones gubernamentales y no gubernamentales a las víctimas de abuso sexual –como es el caso del Centro de Atención a la Violencia Intrafamiliar y Sexual (AVISE)– permite presentar los siguientes hallazgos.

I. Metodología

Se realizó un estudio descriptivo a menores de edad víctimas de abuso sexual, que acudieron al AVISE para solicitar atención psicológica, durante el periodo comprendido entre enero de 1992 y diciembre de 1993.

Se consideró como abuso sexual, de acuerdo con el Código Penal del Distrito Federal, aquel acto que se presenta cuando un individuo, cualquiera que sea su sexo, obliga a otro a ejecutar, o bien, ejecuta, en esta segunda, un acto sexual sin el propósito de llegar a la cópula, empleando la violencia física o moral (Briere *et al.*, 1989: 65-75).

El área de psicología del Centro AVISE (1993: 1), con base en su experiencia, señala que el abuso sexual consiste en tocamientos corporales que se realizan de una persona a otra, sin su autorización, y con el propósito de estimularse sexualmente, valiéndose de su autoridad o jerarquía. También se incluyen conductas de connotación sexual como el exhibicionismo de genitales.

De acuerdo con estos criterios, de los más de 4,000 pacientes que acudieron al Centro AVISE en el periodo referido, 20% correspondió a violencia sexual; por abuso sexual en menores sólo fueron 36, equivalente a 4.5% de este último grupo, a quienes se les aplicó un cuestionario con preguntas cerradas y abiertas, agrupadas en tres áreas: datos de la vícti-

ma, datos del agresor y de la situación o hecho. En todos los casos fue complementado con el terapeuta correspondiente.

II. Resultados

Los resultados obtenidos se presentan en el mismo orden que fueron captados los datos de:

1. La víctima.
2. El agresor.
3. Las circunstancias y sitios en que ocurrió la agresión.
4. Algunos de los síntomas y secuelas que presentaron los menores víctimas, así como reacciones familiares ante el evento.

En relación con la víctima, 75% fueron de sexo femenino. En cuanto a su edad, el evento se presentó en un rango que varió de los tres a los dieciséis años cumplidos; sin embargo, casi la mitad de los casos (47.2%) se observó entre los siete y los nueve años, como se puede apreciar en el cuadro 1. Al comparar esta información con la edad en que la víctima acudió al centro para ser atendida, se observa que 44.4% de las víctimas buscaron ayuda entre los 15 y 17 años. Una diferencia de más de 5 años (cuadro 2).

En concordancia con su edad, 94.4% eran estudiantes, que en casi 70% de los casos se encontraban cursando primaria o secundaria (cuadro 3).

Siete de las 36 víctimas –equivalente a 22.2%– no vivían con sus padres, sino con familiares, algún vecino o en albergues del Estado. El resto procedía de familias aparentemente integradas.

Respecto al agresor, 100% fueron de sexo masculino (situación diferente a la reportada en otros países, donde también se han identificado individuos de sexo femenino), con edades de entre 20 y 39 años en casi 60% de los casos (cuadro 4). 47.2% de los agresores eran solteros, y el resto casados, divorciados o vivían en unión libre. Su nivel de escolaridad en 50% de los casos fue de secundaria y nivel medio superior; 10% de los agresores tenía nivel profesional, y sólo se notificaron dos individuos sin escolaridad.

Dieciséis de los agresores se ocupaban como empleados (44.4%), y le siguieron, en orden de importancia, las ocupaciones de comerciante y profesionista, sólo dos eran desempleados. El 97.2% de los agresores fueron familiares o conocidos de la víctima. El padre fue el agresor en 41.7% de los casos, y en 27.7%, fueron primos, hermanos o tíos. Los vecinos agresores constituyeron 16.7% de los casos.

En cuanto a las circunstancias en que ocurrió la agresión, se pudo apreciar que en el domicilio de la víctima o del agresor ocurrieron más de las cuatro

quintas partes de los abusos (80.5%), mismos que fueron realizados por la tarde y la noche. Los medios empleados con más frecuencia por los agresores para someter a las víctimas fueron la manipulación, el engaño y las amenazas (80.5%).

