



Programa de Doctorado  
Psicología Clínica y de la Salud  
Universidad de Granada

TESIS DOCTORAL

# Consecuencias del abuso sexual en el desarrollo psicológico en la infancia y adolescencia.

Alumna:  
CLEMENCIA RAMÍREZ HERRERA

Director:  
PROF. DR. ANTONIO FERNÁNDEZ PARRA

Bogotá, Noviembre 17 de 2008

[clemencia@ugr.es](mailto:clemencia@ugr.es)



**PROGRAMA DE DOCTORADO  
PSICOLOGÍA CLÍNICA Y DE LA SALUD  
UNIVERSIDAD DE GRANADA**



**TESIS DOCTORAL**

**CONSECUENCIAS DEL ABUSO SEXUAL EN EL  
DESARROLLO PSICOLÓGICO EN LA INFANCIA Y  
ADOLESCENCIA**

**Alumna:**

**CLEMENCIA RAMÍREZ HERRERA**

**DIRECTOR**

**PROF. DR. ANTONIO FERNÁNDEZ PARRA**

**Bogotá, 17 de Noviembre de 2008**

Editor: Editorial de la Universidad de Granada  
Autor: Clemencia Ramírez Herrera  
D.L.: GR. 2744-2008  
ISBN: 978-84-691-82451



**ANTONIO FERNÁNDEZ PARRA**, Director de la Tesis *CONSECUENCIAS DEL ABUSO SEXUAL EN EL DESARROLLO PSICOLÓGICO EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA* de la que es autora Dña. **CLEMENCIA RAMÍREZ HERRERA** del Programa de Doctorado Psicología Clínica y de la Salud, de la Universidad de Granada,

**AUTORIZA** la presentación de la referida Tesis para su defensa y mantenimiento de acuerdo con lo previsto en el Real Decreto 56/2005, de 21 de enero, puesto que reúne los requisitos exigibles a un trabajo de esta naturaleza, y se trata de un trabajo original, novedoso e innovador realizado por la autora bajo mi dirección.

Granada, 17 de noviembre de 2008

Fdo.: Dr. Antonio Fernández Parra



**DEDICATORIA**

**IN MEMORIAM**

**A MI PADRE**

**(1917-2006)**

**A MI HIJO  
ROBERTO JOSÉ**

**POR SER LA LUZ DE MI VIDA**





## AGRADECIMIENTOS

Quiero expresar mi agradecimiento a todas las niñas, niños y adolescentes que compartieron conmigo su sufrimiento a través de este estudio. Me refiero a todos los niños de la Asociación Creemos en Ti de la ciudad de Bogotá y a los niños de la Fundación Lucerito de la ciudad de Medellín, así como al equipo administrativo de dichas instituciones. De igual manera, quiero dar las gracias a todos los niños de la Institución Educativa Villa Elisa por ser pacientes con nosotros y respondernos todas las pruebas psicológicas. Admiro su ánimo y disposición para ayudarnos. Así como a las directivas de esta institución.

A mi tutor y entrañable amigo el Doctor Antonio Fernández Parra, su dedicación, rigurosidad, brillantez y gran calidad humana hicieron posible que este proyecto llegara a buen término.

A mi colega y amiga Mónica Vejarano Velandia, Directora de la Asocreemos en Ti, por apoyarme y facilitarme el encuentro con los niños de la institución.

A mi familia, a mi madre por entender mis ausencias, a mi hermana Nohra por apoyarme y vivir como suyo este sueño. A mi amiga de siempre Lilian Galvis por estar a mi lado cuando más la necesito.

A mi esposo Roberto Camargo Gómez-Casseres, por ser solidario y a pesar de todo seguir caminando a mi lado, siendo un cómplice en mis proyectos. A mi hijo Robertico por ser como es.

A mis colegas y amigas Milayev González Rodríguez, Guadalupe Acero Blanco y Laura Pradilla por ayudarme en todo este proceso y darme todo el ánimo del mundo. Gracias igual a las estudiantes de psicología de la Universidad de San Buenaventura, Camila Almonacid y Natalia Burgos por ayudarme en la calificación de pruebas.



