

**CARACTERIZACIÓN DE LOS FACTORES TEÓRICOS, METODOLÓGICOS
Y PRÁCTICOS EN LOS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN PRIMARIA Y
SECUNDARIA DE ABUSO SEXUAL INFANTIL**

Ariza, L. & Pereira, A.

***Geney, E.**

**UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE BOLÍVAR
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANAS
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA
MINOR EN PSICOLOGÍA CLÍNICA Y DE LA SALUD
CARTAGENA DE INDIAS, D. T.**

2009

***Asesor
Titulillo
Prevención Abuso Sexual Infantil**

**CARACTERIZACION DE LOS FACTORES TEÓRICOS, METODOLÓGICOS
Y PRÁCTICOS EN LOS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN PRIMARIA Y
SECUNDARIA DE ABUSO SEXUAL INFANTIL**

Ariza, L. & Pereira, A.

**UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE BOLÍVAR
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANAS
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA
MINOR EN PSICOLOGÍA CLÍNICA Y DE LA SALUD
CARTAGENA DE INDIAS, D. T.**

2009

Cartagena de Indias D.T. y C. Junio 19 de 2009

Señores:

Universidad Tecnológica de Bolívar
Parque Industrial y Tecnológico
Carlos Vélez Pombo

Cordial saludo,

Autorizo la entrega del **Trabajo de Grado** de los estudiantes del programa de Psicología: **Augusto Pereira** y **Laura Ariza**, quienes durante la elaboración de dicho proyecto estuvieron bajo mi asesoría.

Elías Rafael Geney Castro
Asesor de Monografía

ARTICULO 105

“La Universidad Tecnológica de Bolívar, se reserva el derecho de propiedad intelectual de todos los Trabajos de Grado aprobados, y no pueden ser explotados comercialmente, sin autorización”

AUTORIZACION

Cartagena de Indias, D.T.C, _____

Yo Laura Patricia Ariza Cotta, identificada con la cedula de ciudadanía N° 1.143.326.423 de Cartagena, autorizo a la Universidad Tecnológica de Bolívar para hacer uso de mi trabajo de grado, publicarlo en el catalogo online de la biblioteca y haga parte de su catalogo de consulta.

LAURA PATRICIA ARIZA COTTA
CC. 1.143.326.423 DE Cartagena.

AUTORIZACION

Cartagena de Indias, D.T.C, _____

Yo Augusto José Pereira Rincón, identificado con la cedula de ciudadanía N° 1.128.054.560 de Cartagena, autorizo a la Universidad Tecnológica de Bolívar para hacer uso de mi trabajo de grado, publicarlo en el catalogo online de la biblioteca y haga parte de su catalogo de consulta.

AUGUSTO JOSÉ PEREIRA RINCÓN
CC. 1.128.054.560 de Cartagena.

NOTA DE ACEPTACION

JURADO 1

JURADO 2

JURADO 3

Dedicatoria

Quiero agradecer primordialmente a la divina voluntad de Dios Todo Poderoso, que me ilumina el entendimiento para así nutrirme del saber y culminar con éxito esta meta trazada.

A mi familia, en especial mi padre Augusto Pereira y mi madre Ascensión Rincón quienes han sido un apoyo incondicional, mi guía y constancia en mis propósitos.

A mis amigos y hermanas, por estar conmigo en todo momento, aún en los más trágicos. También gracias a su paciencia he aprendido a que la amistad y fraternidad entre nosotros nunca podrá romperse y porque sin ellos no hubiese conocido el significado de estas palabras.

A mi novia por estar conmigo en todo momento como apoyo y de gran ayuda dentro de la consecución de esta investigación.

A mis profesores y en especial mi Asesor Elías Geney por su dedicación, dinamismo y comprensión hacia nosotros.

A mi compañera de Monografía Laura Ariza que a pesar de nuestras diferencias siempre encontramos la manera de afrontar y solucionar los desafíos y dificultades que se nos presente.

Gracias a todos por estar conmigo ...

Augusto José Pereira Rincón

Dedicatoria

Durante todo el proceso de desarrollo de esta monografía, conté con la ayuda de muchos amigos , personas especiales , apoyo espiritual y familiar, primero que todo le agradezco a Dios por permitirme tener la responsabilidad, dedicación y habilidades para lograr mis sueños, le agradezco a mis padres por apoyarme en mi crecimiento personal y profesional , enseñándome responsabilidad y dedicación, también quiero agradecerle a mis amigos, la yoya, usty , la nicole y olgui, por hacer de mi paso por la universidad un camino lleno de risas, preocupación y compañerismo, por ultimo le agradezco a la mamá de todos nosotros, mami ase por aguantar y tolerar tantos molestias de estudiantes intensos de psicología ,solo me resta expresar mi gratitud por todo y por todos.

Laura Ariza Cotta

TABLA DE CONTENIDO

CAPITULO I

1. Justificación.....	12
2. Naturaleza del problema.....	15
3. Planteamiento del problema.....	17
3.1 Objetivos.....	17
3.1.1 General.....	17
3.1.2 Específicos.....	17

CAPÍTULO II: 4. MARCO REFERENCIAL

4.1 Antecedentes.....	18
4.2 Violencia.....	26
4.3 Abuso sexual infantil.....	30
4.4 Tipos de abuso sexual.....	31
4.5 Prevalencia del abuso sexual infantil.....	37
4.6 Incidencia del abuso sexual infantil.....	38
4.7 Causas del abuso sexual infantil.....	39
4.8 Consecuencias del abuso sexual infantil.....	41
4.9 Intervención del abuso sexual infantil.....	46
4.10 Programas de prevención infantil.....	59

CAPÍTULO III: 5. Diseño Metodológico

5.1 Diseño.....	62
5.2 Procedimiento.....	62
5.3 Variables.....	63
5.3.1 Variable.....	63
5.3.2 Definición.....	63
5.3.3 Dimensiones.....	63
5.3.4 Indicadores.....	63
5.3.5 Fuetes.....	63
6. Discusión.....	66
7. Conclusión.....	69
8. Recomendaciones.....	72
9. Referencias Bibliográfica.....	74

CAPITULO I

1. JUSTIFICACION

Actualmente, los problemas de salud que afectan a niñas, niños y adolescentes latinoamericanos pertenecen al área psicosocial, por lo que se consideran alteraciones psicopatológicas que repercuten tanto en ellos como en la comunidad (Garza, 2006).

En el mundo, esta población se encuentra vulnerable a una gran epidemia de violencia, entendida como el proceso social que comprende múltiples formas de agresión y tiene efecto multiplicador, que no sólo afecta a las víctimas, sino a los victimarios. (Abdalá, Martínez, Villafuerte, & Alba, 2004).

Los delitos contra el normal desarrollo de las relaciones sexuales, la familia, la infancia y la juventud se caracterizan por ser desagradables hasta llegar al grado deshumanizante, estos suelen desencadenar crisis de impredecibles proporciones si se tiene en cuenta que estos hechos cambian el modo en que la víctima se percibe a sí misma y valora a los demás, así como las consecuencias psicosociales dentro de estas etapas evolutivas, dados los traumas físicos - psíquicos que sufren (Morgue, 2006).

Según Ossandón (2002) el Abuso Sexual es un hecho que se presenta con frecuencia en la sociedad, afectando en su mayoría a los niños (as) dentro del sistema familiar o fuera de este. De esta manera, es la misma sociedad quien está obligada a hacer frente a esta realidad, comprometiéndose y orientándose en los derechos de los niños (as) que velen por su integridad emocional, física y social.

Esta problemática difícilmente se puede categorizar o describir, porque en su desarrollo lleva implícito factores que involucran otros fenómenos sociales como el consumo de drogas, delincuencia juvenil, violencia intrafamiliar, diferencias sociales, analfabetismo, pobreza, represión familiar, entre otros. Dichos factores deterioran la calidad de vida de los niños; pero no son elementos determinantes de todos los casos. Cabe resaltar además que este fenómeno no tiene que ser una realidad constante de las personas de escasos recursos, ni de los desplazados por conflictos armados; lo es también para las clases sociales más favorecidas (Dirección General de Promoción y Prevención & Ministerio de Salud, 2002).

La consecuencia de abusar sexualmente a una niña o un niño es volverlo objeto, cosificarlo o negarle la condición sagrada de su cuerpo y su alma, destruirle y atemorizarle. El impacto que produce en el infante, repercute en su salud física y mental, su comportamiento sexual y puede ocasionar trastornos como alteraciones del sueño, depresión acompañada a veces por ideación suicida, falta de concentración, sentimiento de ira, humillación, autoacusación, conductas regresivas y de rechazo; afectando sustancialmente a las personas cercanas a la víctima (Dirección General de Promoción y Prevención & Ministerio de Salud, 2002).

A pesar de la magnitud que ha alcanzado la problemática de abuso sexual y del reconocimiento público que ha venido tomando el tema dentro de la colectividad, se presume que los niveles de denuncia son muy bajos, debido a las implicaciones psicosociales, morales y físicas que conlleva (Fundación Renacer & UNICEF, 2000).

El abuso sexual a nivel intrafamiliar es más difícil de prevenir ya que las familias tienden a no pedir ayuda cuando viven esta clase de problemas. Sin embargo, es importante enseñar a los niños desde pequeños a no aceptar muestras de afecto y caricias de quien sea que provengan, ya que enseñarles a reconocer caricias que tengan un interés sexual es primordial como medida preventiva. Pero la clave está en que los padres sean capaces de conversar y explicarles al niño con toda claridad las conductas propias de un abuso y qué hacer cuando alguien los toque distinto y en otras partes del cuerpo. (ICBF & Agencia Pandi, 2007).

Este problema latente, pero poco estudiado en todo el mundo, no escapa de la realidad Colombiana ni mucho menos de Cartagena, considerando que se va haciendo visible la situación de salud en niñas, niños y adolescentes atendidos con el diagnóstico de abuso sexual en el Hospital Napoleón Franco Pareja (Casa Del Niño), Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF, Instituto Nacional de Medicina Legal & Ciencias Forenses, 2008) donde se han realizado estudios descriptivos al respecto, tanto en víctimas como en victimarios, por lo que se ha ido reconociendo que este constituye un problema de salud que requiere de la urgente atención de los profesionales encargados del bienestar biopsicosocial de la población.

Probablemente la percepción de invulnerabilidad ante este hecho “creer que es algo que ocurrirá en otras familias, no en la propia” predispone a que no se haga una adecuada prevención del abuso sexual. Por otra parte la ausencia de procesos intencionados, sistemáticos y permanentes de educación sexual, especialmente en las escuelas, ha sido una limitante para el desarrollo a acciones concretas y efectivas contra el abuso sexual. Mientras no existan procesos de prevención enmarcados dentro de procesos amplios e integrales de educación sexual, la niñez será más vulnerable y susceptible de ser víctima a las diferentes formas de abuso sexual.

Gran parte de las escuelas no tienen contemplado en sus políticas educativas la educación sexual pese a la obligatoriedad en el currículo escolar, mucho menos es de esperarse que la realización de programas de prevención de abuso sexual sea objeto importante de sus acciones educativas. El Abuso Sexual Infantil es prevenible, en donde no bastan únicamente intervenciones alarmistas y atemorizantes ni instrucciones defensivas sin el acompañamiento apropiado de un entrenamiento en habilidades de protección y defensa asertiva; que promuevan finalmente la promoción de valores de convivencia (Romero, 2001).

2. NATURALEZA DEL PROBLEMA

En la actualidad se registran a diario muchos casos de abuso sexual infantil tanto en Colombia como el resto del mundo, aunque las diferentes organizaciones que velan por el beneficio y protección de los niños han diseñado diversos programas para prevenir y tratar esta problemática, no han tenido el impacto suficiente para decrecer sus niveles de incidencia. Es evidente que el abuso sexual crece en todos los estratos sociales, generalmente en ambiente intrafamiliar, y también es realizado por personas fuera de la familia del niño o la niña (Romero, 2001).

Durante mucho tiempo, la atención de los expertos en el campo de los abusos sexuales en la infancia se ha concentrado sobre todo en la diagnosis y en la mayoría de las ocasiones se limitaba a comprobar una verdad frecuentemente callada o negada por las propias víctimas. Hoy en día, en cambio, el debate en torno a los métodos del examen psicológico es mucho más rico y articulado. Sin embargo, según Marinella (2000) existe un terreno menos desarrollado que incluye las técnicas de intervención posteriores a la diagnosis relativa al niño víctima de abusos.

Aceptar el desafío y ayudar a salir del abismo en el que se encuentran tanto víctimas como los adultos gracias al inventario de consecuencias personales y relacionales de cualquier situación traumática, es una aventura terapéutica estimulante. Los momentos de tensión aunque no sean escasos, la posibilidad de brindar ayuda a personas afectadas por el evento traumático se convierte en un estímulo poderoso para continuar (ICBF & Agencia Pandi, 2007). Aunque las estadísticas presentan un número alarmante de eventos de abuso sexual, se desconoce la magnitud real del problema. Los sentimientos de vergüenza, autohumillación, el difícil acceso a servicios de salud y justicia, la desconfianza en los procesos judiciales, la ausencia de red apoyo social y las amenazas y engaños por parte del agresor, son algunos de los motivos por los que no se hacen efectivos los denuncios.

Según datos de la Agencia Periodismo Amigo de los Derechos de la Infancia (ICBF & Agencia Pandi, 2007), las últimas cifras sobre abuso infantil en Colombia son: el aumento del 6% en abuso sexual infantil dentro de la población Colombiana con respecto al año 2005, cuya edad promedio puntúa entre los 5 y 14 años de edad y las zonas donde más se cometen abusos incluyen los departamentos de Cundinamarca y

Antioquia. En general, se denunciaron 14.840 casos ante Medicina Legal en el último año, de los cuales el 86% de las víctimas son menores de edad, representando un total de 12.247 niñas y 2.593 niños abusados sexualmente durante el año 2006. También se puede determinar que el silencio es la cifra más importante, pues se estima que el 70% de los casos no es denunciado por temor, conflictos sociales o coerción; pues en ocasiones, el agresor es un miembro cercano de la familia del menor, contando frecuentemente con la complicidad o mutismo del resto de familiares, bien sea por miedo, o por considerarse esta práctica delincuencia como un problema insignificante.

Cabe resaltar la importancia de contribuir en esta problemática psicosocial que afecta a la población más vulnerable, los niños, ya a que estos normalmente no cuentan con las herramientas necesarias para prevenir una situación de abuso sexual, lo que hace necesaria la formación de programas de prevención eficaces que ayuden a disminuir los índices de esta problemática social.

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

3.1 OBJETIVOS

3.1.1 GENERALES

Describir y analizar los factores teóricos, metodológicos y prácticos que se aplican los programas de prevención de abuso sexual infantil.

3.1.2 ESPECIFICOS

- Elaborar una revisión literaria sobre los diferentes programas, tipos y métodos de intervención, del abuso sexual infantil, en los últimos cinco años.
- Recolectar información sobre programas preventivos de abuso sexual infantil que tienen como pilar inicial la sensibilización a padres, maestros y/o tutores.
- Analizar las dificultades que parecen estar contribuyendo a la falta de efectividad de los programas actuales, para de este modo, mejorar la validez y fiabilidad de futuras intervenciones.

CAPITULO II

4. MARCO REFERENCIAL

4.1 Antecedentes

El abuso sexual como manifestación de maltrato hacia la población infantil no es un fenómeno reciente, se trata de un problema con un gran pasado pero con una corta historia, puesto que a pesar de haber estado siempre presente apenas en la actualidad ha generado a nivel de la opinión pública conciencia y preocupación respecto de su magnitud e impacto (Casado; Díaz; & Martínez, 1997). En efecto el silencio sobre los abusos ha empezado a romperse muy recientemente, en los años setenta y ochenta, en el mundo anglosajón y en el norte de Europa y, entrada ya la década de los noventa, en los países mediterráneos y en Latinoamérica (López, 1999).

El abuso sexual infantil representa un problema de considerables proporciones, tanto en términos epidemiológicos, como en términos de las consecuencias que de él derivan. Estudios realizados en diversos países coinciden en señalar que se encuentran historias de abuso en la infancia en un 7 a 36% de las mujeres y en un 3 a 29% de los hombres (Finkelhor, 1994).

En la década de los 80 se comenzaron a desarrollar e implementar en los EEUU y Canadá programas de prevención del abuso sexual infantil dirigidos a reducir la vulnerabilidad infantil a sufrir agresiones sexuales. Desde esa fecha, en estos países dichos programas educativos se han aplicado en forma muy extensa (Finkelhor, & Dziuba-Leatherman, 1995). En Chile también existen iniciativas al respecto, entre las cuales se cuentan el “Programa de prevención del abuso sexual infantil” desarrollado por las psicólogas Bartholin & Del Pozo (1996) y el texto “Ojo, pestaña y ceja” desarrollado por el Ministerio Secretaría General de Gobierno (1999).

A pesar de la amplia utilización y aceptación que han alcanzado los programas de prevención del abuso sexual, es importante considerar que a partir de los años 90 comienzan a surgir voces de alerta que llaman a ser cautos al momento de implementarlos (Finkelhor, & Dziuba-Leatherman, 1995).

Pese a que existen diversas definiciones de abuso sexual infantil, muchas de ellas tienen en común la presencia de tres factores. En primer lugar, se habla de abuso sexual cuando se involucra a un niño en actividades sexuales de cualquier tipo, las cuales se ubican en un amplio espectro que va desde el exhibicionismo y voyeurismo hasta la penetración. Un segundo factor alude a las diferencias jerárquicas existentes entre el abusador y su víctima, indicándose que el perpetrador se encuentra en una posición de poder y control sobre el niño del cual abusa. Y el tercer factor guarda relación con el anterior y se refiere al uso de maniobras coercitivas por parte del abusador, tales como la seducción, manipulación y amenaza (Barudy, 1998).

Al analizar este fenómeno es importante distinguir los abusos sexuales intrafamiliares de los abusos sexuales extrafamiliares. En los primeros el agresor pertenece al medio familiar del niño, mientras que en los segundos puede tratarse de una persona desconocida o de alguien que, sin formar parte de la familia, pertenece al entorno social de ésta. Estos distintos tipos de abuso dan lugar a dinámicas interaccionales absolutamente diversas señalándose que, a medida que se estrecha la cercanía existente entre el perpetrador y el niño, el abuso se vuelve prolongado y reiterado en el tiempo y el pequeño va perdiendo la posibilidad de reconocerse como víctima. (Barudy, 1999)

De acuerdo a MacMillan, Macmillan, Offord, Griffith, & MacMillan (1994 a), la definición del término “prevención” no está exenta de dificultades. En general, la prevención del maltrato infantil en sus diversas manifestaciones ha sido clasificada en tres categorías: prevención primaria, secundaria y terciaria (Que no se destaca dentro de la revisión expuesta). La prevención primaria comprende cualquier maniobra dirigida a la población general o a una porción de la misma, orientada a la reducción de la incidencia de los abusos cometidos hacia los niños. La prevención secundaria, por su parte, se refiere a la detección temprana de determinado trastorno o condición, en este caso del abuso, en forma tal de detener su avance o limitar su duración. Y Por último, la prevención terciaria opera cuando el abuso ya ha ocurrido y se dirige a la prevención de la recurrencia de la violencia o a la prevención del daño resultante de la misma (Repucci, Land, & Haugaard, 1998).