CUADRO 1		
EDAD EN LA QUE OCURRIÓ EL ABUSO SEXUAL		
EDAD	NÚMERO	%
3 AÑOS	02	5.5
4 AÑOS	02	5.5
5 AÑOS	05	13.9
6 AÑOS	02	5.5
7 AÑOS	05	13.9
8 AÑOS	06	16.8
9 AÑOS	06	16.8
10 AÑOS	02	5.5
11 AÑOS	02	5.5
12 AÑOS	01	2.8
15 AÑOS	02	5.5
16 AÑOS	01	2.8
TOTAL	36	100.0

CUADRO 2		
EDAD EN LA QUE ACUDIERON A SOLICITAR ATENCIÓN PSICOLÓGICA AL CENTRO AVISE		
GRUPO DE EDAD	NÚMERO	%
3 AÑOS	01	2.8
4-5 AÑOS	05	13.9
6-7 AÑOS	01	2.8
8-9 AÑOS	05	13.9
10-11 AÑOS	05	13.9
12-13 AÑOS	03	8.3
14-15 AÑOS	08	22.2
16-17 AÑOS	08	22.2
TOTAL	36	100.0

CUADRO 3		
NIVEL DE ESCOLARIDAD DE LAS VÍCTIMAS DE ABUSO SEXUAL		
NIVEL DE ESCOLARIDAD	NÚMERO	%
PRIMARIA	16	44.0
SECUNDARIA	09	25.0
PREESCOLAR	05	13.9
NIVEL MEDIO	05	13.9
NINGUNA	01	2.8
TOTAL	36	100.0

CUADRO 4		
EDAD DE LOS AGRESORES DE LAS VÍCTIMAS DE ABUSO SEXUAL		
EDAD	NÚMERO	%
10 AÑOS	1	2.8
10-19 AÑOS	6	16.7
20-29 AÑOS	7	19.4
30-39 AÑOS	14	38.9
40-49 AÑOS	3	8.4
50-59 AÑOS	2	5.5
60 Y MÁS AÑOS	2	5.5
SE IGNORA	1	2.8
TOTAL	36	100.0

En 47.2% de los casos la agresión se dio en una sola ocasión, mientras que en el 52.8% restante las víctimas tuvieron que soportar dos o más agresiones.

La forma como se realizó el abuso se presenta en el cuadro 5, en el que se puede observar que la más frecuente fue a través de tocamientos de la víctima, seguido de exhibición y manipuleo de los genitales del agresor (masturbación). Los tocamientos del agresor al cuerpo del menor en 19 casos (52.8%) fueron en sus genitales, en 16 (44.4%) senos y genitales, y sólo en un caso los senos exclusivamente. El 50% de los agredidos no comentó con nadie lo que le sucedió, mientras que el 47.2% sí se lo dijo a sus padres, y en un caso hubo abandono de hogar.

La actitud de los padres al tener conocimiento del suceso fue de apoyo al menor en 41.7%; en el 38.8% reaccionaron con enojo, coraje y disgusto, y en casi la quinta parte no se le dio crédito (19.5%).

En relación con el tipo de atención que recibió el menor antes de acudir al Centro AVISE, se manifestó –en 26 de ellos– no haber recibido ninguna, en seis sólo atención médica, en cuatro psicológica y en otros seis jurídica exclusivamente.

CUADRO 5

FORMA COMO SE REALIZÓ EL ABUSO SEXUAL

ACTOS REALIZADOS	NÚMERO	%
1. EL ADULTO TOCA AL MENOR	23	63.9
2. EL ADULTO MUESTRA SUS GENITALES AL MENOR PARA QUE LOS TOQUE	10	27.8
3. EL ADULTO MASTURBA AL MENOR	10	27.8
4. EL ADULTO SE MASTURBA FRENTE AL MENOR	9	25.0
5. EL ADULTO BESA AL MENOR	9	25.0
6. EL ADULTO SOLICITA AL MENOR QUE LO MASTURBE	8	22.2
7. EL ADULTO PASEÓ DESNUDO FRENTE AL MENOR	3	8.3

NOTA: PORCENTAJES ESTIMADOS PARA CADA UNO DE LAS VARIANTES EN RELACIÓN CON LOS 36 CASOS Y NO SUMAN EL 100% DEBIDO A QUE EN UN MISMO MENOR COINCIDIERON VARIOS ACTOS.