# INDICE

1	ABUSO SEXUAL INFANTIL .....	1
1	Definición .....	2
1.1.	Consideraciones previas .....	2
1.2.	Hacia la definición del abuso sexual infante .....	13
2	Tipos de abuso sexual .....	19
3	Prevalencia e incidencia del abuso sexual .....	23
4	Características del abuso sexual .....	34
2	MODELOS DE ABUSO SEXUAL .....	39
1	Abuso sexual: un acontecimiento vital .....	41
1.1.	Abuso sexual: trauma psicológico .....	42
1.2.	Explicaciones del abuso sexual .....	45
2	Modelos específicos de abuso sexual .....	47
2.1.	Modelo Multifactorial de Coulborn Faller (1988) .....	48
2.2.	Modelo de Precondición del abuso sexual de Finkelhor .....	52
2.3.	Modelo Integrado del Abuso Sexual de Marshall y Barbaree..	61
2.4.	Modelo Cuatripartito de Hall y Hirschman .....	65
2.5.	Modelo Comprensivo del abuso sexual de Ward y Siegert	67
2.6.	Modelos ecológicos .....	70
2.7.	Comentarios finales .....	81
3	CONSECUENCIAS DEL ABUSO SEXUAL .....	85
1	Conceptos básicos .....	85
2	Impacto: concepto, definición y tipología .....	90
2.1.	Problemas en el estudio del impacto .....	97
3	Estudios sobre las consecuencias del abuso sexual infantil .....	100
3.1.	Estudios a largo plazo realizados con adultos .....	100
3.2.	Estudios realizados con niños .....	110
3.3.	¿Hay algo más que estudiar? .....	121
4	Variables específicas de este estudio .....	122
4.1.	Desarrollo cognoscitivo e inteligencia .....	123
4.2.	Desarrollo emocional y socioemocional .....	128
4.2.1.	Ansiedad.	130

4.2.2. Ira .....	134
4.2.3. Estado de ánimo .....	136
4.2.4. Apego-vínculo .....	140
4.2.5. Autoeficacia .....	146
4.2.6. Conclusiones .....	148
4 ESTUDIO EMPÍRICO .....	151
1 Introducción .....	151
2 Objetivos .....	155
2.1. Objetivo general .....	155
2.2. Objetivos específicos .....	155
3 Método .....	157
3.1. Participantes .....	157
3.2. Instrumentos .....	158
3.3. Procedimiento .....	165
3.4. Análisis estadístico .....	166
3.5. Variables .....	167
3.5.1. Variable independiente: experiencia de abuso sexual .....	167
3.5.2. Variables controladas: sociodemográficas .....	169
3.5.3. Variables dependientes .....	169
4 Resultados .....	171
4.1. Datos sociodemográficos de la muestra general .....	171
4.2. Datos descriptivos de la condición de abuso sexual .....	173
4.3. Comparación entre la condición de abuso sexual y control ...	177
4.4. Análisis de interacciones entre grupos y género .....	178
4.5. Análisis de interacciones entre grupos y edad .....	183
4.6. Variables relacionadas con el abuso y riesgo de abuso .....	185
4.7. Descripción de las características de la condición de abuso sexual .....	188
4.8. Relación entre características de la condición de abuso sexual y otras variables .....	192
4.9. Comparación entre grupos según el contexto de abuso de las variable psicológicas .....	198
4.10. Comparación entre grupos según el tipo de abuso de las variables psicológicas .....	198
4.11. Comparación entre grupos según el tiempo transcurrido desde el informe de abuso de las variables psicológicas .....	202

5	DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES .....	203
1	Discusión .....	203
2	Conclusiones .....	218
	REFERENCIAS .....	221
	Anexo I .....	243
	Anexo II .....	245
	Anexo III .....	251



# **CAPÍTULO 1**

## **ABUSO SEXUAL INFANTIL**

El abuso sexual infantil es un problema mundial de gran magnitud que se ha ido incrementando tanto en los países industrializados como en aquellos considerados en desarrollo. Este aumento de casos puede ser el resultado de mayor notificación y reporte, o de la aplicación de programas de prevención de limitada efectividad.

Uno de los grandes problemas respecto al abuso sexual de niños y adolescentes tiene que ver con los sistemas de notificación e información, los cuales muestran gran variabilidad, ya que en muchas ocasiones no coinciden con la realidad y no reflejan adecuadamente la problemática. De hecho, esto incide directamente en la planificación y aplicación efectiva de programas de detección, intervención y prevención. La mayoría de los datos provienen de diversas fuentes, como son las estadísticas oficiales, los casos notificados y los estudios de prevalencia (WHO, 2002).

La magnitud de este fenómeno se calcula a partir de los sistemas de información que recogen los casos de distintas fuentes. Este parece ser uno de los mayores obstáculos para el registro de la problemática. Sin embargo, las dificultades en el registro se hacen aún mayores en la medida que las definiciones del término y la conceptualización del mismo conducen a confusiones y por lo tanto a evitar las denuncias. Según Glaser (2008) existe un acuerdo entre expertos que considera que la definición del maltrato infantil debe ser mas precisa, en todos los tipos dentro de los cuales está el abuso sexual.