La división entre las tres categorías antes mencionadas no es siempre fácil de delimitar. En efecto, en el caso de la prevención del abuso sexual, la mayoría de los

programas se dirigen a enseñarle al niño destrezas que le permiten enfrentar el ataque de un abusador potencial. De acuerdo a Cox (1997), esto corresponde a una prevención secundaria temprana más que a una prevención primaria propiamente tal. En este caso se da por hecho que el niño puede ser abordado por un posible perpetrador, mientras que la prevención primaria debería estar orientada a reducir el riesgo de estar expuesto a tales abordajes.

Las estrategias diseñadas para prevenir el abuso sexual infantil han asumido un curso muy diferente al de los planes orientados a la prevención del maltrato físico. En efecto, estos últimos por lo general se traducen en programas dirigidos a los padres, siendo heterogéneos los diseños de los mismos. Muchos de ellos incluyen la realización de visitas domiciliarias a padres considerados en riesgo de maltratar a sus hijos y el entrenamiento en habilidades parentales para adquirir pautas de crianza alternativas al uso de la violencia (Cox, 1997).

La tendencia típica en la prevención del abuso sexual, consiste en la implementación de programas educativos dirigidos principalmente, y a veces exclusivamente, a los niños. Únicamente en forma secundaria se incluye a los padres y apoderados, a los cuales en general se les informa sobre el programa en el cual está participando su hijo o pupilo y se les brinda información sobre cómo advertir a los niños en relación al peligro del abuso sexual. Solo algunos incorporan información respecto de la detección y maniobras de primer apoyo de los adultos deben realizar frente a la sospecha o pesquisa de casos de este tipo (Repucci, Land, & Haugaard, 1998).

A diferencia de lo que ocurre con la prevención del maltrato físico, en el campo de la prevención del abuso sexual existe una notoria homogeneidad en cuanto al diseño e implementación de los programas (Olsen & Widom, 1993). Al tratarse de intervenciones en su mayoría dirigidas a la población general de niños, éstas usualmente se llevan a cabo al interior de las escuelas (Daro, 1994).

El ingreso al sistema escolar ocurre en una etapa madurativa donde el contacto del niño con el sistema de salud se hace menos frecuente, de modo que la escuela es la instancia que brinda una mayor oportunidad de cobertura para implementar planes de prevención. Por otro lado, dado que la familia delega en los educadores parte de las responsabilidades frente a la observación y seguimiento del desarrollo de los niños, la

escuela se convierte en un ambiente óptimo para la detección precoz de trastornos o factores de riesgo y para la realización de intervenciones protectoras, compensadoras e incluso recuperadoras (De la Barra, López, George, Toledo, Siraqyan, & Rodríguez, 1995).

De acuerdo a Rispens (1998), la tendencia a implementar los programas de prevención del abuso sexual en los colegios no obedece solamente a razones de economía de escala, sino también a que el aula ofrece un ambiente propicio para promover la discusión y reflexión de los tópicos abordados, aspecto que fortalece la efectividad de dichas intervenciones.

Basados en el concepto de “empowerment” y en los principios de la asertividad, la gran mayoría de estos programas se centran en la importancia de fortalecer al niño para que éste evite verse involucrado en situaciones abusivas o logre aumentar la resistencia hacia un potencial abusador (Jordan, 1993).

Entregar a los niños los conocimientos básicos acerca del abuso sexual y enseñarles a protegerse y cuidar de sí mismos, es visto como algo fundamental dentro de los programas de prevención, señalándose que resulta imposible que los adultos a cargo mantengan una supervisión y vigilancia constantes “...por más cuidado que se ponga en la protección de los hijos, el abusador siempre buscará la oportunidad o tratará de crear la ocasión propicia, siempre valiéndose de su autoridad o de todo un proceso de conquista de la víctima de modo de ir ganando su confianza antes de abordarla. De ahí la importancia de enfatizar la autoprotección como medio de prevención...” (Ministerio Secretaría General de Gobierno, 1999).

De acuerdo con la anterior entrega de información temprana y oportuna respecto del abuso sexual es vista como la estrategia de prevención por excelencia, planteándose que una comunicación abierta con el niño sobre este tema es una vía que permite reducir su vulnerabilidad a ser victimizado (Dayee, Walvoord, 1984 & Freeman, 1985).

La analogía que se observa entre los distintos programas en relación a la forma de enfocar la prevención del abuso sexual infantil, da lugar a una notable similitud en relación a los contenidos o temas abordados por los mismos Olsen & Widom (1993).

En general, los tópicos incluidos en los programas se dividen en: a) conceptos o conocimientos básicos y b) estrategias de enfrentamiento.

A pesar de la notoria uniformidad en relación a los contenidos abordados, existen variaciones en cuanto al formato que adoptan los diversos programas de prevención del abuso sexual infantil (Moody, 1994). Es así que existe una gran variedad de opciones metodológicas al alcance de los usuarios. Dentro de éstas, las más utilizadas han sido los materiales impresos, los videos o materiales audiovisuales, las charlas, las representaciones teatrales y el role playing (López, 1999).

Dentro de los estudios empíricos que tienen por objetivo evaluar el impacto de los programas de prevención del abuso sexual infantil, se observan dos grandes líneas de investigación. La primera, y más ampliamente desarrollada, se refiere al estudio de la efectividad de tales intervenciones, mientras que la segunda se dirige al estudio de los efectos colaterales negativos resultantes de las mismas.

Dentro de esta línea existen diversos equipos de investigadores que se han dedicado a realizar revisiones de un importante número de programas de prevención del abuso sexual infantil (Ripens, Aleman, Goudema, & Cox, 1997-1998)

MacMillan, Macmillan, Offord, Griffith, & MacMillan, (1994 b), son los realizadores de una de las revisiones pioneras más citadas en la literatura especializada. Dicha revisión incluye 19 estudios experimentales publicados en revistas de habla inglesa entre los años 1979 y 1993. Se seleccionaron sólo aquellas investigaciones que cumplían con criterios de rigor metodológico y las bases de datos utilizadas para acceder a ellas fueron MEDLINE, ERIC y PSYCINFO (Cox, Repucci, Land, Haugaard, Ripens, Aleman, & Goudema, 1997-1998).

Los autores mencionados observaron que para evaluar efectividad todos los estudios revisados utilizaron medidas referentes al cambio en el conocimiento por parte de los niños participantes. Los resultados obtenidos mostraron que la mayoría de los programas evaluados efectivamente produjeron un aumento en los conocimientos que los niños tenían respecto de ciertos conceptos básicos de prevención y de ciertas destrezas de autoprotección (MacMillan, et al 1994b).

De acuerdo a MacMillan, et al (1994a), estos hallazgos indican que los creadores de los programas de prevención del abuso sexual infantil al parecer presumen que tales medidas son predictivas de las estrategias que un niño podría utilizar en situaciones reales. Sin embargo, Ripens, Aleman, & Goudema (1997). Replican el estudio de MacMillan. et al (1994a,b), llevando a cabo una revisión de los estudios publicados entre los años 1993 y 1996, obtenidos a través de las mismas bases de datos utilizadas por la revisión anterior. Este estudio apoya los resultados antes señalados, indicándose que, en todas las intervenciones revisadas, las mediciones post intervención de los grupos experimentales muestran un incremento en el conocimiento de conceptos básicos y destrezas de enfrentamiento.

Se observa además que las diferencias existentes con las mediciones post intervención obtenidas por los grupos control son estadísticamente significativas. Con base a lo anterior los autores concluyen. “No existe duda acerca de la efectividad inmediata de los programas. Los niños aprenden conceptos relacionados con el abuso sexual y adquieren las estrategias de autoprotección que se les enseñan” (Ripens, Aleman, & Goudema, 1997).

El aumento de conocimientos de conceptos básicos de prevención y de destrezas de autoprotección está moderado por algunas variables, dentro de las cuales la más estudiada corresponde a la variable edad (Hulsey, Kerkman, & Piñon, 1997). Pese a que en todos los grupos etarios se observa un aprendizaje significativo producto de la instrucción proporcionada, de acuerdo a Tutty (1994), la edad es un factor crítico en la adquisición de conceptos y genera una diferencia significativa en el nivel de conocimientos alcanzados.

Nemerofsky, Carran, & Rosenberg (1994); concuerdan con lo anterior, indicando que si bien es posible enseñar conceptos y destrezas de prevención incluso a niños preescolares, los beneficios derivados de la participación en tales programas son mayores a medida que se avanza en edad.

De acuerdo a estudios de seguimiento, Ripens, Aleman, & Goudema (1997), indican que los niños preescolares tienden a olvidar más rápidamente lo aprendido, volviéndose necesaria una instrucción repetida en el tiempo, que garantice la retención de la información.

Además de la edad, otra variable que ejerce gran influencia en la efectividad de los programas hace referencia a las características de la intervención. Dentro de éstas, se indica que los programas que incluyen un entrenamiento explícito en destrezas de autoprotección, por ejemplo a través de role playing, son más efectivos que aquellos que sólo propician el aprendizaje de conceptos. La oportunidad para ensayar las estrategias enseñadas debe acompañarse de un tiempo suficiente para que el niño integre estas nuevas destrezas en su repertorio cognitivo. Así, se indica que los programas más efectivos son aquellos que se repiten en intervalos regulares en el tiempo (Rispen, et al 1997).

Otra característica de la intervención fuertemente asociada con la efectividad de los programas de prevención se refiere a la incorporación de los padres lo cual, de acuerdo con Finkelhor, Asdigian, & Dziuba-Leatherman (1995), permite que los conocimientos y destrezas adquiridas por los niños sean reforzadas en el hogar en el transcurso del tiempo.

Un aspecto de vital importancia a considerar aquí es indagar si los niños, enfrentados a situaciones amenazantes, logran aplicar lo que han aprendido en los programas preventivos (Repucci, Land, & Haugaard, 1998). Intentando dar respuesta a la anterior interrogante, algunos investigadores incorporan medidas de cambio conductual al evaluar la efectividad de los programas, analizando las respuestas o reacciones de los niños frente a situaciones de role playing o simulaciones de situaciones amenazantes (Ej. intento de secuestro por parte de un extraño). Pese a que tales estudios muestran resultados alentadores, es importante tener en cuenta que el desempeño observado en una situación artificial, no necesariamente es fiel reflejo de lo que ocurriría en una situación real (Cox, 1997).

De acuerdo al estudio de Finkelhor, Asdigian & Dziuba-Leatherman (1995), donde evaluaron a 2000 jóvenes que habían participado en algún tipo de intervención preventiva, un 40% de ellos logró utilizar las estrategias aprendidas en situaciones de la vida real. Pese a que los autores interpretan estos resultados como signos alentadores acerca de la utilidad de estos programas, parece necesario ser cautelosos al respecto y considerar que se trata de reportes entregados por los niños y que no se especifica el tipo de victimización o situación abusiva en la que fueron aplicadas las destrezas (abuso sexual intrafamiliar, abuso sexual extrafamiliar, victimización por parte de los pares).

Otra medida de efectividad que los investigadores han tratado de introducir corresponde a evaluar en qué medida los programas de prevención generan un aumento en la tasa de divulgaciones de experiencias abusivas por parte de los niños. Sin embargo, de acuerdo a Cox (1998), esto plantea un problema para la evaluación, preguntándose si el aumento de divulgaciones obedece a que los niños realmente reportan más luego de participar en un programa de prevención o, por el contrario, responde a que se ha producido un incremento en la tasa de abusos.

Este mismo autor plantea que, además, se trata de una medida inefectiva para evaluar los que señalaban haberse “preocupado mucho”, mientras que el 53% refirió haberse “preocupado un poco”. Los autores interpretan estos resultados como algo positivo y adaptativo, en la medida que un cierto monto de ansiedad junto con la percepción del riesgo permite que el niño se proteja. En efecto, estos autores muestran que los niños que fueron victimizados y que participaron en intervenciones preventivas, sufrieron más daño durante los ataques que los niños que no participaron en tales programas. En este sentido, Repucci, Land, & Haugaard (1998), advierten sobre el peligro de inculcar en los niños un falso sentido de control y una irreal sensación de inseguridad.

De acuerdo a Tharinger (en Jordan, 1993), muchos programas entregan conocimientos acerca del abuso sexual, sin entregar información acerca de la sexualidad como tema general. Es más, según este autor tal información muchas veces es omitida intencionalmente por los creadores de los programas, temiendo que las escuelas o los apoderados rechacen la educación sexual que se proponga. De esta forma, para muchos niños su primera aproximación al tema de la sexualidad ocurre desde la perspectiva del abuso (McLeod & Wright, 1996).

Lo anterior encierra un peligro real pues es inapropiado transmitir un enfoque estrecho y negativo sobre un tema tan importante para la vida. Con respecto a los programas de prevención se observa que las divulgaciones son en períodos breves de tiempo, comprendidos por los intervalos de seguimiento y muy poco frecuentes (Cox, 1998).

Junto con los estudios de efectividad, han cobrado especial interés las investigaciones que pretenden indagar los efectos colaterales adversos de los programas de prevención del abuso sexual infantil. Pese a lo anterior, los resultados existentes en

este campo distan mucho de ser concluyentes, requiriéndose mayor investigación en el área (Repucci, Land & Haugaard, 1998).

Uno de los efectos adversos más mencionados alude al aumento de temores y ansiedad asociados a la participación en un programa de prevención del abuso sexual (Repucci, Land & Haugaard, 1998). De acuerdo con Hindman (1992), los esfuerzos preventivos típicos generan miedo y aprehensión más que seguridad. Existen investigadores que muestran que los niños muestran una mayor suspicacia hacia los adultos y hacia el contacto físico con ellos, de modo que pueden sufrir una desconfianza generalizada y una notoria incomodidad en relación a las muestras de afecto (Wurtele, 1993).

Enseñar a los niños que la sexualidad es peligrosa, sin enseñarles también que el contacto físico o la expresión del cariño es una parte normal del desarrollo humano, es una forma dudosa de promover en el largo plazo el desarrollo de una sexualidad sana (McLeod, & Wright, 1996).

Desde esta perspectiva resulta fundamental contextualizar la prevención del abuso sexual dentro de una mirada más amplia de la sexualidad, que muestre los aspectos positivos de la misma. El tabú social que existe en torno a la sexualidad hace que los adultos se sientan incómodos al hablar de ella con los niños, de modo que inhiben cualquier pregunta o expresión de curiosidad que estos muestren al respecto. Lo peligroso es que la incomodidad y vergüenza contribuye a la dinámica del silenciamiento propia del abuso sexual y quienes abusan pueden sacar provecho de ello. En efecto, estos pueden advertir de antemano que, al no existir en los adultos una adecuada receptividad a conversar con los niños sobre temáticas sexuales, los pequeños no se atreverán a denunciar las situaciones abusivas. Ello, sin duda, vuelve a los niños más vulnerables y los hace estar más expuestos. (Hindman, 1992).

4.2 Violencia

Durante mucho tiempo, la atención de los expertos en el campo de los abusos sexuales en la infancia se ha concentrado sobre todo en la diagnosis. Y en la mayoría de las ocasiones se limitaba a comprobar una verdad que muchas de las veces era callada o

negada por las propias víctimas (Marinella, 2000). Hoy en día, el debate en torno a los métodos de diagnóstico psicológica es mucho más rico y articulado. Sin embargo, existe un terreno menos desarrollado: el de las técnicas de intervención posteriores a la diagnóstico relativa al niño víctima de abusos.

Según la Consejería Presidencial para los Derechos Humanos (2001) citado por el Departamento Administrativo de Bienestar Social del Distrito (2002-2004), la violencia sexual se evidencia a través de conductas agresivas, temporales o permanentes, que buscan lesionar, humillar, degradar o expresar dominio o presión sobre una persona que se encuentra o es puesta en condiciones de inferioridad. Es una invasión de las partes más privadas e íntimas del cuerpo y la conciencia de una persona. Esta clase de violencia es impulsada por una destructora mezcla de poder, ira y sexo; producto de relaciones de poder y dominación.

Dicha conducta se manifiesta en diferentes formas y algunas de ellas, según la Ley 599 del 2000 (Código Penal), se consideran delitos contra la libertad, integridad y formación sexuales como son: acceso carnal violento (*ARTICULO 205*), acto sexual violento (*ARTICULO 206*), actos sexuales con menor de catorce años (*ARTICULO 209*), inducción a la prostitución (*ARTICULO 213*), pornografía con menores de edad (*ARTICULO 218*), trata de personas (*ARTÍCULO 215*), entre otros COLOMBIA (2000). Los dos primeros delitos están dentro del área de *violación*, el tercero hace parte de los *actos sexuales abusivos* y los tres últimos forman parte del *proxenetismo* en donde según la ley 599 del 2000 del Código Penal, esta es la pena que le corresponde a cada uno:

El acceso carnal violento es aquel acceso carnal a otra persona mediante violencia, que incurrirá en prisión de ocho (8) a quince (15) años. El acto sexual violento, por su parte es aquel acto sexual que se realice en otra persona mediante violencia, incurriendo en prisión de tres (3) a seis (6) años.

Los actos sexuales con menores de catorce años, sean en su presencia, la inducción a ellos o acceso carnal incurrirá en prisión de tres (3) a cinco (5) años. Mientras que la inducción a la prostitución incurrirá en prisión de dos (2) a cuatro (4) años y deberá pagar una multa de cincuenta (50) a quinientos (500) salarios mínimos legales mensuales vigentes.

Las personas que se dediquen a fotografiar, filmar, vender, comprar, exhibir o de cualquier manera comercializar material pornográfico en el que participen menores de edad, incurrirá en prisión de seis (6) a ocho (8) años y multa de cien (100) a mil (1.000) salarios mínimos legales mensuales vigentes. Y, aquellas que promuevan, induzcan, constriñan o faciliten la entrada o salida del país de una persona para que ejerza la prostitución, incurrirá en prisión de cuatro (4) a seis (6) años y multa de setenta y cinco (75) a setecientos cincuenta (750) salarios mínimos legales mensuales vigentes.