CUADRO 6

SIGNOS, SÍNTOMAS Y SECUELAS REPORTADOS POR LAS VÍCTIMAS DE ABUSO SEXUAL

SIGNOS, SÍNTOMAS Y SECUELAS	NÚMERO ¹	% ²
1. PROBLEMAS DE CONDUCTA	10	47.6
2. BAJA EN EL RENDIMIENTO ESCOLAR	6	28.6
3. MIEDO	6	28.6
4. SÍNTOMAS DEPRESIVOS	6	28.6
5. PROBLEMAS CON EL SUEÑO	4	19.1
6. CONSUMO DE FÁRMACOS	1	4.8
7. CONDUCTA SEXUAL PRECOZ	1	4.8
8. ABUSADOR SEXUAL	1	4.8
9. ENURESIS	1	4.8
10. PÉRDIDA DE APETITO	1	4.8
11. BROTES PSICÓTICOS	1	4.8

¹ SÓLO SE INCLUYERON 21 PACIENTES, DEBIDO A QUE LOS 15 RESTANTES MANIFESTARON, EN LA HOJA DE INFORMACIÓN ESTADÍSTICA, QUE APARENTEMENTE NO PRESENTABAN ALTERACIONES.

² LOS PORCENTAJES SE ESTIMARON EN RELACIÓN A LOS 21 PACIENTES QUE REFIRIERON ALTERACIONES.

Respecto a los signos, síntomas y secuelas del menor, en 15 de ellos se manifestó que aparentemente no tenían ninguno; de los 21 restantes, en casi la mitad se reconocieron problemas de conducta; en aproximadamente 30% se apreció la baja en el rendimiento escolar, miedo y síntomas de depresión, y en orden de importancia le siguieron los problemas con el sueño, que incluyeron pesadillas, insomnio, dificultad para conciliarlo y despertar súbito, entre otros (cuadro 6).

En cuanto a la ubicación del domicilio de la víctima 10 (27.8%) residían en el Estado de México, y 26 (72.2%) en el Distrito Federal. Vale la pena destacar que 16 (61.4%) residían en tres delegaciones: Cuauhtémoc, Iztapalapa y Gustavo A. Madero.

III. Discusión, conclusiones y recomendaciones

En relación con la víctima, se apreció un franco predominio del sexo femenino, pero llama la atención la cuarta parte ocurrida en el masculino. Los límites de edad muestran que no están exentos del abuso los preescolares ni los adolescentes, pero el mayor riesgo lo tienen los escolares de siete a nueve años. La edad promedio de las 36 víctimas fue de ocho años. Estos datos son muy útiles para determinar las etapas de la vida en que se debe incrementar las actividades preventivas y la participación que las escuelas primarias deben tener, ya que a ellas asiste el grupo con mayor riesgo.

Comparando la edad en que ocurrió el abuso con la edad en que acudieron los afectados al Centro AVISE, el mayor volumen lo hizo entre los 14 y los 17 años, con un promedio de 11 años. Este aspecto, correlacionado con el hecho de que uno de cada dos niños no comentó con nadie lo sucedido, es sumamente interesante y merece ser estudiado con mayor detalle en investigaciones futuras. En principio, parece haber coincidencia en lo señalado por Finkelhor (1987) sobre el mantenimiento en secreto del abuso sufrido en la infancia, lo cual permite corroborar el conflicto emocional que vive el menor (que da la impresión de que no disminuye con el paso del tiempo, sino que, por el contrario, aumenta) y que lo desborda cuando llega a la adolescencia, etapa de la vida en que se produce el desarrollo sexual; por lo tanto, los antecedentes en esta esfera se convierten en un estigma que dificultan ese desarrollo.

El 22.2% que no vivía con sus padres se identificó como grupo altamente vulnerable, por la falta de afecto de sus progenitores; sin embargo, este aspecto requiere ser corroborado, ya que más de las tres cuartas partes procedió de familias “aparentemente

integradas", y en estos casos sería conveniente analizar las relaciones intra familiares.