El abuso sexual es considerado como una de categoría del maltrato infantil que no sólo se circunscribe al ámbito familiar sino que también se presenta dentro de los contextos más inmediatos en donde el niño se encuentra, como son la escuela y la comunidad. Esto plantea que los niños, niñas y adolescentes se encuentran en riesgo de ser víctimas de abusos sexuales en diferentes espacios y ambientes.



## 1. Definición.

Existe acuerdo entre los autores en que definir el abuso sexual es algo complejo. Tradicionalmente, las definiciones del abuso sexual incluyen dos componentes esenciales como son: el tipo de conductas sexuales involucradas y la edad de la víctima y el agresor. El abuso sexual se ha referido a un amplio espectro de comportamientos. Por un lado las *ofensas sin contacto* incluyen acciones tales como la exposición de los genitales, el voyeurismo, la exposición de un niño a la pornografía, y el inducir a un niño a desnudarse o a masturbarse en presencia del agresor. Por otro lado, las *ofensas con contacto* incluyen la manipulación genital, y la digital.

Por lo general, las definiciones propuestas están enmarcadas en perspectivas particulares y dependen del propósito para las cuales han sido enunciadas. Algunas de estas definiciones se refieren a aspectos legales, otras a referentes propios de la salud pública y, en algunos otros casos, al campo de la protección. Esto hace que en reiteradas ocasiones se den incoherencias en las definiciones y en las acciones que se llevan a cabo. Desde la perspectiva investigativa es aún mayor la dificultad debido a la necesidad de operacionalizar y evaluar con efectividad los casos a los que se hace alusión en el abuso sexual (Ramírez, Cuadros, García, Orjuela, Mojica y Dávila 2005).

A pesar de los esfuerzos por contar con definiciones precisas y confiables, aún hay grandes dificultades en relación con las definiciones del maltrato infantil y en particular del abuso sexual, esta precisión en las definiciones es esencial para la realización de los estudios de prevalencia e incidencia, así como en el análisis etiológico y por supuesto en la intervención y el tratamiento. Las dificultades en la definición han sido analizados en diversos estudios clásicos como los de Aber y Zigler (1981), Cicchetti y Carlson (1989), Giovannoni (1989, 1992), Giovannoni y Becerra (1979), McGee y Wolfe (1991), Strauss y Gelles (1986) y Zuravin (1991).

### 1.1. Consideraciones previas.

Según el *National Research Council* (1993) las ambigüedades en las definiciones se deben a una serie de factores: (1) la carencia de consenso social sobre formas adecuadas de paternidad y lo que se considera una crianza peligrosa, (2) las bases inconsistentes en las que se debe apoyar la definición, ya sea en las características del adulto, en el comportamiento del

adulto, en el impacto en el niño, en el contexto ambiental donde ocurre el maltrato o abuso, o en la combinación de las anteriores; (3) el conflicto en considerar el daño como elemento de la definición; (4) la confusión sobre las áreas en las cuales es aplicable la definición: científica, legal y clínica; (5) el hecho que una acción sobre un niño puede variar de manera sustancial dependiendo de la edad, el sexo, la relación con el actor, la cultura y los factores de contexto; (6) la variabilidad existente en las definiciones de niño, referente a la edad principalmente y la existencia de subgrupos en particular en el caso de los jóvenes; (7) la incertidumbre sobre si las definiciones deben reflejar categorías discretas de comportamientos maltratantes o si deben describir dimensiones del maltrato dentro de un espectro amplio de comportamientos considerados normales; y (8) las dificultades en el desarrollo de definiciones que tenga un significado conceptual y que puedan ser operacionalizadas. Un constructo teórico ideal al ser aplicado al contexto real puede no ser de utilidad.

La conceptualización del maltrato es esencial para la investigación del fenómeno. Sin embargo, los investigadores se enfrentan a un problema cuando las definiciones operacionales se encuentran distantes del constructo central. La crítica más frecuente tiene que ver con la imprecisión de los términos, con la inadecuación de las estrategias de medición, con las dimensiones del fenómeno poco comprensibles, y con la variabilidad ocasionada por los diseños y las metodologías empleadas en el estudio del maltrato (Manly, 2005). A pesar de esto es necesario reconocer que los planteamientos del *National Research Council* (1993) fueron de gran avance en el tema de la definición.