Según la Consejería Presidencial para los Derechos Humanos (2001) citado por el Departamento Administrativo de Bienestar Social del Distrito (2002-2004), el término “víctima” puede sugerir que la persona abusada es incapaz de superar la agresión; en contraposición el término sobreviviente que da cuenta de la persona agredida como aquella capaz de sobreponerse al episodio de agresión a pesar de las condiciones desiguales y adversas. Sin embargo se retorna el término “víctima” puesto que se apela a las posibilidades que tiene la persona de superar o sobrevivir al hecho, bajo el concepto de resiliencia.

Al hablar de estos factores de riesgo es pertinente hablar de una atención integral, donde se involucre a las familias de niños y niñas, trascendiendo el marco de la atención individualizada a las víctimas, ya que según las estadísticas un gran porcentaje de los agresores se ubican en el contexto familiar. De igual forma, se amplía el concepto tradicional de “familia” que plantea un modelo único, constituido por dos individuos adultos, hombre y mujer, unidos por un vínculo legal, religioso o de hecho, que conviven bajo un mismo techo y tienen uno o más hijos/as, de cuya crianza, cuidado y atención ambos son responsables y que además garantiza, que cada uno de sus integrantes tenga funciones orientadas al mantenimiento de la organización y a la perpetuación de ellos mismos. Este modelo ha sido rebasado por la existencia de múltiples y novedosas formas de familia que indudablemente se deben tener en cuenta y sobre las cuales hay en la actualidad estudios (Departamento Administrativo de Bienestar Social del Distrito. 2002-2004).

Es indispensable tener presente que, por la complejidad de la familia, es allí “donde nacen y maduran los sentimientos más intensos y donde se realizan los aprendizajes sociales básicos. La aceptación, frustración, la experiencia del compromiso y de la negociación dejan atrás las réplicas violentas, tanto en la red social como en la

familia” (Departamento Administrativo de Bienestar Social del Distrito 2002-2004). Además, se encuentra sometida permanentemente a presiones internas originadas en la evolución de sus propios miembros y subsistemas, y a presiones externas originadas en los requerimientos para acomodarse a las instituciones sociales significativas que influyen sobre los miembros familiares. La superación de las crisis depende no sólo de los recursos con que cuenta la familia (a escala individual y grupal), sino también de la forma como ella se relaciona con el medio sociocultural en el que está inscrita y del tipo de redes sociales significativas- personales que han establecido sus integrantes (Perone & Reinaldo, 1997).

En este sentido y de acuerdo con lo planteado por Minuchin, Salvador & Fishman (1986), citado por el Departamento Administrativo de Bienestar Social del Distrito (2002-2004). “las funciones de la familia sirven a objetivos distintos. Uno es interno, como la protección psicosocial de sus miembros; y el otro es externo, el cual es la acomodación a una cultura y la transmisión de dicha cultura. Esta familia cambiará a medida que cambie la sociedad; probablemente en forma complementaria; ya que la sociedad desarrollará estructuras extrafamiliares para adaptarse a las nuevas corrientes de pensamiento y a las nuevas realidades sociales y económicas”.

De acuerdo a la complejidad de la problemática, se considera pertinente para su abordaje incorporar el término de *resiliencia* adoptado por las ciencias sociales para caracterizar a aquellos sujetos que a pesar de nacer y vivir en condiciones de alto riesgo se desarrollan psicológicamente sanos y socialmente exitosos. En ella se pueden distinguir dos componentes, uno que implica la resistencia frente a la destrucción y así mismo genera capacidad de proteger la propia integridad bajo presión; ya que el otro garantiza la capacidad para construir un comportamiento vital pese a circunstancias difíciles.

Sin embargo cada día aumenta más el número de niños y niñas que en cualquier lugar del mundo son víctimas de abuso sexual por parte de personas mayores, tanto en la escuela como en la casa o fuera de ella. Castigar este delito y evitar que siga ocurriendo es obligación de las autoridades competentes, pero también es asunto que atañe a la educación infantil escolar y familiar. Y es así como la seguridad de los niños debe comenzar por el conocimiento de los temas sobre los que se deben tomar precauciones. La orientación objetiva acerca de la conducta sexual inadecuada de

algunos adultos, permitirá formar en los niños la consciencia de prevenir riesgos personales, hacer respetar su integridad física y mental pero sobre todo saber qué hacer (Garza, 2006).

4.3 Abuso Sexual Infantil

Conforme a la Guía para la Atención al Menor Maltratado del Ministerio de Salud en su Resolución 412 de 2000 citado por Abdala (2004); el abuso sexual desde un punto de vista médico-social no jurídico se define como: “Contacto o interacción entre un niño-a y un adulto, en el que el niño/a es utilizado para la satisfacción sexual del adulto o de terceros, desconociendo el desarrollo psicosexual del menor de edad. El abusador puede ser un menor de edad cuando es significativamente mayor que la víctima o tiene una posición de poder o control sobre el menor de edad”.

También Schester & Cols (1976) citado por Abdalá (2004) proponen que el Abuso sexual es “aquella actividad en que se ven envueltos niños adolescentes que no han entendido las bases biológicas y psicológicas de un acto sexual y que por lo tanto, no pueden un consentimiento racional a los adultos”. Por otro lado, Olamendi (2001) propone que se debe entender como abuso sexual “la práctica que involucra un contacto físico o visual o ambos, cometido con violencia, amenaza, sorpresa, engaño o seducción por un individuo, para asegurar la participación de una persona en el contexto sexual ante su incapacidad de consentir en virtud de la edad, la diferencia de poder o la naturaleza de la relación”.

Independientemente de cualquier definición, todo abuso sexual es una violación al cuerpo, a los límites y a la confianza. Es una ruptura a los límites personales, emocionales, sexuales y energéticos que provocan heridas profundas y que dejan cicatrices a nivel físico, emocional, espiritual y psicológico. Son actitudes y comportamientos que realiza un adulto “generalmente varón” para su propia satisfacción sexual, con una niña, niño, adolescente, adulto o su propia pareja. Cuando el abusado es un niño (a), el agresor emplea la manipulación emocional como chantajes, engaños, amenazas, violencia, etc. (Abdalá, 2004).

Es importante considerar que una conducta es abusiva cuando es vivida y sentida de este modo por la persona, es decir, cuando es mirada o tocada de un modo que la

hace sentirse intimidada. La víctima nunca es culpable y el agresor siempre será el responsable.

El motivo del ataque sexual no es primordialmente el placer o la satisfacción sexual del ofensor, sino que tiene que ver con poder, control, dominación y humillación, indiferentemente de sí la víctima es masculina o femenina. El ataque sexual es una forma de violencia en la cual el "sexo" es utilizado como arma contra la persona de quien se abusa. Esto produce en las personas una serie de síntomas que se pueden convertir en las semillas para iniciar el proceso de recuperación (Rocha, 2007).

4.4. Tipos de abuso sexual infantil

La actual legislación sobre delitos sexuales, que comprende la modificación realizada a través de la Ley N° 19.927, (2004) clasifica el abuso sexual en 7 figuras específicas: violación, incesto, estupor, sodomía, abuso sexual, pornografía infantil y utilización de niños para la prostitución. Esta legislación concentra la mayor gravedad de las sanciones en caso de víctimas menores de edad, ampliando la sanción si los delitos son cometidos por personas vinculadas a las víctimas, bastando que tenga una relación directa o habitual con menores de edad (Molledo, & Miranda, 2004).

Y entre dichos delitos se encuentran: la violación, que es el acceso carnal, por vía vaginal, anal o bucal, a una persona mayor de 14 años, contra o sin su voluntad, o sin su consentimiento (Vivas, 1999).

Cuando la víctima es menor de 14 años, se define la violación como el acceso carnal, por vía vaginal, anal o bucal, en todos los casos.

Incesto, el que conociendo las relaciones que lo ligan, cometiere violación a un ascendiente o descendiente por consanguinidad o con un hermano consanguíneo.

Estupor, acceso carnal, por vía vaginal, anal o bucal, a un menor de edad (mayor de 14 años y menor de 18 años), concurriendo cualquiera de las siguientes circunstancias: cuando se abusa de una anomalía o perturbación mental, aun transitoria; cuando se abusa de una relación de dependencia de la víctima; cuando se abusa del

grave desamparo en que se encuentra la víctima; cuando se engaña a la víctima abusando de su inexperiencia o ignorancia sexual.

Sodomía, acceso carnal a un menor de 18 años del mismo sexo del hechor, aun cuando se trate de relaciones mutuamente consentidas. Si la víctima es un menor de 14 años, se tratará de una violación sodomítica.

Abuso sexual, actos de significación sexual distintos del acceso carnal, es decir, tocamientos, masturbación u otros que afecten los genitales, el ano o la boca de la víctima.

Cuando el niño/a tiene entre 14 y 18 años, deben considerarse las circunstancias de violación o estupro. Cuando el niño/a es menor de 14 años, esta conducta siempre será sancionada. Se incluye en esta figura la introducción de objetos de cualquier índole o utilización de animales en ello.

Pornografía infantil, se sanciona al que, sin realizar una acción sexual en los términos anteriores, para procurar su excitación sexual o la excitación de otro, realizare acciones de significación sexual ante una persona menor de 14 años, la hiciere ver o escuchar material pornográfico, presenciar espectáculos del mismo carácter o determinare a una persona menor de 14 años a realizar acciones de significación sexual delante suyo o de otro. Si la víctima es mayor de 14 años, pero menor de 18 años, es necesario, además, que concurra la fuerza o intimidación o algunas de las circunstancias del estupro.

También es sancionada la conducta de participación en la producción de material pornográfico en que hayan sido utilizados menores de 18 años, así como la exhibición, importación, almacenamiento, adquisición, difusión, distribución o comercialización de dicho material.

Se entiende por material pornográfico aquel en cuya elaboración hubieren sido utilizados menores de 18 años, toda representación de éstos dedicados a actividades sexuales explícitas, reales o simuladas, o toda representación de sus genitales con fines primordialmente sexuales.

Utilización de niños para la prostitución, “Proxenetismo”: Se sanciona al que promoviere o facilitare la prostitución de menores de 18 años para satisfacer los deseos

de otro, agravando la pena si existe habitualidad, abuso de autoridad, o de confianza o engaño.

“Trata de blancas”: Se sanciona a quien promoviere o facilitare la entrada o salida de personas del país para que éstas ejerzan la prostitución en el territorio nacional o en el extranjero.

“Sanción al cliente”: Se sanciona al que a cambio de dinero u otras prestaciones de cualquier naturaleza, obtuviere servicios sexuales por parte de personas mayores de 14 pero menores de 18 años de edad, sin que medien las circunstancias de los delitos de violación o estupro.

Además de estas 7 clasificaciones específicas, el abuso sexual según Moltedo (2004) abarca una amplia gama de comportamientos y relaciones, que van desde el contacto físico con penetración, hasta aquellos más sutiles pero igualmente dañinos, siendo posible hablar de dos clases de abuso sexual: con contacto y sin contacto:

Abuso que implica tocar a un niño: como besar o abrazar a un niño de una forma sexual, tener relaciones sexuales, sexo oral (de boca a pene o de boca a vagina) o tocar las partes sexuales de un niño o pedirle a un niño que toque las partes sexuales de un adulto

Abuso que no implica tocar a un niño: usar palabras sexuales para escandalizar a un niño o para excitarlo sexualmente, obligar a un niño a escuchar o mirar a otras personas teniendo relaciones sexuales, hacer que un niño pose para fotografías o forzar a un niño a prostituirse

Estos dos tipos de Abuso sexual infantil según Vargas (1995) citado por Rodríguez (2003) pueden presentarse a nivel intrafamiliar “el abusador es un miembro de la familia”, a nivel extrafamiliar “hombres o mujeres ajenos a la familia que tienen el cuidado del menor”, o personas extrañas que utilizan a los niños con fines eróticos o comerciales.

También existe de acuerdo con Rodríguez (2003) una clasificación según la relación víctima-victimario. Desde esta perspectiva el abuso sexual puede ser: Abuso Sexual Intrafamiliar, es aquel en que el abusador es un familiar. En este caso, el

abusador se aprovecha del vínculo familiar, tanto emocionalmente como en el ejercicio de la autoridad abusiva. Aquí el miembro de la familia es el perpetrador; el incesto es la variante más común. Entre los factores que lo favorecen están la existencia de un padrastro o una madrastra, una madre “ausente”, la desintegración familiar y un menor con discapacidad.

Este tipo de abuso según Arón (2001) citado por Moltedo & Miranda (2004) tiende a repetirse, escasamente se trata de un episodio aislado. Generalmente, se da un proceso gradual y progresivo que pasa por distintas fases:

Fase de seducción, en esta fase, el abusador —por ejemplo, el padre— manipula la dependencia y la confianza del niño o niña incitándolo a participar de actos abusivos, que él presenta como un juego o como un comportamiento normal.

En esta fase, el abusador toma las precauciones para elegir el momento y el lugar adecuados en que iniciará el ciclo del abuso.

Fase de interacción sexual abusiva, no es frecuente que el abusador de un familiar viole directamente a su víctima. Lo más usual es que el abusador comience con gestos de exhibicionismo y/o voyerismo, continuando con manoseos de las zonas erógenas de la víctima, obligándole a tocar los suyos, a realizar actos masturbatorios en su presencia, felación y/o penetración con los dedos del orificio anal y/o vaginal.

Fase del secreto, el abusador impone la ley del silencio mediante amenazas. Esta fase comienza casi al mismo tiempo que las interacciones sexuales. El abusador sabe que está abusando, pero, al mismo tiempo, necesita manejar sus angustias y sentirse potente. La alternativa que le queda es imponer la coerción utilizando la amenaza, pasando por la mentira o la culpabilización, hasta el chantaje y la manipulación psicológica.

El abusador convence a su víctima del peligro que existe para ella, para él y para su familia si divulga lo que pasa entre ellos. El niño o la niña terminan por aceptar esta situación y adaptarse a ella. El abusador también busca descargar su angustia en la víctima transfiriéndole sus sentimientos de culpa y vergüenza.

Fase de divulgación, las situaciones de abuso sexual se descubren por accidente, o porque el niño o el adolescente lo divulgan. En el primer caso, los hechos abusivos son descubiertos accidentalmente por un tercero, ya sea presenciando el abuso, que la víctima esté embarazada del victimario, o que se observen secreciones genitales anormales.

Fase represiva, dado lo desestabilizante de la situación, muchas veces las familias y las propias víctimas tienden a negar lo ocurrido, intentando “hacer como que nada ha pasado” para superar la crisis, silenciando el problema.

Muchas veces, esta estrategia implica la participación activa del abusador, también de la esposa, hermanos y, desgraciadamente, también de policías, médicos y jueces. Es importante mantener la crisis familiar y proteger a la víctima, a fin de evitar el regreso a la “ley del silencio” (Rodríguez, 2003).

En la mayoría de los casos, las características del abuso sexual intrafamiliar impiden una detección o develación oportuna, produciéndose incluso fenómenos como la retractación de la víctima, quienes terminan presentando relatos confusos o incoherentes. Se trata de una situación muy delicada que, mal manejada, puede producir daños mayores.

Abuso sexual extrafamiliar, el fenómeno se perpetúa fuera del ámbito familiar (escuela, guarderías, centro de recreo y otros sitios de reunión). Un factor frecuente encontrado es la permanencia de la víctima en una casa ajena del núcleo familiar, como sucede cuando ambos padres trabajan o en visitas frecuentes con vecinos, etc. (Abdalá, 2004).

Se dan 2 situaciones, aquel abuso cometido por un desconocido del niño/a, en cuyo caso el abusador goza sometiendo a su víctima por la fuerza y el terror, haciéndole sufrir, y aquel abuso cometido por un conocido del niño/a y su familia, situación en que el abusador manipula la confianza que le tienen o signos de enfermedades de transmisión sexual. En el segundo caso, la víctima divulga el abuso, ya sea a partir del dolor que los actos del abusador le provocan, sobre todo en el caso de la penetración en niños/as más pequeños, o bien por un conflicto de autonomía, en el caso de adolescentes

(Figüero & Mr. Otero, 2005). Esto genera una crisis al interior de la familia y un gran sentimiento de culpa en las víctimas. Siempre se debe buscar un apoyo terapéutico.

Entendiendo el abuso sexual comprende la violación (penetración oral, vaginal y anal; con el pene, dedo o con cualquier objeto sin el consentimiento de la persona), la manipulación genital, oral, las caricias con interés sexual (tocar o acariciar los genitales de otro, incluyendo la masturbación forzada para cualquier contacto sexual sin penetración), el obligar a que el niño se involucre en contactos sexuales con animales, el obligar a los niños a ver actividades sexuales de otras personas, las peticiones sexuales, el voyerismo, el exhibicionismo (mostrar los genitales de manera inapropiada), y también incluye la explotación sexual infantil (implicar a menores en conductas o actividades que tengan que ver con la producción de pornografía o promover la prostitución infantil o el tráfico sexual (Figüero & Mr. Otero, 2005).

Pero así como es entendido el abuso sexual como el hecho que incluye cualquier tipo de violación de la libertad sexual puede presentarse con o sin contacto físico. Dichos actos sexuales abusivos según la Consejería Presidencial para los Derechos Humanos (2001); se encuentran contemplados en la legislación actual vigente como una vulneración de la libertad, integridad y formación sexuales y se relacionan con obligar a una persona a realizar actos sexuales que no desea. “Existen varias formas de delitos sexuales, según la víctima y el daño que se haga a la persona. Se tiende a creer que sólo la penetración sexual es un delito, pero esto no es totalmente cierto: cualquier acto sexual que se practique con el uso de la fuerza o de amenaza es delito, haya o no penetración” (Departamento Administrativo de Bienestar Social del Distrito, 2002-2004)

Las conductas físicas que pueden constituir delitos, contempladas en el Código Penal y en la Guía para el Diagnóstico de Maltrato Infantil (Vivas, J. 1999) publicado por el Instituto Nacional de Medicina Legal (INML) (1999), son la penetración de miembro viril, penetración de objeto o de segmento corporal diferente al miembro viril, coito vulvar, interglúteo, caricias sexuales, sexo oral, besos, masturbación, observación morbosa del niño y/o niña desnudo por parte del adulto, desnudez exhibicionista del adulto, hombre o mujer, frente al niño y/o niña, mostrar pornografía, tener relaciones sexuales frente al niño y/o niña, usar lenguaje sexual explícito con el niño y/o niña, implicar a infantes en conductas o actividades que tengan que ver con la producción de

material pornográfico, promover la prostitución en niños y niñas y trata de niños y niñas.