Respecto al agresor, en primer término se reconocen las limitaciones de los hallazgos realizados en una población reducida, por lo cual sería conveniente analizar este actor en un sector más amplio; no obstante, con esta advertencia se puede comentar que su sexo, edad y estado civil revelan la vigencia de la supremacía masculina sobre los menores, pues los agresores realizan el abuso en su época de mayor actividad sexual, y en más de la mitad de los casos mantenían o mantuvieron relaciones con una pareja estable (casados, viudos o divorciados). Si estos datos se correlacionan con que casi 100% de los agresores eran familiares o personas muy cercanas al círculo familiar, como fue observado por Finkelhor, y se señala para los Estados Unidos por la Organización Mundial de la Salud, se puede advertir que los niños, ante los familiares del sexo masculino, independientemente de su estado civil y en mayor proporción si la edad del victimario va de los 20 a 39 años de edad, tienen un mayor riesgo de sufrir abuso sexual.

La participación del padre como agresor en cuatro de cada diez niños, muestra la evidencia de disfunciones familiares muy serias.

Un elevado nivel de escolaridad y de empleo fueron factores predominantes en los agresores, que no han sido reportados en la literatura y que requieren ser estudiados y analizados. Un aspecto importante que es necesario referir y que se recomienda considerar en futuros estudios, son las motivaciones de los agresores, ya que si se aplica una encuesta a estos individuos se obtendría una visión integral del problema.

El domicilio, ya sea del menor o de los familiares, constituye el sitio con más elevado riesgo para que ocurra el abuso sexual, que en su mayor proporción se da por la tarde o noche, que es cuando los niños no van a la escuela y se encuentran en su hogar o de visita con algún familiar.

La estrategia empleada por el agresor, además de lo descrito por Finkelhor, está la violencia de tipo verbal, expresada a través de las amenazas y engaños, que en una gran proporción apareció asociada con un aparente afecto, usado para ganar la confianza del menor.

La repetición del hecho, en más de la mitad de los casos corrobora aún más el sufrimiento al que estuvo sometido el menor durante un tiempo prolongado, que en casi la mitad de las víctimas, fue mayor de cinco años.

En cuanto a la forma en que se realizó el abuso, predominan los tocamientos, exhibicionismo y

masturbación que, con excepción del fellatio, coinciden con lo señalado para Estados Unidos en la literatura, y con la definición establecida por el Código Penal del Distrito Federal.

La actitud de los padres, al enterarse del abuso, fue de solidaridad familiar, aunque en la mayoría de los casos no fue dirigida de manera inmediata hacia una atención profesional. Es probable que el desconocimiento de los padres sobre la necesidad de otorgar atención médica y psicológica en los casos de abuso sexual sea la principal causa del retraso detectado. El casi 20% de los niños a los que sus padres no les creyeron es un dato preocupante, ya que significa que uno de cada cinco niños que sufren abuso sexual corre el riesgo de que en su familia no se le atienda cuando solicita ayuda para ser defendido de su agresor, o bien, para resolver el conflicto emocional que le embarga.

En cuanto a los efectos psicológicos del abuso sexual, en los pacientes estudiados, los más importantes fueron los relativos a la conducta (modificaciones en la misma: agresividad, introversión, desconfianza, hipermutilidad y actos para llamar la atención, entre otros), ya que prácticamente uno de cada dos menores los presentó; lo que vale la pena considerar, como una manifestación clave, que en muchos casos puede ser la única guía para realizar el diagnóstico y se identifica como uno de los efectos psicológicos negativos anotados por Briere (1989: 65-75). La disminución en el rendimiento escolar, sin causa aparente o asociada con trastornos en la conducta, puede constituir una asociación sugerente de la existencia de abuso, y ocurre lo mismo con síntomas depresivos, miedo y trastornos con el sueño. En la literatura analizada no aparecen referencias a las alteraciones escolares; sin embargo, sí se encontró consumo de fármacos, disfunción sexual y trastornos somáticos y en el apetito, aunque fueron de los de menor proporción, como fue observado por McClelland y colaboradores (1991: 63-687). Por otra parte, los brotes psicóticos son un indicador de los graves daños que puede ocasionar el abuso sexual en el menor.

Respecto a la ubicación del domicilio del menor, llama la atención su concentración en tres delegaciones políticas del Distrito Federal, que pudiera relacionarse con la accesibilidad del Centro AVISE para los residentes en la delegación Cuauhtémoc, que es donde se encuentra; no resulta así para la Gustavo A. Madero e Iztapalapa que están bastante distantes de dicho centro. En relación con estudios hechos por los mismos autores sobre violación, se advirtió que estas delegaciones también son en las que se presentan cifras más elevadas de estos casos

(Díaz *et al.*, 1993: 5). Además, en los reportes de la Procuraduría de Justicia del Distrito Federal (1992: 16), sobre los delitos violentos, estas delegaciones se encuentran entre las que aportan un mayor número de casos. Por esto, las autoridades deben poner especial énfasis en la prevención del abuso sexual en estas áreas geográficas.