4.5 Prevalencia del abuso sexual infantil

El fenómeno del abuso sexual a pesar de tener mayor proliferación e información reciente, no quiere decir que apenas se esté presentando; ya que diferentes países se han venido realizando estudios alrededor del abuso sexual infantil, donde han tenido en cuenta que este fenómeno es multicausal y por se dificulta tener un mayor acercamiento de la información.

Países como Chile han realizados estudios que arrojan la prevalencia de casos de abuso sexual, donde la mayoría ocurren en el seno familiar con un 70% y que alrededor de un 75% de los casos no son denunciados. (Ysern & Becerra, 2006).

No solo Chile se ha interesado en realizar estudios sobre la prevalencia del abuso sexual infantil, también países como México han realizado estudios que arrojan información estadística relevante, donde concluyen que la prevalencia de adolescentes víctimas de abuso sexual es de un 43% sin diferencias estadísticas en cuanto al sexo, la prevalencia de agresores es de un 2.5%, además identificaron que la proporción más elevada de abusos es por parte de familiares (Ramos, Saldívar, Medina, Rojas & Villatoro, mayo-junio de 1998).

Chang, María, Díaz & Ruiz (2003) realizaron un estudio descriptivo sobre Niñas y Adolescentes con historia de abuso sexual, donde se analizaron 30 casos de niñas-adolescentes con historia de abuso sexual, atendidas en el Servicio de Psicología-Ginecología, en el periodo de Enero a Octubre del 2003. Teniendo en cuenta la frecuencia y porcentaje. Este estudio arrojó que el 33.2% de las niñas que son llevadas por sus familiares en busca de ayuda psicológica cuentan con edades comprendidas entre los 3-8 años, el 46.2% son adolescentes tempranas es decir se encuentran entre los 10 y 13 años de edad, y el 19.9% son adolescentes medias de 14 a 17 años de edad. El 53.7% tenía en su historia un suceso de abuso sexual cometido por una persona de sexo masculino que pertenecía a su familia (tío, primo, hermano, abuelo, padre, padrastro) siendo los de mayor frecuencia en esta categoría los cometidos por el primo y el tío (16.7%). El 23.4% tiene en su historia personal un suceso de abuso sexual por parte de

personas de sexo masculino cercanas al entorno familiar es decir amigos o vecinos. Un 10% de niñas contaba en su historia un suceso de abuso sexual cometido por personas pertenecientes al entorno escolar, 6.7% (2 niñas) por parte de una persona de sexo masculino y un 3-3% (1 niña) por parte de una persona de sexo femenino o auxiliar de nido.

Según el estudio realizado por Mian, Marton & LeBaron (1996) en el *Hospital Sick Children* de Toronto, citado por Cabeza, (2008); plantean que el 72% de los sujetos que abusaron del niño eran parientes o miembros de su familia , donde en la familia el 74% era Padre Biológico, el 7% Padrastro, el 19% Compañero de la madre en el caso extra familiar, el 36% era canguro el 23% conocido, el 11% novio de la madre, el 7% extraño, el 4% pariente lejano y el 18% no clasificado en ninguna categoría y el 86% son hombres y el 13% mujeres (principalmente con adolescentes), además los niños autores de abuso sexual a otros niños, donde el 7% corresponde a niños de hasta 7 años, el 35% de 8 a 12 años, el 59% de 13 a 16 años.

4.6 Incidencia del abuso sexual infantil

En varios países desarrollados ha sido descrito el perfil clínico del abuso sexual al menor. Las características del agresor y de la víctima facilitan la identificación de los casos, si bien todavía no se cuenta con indicadores clínicos validados estadísticamente, cuya presencia permita al profesional respaldar fuertemente su sospecha diagnóstica.

Los factores ambientales que favorecen el problema también se han detectado y junto con los clínicos apoyan la sospecha del problema. Quizá existan determinadas situaciones de riesgo para que un menor sufra abuso sexual como lo siguientes factores de alto riesgo propuestos por algunos autores, entre estos se encuentran, niñas más frecuentemente que varones, preadolescentes o adolescentes jóvenes, tener padrastro o convivir con él, no vivir con los padres biológicos, tener una madre con daño psicológico, habitar en un hogar donde presencie riñas, convivir con drogadictos o alcohólicos y asistir a la guardería (Abdalá, 2004).

Es importante señalar que la dinámica en que se desarrollan los casos de abuso sexual infantil dificulta su identificación. Los agresores utilizan diversos

procedimientos para silenciar a los menores, como amenazas y “terrorismo psicológico”. También se deben considerar tres situaciones que determinan el entendimiento del fenómeno:

La mayoría de las víctimas de Abuso Sexual han sufrido más de un ataque sexual, por lo tanto, es muy difícil precisar el tiempo que ha transcurrido desde el inicio hasta el descubrimiento del problema (Faller, 1988).

Gran parte de los menores (63%), revelan la situación sólo después que sus padres se han percatado; así únicamente en 20% de los casos se descubre el mismo día, 50% después de un mes y 32% después de seis meses (Kelley & Brant et al. 1993).

Debe considerarse que los niños y los padres sufrirán un daño de magnitud considerable en la esfera psicológica (Greenberg, 1979).

4.7 Causas del abuso sexual infantil

Además de las manifestaciones anteriores, existen circunstancias clínicas muy particulares que se asocian a la posibilidad de un Abuso Sexual en la infancia. El embarazo en una escolar mayor o en una adolescente puede ser consecuencia de un maltrato crónico. Recuérdese que la privación emocional y social, así como la falta de acceso a la educación, favorecen el embarazo en adolescentes. Una violación o un incesto llegan también a ser causa de embarazo, por lo que ante toda jovencita que presenta un estado de gravidez el médico tiene la obligación de investigar si existe una razón médica o social que haya derivado en su embarazo (Sharma, & Verma et al. Indian, 2002).

Los *factores de riesgo* se deben tener en cuenta elementos que pueden contribuir a que se presenten situaciones de abuso sexual a niños y niñas pueden definirse en diferentes grupos, el primero hace referencia a las condiciones en niños y niñas; los cuales se han identificado como el grupo de mayor vulnerabilidad, aunque afecta más a las niñas debido a los factores sociales y culturales que inciden en la construcción de los roles femeninos y masculinos (Departamento Administrativo de Bienestar Social del Distrito, 2002-2004).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) citado por el Departamento Administrativo de Bienestar Social del Distrito (2002-2004), considera que los niños-as que son víctimas de abusos sexuales corren un alto riesgo de convertirse en agresores y llegar a utilizar formas de abusos similares contra niños y niñas más jóvenes. Incluso pueden utilizar la violencia contra niños y niñas que están bajo su cuidado o contra sus propios hijos/as, niños y niñas discapacitados/as física o mentalmente, niños y niñas/as que desconocen lo que es el abuso sexual y la manera de evitarlo, la condición de sometimiento y dependencia de los niños y niñas que han sido expuestos desde muy temprana edad al comportamiento sexual de los adultos/as, niños y niñas con autoestima negativa y niños y niñas con poco vínculo afectivo con sus padres y madres.

El segundo grupo de factores de riesgo son las familias donde hay abusadores/as con miembros pasivos/as, dependientes y sumisos/as, dependencia económica respecto del abusador/a, familias con historia de abuso sexual infantil y abuso psicológico y físico en la infancia y en la vida actual, entornos familiares en los que impera el silencio por temor al qué dirán, familias donde hay ausencia de expresiones afectivas positivas como la ternura, el reconocimiento y valoración del otro/a, hacinamiento, familias autoritarias, familias con niveles de comunicación bajos, poca claridad en las normas familiares y en particular las de comportamiento sexual y auto cuidado, roles invertidos entre padres, madres e hijos/as, sobrevaloración de la figura masculina en la familia, ausencia de los padres/madres, incapacidad o enfermedad de la madre, presencia de un padrastro, conflictos entre el padre y la madre (indiferencia, enfados, peleas, separaciones y divorcios), hijos/as no deseados/as y deserción escolar, entre otras (Departamento Administrativo de Bienestar Social del Distrito, 2002-2004).

Por último entre los factores de riesgo sociales, se puede destacar los tabúes, mitos y creencias erradas frente a la sexualidad, desempleo, hacinamiento, abuso de alcohol o drogas, falta de información sexual adecuada, baja escolaridad -bajo nivel educativo, la concepción cultural que refuerza la creencia que los padres/madres tienen autoridad y derecho total sobre su hijos/as.

Según el Departamento Administrativo de Bienestar Social del Distrito (2002-2004), los niños y niñas en situación de abuso siempre se encontrarán en situación de indefensión, por esto se hace necesario y prioritario un abordaje social desde una

perspectiva de género, que no sólo involucre exclusivamente a la víctima y su familia, sino que haga participe en la prevención y el manejo de esta problemática a toda la comunidad. Generar y difundir esta formación para cambiar estos marcos de referencia ha de ser una tarea ardua e incansable, de lo contrario, dentro de la sociedad se continuarán evidenciando hombres que creen que es su voluntad lo que cuenta y que las niñas y niños o mujeres deben sujetarse a ella. Igualmente niñas con mayor tendencia a trastornos del afecto y niños víctimas que se silencian porque piensan que no están autorizados para demostrar tristeza ni miedo, que debieron haberse defendido.

4.8 Consecuencias del abuso sexual infantil

Los resultados de diferentes estudios según Freddy & Hobfoll (1995) citado por Ayala & Joaquín P. (2004) muestran que hay una indiscutible relación entre la ocurrencia de una situación traumática y el riesgo de sufrir problemas psicológicos posteriores, lo cual es especialmente evidente en los estudios realizados con veteranos de guerra.

López - Ibor (1942) citado por Ayala & Joaquín (2004), estudio el impacto psicológico de la guerra entre las personas que participaron en la guerra civil española; observo frecuencias de alteraciones psicógenas (10% en la zona republicana y del 5% en la zona nacional).

El estudio del trauma relacionado con la guerra también ha servido como paradigma en la investigación de otros tipos de estrés postraumático, como por ejemplo, las situaciones traumáticas que ocurren durante la infancia y los resultados de los distintos trabajos indican que es frecuente encontrar síntomas de TEPT en abuso sexual infantil (Mc leer, Deblinger, Henry & Ovrvaschel, (1992), citado en Ayala, M. & Joaquín, P. 2004).

Generalmente los casos de abuso sexual infantil generan consecuencias cognitivas, físicas, emocionales entre otras a las víctimas; tanto a corto, mediano y largo plazo, según la Asociación Andaluza para la Defensa de la Infancia y la Prevención del Maltrato Infantil (ADIMA) (1993) citado por Deza (2005), plantea que a largo plazo, los abusos determinan una presencia significativa de los trastornos disociativos de la

personalidad que involucra trastornos en la memoria, trastornos en las conductas y trastornos en los afectos; además de las modificaciones fisiológicas y neurofisiológicas; entre ellas graves problemas en ajuste sexual. Las consecuencias pueden ser diferentes si el abusador es un familiar, un extraño u otro niño mayor, también es diferente si la relación sexual ha sido violenta o no, además los abusadores que hacen a parte de la familia suelen generar más traumas, debido a que para el niño suponen sentimientos contradictorios en cuanto a la confianza, la protección, y el apego que esperamos y sentimos con relación a sus propios familiares (Deza, 2005).

Finkelhor & Browne (1985) citado por Deza (2005), definen la dinámica traumagénica como aquella que altera el desarrollo cognitivo y emocional de la víctima, distorsionando su autoconcepto, la vista del mundo y las habilidades afectivas.

Arruabarrena, M. (1996), Cantón, J. & Cortés, M (2000) citado por Deza (2005) expresan que las manifestaciones negativas de los menores suelen ser: confusión, tristeza, irritabilidad, ansiedad, miedo, impotencia, culpa y autorreproche, vergüenza, estigmatización, dificultad tanto en las relaciones de apego como déficit en las habilidades sociales, aislamiento social, desconfianza hacia todos, o a veces, hacia personas del sexo del agresor, baja auto-estima, impulsividad, trastornos del sueño o de la alimentación, miedo, problemas escolares, fugas del hogar, depresión, labilidad, conductas autodestructivas y/o suicidas, etc.

Según Arredondo (2002) múltiples son las consecuencias que para un niño (a) y adolescente puede conllevar el hecho de haber sido víctima de abuso sexual. Estas consecuencias pueden variar de un niño a otro, dependiendo de sus propias características. Teniendo en cuenta lo anterior el autor plantea que las consecuencias se proyectan a corto, mediano y largo plazo, tomando en cuenta variables emocionales, cognitivas y conductuales; entre las consecuencias a corto plazo en el área emocional, se encuentran los sentimientos de tristeza y desamparo, cambios bruscos de estado de ánimo, irritabilidad, rebeldía, temores diversos, vergüenza, culpa y ansiedad. En el área cognitiva presentan, bajo rendimiento escolar, dificultades de atención y concentración, desmotivación por tareas escolares y desmotivación general. En el área conductual pueden presentar conductas agresivas, rechazo a figuras adultas, marginación, hostilidad hacia el agresor, temor al agresor, embarazo precoz y enfermedades de transmisión sexual; en el periodo de mediano plazo, en el área emocional se pueden presentar

consecuencias en depresión enmascarada o manifiesta, trastornos ansiosos, trastornos de sueño (terrores nocturnos, insomnio), trastornos alimenticios (anorexia, bulimia, obesidad), distorsión de desarrollo sexual, temor a expresión sexual, intentos de suicidio o ideas suicidas, en el área cognitiva puede presentar repeticiones de cursos escolares y trastornos del aprendizaje y en el área conductual fugas del hogar, deserción escolar, ingestión de drogas y alcohol, inserción en actividades delictivas, interés excesivo por juegos sexuales, masturbación compulsiva, embarazo precoz, Enfermedades de Transmisión Sexual; a largo plazo en el área emocional pueden ser disfunciones sexuales, baja autoestima y pobre autoconcepto, estigmatización (sentirse diferente a los demás), depresión y trastornos emocionales diversos, en el área cognitiva la consecuencia más notable es el fracaso escolar y en el área conductual se podrían presentar, prostitución, promiscuidad sexual, alcoholismo, drogadicción, delincuencia, inadaptación social y relaciones familiares conflictivas.

Por lo tanto se considera pertinente la utilización del término “Detección de Casos”, que para efectos de esta monografía se define como: acciones que se realizan de manera intencionada para la búsqueda de manifestaciones de abuso sexual en niños y niñas. La mayoría de niñas y niños abusadas/os sexualmente no muestran huellas de golpes o señales exteriores obvias. Los síntomas que se relacionan a continuación pueden estar asociados a abuso sexual y permiten su detección, pero es necesario tener en cuenta que aunque indicar la posibilidad de que exista el abuso sexual, no todas las veces están asociados y que en esta medida es necesario indagar a profundidad y con la rigurosidad suficiente para no generar situaciones equívocas que pueden resultar perjudiciales tanto para los niños y las niñas como para sus familiares (Instituto de medicina legal & Ciencias forenses citado por el Departamento Administrativo de Bienestar Social del Distrito, 2002-2004).

Según Instituto de medicina legal y ciencias forenses, (2000) el establecer un cuadro clínico del maltrato infantil es laborioso y en muchas ocasiones complejo. Determinar la existencia de abuso sexual en la infancia es más difícil aún. La frecuencia con la que un niño víctima de abuso sexual acude a atención médica y que no presenta ninguna lesión que avale esta posibilidad diagnóstica es muy alta, es por ello que a continuación se describen distintos grupos de expresiones clínicas que adquiere el fenómeno.

Es importante señalar que cada uno de los datos clínicos asociados a abuso sexual, requieren de un escrutinio de parte del clínico o profesional que evalúa el caso. La necesidad de precisar la etiología del cuadro, permite no omitir el diagnóstico y también evitar el grave error de atribuir a un abuso sexual la naturaleza del padecimiento. Aunque sea más frecuente la ausencia de lesiones físicas en el abuso sexual en ocasiones es posible que el profesional identifique alguna huella. Los autores han considerado clasificar las lesiones por abuso sexual, teniendo en cuenta los indicadores físicos que entre los cuales se pueden destacar dificultad para caminar o sentarse, dolor o molestias en el área genital, sangrado en boca, ano vagina, enfermedades de transmisión sexual. Infecciones urinarias a repetición, cuerpos extraños en ano o vagina, embarazo precoz, enuresis o encopresis (incapacidad de controlar esfínteres).

“La ausencia de hallazgos al examen en menores de edad abusados/as sexualmente puede explicarse por el tiempo transcurrido desde la ofensa, (lesiones del área genital sanan rápidamente y pueden sanar sin dejar cicatriz), porque el ofensor/a pudo haber restringido su actuación a besos, frotamientos, caricias y masturbación o a otros actos para conseguir en forma deliberada gratificación sexual del abusador/a, sin causar lesiones visibles al niño/a” (Dirección General de Promoción y Prevención & Ministerio de Salud, 2002).

En las lesiones del área genital y anal es común la presencia de desgarros, heridas, pérdida del himen y dilatación del introito vaginal, secreciones y daño por infecciones de transmisión sexual. Dilatación anal, pérdida del tono del esfínter anal y desgarros. Por supuesto que el embarazo en adolescentes es también una manifestación de abuso sexual, por lo que en todos estos casos deberá investigarse.

En las lesiones extra genitales generalmente resulta difícil asociarlas con abuso sexual, a pesar de que diversos autores las han descrito como comunes; incluyen trastornos alimentarios como la obesidad, la anorexia nervosa, la bulimia; trastornos del crecimiento como talla baja. También es común encontrar otras lesiones físicas derivadas de maltrato físico con cicatrices, hematomas y deformidades.

Faller (1990) citado por Abdalá (2004) reporta que la conducta del menor víctima de abuso sexual suele ser el blanco del fenómeno. Diversas áreas del desarrollo

y del crecimiento se pueden ver modificas. Entre los indicadores emocionales y conductuales se encuentran la masturbación excesiva, preocupación por temas sexuales, consumo de alcohol o drogas, cambios en el rendimiento escolar, promiscuidad con un adolescente, rechazo hacia el padre u otros familiares, no querer llevar el apellido del padre, aislamiento social, desconfianza relacional, huidas del hogar, conductas regresivas, trastornos del sueño, terrores nocturnos, pesadillas, miedo a dormir solo/sola, desórdenes de la alimentación, hiperactividad, regresión del lenguaje, hablar llorando, autoestima disminuida, trastornos somáticos, depresión con o sin ideación suicida, temor a los adultos, ansiedad, inestabilidad emocional, fugas de la realidad, intento de suicidio, sentimiento de culpa, miedo a los adultos o a un adulto específico, agresión, conflictos familiares.

Con el fin de brindar herramientas para la detección, vale la pena incluir lo que la Alianza Internacional Save the Children (1998) distingue como efectos iniciales y efectos a largo plazo, donde los primeros hacen referencia a la desconfianza, miedo y hostilidad hacia el agresor y/o familiares, abandono del hogar, conducta antisocial, sentimientos de vergüenza, culpa o estigmatización, baja autoestima, tono afectivo (ansiedad, angustia, depresión etc.), exceso de curiosidad sobre la sexualidad y la prostitución infantil, precocidad de conductas sexuales, también puede provocar problemas del sueño y/o comida, problemas escolares y falta de concentración. Los efectos a largo plazo, son comparativamente menos frecuentes y claros que los efectos iniciales, dependen de factores como el tipo de abuso, la relación con el agresor y sus estrategias, la edad, la duración y la frecuencia, además de la depresión, dificultad para relajarse, anorgasmia, explotación sexual, entre otras.

Abdalá (2004) divide los cambios de conducta derivados del abuso sexual en dos grupos, el primer grupo se refiere a los indicadores sexuales; el cual incluye tres grupos de manifestaciones que se asocian con la conducta sexual de los menores el primero planea las *conductas sexuales* las cuales reportan hasta seis diferentes tipos de conductas asociadas al abuso sexual entre estas se encuentra la masturbación excesiva, interacción sexual con iguales, agresiones sexuales a otros niños más pequeños o vulnerables, conductas sexuales con adultos y conductas seductivas, el siguiente grupo de conocimientos sexuales los cuales van más allá de lo que se esperaría en el estadio del desarrollo evolutivo del niño. *Conocimientos sexuales* como cuando el menor sabe

lo que es la penetración digital, la erección, la eyaculación; que es o qué se siente durante una penetración vaginal o anal, lo que es fellatio o cunnilingus, o presume conocer el sabor o color del semen. Las *afirmaciones sexuales*, plantean que aunque no sea inmediato al abuso, un menor puede afirmar que fue víctima de una penetración, de manipulación o de hostigamiento, por lo que habrá de dar respuesta a su afirmación.

El segundo grupo corresponde a indicadores no sexuales el cual se refiere que probablemente es más frecuentes que el grupo anterior, incluyen un amplio número de manifestaciones clínicas que en la práctica diaria son y deben ser atribuidas, en primer lugar, a otros padecimientos, y que, sin embargo, el médico siempre habrá de incluir en su diagnóstico diferencial como causa del problema. Tres grupos de manifestaciones pueden describir las alteraciones conductuales en una menor víctima de esta forma de maltrato, el primero corresponde a los *desordenes funcionales*, como los trastornos del sueño, enuresis, encopresis y trastornos del apetito; los *problemas emocionales*, incluye depresión, ansiedad, retraimiento, fantasías, conductas de regresión, falta de control emocional y fobias. *Problemas del desarrollo cognoscitivo* como retrasos del lenguaje, déficit de atención y bajo rendimiento académico.

4.9 Intervención Del Abuso Sexual Infantil

Teniendo en cuenta el impacto negativo que genera el abuso sexual infantil en sus víctimas y en las personas que las rodean, se considera de vital importancia brindar atención psicológica adecuada y oportuna para amortiguar la crisis desencadenada a partir de dicho impacto. Se entiende por crisis un estado pasajero de intensa carga emocional generado por la dificultad de evaluar objetivamente las circunstancias, y por la incapacidad para manejar la situación, incluyendo la toma de decisiones. Sus sentimientos característicos son miedo, angustia, impotencia o rabia, ya que hablar del tema puede significar un conflicto o rechazo familiar, la prisión para el agresor, entre otros (Vargas, et al., 1995).

Según Slaikev (1996) todas las personas pueden estar expuestas en ciertas ocasiones de sus vidas a experimentar crisis, caracterizadas por una gran desorganización emocional, perturbación y un colapso en las estrategias previas de enfrentamiento. Algunas crisis se limitan al proceso natural de maduración; sin embargo, muchas otras son completamente impredecibles, y son denominadas “crisis

circunstanciales”. A este último grupo pertenecen las crisis generadas por el abuso sexual infantil. En las crisis circunstanciales, el suceso precipitante tiene poca relación con la edad del individuo o etapa de desarrollo; pueden afectar a cualquiera y se caracterizan por ser trastornos repentinos que requieren atención inmediata, ya que pueden amenazar el bienestar físico y psicológico.

A pesar del peligro que representan las crisis; también pueden brindar una oportunidad de beneficio y crecimiento personal, ya que exigen nuevos métodos de enfrentamiento y proporcionan la ocasión para examinar y reelaborar problemas. Por esta razón, una crisis puede dar al individuo una posibilidad de salir mejor dotado de lo que estaba antes que la crisis ocurriera, y de esta manera afrontar el futuro de una forma más adecuada. El estado de crisis tiene tres características fundamentales: está limitado en el tiempo, casi siempre se manifiesta por un suceso que lo precipita, y puede esperarse que siga patrones sucesivos de desarrollo a través de etapas, según las cuales la crisis se elabora o no de manera adecuada (Slaikev, 1996).

La primera de estas etapas, según Horowitz (1976), citado por Slaikev (1996), hace referencia al “*desorden*” que incluye las reacciones iniciales en el impacto del suceso. La siguiente etapa es la de “*negación*”, que conduce a la reducción del impacto y puede acompañarse de un entorpecimiento emocional, a no pensar en lo que pasó, o a la planeación de actividades como si nada hubiera pasado. La tercera etapa es la “*intrusión*”, e incluye la abundancia involuntaria de ideas de dolor que surgen acerca del suceso, las pesadillas recurrentes u otras preocupaciones e imágenes de lo que ha pasado. La siguiente etapa corresponde a la “*translaboración*”, que es el proceso en el que se expresan, identifican y divulgan pensamientos, sentimientos e imágenes de la experiencia de crisis. Algunos individuos procesan estas experiencias en una forma natural, en tanto otros necesitan ayuda externa.

Por último, se encuentra la etapa de “*terminación*”, la cual conduce a una integración de la experiencia de crisis dentro de la vida del individuo; aquí, el suceso ha sido enfrentado, los sentimientos o pensamientos se identificaron y expresaron, y la reorganización ha sido iniciada. Sin embargo, la resolución final de la crisis depende de numerosos factores que incluyen la gravedad del suceso precipitante, los recursos personales del individuo (fuerza del yo, experiencias con crisis anteriores, etc.) y los recursos sociales con que cuenta.

Una forma diferente de clasificar las etapas que se generan en la situación de abuso sexual es la referida al estrés postraumático, el cual es definido en el boletín del Centro de Referencia Nacional sobre Violencia (1999) como el conjunto de síntomas posteriores a la exposición de un acontecimiento estresante y extremadamente traumático, durante el cual el individuo se ve envuelto en hechos que representan un peligro o amenaza para su vida o integridad física. Dentro de estos hechos se encuentra el abuso sexual infantil. La respuesta del sujeto a este acontecimiento incluye temor, desesperanza y horror intenso, y específicamente en los niños, un comportamiento desestructurado o agitado.

Algunos elementos clave que potencian los efectos traumáticos del abuso sexual infantil son: la duración temporal del abuso, la dificultad en la adaptación psicosocial del menor a los efectos del abuso, el escaso apoyo emocional y la falta de protección por parte de la familia, los efectos derivados de la segunda victimización o inducidos por los profesionales dispuestos para el apoyo de la víctima, la existencia de un abuso físico y/o explotación económica, la violencia elevada ejercida por el adulto, y que el agresor sea afectivamente próximo al niño (Soria & Hernández, 1994).

De acuerdo con Vargas et al. (1995), la intervención en casos de abuso sexual infantil en estado de crisis es un proceso que busca informar, apoyar y proteger a la víctima, así como estabilizar a su familia, para que regrese al nivel de funcionamiento anterior a la crisis. El propósito de la intervención en estado de crisis es que la víctima logre reducir su tensión personal, y que ella y/o su familia encuentren alternativas para afrontar la situación. Esto es posible según Slaikev (1996) mediante los primeros auxilios psicológicos cuyos principales objetivos son: proveer apoyo, reducir la mortalidad y ayudar al paciente a enlazarse con los recursos necesarios para reducir las consecuencias negativas generadas por el abuso. Estos objetivos se pueden llevar a cabo a través de la realización del contacto psicológico, el análisis de las dimensiones del problema, la consideración de las posibles soluciones, la ejecución de una acción concreta y el seguimiento.

Lo expuesto demuestra la necesidad que tiene el psicólogo de considerar varios aspectos antes de decidir las estrategias y los pasos para manejar un caso de abuso sexual infantil como son: El *aclarar* a la persona la posición del psicólogo frente al abuso, la víctima y el abusador; para así *evitar* asumir posiciones valorativas, es decir,

no juzgar y no criticar. Por el contrario, debe ser objetivo para que el individuo y la familia se sientan escuchados y aceptados. Luego es *probable* que el terapeuta se sienta afectado por la situación de la víctima, al punto de sentir angustia o rabia. Lo importante es reconocer estos sentimientos y evitar que intervengan en su labor, ya que esto le puede impedir brindar una ayuda objetiva y efectiva (Rodríguez, 2003).

Es importante tener claridad de sus propias limitaciones y remitir adecuadamente a la víctima; así como no prometer lo que no se puede cumplir, en especial con relación a los aspectos legales. Siempre es necesario disponer del tiempo, mostrando una actitud abierta, sensible y empática. Además de demostrar haber sido entrenado adecuadamente para intervenir en estados de crisis; igual brindar un tratamiento confidencial del caso.

Es importante resaltar que la intervención debe hacerse en el momento que se solicita, pues si se pospone podría implicar una retractación, perder a la víctima y su familia, y favorecer que se repita el abuso. También hay que tener claridad de que cuando el abuso sexual infantil es intrafamiliar, cada padre y el niño deben ser entrevistados por separado. Pero ante todo brindar confianza para aliviar las tensiones que puedan interferir con los objetivos. Por último no está demás decir que el psicólogo debe tener un buen manejo de estos aspectos, ya que el tiempo de intervención es muy corto (Rodríguez, 2003).

Según Soria & Hernández (1994), la intervención en situaciones de crisis se desarrolla a lo largo de una o máximo dos sesiones, sin continuarla posteriormente. No existe una duración promedio de cada sesión, pero puede durar entre media y una hora. No obstante, la duración puede ser superior ya que la entrevista suele fraccionarse según las necesidades inmediatas de la víctima.

En este corto tiempo hay factores que pueden dificultar la labor del psicólogo: la actitud dependiente de la víctima frente al profesional, la exigencia de resultados rápidos por parte del entorno (médico, policial, etc.), la evaluación de otros profesionales que intervengan en el proceso, la multiplicidad de casos que se deben atender en poco tiempo y el rol de la familia en dicho contexto. Debido a la dificultad para intervenir en estos casos, han surgido diferentes modelos de atención para las víctimas de abuso sexual infantil, con el fin de hacer más efectiva esta tarea. Por su

parte, Soria & Hernández (1994) citan el estudio realizado por Soria & Maeso (1990) sobre la aplicación de un modelo psicológico de atención en crisis en Barcelona. Este modelo plantea tres fases: *presentación y toma de contacto*, *desarrollo* y *cierre*.

La primera fase tiene relevancia en la futura relación, por lo que es importante establecer un vínculo de alianza a partir de la dignificación de la víctima. El psicólogo se presenta y sitúa a la víctima en el entorno en que se encuentra. Este primer contacto debe dirigirse a una clara presentación de la función del psicólogo, para luego adentrarse en las necesidades del paciente. En muchos casos la víctima no responde, pero el psicólogo debe asegurarse que lo ha reconocido como su terapeuta.

En esta primera fase deben atenderse las necesidades prácticas prioritarias presentadas de forma asociada a la agresión sexual, tales como: si se ha producido afectación física, se debe realizar un traslado y un reconocimiento físico; si se ha producido pérdida económica, se deben prevenir efectos posteriores con la anulación de tarjetas de crédito, entre otros.

El paso de la primera fase a la segunda es difícil y es el eje de la intervención. La capacidad de controlar el estrés y la capacidad empática del profesional son los elementos clave. Durante toda la entrevista, pero especialmente en esta fase, el rol de la víctima ha de ser activo. Para ello se utilizan las preguntas y poco las afirmaciones, y de esta forma la víctima comienza a enfrentar el problema.

Según Rodríguez (2003) la intervención ha de dirigirse hacia dos focos, en primer lugar hacia "*la situación*". La víctima ha de saber qué hace allí y qué pasará inmediatamente después. En segundo lugar, la intervención se dirige hacia "*la persona*".

El profesional ha de intervenir para tranquilizar y disminuir el nivel de excitación de la persona; para ello es importante eliminar los sentimientos de peligro, descontrol y sumisión que seguramente han dominado el comportamiento de la víctima hasta la fecha. Para lograrlo no basta con indicarlo verbalmente, sino que debe verse reflejado en la conducta no verbal: los gestos, el dominio del espacio, el tono de familiaridad y comprensión, etc. Éstos son factores que ayudan a depositar la confianza de la víctima en el psicólogo y a abrirse progresivamente.

Otro aspecto de esta fase es permitir la expresión de los sentimientos. En algunos casos se produce un bloqueo afectivo-comportamental que hace a las víctimas comportarse como “robots”. Sin duda en estos casos el facilitar que la víctima llore es un elemento clave, para ello se utilizan el silencio o las verbalizaciones con alta capacidad empática. Los gritos, como expresión del miedo contenido o la ira almacenada, son otra forma expresiva que ha de permitirse. En ambos casos, su aparición debe facilitarse sólo en la medida en que sea terapéutica, y no sean utilizados por la víctima como un mecanismo de defensa frente a las preguntas policiales o al reconocimiento médico.

En esta fase también es importante ayudar al retorno de la víctima a su medio social habitual; para ello pueden facilitarse, por ejemplo, medios de transporte y de comunicación. Establecer comunicación rápida con la familia o las personas de confianza de la víctima es fundamental para facilitar la delegación de responsabilidad del profesional hacia otra persona, ayudar en la superación de los sentimientos de vergüenza y establecer la premisa para el desarrollo de un apoyo social posterior.

Por su parte, la fase de cierre posee un valor clave en víctimas con un elevado nivel de aislamiento socio-afectivo. Partiendo de un rol activo de la víctima, deben informársele los pasos más próximos y fundamentales. Dicha información no debe superar las cinco ideas y debe expresarse en una frase. Ha de ser escrita y debe constar de un teléfono o lugar de referencia donde la víctima pueda acudir si posteriormente se da cuenta que confundió u olvidó algún aspecto. Para finalizar, es importante que la víctima realice un breve resumen o síntesis de los pasos inmediatamente posteriores y que se han escrito, garantizando su comprensión. Un buen proceso de atención será aquel en el cual se logre comprometer a la víctima y a su familia para continuar en un tratamiento más profundo.

Lo anterior hace referencia a la intervención en crisis. Sin embargo, ésta es sólo una de las formas de atención en casos de abuso sexual infantil, pues existen otras posibilidades de intervención desde las cuales se trabaja con las víctimas y sus familias, después del período de crisis. Entre dichos modelos se encuentra la intervención grupal, familiar, individual, a testigos, en los que se trabaja mediante la utilización de herramientas tales como técnicas de entrenamiento en relajación, desensibilización y visualización (Glaser & Frosh, 1997).

Además de la psicología, otra de las profesiones que se encuentra directamente relacionada con las víctimas de abuso sexual infantil es la medicina forense —sinónimo de medicina legal—, la cual es la rama de la ciencia médica que auxilia al derecho en lo referente a las implicaciones y los significados de la enfermedad, el trauma, las lesiones y, en general, los aspectos biológicos, para que por medio de un dictamen emitido por el perito médico, con la debida fundamentación, el juzgado tenga elementos de juicio para producir una resolución en los casos que sea requerido ese auxilio (Giraldo, 1984).

Para entender la labor del médico forense es pertinente aclarar algunos términos citados por Giraldo (1984): El perito es el que posee conocimientos técnicos y prácticos, e informa bajo juramento al juzgador sobre aspectos litigiosos, en cuanto tienen que ver con su especial saber o experiencia. El dictamen emitido por éste tiene que ser ordenado por una autoridad legal para que tenga valor dentro del proceso.

Utilizando la prueba como elemento de gran importancia en las actuaciones judiciales, en el campo de las lesiones personales y del homicidio; es uno de los aspectos que coadyuvan en el cuerpo del delito y en otras infracciones. Es definitiva para demostrar la materialidad de los hechos o la probabilidad de algunas circunstancias procesales. En tanto, el examen forense que se debe realizar para llegar al dictamen médico-legal es, según Giraldo (1984), un proceso complejo, puesto que abarca varias áreas entre las cuales se encuentran: el diagnóstico de la violencia una vez demostrado el acceso carnal, que se logra con una inspección completa de la víctima de la violación.

Cuando el acceso carnal fue violento, son constantes algunas huellas: a menudo hay equimosis (moretones) en la cara interna de los muslos, pues la separación violenta de éstos hace que sangre fácilmente el tejido subcutáneo; en la misma horquilla bulbar puede haber desgarros de diversa intensidad que comprometen hasta el periné, llegando a veces desde la horquilla bulbar al esfínter rectal; suele también encontrarse algún signo de violencia en vecindad de las glándulas mamarias, y otras veces alrededor de la boca de la víctima. En algunos casos la víctima logra morder al victimario e imprime su arcada dental en éste, hecho que permitirá identificar al agresor. Puede haber otras formas de violencia física más severas, que permiten señalar lesiones personales y secuelas. La presencia o ausencia de signos de violencia ha de consignarse en el dictamen (Giraldo, 1984).

El *examen médico-legal* que se realice dependerá del tipo de abuso que se presente. En los actos sexuales violentos, la exploración debe ser completa; en ella se debe estudiar la región perineal, de la que han de tomarse muestras para detectar espermatozoides o fosfatasas ácidas, cuya presencia confirmará la ocurrencia de un acto sexual. Sin embargo, puede pasar que algunos actos de tipo homosexual no dejen huellas morfológicas, pues se realizan en la región perirrectal, entre los muslos, o aun accediendo carnalmente por el ano, pero como el esfínter rectal es de tipo muscular, suele ser distendido sin que se desgarre. En los dictámenes sobre actos sexuales violentos se tiene en cuenta el examen médico, pero además ha de aportarse el diagnóstico del estado de inconsciencia, inferioridad psíquica, o incapacidad de resistir (Giraldo, 1984).