Por último, en una primera aproximación y con base en los hallazgos realizados, se proponen algunas características para apoyar la elaboración de los perfiles de la víctima y del agresor, así como la identificación de los sitios en que ocurre el abuso sexual.

1. Víctima: predomina el sexo femenino, aunque también puede ser del masculino, con un mayor riesgo entre los 7 y 9 años de edad, pero con posibilidades de que ocurra entre los 3 y los 16 años, cuando el menor es estudiante de primaria o secundaria y pertenece a familias aparentemente integradas.

2. Agresor: del sexo masculino, en pleno uso de sus facultades físicas, en etapa de vida sexual activa, con una pareja estable; familiar o persona muy cercana al círculo familiar, con un nivel de escolaridad medio y superior, y que cuenta con un empleo fijo.

3. Situación o hecho: el abuso sexual se realiza en los domicilios tanto de la víctima como del agresor,

por las tardes o las noches, con un mayor riesgo en las delegaciones Cuauhtémoc, Gustavo A. Madero e Iztapalapa.

Los programas preventivos del abuso sexual en la ciudad de México deberían considerar estos aspectos y difundirlos a la población por medio de actividades de educación para la salud, ya sea a través de comunicación directa (cursos, conferencias, pláticas y entrevistas), material impreso (volantes, carteles y folletos) y, desde luego, la difusión en los medios de comunicación masiva, que sería un apoyo extraordinario.

La atención de los menores que han sufrido abuso sexual implica no sólo el restablecimiento de la salud física, sino la reconstrucción emocional y psicológica en el afectado, por parte de profesionales especializados en estos casos y personal sensibilizado en la problemática, con el propósito de reincorporar al menor a su desarrollo físico, mental y social a la brevedad posible.

La realización de un diagnóstico oportuno es la clave para iniciar el tratamiento adecuado y no sólo la atención de algunos de los síntomas y signos, por lo que se sugiere, tanto al psicólogo como al psiquiatra, considerar, además de su experiencia profesional, los hallazgos presentados. ◆

BIBLIOGRAFÍA

- Berkow, R. (1989). *El manual Merck de diagnóstico y terapéutica*. Ediciones Doyma, Octava edición. Barcelona, España.
- Briere, J. y Runtz, M. (1989). "University males sexual interest in children: predicting potencial indices of pedophilia in a nonfrensic sample", en *Child Abuse & Neglect*. Vol. 13. USA.
- Calvo, E. (compilador) (1992). "Código penal para el Distrito Federal", en *Compendio de leyes y códigos vigentes para el Distrito Federal*. Editorial Themis. México.
- Centro de Atención a la Violencia Intrafamiliar y Sexual (1993). *Glosario de términos*. México.
- Conte, R.; Steven, J. and Smith, T. (1989). "What sexual offenders tell us about prevention strategies", en *Child Abuse & Neglect*. Vol. 13. USA.
- Díaz, De la Garza, Esteban y Cols. (1993). *Violación. Perfil de la víctima, del agresor y sitio en que se desarrolla*. Trabajo presentado en el Primer Congreso Nacional de la Federación Mexicana de Sociedades Prosalud Mental, A.C., México, D.F. 2-5 de junio de 1993.
- Finkelhor, D. (1987). *Abuso sexual al menor*. Editorial Pax. México.
- McClelland, L.; Mynors-Wallis, L.; Fahy, T. y Tressure, J. (1991). "Sexual abuse, disordered personality and eating disorders", en *British Journal of Psychiatry*. No. 158 (Suppl. 10).
- OMS (1993). "Día Mundial de la Salud: lucha contra la violencia y la negligencia", en *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*. Vol. 114, No. 6. Washington D.C.
- Procuraduría de Justicia del Distrito Federal
- ____ (1992). "El balance comparativo de los primeros cuatro meses de 1989 a 1992, revela un aumento de los delitos violentos en el Distrito Federal", *La Jornada*. Año 8, Núm. 2765. México.
- ____ (1993). "Distrito Federal, delincuencia y violencia: datos y cifras", en *Este País*. No. 31. México.