La inconsciencia suele producirse por medio del suministro de bebidas alcohólicas a las que se adicionan sustancias depresoras del sistema nervioso central, como haloperidol, escopolamina, metacualonas, fenotiazinas, barbitúricos y benzodiazepinas. Muchas veces, el efecto aditivo del alcohol y de los depresores no permite sino un recuerdo vago en la víctima, y en otras ocasiones puede producir amnesia. El espectro de la inconsciencia varía desde la confusión mental (inferioridad psíquica), pasando por el coma superficial (inconsciencia), hasta el coma profundo, el cual puede poner en peligro la vida de la víctima (Rodríguez, 2003).

El *acceso carnal abusivo* es aquel en el que la víctima es incapaz de resistirse, ya que se encuentra en estado de inconsciencia, no siendo producto de la actuación del abusador. El examen del acceso carnal requiere el estudio detallado de la membrana himeneal y del ano. Para su realización, ha de hacerse una inspección de los genitales externos, y luego realizar un examen del himen. Lo usual es que cuando el himen es distendido en un acceso carnal, se desgarra dejando los bordes hemorrágicos durante los primeros cinco días, y congestivos entre los cinco y los diez días; después del décimo día lo corriente es que los bordes del desgarro se cicatricen. El límite de los diez días es importante, porque los desgarros ocurridos antes de ese tiempo se consideran recientes, mientras que los que han ocurrido antes de los diez días se consideran desgarros antiguos, ya que la cicatriz será igual a los diez días que a los diez años de ocurrido el suceso (Giraldo, 1984).

Si este examen ginecológico evidencia signos de desgarró himeneal, que traduce la desfloración, ha de completarse con la toma de muestras para la observación microscópica del contenido del fondo del saco vaginal y la determinación de fosfatasas ácidas. La presencia de espermatozoides será signo incontrovertible de acceso carnal; si los espermatozoides son móviles, el acceso carnal data de menos de doce horas; si son espermatozoides inmóviles en la vagina, el coito se presentó hace dos o tres días, y si se observan inmóviles en el endocervix (parte interna del cuello uterino), es que pudo haber ocurrido hasta hace cinco días. Esto en caso de realizar exámenes en mujeres vivas, pues en cadáveres se han detectado espermatozoides inmóviles hasta diez y siete días después de la muerte de la víctima.

Las fosfatasas ácidas, que son enzimas secretadas por la próstata masculina adulta, son también pruebas de coito. En casos de victimarios espérmicos por daño testicular o por ligadura de los conductos deferentes, las fosfatasas ácidas, que son parte constitutiva del líquido seminal, aportarán la prueba incontrovertible del acceso carnal, y tienen la utilidad adicional de poder ser detectadas en la ropa interior, aun a las semanas de ocurrido el acceso sexual, y luego de la desecación del líquido seminal.

Muñoz (1993) realiza una puntualización sobre el examen forense planteando seis patrones de diagnóstico: edad del paciente, lesiones personales, área genital, embarazo, contaminación venérea y perturbación psicológica. Estos factores son útiles a la hora de diagnosticar un abuso sexual, pero en el momento de realizar una intervención se deben tener en cuenta otros aspectos.

El Ministerio de Salud (1996) hace referencia al concepto de intervención en el ámbito institucional, como alternativa al tratamiento de esta problemática. Dicha intervención es planeada por un profesional para guiar el cambio que debe experimentar una red social en el enfrentamiento de un problema, en este caso el abuso sexual infantil. Además, la intervención institucional busca impulsar el ejercicio de la autonomía, el establecimiento de relaciones de coordinación y cooperación, y el apoyo de procesos autogestionarios que permitan la participación de la comunidad. Para esta entidad gubernamental, la intervención desde las redes sociales se constituye en una estrategia que posibilita la construcción de planes que buscan el fortalecimiento de la salud tanto individual como colectiva, la consolidación de los vínculos familiares, el fortalecimiento de los vínculos sociales y, la prevención y atención a esta problemática.

Abordar el problema es una actividad compleja, ya que no sólo requiere de trabajo exhaustivo con el niño y la familia, sino que también involucra la concepción que tenga cada médico acerca del abuso sexual infantil, la cual influye en el tratamiento que se dé al caso. Por este motivo, es importante que el profesional sepa manejar esto de una manera eficiente, adoptando para dicho fin las siguientes actitudes y condiciones: una Aceptación incondicional, que se resume a una atención calurosa y receptiva, sin tener reservas ni prejuicios que impliquen juicios de valor hacia el niño y la familia; una Congruencia, entendida como la autenticidad en sentimientos y las actitudes propias con respecto al testimonio de las víctimas y la Comprensión empática que el profesional debe desarrollar habilidades para percibir los sentimientos que experimentan los niños abusados, sin perder su propia referencia COVAC, Asociación Mexicana contra la Violencia hacia las Mujeres (1995), citado por Franco, Sánchez & Jiménez (1998).

Además de lo anterior se debe propiciar un *ambiente* de respeto, cordialidad, confianza y calidez; en donde se mantenga una *actitud* reflexiva y sensible ante las víctimas de abuso sexual infantil y sus familias; ya que en varios casos éstos se limitan a aplicar una solución técnica, sin tener en cuenta los sentimientos de los niños y de las familias que han vivido una situación traumática.

Por último el médico debe *realizar una revisión* que permita detectar lesiones físicas causadas por el agresor, conociendo sobre el abuso y sus consecuencias tanto físicas como emocionales para no confundir la causa del problema con otro síntoma orgánico. El médico debe explicar a la víctima lo qué se hará, cómo se hará y para qué se hará, a fin de no violentarla. Y para complementar lo anterior, se evalúa la esfera emocional-afectiva a través de una valoración médica y psicológica.

Un aspecto que los médicos deben considerar en el momento de hacer la entrevista, es que ésta debe estar dirigida al niño y a sus padres, evitando los prejuicios y las acusaciones. A veces puede ser desfavorable interrogar en varias ocasiones al niño, ya que puede parecerle amenazante, debido a que deduce que no le creen, lo que lo llevaría a modificar su relato.

Con el fin de ubicar la labor que actualmente desempeñan los abogados con respecto al abuso sexual infantil, es necesario tener en cuenta la protección que se proporciona al menor, los derechos sexuales en general y el proceso legal que se sigue.

Para comenzar, se tendrá en cuenta lo expuesto por Robledo, Garcés & Palacios (1999) en el cuaderno “Hacia una política de protección de la niñez” con referencia al código del menor, que inicialmente se dirigía a la protección de los niños en situaciones difíciles.

En 1991, con la nueva Constitución Política de Colombia, y la Convención de los Derechos del Niño, la perspectiva cambia hacia una nueva concepción social, cultural y política de la niñez, llamada “Doctrina de la protección integral”, cuyas características incluyen: No tomar al niño como objeto de compasión sino como un sujeto de derechos exigibles; las normas favorecen a todos los infantes, no sólo a los niños en situaciones difíciles; sustituir el término “menor” por el de niño-niña adolescente, debido a las implicaciones peyorativas que connota el término “menor”; la responsabilidad de la familia, la sociedad y el Estado en el desarrollo armónico e integral de la infancia, así como la garantía en el ejercicio pleno de sus derechos; la obligación estatal en el diseño y puesta en práctica de políticas públicas e integrales de atención; el reconocimiento y garantía a niños, niñas y adolescentes de sus derechos consagrados en la Convención y la Constitución; la prevalencia de los derechos de los niños sobre los derechos de los demás y el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos y sustento de la convivencia.

Teniendo en cuenta el boletín del Centro de Referencia Nacional Sobre Violencia (1998), se puede establecer que los derechos sexuales y reproductivos se orientan al logro de la salud sexual y reproductiva, entendida como el pleno disfrute de una sexualidad sana, libre de riesgos, segura y responsable, que contribuya a la realización de las personas y a su desarrollo como seres humanos. Dentro de los derechos sexuales se encuentra el respeto a las decisiones personales en torno a la preferencia sexual, la opción de la reproducción, la libertad de elegir compañero/a sexual, la libertad de decidir sobre el número de hijos, recibir información clara, oportuna y científica acerca de la sexualidad, disponer de opciones libres de riesgo, tener acceso a servicios de salud adecuados y recibir protección ante la amenaza o la violación de los derechos fundamentales, sexuales y reproductivos.

Igualmente, es importante tener en cuenta los delitos como los de violación, actos sexuales abusivos y proxenetismo; los cuales vulneran la libertad, integridad y

formación sexual, contemplados en el Título IV del Nuevo Código Penal Colombiano (2000).

Dentro de ésta, Muñoz (1993) afirma que cualquier funcionario tiene la obligación de recibir una denuncia de violación. En este caso, la víctima puede elegir entre una estación de policía, una comisaría de familia o la fiscalía. De allí será enviado a medicina legal para que sea confirmada su versión y el resultado debe ser enviado al organismo que lo solicitó en un plazo máximo de tres días. Con respecto a esto, Ardila & Valencia (1999) aclaran que para la realización del examen la víctima no debe bañarse después del ataque sexual, ni hacerse una ducha íntima; tampoco debe cambiarse la ropa porque en las prendas puede quedar huella del ataque.

Si la denuncia se hace en una estación o en una comisaría, igualmente será enviada a la oficina de admisión y registro de la Fiscalía. La denuncia se puede hacer acusando a un sujeto determinado, o acusando a un desconocido. En este caso, corresponde a la justicia seguir “en averiguación del responsable” (Rodríguez, 2003).

Una vez enviada la denuncia a la oficina de admisiones y registro, se hará una valoración del tipo de delito y se mandará a la unidad de previas y permanentes, donde se determina si la denuncia amerita que se abra una investigación del caso. En esta unidad, el fiscal debe adelantar las diligencias tendientes a individualizar al infractor y, si es posible, a identificarlo (identificación completa o retrato hablado). Una vez abierta la investigación, y según el delito, el caso es enviado a la unidad que corresponda.

Cuando es una violación, el proceso llega a cualquiera de las tres unidades de vía encargadas de los delitos que atentan contra la vida, la libertad y el pudor sexual (juzgado de menores, Fiscalía o ICBF). Si la indagatoria no fue realizada, el fiscal asignado por el coordinador debe llevarla a cabo; en el caso contrario, tomará la ampliación de la denuncia por parte de la víctima, el victimario y los testigos “si los hay” (Rodríguez, 2003).

El paso siguiente es realizar la resolución de la situación jurídica; esto es, dejar en libertad al infractor o privarlo de ella. Si se decide liberarlo, se le debe tomar un juramento en el que se comprometa a presentarse en la fiscalía cada vez que sea requerida su presencia. A partir de ese momento empieza la recolección de pruebas

hasta que el fiscal califique el proceso. Esto es, si amerita detención o si decide la absolución de los cargos.

El tiempo con que cuenta el fiscal para esta calificación es indeterminado, pero cuando hay hasta tres presos, el plazo máximo es de 120 días; cuando hay más de tres, son 180 días. Una vez calificado el proceso se envía al juzgado penal del circuito, donde se inician las diligencias del juzgamiento, con dos posibilidades: llamamiento a juicio, donde se dicta la sentencia; sobreseimiento temporal o definitivo (Rodríguez, 2003).

Con esta nueva modalidad de actuación por parte de la Fiscalía se dejó de lado el paso en el que el juez de instrucción criminal investigaba y acusaba, y el del circuito juzgaba. Ahora el fiscal tiene la función que correspondía en el pasado al juez de instrucción criminal. Una ventaja de este cambio es que la Secretaría es común para los diez fiscales; es decir, trabajan en unidad, formando un engranaje. Por eso, si la víctima decide ampliar su denuncia, cualquier fiscal puede tomarla si quien lleva el caso se encuentra ausente.

Igualmente, la recolección de pruebas es rápida y efectiva porque los detectives hacen parte de la Fiscalía. Al estar un solo organismo encargado del caso, se abreviaron los pasos a seguir; si los fiscales conocen el proceso, la víctima no repetirá su declaración como ocurría cada vez que cambiaba el expediente de sitio y ésta era citada a rendir indagatoria (Muñoz, 1993).

Teniendo en cuenta el proceso legal explicado, hay que señalar un factor que interfiere en su adecuado desarrollo, ya que influye directamente en el período de crisis por el cual está atravesando la víctima: la indagatoria. Esto se debe a que en muchos casos el proceso se convierte en una victimización secundaria, ya que de una u otra forma se culpabiliza a la víctima de los sucesos ocurridos. Desde aquí es importante realizar un cuestionamiento profundo sobre esta labor, ya que si la víctima va en busca del respaldo de la justicia para castigar al culpable, y la justicia le responde cuestionando su conducta, ¿En dónde está el verdadero apoyo del Estado?

Finalmente el anterior modelo de atención a las víctimas les ofrece una oportuna y adecuada atención integral en las áreas psicológica, médico-legal, jurídica, de protección y orientación, y asistencia social, agilizando el procedimiento legal e investigativo, de manera que se promueva la recuperación y se generen mecanismos de

prevención del delito (Fiscalía General de la Nación, 1999). Y así, cabe resaltar que el tema del abuso sexual infantil devela la importancia de contar con un modelo específico para la atención de estas víctimas que se encuentran en estado de crisis. Éste debe estar dirigido por unos objetivos de intervención claros, cuya prioridad sea informar, apoyar y proteger a las víctimas de abuso sexual infantil y a sus familiares, para que puedan afrontar esta problemática de la mejor forma.

Es indispensable que cada uno de los profesionales esté capacitado para manejar adecuadamente, desde su disciplina, este estado de crisis, y lograr que su trabajo sea coherente con el que realizan los demás profesionales, buscando siempre proporcionar una atención integral.

4.10 Programas de prevención infantil

En la actualidad se pueden encontrar diversos estudios, investigaciones y programas de prevención del abuso sexual. Según un estudio de evaluación de un programa de prevención de abusos sexuales a menores en educación primaria, cuya muestra estaba compuesta por 382 menores de edades comprendidas entre 8 y 12 años, arrojó como resultados que los programas de prevención de abusos sexuales a menores tiene un impacto muy positivo, incrementando los conocimientos de los menores sobre este riesgo y mejorando sus habilidades de afrontamiento ante un posible abuso sexual. Además se pudo constatar la eficacia del mismo, a nivel de prevención secundaria, haciendo más alta la probabilidad de revelación por parte de las víctimas (Calderón, López Sánchez, Artles, Pérez, 2006).

La nueva legislación que incorpora los derechos de la infancia en las leyes nacionales, plantea que muchos programas se inician bajo el supuesto que promover los derechos de la infancia y tratar de que se conviertan en una realidad para los niños y sus familias, mejorará la capacidad del individuo o de la comunidad para prevenir o evitar el abuso y la explotación sexuales. Se considera que difundir información y promover un respeto por los niños y por sus derechos son un aspecto central del desarrollo humano y una parte integral de cualquier sociedad civilizada (Rodríguez, 2003).

De esta manera, se asume que este enfoque permitirá también promover un acuerdo de lo que constituye una violación de estos derechos. Ejemplos de muchas partes diferentes del mundo parecen sugerir que difundir información sobre los derechos entre los propios niños, las personas encargadas de formular decisiones, las familias y los profesionales que trabajan con esta población, es una medida importante para asegurar un mayor respeto de los niños y de sus necesidades y establecer algún mecanismo, formal o informal para que ambos reciban la debida consideración.

El programa de educación y prevención del abuso sexual infantil *Save the Children*, Islandia, intenta formar y apoyar a los profesionales, publicar y distribuir material educativo, haciendo presión para garantizar el bienestar de los niños y niñas en este asunto. Este programa pretende comprometer a los profesores de educación infantil en la prevención a través de la educación, promoviendo la toma de conciencia respecto a este problema y persuadir a las autoridades educativas de la necesidad de incluir el tema del abuso sexual infantil dentro del curriculum formativo de los profesores de educación infantil (Holman, 2000).

Por otra parte, el programa de abuso y explotación sexual infantil es una iniciativa preventiva y educativa, que tiene como objetivos principales formar a los estudiantes en el campo de la prevención y el tratamiento de la explotación y el abuso sexual infantil; promover buenas prácticas en terapia, en el trabajo de prevención y en la legislación como también incentivar intercambios transnacionales entre los estados miembros de la UE.

Así, este programa tiene como resultados esperados un exitoso seminario con 100-150 participantes, la movilización de recursos humanos de los diferentes departamentos de los colegios profesionales, la Sensibilización de los estudiantes y darles un incentivo para que amplíen su conocimiento, la difusión de la información, la introducción de la asignatura “Abuso y explotación sexual infantil” en el curriculum de las universidades y al fomento del trabajo en red y el intercambio de buenas prácticas en el ámbito nacional y europeo (Holman, 2000).

Amaia del Campo, citada por Holman (2000), diseñó un proyecto de prevención del abuso sexual infantil, cuya metodología implicaba la división de niños y niñas en un grupo experimental y dos grupos control. El grupo experimental tuvo dos sesiones de

formación relativas al abuso sexual infantil; mientras que a uno de los grupos control se le dio un programa de educación sexual, y sobre el otro grupo no se hizo intervención de ningún tipo.

Los resultados arrojan que un 70% de los padres tomaron parte en el programa; una proporción más alta de la esperada. Para ello, el proyecto fue evaluado antes y después de las sesiones, en un seguimiento de 8 meses de duración y en una reunión final con educadores que actuaban de observadores.

El grupo experimental informó de un incremento considerable tanto en conocimientos como en habilidades. El 97% de los niños y niñas se sentían más seguros, y el 95% estaban satisfechos con el programa. Los profesores informaban que no habían aparecido ni problemas de disciplina ni miedos entre los niños y niñas. De igual manera, encontraron que un 71% ayudaba más a sus semejantes y un 86% tenía más confianza en sí mismo; por lo que el 98% de los padres sentían que sabían más acerca del tema de los abusos sexuales.

CAPITULO III

8. DISEÑO METODOLÓGICO

Diseño

El presente estudio es de tipo descriptivo, el cual busca especificar las propiedades, las características y los perfiles importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis.

Procedimiento

En este estudio fue indispensable la recolección de información de diferentes artículos correspondiente a los temas derivados del abuso sexual infantil, como, generalidades de violencia, abuso sexual infantil, tipos de abuso sexual infantil, causas, consecuencias, prevalencia, incidencia, intervención y programas de prevención del abuso sexual infantil, con el fin de alcanzar el objetivo de este estudio. Se utilizaron en su mayoría revistas de psicología importantes como PSICOTHEMA, Revista Latinoamericana de Psicología, Interacciones, Universitas Psicológica, entre otras, además como fuente principal de búsqueda la Red De Revistas Científicas De América Latina, El Caribe, España Y Portugal Universidad Autónoma De México.

Variables

VARIABLE	DEFINICION	DIMENSIONES	INDICADORES	FUENTES
Abuso Sexual	Contacto o interacción entre un niño-a y un adulto, en el que el niño/a es utilizado para la satisfacción sexual del adulto o de terceros, desconociendo el desarrollo psicosexual del menor de edad.	Intrafamiliares Extrafamiliares	-Cambios bruscos de estado de ánimo -Dificultades de atención y concentración -Desmotivación general -Rechazo a figuras adultas -Enfermedades de transmisión sexual -Embarazo precoz -Relaciones Familiares conflictivas	Secundaria -Libro Abdala, A. Maltrato en Niños y Adolescentes. ETM 2004; 4: 75-78. -Internet Josefina Martínez Bernal, Prevención del abuso sexual infantil: análisis crítico de los programas escolares. Extraído el 7 de Diciembre de 2008 desde

				http://www.buenrato.cl/pdf/est_inv/conviv/ce_martinez.pdf -
Prevenção	Cualquier intervención orientada a evitar la ocurrencia del abuso.	Primaria Secundaria Terciaria	-Reducción de la incidencia de los abusos cometidos -Detener su avance o limitar su duración -Intervención de sus consecuencias	Secundaria -Internet Josefina Martínez Bernal, Prevención del abuso sexual infantil: análisis crítico de los programas escolares. Extraído el 7 de Diciembre de 2008 desde http://www.buenrato.cl/pdf/est_inv/conviv/ce_

				martinez.p df -
Metodologías	Formatos que adoptan los diversos programas de prevención.	<p>Materiales impresos</p> <p>Videos</p> <p>Materiales audiovisuales</p> <p>Charlas</p> <p>Representaciones teatrales</p> <p>Role playing</p>	- Adquisición de conocimientos respecto de ciertos conceptos básicos de prevención y de ciertas destrezas de autoprotección.	<p>Secundaria</p> <p>-Internet</p> <p>Josefina Martínez Bernal, Prevención del abuso sexual infantil: análisis crítico de los programas escolares. Extraído el 7 de Diciembre de 2008 desde http://www.buentrato.cl/pdf/est_inv/conviv/ce_martinez.p df -</p>

9. DISCUSIÓN

La revisión expuesta muestra que la forma en que se ha enfocado la prevención del abuso sexual infantil hasta la fecha, resulta insuficiente para generar una real disminución en la tasa de victimizaciones sufridas por los niños y niñas. En donde la mayoría de ellos no revelan lo sucedido de forma espontánea, siendo éste uno de los mayores problemas en la estimación del abuso sexual infantil, mucho mayor que el relativo escaso número de víctimas que presentan falsas alegaciones (Fergusson, Horwood & Woodward, 2000). Los estudios realizados al respecto establecen que únicamente un pequeño porcentaje de casos de abuso sexual son denunciados a un servicio oficial al tiempo en que se producen, siendo esta escasa revelación aún más destacable en países no pertenecientes a la cultura occidental (Tang, 2002). Se confirma la indefensión de estas víctimas más jóvenes, que dependen de otras personas para que el abuso sexual sea conocido, así como la necesidad de dar a conocer asociaciones de este tipo a este colectivo para que, por si solos, puedan solicitar la ayuda que requieran.

Los resultados indican que la mayoría de casos de abuso sexual que solicitan asesoramiento a la cual pertenecen víctimas actualmente adultas, indicando que el abuso sexual conlleva, en gran parte de los casos, importantes y perdurables consecuencias psicológicas (Oates, 2004). El hecho que sean los servicios de orientación y atención psicológica, aquellos demandados en mayor medida, apoya este resultado.

Según May-Chahl & Cawson (2005) con respecto al agresor, éste pertenece mayoritariamente al entorno cercano de la víctima, como indican los resultados obtenidos y como se ha establecido en otros trabajos, a nivel nacional e internacional. Existen diferencias en cuanto al tipo de agresor y el sexo de la víctima, con una mayor frecuencia de agresores con rol de figura paterna en el caso de las mujeres y de agresores conocidos de la propia víctima o desconocidos en el caso de los varones víctimas de abuso sexual infantil. En relación con este aspecto, Levesque (1994) analizó específicamente las diferencias en la experiencia de abuso de las víctimas de sexo masculino y femenino, confirmando que las mujeres presentaban un mayor riesgo de haber sufrido abuso sexual intrafamiliar, especialmente causado por su padre y los hombres de haber sufrido abuso sexual por desconocidos. Sin embargo, otros estudios

revisados no confirman esta relación diferencial según el sexo de la víctima (Halperin, Bouvier, Jaffe, Mounoud, Pawlak & Laederach, 1996).

Existen múltiples conductas que forman parte de las definiciones de abuso sexual, siendo el tipo más invasivo la penetración (oral, anal o vaginal). Este tipo de agresión sexual, si bien no se produce en la mayoría de casos de abuso sexual infantil, sí aparece en un importante porcentaje de víctimas y debe tenerse en cuenta debido al riesgo de graves efectos psicológicos que suele acompañar (Fergusson, Lynskey & Horwood, 1996). El tipo de abuso sexual más frecuente según la literatura son los tocamientos, de acuerdo también con los estudios nacionales e internacionales al respecto (Schei, Biderman, Baras, Bennett, Bisharat, Borkan, Fogelman, Gordon, Steinmetz & Kitai, 2000).

La consideración de tales riesgos no pone ante la disyuntiva de educar o no a los niños en materias concernientes a la prevención del abuso sexual. La pregunta reside, más bien, en cómo hacerlo en forma efectiva y cuidadosa.

Esto de alguna manera deja ver que los programas no están cumpliendo con el propósito para el cual fueron diseñados. En efecto, no es posible desconocer que el enfoque tradicionalmente utilizado para prevenir el abuso sexual, aquél que se centra prácticamente en los niños, encierra riesgos importantes.

Entre dichos riesgos, se encuentra el sobrecargar a los niños de información, si no se consideran los rasgos propios de la etapa evolutiva en que se encuentran, como también hacer recaer en ellos una carga considerable de responsabilidad sobre su propia protección. Otro riesgo que también puede relacionarse con los anteriores es culpabilizar a los niños en caso de desconocer las características propias de la interacción abusiva. Sin embargo, es importante resaltar que el uso de estrategias de autoprotección que alientan al infante a detener al abusador puede resultar de utilidad frente al peligro de ser abusado por un extraño, conocido o familiar; aunque en estos dos últimos casos, detener al abusador se transforma en una exigencia difícil de cumplir.

No estaría de más identificar el riesgo de sobreexponer a los niños a una victimización secundaria, si no se asegura que el entorno será receptivo a las denuncias que estos hagan. Resulta injusto y poco ético transmitir a un niño la importancia de

romper el silencio sobre el abuso, si antes no se han intervenido en su contexto de modo que, quienes le rodean, crean en su relato y lo protejan.

Con base a lo anterior, es posible visualizar que la respuesta no es acabar con las acciones educativas dirigidas a los niños. De hecho, parece importante rescatar los beneficios planteados por Barudy (1998), en términos de las posibilidades de divulgación que abren estos programas educativos.

Debe existir conciencia respecto a que los programas educativos corresponden a una estrategia que sólo apunta a una parte del problema; debemos ampliarlos a otras instancias de la comunidad y reasignar la responsabilidad de la prevención del abuso sexual en los adultos. Y en efecto, resulta fundamental implementar acciones en distintos niveles considerando, por ejemplo, la importancia de brindar tratamiento a los abusadores.

Cuidar los mensajes que llegan a oídos de nuestros niños y responsabilizar a los adultos de la prevención del abuso sexual es la única vía que garantiza que nuestras buenas intenciones puedan traducirse en una real protección hacia los pequeños. Sólo de este modo podemos evitar lo que Hindman (1992) ha llamado “cometer abusos con nuestros programas de prevención del abuso”.

10. CONCLUSIONES

En línea con la literatura al respecto, la información sugiere que el abuso sexual infantil es un fenómeno frecuente y con unas secuelas psicológicas que, en muchos casos, perduran hasta la edad adulta. La mayor parte de los menores que son atendidos son derivados de otras instituciones con el propósito de recibir asesoramiento. En un porcentaje mayor que los adultos que son atendidos requirieren de atención jurídica.

Respecto al agresor, en la mayoría de los casos éste pertenece al sexo masculino, destacando el elevado porcentaje de víctimas menores de edad que han sufrido abuso sexual de agresores, a su vez, menores de 18 años. La edad precoz de los agresores parece ser una tendencia actual en nuestra sociedad y debería ser investigada con detalle. Por otro lado, los familiares o conocidos de la víctima son los agresores más frecuentes, como se observa en la mayoría de estudios (Echeburúa & Guerricaechevarría, 2000).

El tipo de abuso más frecuente son los tocamientos, produciéndose típicamente en más de una ocasión. En los casos de víctimas en tratamiento, el retraimiento, los síntomas de ansiedad y depresión y los problemas en la relación sexual son los síntomas psicológicos más frecuentes. El rechazo y la escasa cooperación suelen ser las respuestas percibidas ante la revelación o el descubrimiento del abuso sexual por gran parte de las víctimas. Cabe destacar, por otro lado, el gran desconocimiento que las personas del entorno presentan respecto al abuso y que conforma el secretismo característico de este tipo de agresiones.

Se considera que las importantes secuelas físicas, psicológicas y sociales, tanto a corto como largo plazo, que la experiencia de abuso ocasiona en la mayoría de las víctimas, así como sus repercusiones en el área familiar y social, justifican sobradamente la necesidad de nuevos centros de intervención. Es por ello que la Fiscalía General de la Nación se ha comprometido con el diseño de un modelo interdisciplinario e interinstitucional de atención a la víctima de delitos sexuales y violencia intrafamiliar, que puede ser replicado en todas las unidades de reacción inmediata del país.

La experiencia en el manejo del abuso sexual infantil ha mostrado la necesidad de acceder a mecanismos jurídicos, investigativos y de servicios, que involucren un

trato más humano a las víctimas. Estos mecanismos deben agilizar el proceso y permitir el mayor número de pruebas, evitando la victimización secundaria. De este modo, desde 1995 la Fiscalía ha impulsado la puesta en marcha del Centro de Atención Integral a Víctimas de Delitos Sexuales, con la participación de las entidades que tienen responsabilidades de atención y protección a estos usuarios. Este Centro brinda a las víctimas un servicio que atiende las condiciones en las que queda una persona abusada, en especial los menores de edad. Además, ofrece la posibilidad de contar con un trato especializado que facilita el contacto con la Fiscalía para adelantar la investigación y garantizar la atención y protección por parte de entidades como el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), la Alcaldía Mayor de Bogotá a través del Departamento Administrativo de Bienestar Social del Distrito (DABS), la Defensoría del Pueblo, la Procuraduría General de la Nación y la Personería Distrital.

El modelo de atención a las víctimas les ofrece una oportuna y adecuada atención integral en las áreas psicológica, médico-legal, jurídica, de protección y orientación, y asistencia social, agilizando el procedimiento legal e investigativo, de manera que se promueva la recuperación y se generen mecanismos de prevención del delito (Fiscalía General de la Nación, 1999).

Finalmente, cabe resaltar que el tema del abuso sexual infantil devela la importancia de contar con un modelo específico para la atención de estas víctimas que se encuentran en estado de crisis. Éste debe estar dirigido por unos objetivos de intervención claros, cuya prioridad sea informar, apoyar y protegerlos junto a sus familiares, para que puedan afrontar esta problemática de la mejor forma. Es indispensable que cada uno de los profesionales esté capacitado para manejar adecuadamente, desde su disciplina, este estado de crisis, y lograr que su trabajo sea coherente con el que realizan los demás profesionales, buscando siempre proporcionar una atención integral.

De igual manera que en otros países, sería adecuado que desde instituciones (como el Departamento Administrativo de Bienestar Social del Distrito citada), colegios profesionales o asociaciones de profesionales que trabajan éstos temas, se elaboraran guías para la prevención de estas situaciones con criterios amplios que faciliten el

acuerdo entre profesionales de un mismo ámbito y de ámbitos diferentes. Este tipo de guías pueden reflejar el consenso sobre la evaluación psico-social de sospechas de abuso sexual infantil manteniendo la flexibilidad para la intervención en cada situación concreta. Algunos de los aspectos que pueden contemplar estas guías son: características del evaluador, componentes de la evaluación, metodología de entrevistas con adultos y niños, conclusiones, informes y terapias (Alonso, 1995).

11. RECOMENDACIONES

Dentro de este panorama, resulta fundamental que los agentes comunitarios que deseen diseñar planes de prevención o utilizar programas ya existentes tengan en cuenta los siguientes aspectos:

- Los programas deben incorporar a los padres u otros adultos significativos como focos primarios de las intervenciones implementadas. Debido que resulta vital considerar que una de las estrategias más importantes para la prevención del abuso sexual consiste en la pesquisa oportuna de este tipo de victimizaciones. Dado que los adultos no pueden esperar a que los niños realicen las denuncias; los programas de prevención deben considerar la entrega de herramientas que les permitan pesquisar el abuso, así como los conocimientos básicos para actuar frente a este tipo de situaciones. Desde esta perspectiva el rol de padres, profesores u otros significativos no debe limitarse a advertir a los niños acerca de los peligros circundantes, sino que debe situarlos frente a la activa protección de los mismos.
- Dentro de las acciones dirigidas a los niños, los programas deben contextualizar la prevención del abuso sexual dentro de un curriculum que contemple una visión positiva de la sexualidad y así esta no se vea afectada dentro de su desarrollo. Por tanto, los profesores se convierten en fichas claves a la hora de sospechar un caso de Abuso sexual dentro de su grupo de estudiantes y dar parte a las autoridades correspondientes, conociendo perfectamente los procedimientos a seguir de acuerdo a la situación.
- Los programas deben incluir objetivos diferenciados para cada grupo etario, considerando los recursos y necesidades propios de cada etapa del desarrollo. Resulta fundamental formular un expediente sensible a las diferencias evolutivas, acabando con los programas estandarizados o de formato único para todas las edades. De igual manera, se hace indispensable tener una consideración especial con grupos vulnerables como los niños/niñas con discapacidad, a quienes con frecuencia se obvian en las iniciativas generales y no se les garantiza las condiciones necesarias para optimizar su calidad de vida.

- Los programas deben centrarse más en familias en proceso de transición, o en situaciones de estrés donde deberían recibir más apoyo (por ejemplo, a través de programas de apoyo familiar)
- Los programas deben enseñar estrategias de autoprotección que ponen el acento en la divulgación más que en la detención y enfrentamiento directo del abusador. Del mismo modo, deben entregar mensajes que desculpabilicen claramente a las víctimas.
- Los programas deberían considerar la incorporación de maneras de evitar otras formas de victimización. Este es el caso de la prevención de abusos sufridos por parte de los pares, alternativa que no sólo resulta más realista y adecuada desde el punto de vista evolutivo, sino que también más atingente y relevante para los niños mismos.
- Se necesita más investigación a nivel institucional para entender el proceso por el que debe pasar un niño para evitar o informar del abuso, y cómo se experimentan niños y niñas en los diferentes niveles de desarrollo evolutivo y cognitivo.
- Los programas de prevención deberían abrir su perspectiva y dirigirse a otros grupos, además de las víctimas potenciales. Deberían involucrar a padres y a otros adultos; la información se debería difundir a través de los medios de comunicación.
- Los programas deberían centrar más su atención en los factores sociales y culturales que influyen en la explotación y el abuso sexual infantil.

Por último, debe existir conciencia respecto a que los programas educativos corresponden a una estrategia que sólo apunta a una parte del problema. En efecto, resulta fundamental implementar acciones en distintos niveles considerando, por ejemplo, la importancia de brindar tratamiento a los abusadores. Ahora solo resta agregar que cuidar los mensajes que llegan a oídos de nuestros niños y responsabilizar a los adultos de la prevención del abuso sexual es la única vía que garantiza que nuestras buenas intenciones puedan traducirse en una real protección hacia los pequeños.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abdalá, A., Martínez, A., Villafuerte, A. & Alba, E. (2004). Abuso sexual: del silencio ignominioso a una realidad estigmatizante. En A. Abdalá, *MALTRATO EN NIÑOS Y ADOLESCENTES* (págs. 76-85). México: EDITORES DE TEXTOS MEXICANOS, S.A. de C.V.

Alianza Internacional Save the Children. (1998). <Manual para la detección de casos de Maltrato a la Niñez> y el Informe de Abuso Sexual Infantil. En *Guía para el Diagnóstico de Maltrato Infantil*.

Alonso, J. (1995) ABUSO SEXUAL INFANTIL: UN RETO PARA TODOS LOS PROFESIONALES. Consultoría, Proyectos i Formació. Obtenido el día 31 de Mayo del 2009 desde: [http:// www.alonsovarea.com](http://www.alonsovarea.com).

Ardila, C. & Valencia, O. (1999) Un Enemigo Conocido: Abuso Sexual en el Hogar y como Arma de Guerra. Colombia: CedaVida Fundación Social Colombiana.

Arredondo, V. (2002). *Guía Básica de Prevención del Abuso Sexual Infantil. Programa Regional de Prevención del Maltrato Infantil*. Recuperado el 22 de Junio de 2008, de paicabi: [http://: www.paicabi.cl/documentos/guia_basica_ong_paicabi.pdf](http://www.paicabi.cl/documentos/guia_basica_ong_paicabi.pdf) -

Ayala, M. & Joaquín, P. (2004). *TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICA EN VÍCTIMAS DE SITUACIONES TRAUMÁTICAS*. Recuperado el 23 de julio de 2008, de Psicothema. vol. 16, nº 1 pp. 45- 49: [http://: www.psicothema.es/pdf/1159.pdf](http://www.psicothema.es/pdf/1159.pdf)

Bartholin, X., & Del Pozo, M. (1996). *Programa de prevención del abuso sexual infantil. Documento no Publicado*. Citado por Martínez J. (s.f.). *Prevención del Abuso Sexual Infantil: Análisis crítico de los programas escolares; Child Sexual Abuse Prevention: Critical analysis of school based programs*.

Barudy, J. (1998.) El Dolor Invisible de la Infancia: Una Lectura Ecosistémica del Maltrato Infantil. España: Paidós Terapia Familiar.

Barudy, J. (1999). *Maltrato infantil. Ecología social: Prevención y reparación*. Santiago: Galdoe.

Cabeza, I. (domingo de junio de 2008). *cinteco*. Recuperado el 24 de Agosto de 2008, de Departamento de Infantil de Cinteco resume las claves fundamentales para conocer y abordar de este asunto: ABUSO SEXUAL EN LA INFANCIA (A.S.I.): <http://www.cinteco.com/profesionales/2008/06/09/abuso-sexual-en-la-infancia-asi/>

Casado, J.; Díaz, J. A.; & Martínez, C. (1997). Niños maltratados. Madrid: Díaz de Santos. ISBN: 8479783087

Calderón, IC.; López, F.; Artles, de León I.; Pérez, E.; & Perez, E. (2007). *Propuesta de acciones para la prevención del abuso sexual en la niñez y la adolescencia*. Recuperado el 23 de junio de 2008, de MEDISAN: <http://bvs.sld.cu/revistas/san/v>

Centro de Referencia Nacional Sobre Violencia (1998). *Boletín CRNV*, 3 (4).

Centro de Referencia Nacional Sobre Violencia (1999). *Boletín CRNV*, 4 (2).

Chang, C., María, A., Díaz, C., & Ruiz, P. (2003). *derechosdelainfancia*. Recuperado el 28 de agosto de 2008, de NIÑAS Y ADOLESCENTES CON HISTORIA DE ABUSO SEXUALINFANTIL:http://www.derechosdelainfancia.cldocumentos.phppageNum_rs_documentos=1&totalRows_rs_documentos=20&id_area=

COLOMBIA, C. D. (2000). *ramajudicial*. Recuperado el 20 de julio de 2008, de LEY 599 DE 2000 (julio 24). Titulo IV DELITOS CONTRA LA LIBERTAD, INTEGRIDAD Y FORMACION SEXUALES, Cap 1-2-4.: http://www.ramajudicial.gov.co/csj_portal/Min/15992000.htm

Cox, A. (1997). Preventing child abuse: A review of community-based projects I: Issues arising from reviews and future directions. *Child Abuse Review*, 6, (4), 243-256.

Cox, A. (1998). Preventing child abuse: A review of community-based projects II: Issues arising from reviews and future directions. *Child Abuse Review*, 7, (1), 30-43.

Daro, D. (1994). Prevention of child sexual abuse. *Future of Children*, 4, (2), 198-223.

Dayee, F. (1984). *Prevante zone* New York: Warner Books.

De la Barra, F., López, C., George, M., Toledo, V., Siraqyan, X., & Rodríguez, J., (1995). Perfiles conductuales de escolares 1° Básico del área occidente de Santiago. Revista de Psiquiatría, 12, (2), 67-73.

Departamento Administrativo de Bienestar Social del Distrito. (2002-2004). Violencia sexual en niños y niñas. En V. d. Consejo Distrital para la Atención Integral a los Niños y Niñas, *Plan Distrital Para La Atención Integral A Los Niños Y Niñas, Víctimas De Abuso Sexual Y Explotación Sexual*. pág. 31.

Departamento Administrativo de Bienestar Social del Distrito. (2002-2004). Víctima. En V. d. Consejo Distrital para la Atención Integral a los Niños y Niñas, *Plan Distrital Para La Atención Integral A Los Niños Y Niñas, Víctimas De Abuso Sexual Y Explotación Sexual*. págs. 31-32.

Departamento Administrativo de Bienestar Social del Distrito. (2002-2004). Factores de Riesgo. En V. d. Consejo Distrital para la Atención Integral a los Niños y Niñas, *Plan Distrital Para La Atención Integral A Los Niños Y Niñas, Víctimas De Abuso Sexual Y Explotación Sexual*. págs. 32-33.

Departamento Administrativo de Bienestar Social del Distrito. (2002-2004). Familias. En V. d. Consejo Distrital para la Atención Integral a los Niños y Niñas, *Plan Distrital Para La Atención Integral A Los Niños Y Niñas, Víctimas De Abuso Sexual Y Explotación Sexual*. pág. 32-33

Departamento Administrativo de Bienestar Social del Distrito. (2002-2004). Detección de Casos. En V. d. Consejo Distrital para la Atención Integral a los Niños y Niñas, *Plan Distrital Para La Atención Integral A Los Niños Y Niñas, Víctimas De Abuso Sexual Y Explotación Sexual*. págs. 34-38.

Deza, S. (17 de octubre de 2005). FACTORES PROTECTORES EN LA PREVENCIÓN DEL ABUSO SEXUAL INFANTIL. Recuperado el 14 de octubre de 2008, de *redalyc*: <http://redalyc.uaemex.mx>

Dirección General de Promoción y Prevencción & Ministerio de Salud. (2002). DETECCIÓN DE CASOS. En Consejo Distrital para la Atención Integral a los Niños y Niñas, *Plan Distrital Para La Atención Intengral A Los Niños Y Niñas, Víctimas De Abuso Sexual Y Explotación Sexual*. págs. 34-35.

Dirección General de Promoción y Prevencción, Ministerio de Salud. (2002). Factores de Riesgo. En Consejo Distrital para la Atención Integral a los Niños y Niñas, *Plan Distrital Para La Atención Intengral A Los Niños Y Niñas, Víctimas De Abuso Sexual Y Explotación Sexual*. págs. 36-38.

Faller, K. (1988). The spectrum of sexual abuse in day care. Recuperado el 3 de agosto de 2008, de *An exploratory study*. *J Family Viol* 1988; 3:23-298.

Fergusson, D. M., Horwood, J. L. & Woodward, L. J. (2000). The stability of child abuse reports: a longitudinal study of the reporting behaviour of young adults. *Psychological Medicine* , 529-544.

Fergusson, D. M.; Lynskey, M. T & Horwood, J. L. (1996). Childhood sexual abuse and psychiatric disorder in young adulthood: I. Prevalence of sexual abuse and factors associated with sexual abuse. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* , 1355-1364.

Figuro, C. & Mr. Otero, O. (2005). *El abuso sexual infantil*. Recuperado el 14 de junio de 2008, de BOL PEDIATR 2005; 45: 3-16: http://www.sccalp.org/boletin/191/BolPediatr2005_45_003-016.pdf -

Finkelhor, D. (1994). The international epidemiology of child sexual abuse. *Child Abuse and Neglect*, 18,(5), 409-417.

Finkelhor, D., Asdigian, N., & Dziuba-Leatherman, J. (1995). The effectiveness of victimization prevention instruction: an evaluation of children's responses to actual threats and assaults. *Child Abuse and Neglect*, 19, (2), 141-153.

Finkelhor, D. & Dziuba-Leatherman, J. (1995). Victimization prevention programs: A national survey of children's exposure and reactions. *Child Abuse and Neglect*, 19, (2), 129-139.

Fiscalía General de la Nación (1999). *Modelo de atención integral a víctimas de delitos sexuales*. Bogotá: Fiscalía General de la Nación.

Forenses, I. N. (2000). Resolución 412 de 2000. En C. n. Salud, *Acuerdo 117: <Guía de Atención del Menor Maltratado>*.

Freeman, L. (1985). Mi cuerpo es mio. Un libro para enseñar a los niños como resistir el contacto incomodo. Washington: Parenting Press, Inc.

Franco, M., Sánchez P. y Jiménez, M. (1998). Representación social construida por el médico en torno al niño abusado sexualmente. Santafé de Bogotá, Tesis de Grado PUJ.

Fundación Renacer & UNICEF Colombia. (2000). “Renacer. Una propuesta para volver a nacer”. Bogotá, noviembre de 2000. Pág. 44.

Echeburúa, E. & Guerricaechevarría, C. (2000). *Abuso sexual en la infancia: víctimas y agresores*. Barcelona: Ariel.

Garza, A. (2006). Prevención. En *¡Aprende a cuidarte!: prevención del abuso sexual infantil para niñas y niños de 7 a 12 años*. 11-15.

George, M., Siraqyan, X., Mores, R., de la Barra, F., Rodríguez, J., López, C., & Toledo, V., (1994). Adaptación y validación de dos instrumentos de pesquisa de problemas de salud mental en escolares de 1º básico. Revista de Psicología, 5, 17-26.

Giraldo, C. (1984). *Medicina forense*, Medellín: Señal Editora.

Glaser, D. y Frosh, S. (1997). *Abuso sexual de niños*. Buenos Aires: Paidós.

Greenberg, M. (1979). The epidemiology of childhood sexual abuse. *Pediatr Ann* , 16-28.

Halperin, D. S., bouvier, P., jaffe, P. D., Mounoud, R. L., & Pawlak, C. Laederach, J. (1996). Prevalence of child sexual abuse among adolescents in Geneva: results of a cross sectional survey. *British Medical Journal* , 1326-1329.

Hindman, J., (1992). *A very touching book* (2nd edition, 4th reprinting). Oregon: AlexAndra Associates.

Holman, K. (7-9 de septiembre de 2000). *Abuso sexual infantil – Programas de Prevención ¿Cuál es el efecto del trabajo en prevención? Seminario de Expertos. Helsingor, Dinamarca*. Recuperado el 22 de junio de 2008, de derechosdelainfancia: http://www.derechosdelainfancia.cl/docs/imgs/imgs_doc/251.pdf -

Hulsey, T., Kerkman, D., & Piñon, M. (1997). What it takes for preschoolers to learn sex abuse prevention concepts. *Early Education & Development*, 8, (2), 187-202

ICBF & Agencia Pandi. (2007). *AUMENTA EXPLOTACIÓN Y ABUSO SEXUAL DE NIÑOS EN COLOMBIA*. Recuperado el 21 de julio de 2008, de semana: http://www.semana.com/wf_InfoArticulo.aspx?idArt=104535

ICBF & Agencia Pandi. (13 de Junio de 2008). *ICBF promueve la denuncia frente a casos de maltrato infantil en Colombia*. Recuperado el 7 de Octubre de 2008, de icbf: http://www.icbf.gov.co/Noticias/noticias_3.html

Jordan, N. (1993). Sexual abuse prevention programs in early childhood education: A caveat. *Young Children*, 48, (6), 76-79

Kelley, S., & Brant, R.. (1993). Sexual abuse in children in day care centers. *Child Abuse and Neglect* , 17: 71-89.

Levesque, R. J. R. (1994). Sex differences in the experience of child sexual victimization. *Journal of Family Violence* , 9 (4), p. 357-369.

Lopez SF; Hernández, A.; & Carpinteor, E. (1995) Abusos sexuales de menores. En: Dirección Genral de Prevención y Promoción de la Salud. *Maltrato Infantil: Prevención, diagnostico e intervención desde el ambito sanitario*. Documento Tecnico de Salud Publica No. 22. Madrid: Dirección Genral de Prevención y Promoción de la Salud, 1995.

López Sánchez, F. (1996). *Abusos sexuales a menores. Lo que recuerdan los mayores*. Madrid: Ministerio de trabajo y Asuntos Sociales.

López Sánchez, F. (1999). La inocencia rota. Abusos sexuales a menores. Barcelona: Océano Grupo Editorial.

MacMillan, H., Macmillan, J., Offord, D., Grffith, L., & MacMillan, A. (1994 a). Primary prevention of child physical abuse and neglect: A critical review. Part I. Journal of Child Psychology and Psychiatry and allied disciplines, 35, (5), 835-856.

MacMillan, H., Macmillan, J., Offord, D., Grffith, L., & MacMillan, A. (1994 b). Primary prevention of child physical abuse and neglect: A critical review. Part II. Journal of Child Psychology and Psychiatry and allied disciplines, 35, (5), 857-876.

Marinella, M. (2000). *TRAUMA Y REPARACION: EL TRATAMIENTO DEL ABUSO SEXUAL EN LA INFANCIA*. Barcelona: Paidós Iberica.

May-Chahl, C., & Cawson, P. (2005). Measuring child maltreatment in the United Kingdom: a study of the prevalence of child abuse and neglect. *Child Abuse & Neglect*, 29, p. 969-984.

Mcleod, N., & Wright, C (1996). Developmentally appropriate criteria for evaluating sexual abuse prevention programs. Early Childhood Education Journal, 24, (2), 71-75.

Ministerio de Salud (1996). *Lineamientos conceptuales de las redes sociales*. Santafé de Bogotá.

Ministerio Secretaria General de Gobierno (1999). Ojo, pestaña y ceja. Un aporte a la prevención de abusos sexuales en niños y adolescentes. Santiago.

Molledo, C., & Miranda, M. (2004). *Protegiendo los derechos de nuestros niños y niñas. Prevención del maltrato infantil y el abuso sexual en el espacio escolar. Manual de Apoyo para Profesores*. Recuperado el junio de 22 de 2008, de programapunte: <http://www.programapunte.cl/Manual%20Deteccion%20y%20Orientacion%20Violencia->

Moody, E. (1994). Current trends and issues in childhood sexual abuse prevention programs. Elementary School Guidance and Counseling, 28, (4), 251-256.

Morgue, M. (2006). *Violencia, sexualidad y drogas*. Santiago de Cuba: Oriente. 11-24.

Muñoz, P. (1993). Problemas comunicativos entre fiscal y víctimas de violación que favorecen la impunidad del delito. Santafé de Bogotá. Tesis de grado, PUJ.

M., S., Biderman, A., Baras, M., Bennett, L., Bisharat, B., Borkan, J. & otros. (2000). The prevalence of a history of child sexual abuse among adults visiting family practitioners in Israel. *Child Abuse & Neglect*, 24 (5), p. 667-675.

Nemerofsky, A., Carran, D., & Rosenberg, L., (1994). Age variation in performance among preschool children in a sexual abuse prevention program. Journal of Child Sexual Abuse, 3. (1), 85-102.

Nuevo Código Penal. (2000). Ley 599 de 2000. Colombia.

Oates, R. K. . (2004). Sexual abuse and suicidal behavior. *Child Abuse & Neglect*, 28, p. 487-489.

Olamendi TP. (2001) Entorno jurídico de las víctimas del maltrato al menor en México. En. Loredó-Abdalá A. Maltrato en el niño. México: McGraw-Hill Interamericana.

Olsen, J. & Widom, C. (1993). Prevention of child abuse and neglect. Applied and Preventive Psychology, 2, (4), 217-229.

Ossandón, V., & Corporación ONG Paicabí, Gobierno Regional Quinta Región & Servicio Nacional de Menores Quinta Región. (2002). *GUÍA BÁSICA DE LA PREVENCIÓN DEL ABUSO SEXUAL INFANTIL*. Recuperado el 22 de junio de 2008, de paicabi: http://www.paicabi.cl/documentos/guia_basica_ong_paicabi.pdf -

Paúl, J., Milner, J. S. & Múgica, P. (1995). Childhood maltreatment, childhood social support, and child abuse potential in a basque sample. *Child Abuse & Neglect*, 19 (8), p. 907-920.

Perone & Reinaldo (1997). Violencia y abusos sexuales en la familia. Buenos Aires: Paidós.

Ramos, L., Saldívar, G., Medina, M., Rojas, E. & Villatoro, J. (mayo-junio de 1998). *Prevalencia de abuso sexual en estudiantes y su relación con el consumo de drogas. Salud pública de México / vol.40, no.3*. Recuperado el 28 de Agosto de 2008, de derechosdelainfancia:http://www.derechosdelainfancia.cl/documentos.php?pageNum_rs_documentos=1&totalRows_rs_documentos=20&id_area=4

Repucci, D., Land, D. & Haugaard, J. (1998). Child sexual abuse prevention programs that target young children. En Trickett, P., Schellenbach: Violence against children in the family and the community. Washington: American Psychological Association.

Ripens, J., Aleman, A. & Goudema, P. (1997). Prevention of child sexual abuse victimization: A meta-analysis of school programs. Child Abuse and Neglect, 21, (10), 975-987.

Rocha M. (2007). *OJO CON EL ABUSO SEXUAL*. Recuperado el 27 de Mayo de 2008, de colombiaaprende: <http://www.colombiaaprende.edu.co/>

Rodríguez, L. (3 de enero-junio de 2003). Recuperado el 26 de Mayo de 2008, de INTERVENCIÓN INTERDISCIPLINARIA EN CASOS DE ABUSO SEXUAL INFANTIL. Univ. Psychol. Bogotá (Colombia) 2 (1): 57-70: <http://sparta.javeriana.edu.co/psicologia/publicaciones/actualizarrevista/archivos/V2N107intervencion.pdf> -

Romano, E. & Luca, R. V. (2001). Male sexual abuse: a review of effects, abuse characteristics, and links with later psychological functioning. *Aggression and Violent Behavior* , 6, p. 55-78.

Romero, L. (2001). *PREVENCIÓN DEL ABUSO SEXUAL INFANTIL desde la perspectiva de la promoción de los derechos*. Recuperado el 6 de Junio de 2008, de psicopedagogia: <http://www.psicopedagogia.com/articulos/?articulo=364>

Schechter M.D & Roberge, L. (1976). Sexual exploitation. En: Helfer, RE.; & Kempe, CH. (eds). *Child abuse and neglect: the family and the community*. Cambridge: Ballinger Publishing, 1976.

Schein, M., Biderman, A., Baras, M., Bennett, L., Bisharat, B., Borkan, J., Fogelman, Y., Gordon, L., Steinmetz, D. & Kitai, E. (2000). The prevalence of a history of child sexual abuse among adults visiting family practitioners in Israel. *Child Abuse & Neglect*, 24 (5), p. 667-675.

Sharma, A. & Verma, K. et al. Indian, J. (2002). Determinants of Pregnancy in adolescents in Nepal. *Pediatr*, 69: 19-22.

Slaike, K. (1996). *Intervención en crisis: manual para práctica e investigación*. México D.F.: El Manual Moderno.

Soria, M. & Hernández, J. (1994). *El agresor sexual y la víctima*. Barcelona: Boixareu Universitaria.

Tang, C. S. (2002). Childhood experiences of sexual abuse among Hong Kong Chinese college students. *Child Abuse & Neglect*, 26, p. 23-37.

Tutty, L. (1994). Development issues in children's learning of sexual abuse prevention concepts. *Child Abuse & Neglect*, 18, (2), 179-192.

Vargas, C., Vargas, E. y Mejía, S. (1995). *Intervención en casos de abuso sexual en estado de crisis* (2). Santafé de Bogotá: Presencia.

Vivas, J.M. (1999). Guía para el Diagnóstico de Maltrato Infantil. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, División de Investigación, Subdirección de Investigación Científica.

Walvoord, L. (1984). *My Body is private*. Illinois: Albert Whitman & Company

Wurtele, S. (1993). Enhancing children's sexual development through sexual abuse prevention programs. *Journal of Sex Education and Therapy*, 19, (1), 37-46.

Ysern, J. & Becerra, P. (2006). *Abuso sexual: Prevalencia y Características en jóvenes de 3º medio de liceos municipalizados de Chillan. Chile, teoría, año/vol.15, numero001, universidad del bio-bio chillan, chile, pp.79-85*. Recuperado el 28 de Agosto de 2008, de redalyc: <http://www.redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/29929915108.pdf>