Según Manly (2005), es urgente contar con definiciones claras y precisas ya que esto posibilita mejores resultados, no sólo en los estudios de carácter epidemiológico sino también en los que tienen como propósito derivar conclusiones sobre los efectos y consecuencias que el maltrato ocasiona en el desarrollo y ajuste de las personas que lo padecen. La necesidad también radica en que el conocimiento generado por los estudios permite que las conclusiones sean generalizables a diferentes grupos y por lo tanto se mejoren las relaciones que se establecen entre las dimensiones del maltrato, los factores etiológicos y las secuelas del mismo. Así mismo, se pueden determinar factores críticos relacionados con los perpetradores y de esta forma mejorar la política pública en materia de intervención y prevención del abuso.

Uno de los principales obstáculos en la definición del maltrato está asociado con la connotación negativa de carácter social que tiene el fenómeno dentro del ámbito familiar privado, por esta razón la información obtenida a través del auto-reporte no es tan confiable. En bastantes ocasiones el maltrato se convierte en una práctica disciplinaria o en un patrón cultural desde los cuales establecer el límite en el continuo de la conducta maltratante es muy complejo (Vargas y Ramírez, 1999; Manly 2005).

Las investigaciones en el campo del maltrato infantil se han cuestionado debido a que las definiciones que se formulaban eran vagas, imprecisas, simples, carentes de especificidad y en muchas ocasiones demasiado dependientes de las definiciones legales propuestas con fines de protección. Según Manly (2005) en las últimas décadas los investigadores han incorporado definiciones más precisas que les permiten dimensionar el fenómeno en subtipos y criterios como el de gravedad y cronicidad los cuales se aproximan más a la realidad.

English, Bangdiwala y Runyan 2005) afirman que a pesar que se ha avanzado considerablemente en el desarrollo de modelos teóricos explicativos de los distintos subtipos de maltrato, el interés en la operacionalización y cuantificación del maltrato infantil como variable independiente ha estado más limitado. Por lo anterior, el incluir en la definición distintas dimensiones de los eventos del maltrato podría facilitar la operacionalización de los términos y no considerar la variable sólo en término dicotómicos.

En la investigación realizada por Ramírez y Pinzón (2005) en la costa Caribe y el Litoral Pacífico colombiano se utilizaron las dimensiones de gravedad y cronicidad para describir el fenómeno del maltrato infantil en las seis regiones estudiadas. Los criterios definidos en este estudio fueron leve, moderado y severo utilizando la taxonomía de Barnett (1994). Se encontró que de la muestra estudiada el 47.6% no presentaba maltrato físico, pero el porcentaje restante presentaba maltrato y éste se distribuyó de la siguiente manera: 22.1% maltrato leve, 19.1% moderado y 11.2% severo. En cuanto al dato global por regiones se encontró que en el Litoral Pacífico se presentaron casos de maltrato físico leve 23.4%, moderado 18.8% y severo 12.4%. En cuanto a la costa Atlántica las proporciones fueron similares, maltrato leve 20.3%, moderado 19,6% y severo 9.3%. En la región del Atlántico se encontró un 18.7% de maltrato en la categoría de leve, 14% moderado y 8.7% severo. En Cartagena de Indias 24.3% leve, 15,3% moderado y 9.7% severo, en la

ciudad de Sincelejo 17.7% maltrato leve, 31% moderado y 9.7% severo. En la región pacífica se encontró lo siguiente: en Cauca-Valle (zona de alto riesgo en conflicto armado), 28.7% maltrato leve, 18% moderado y 5.7% severo. En Quibdó los datos muestran un 22.4% de maltrato leve, 18.7% moderado y 13.6% severo. En Tumaco, el maltrato leve fue de 22.7%, el moderado 19.3% y el severo 13.3%. Los datos de esta investigación muestran la necesidad de orientar los programas de prevención en esas líneas y atender prioritariamente aquellas familias en donde la categoría de severo es evidente y lograr la recuperación de los niños y las niñas.

Hace ya 15 años Barnett, Manly y Cicchetti (1993) propusieron el Sistema de Clasificación del Maltrato (SCM) por la necesidad de contar con definiciones claras del maltrato y los diferentes subtipos (Manly, 2005). Este sistema se fundamenta en una concepción del desarrollo y se constituye como un marco integrado para cuantificar diferentes aspectos concernientes a los malos tratos experimentados por los niños y a las múltiples dimensiones que se relacionan con los efectos psicológicos.

El SCM incluye definiciones operacionales y códigos para cada uno de los subtipos, y reconoce la frecuencia de la co-ocurrencia múltiple de subtipos. Tomando como marco de referencia la psicopatología del desarrollo, determina que el efecto de una experiencia maltratante define el impacto en las diferentes áreas de desarrollo y ajuste teniendo en cuenta la edad en la que ocurre la experiencia traumática (Manly, 2005). Las dimensiones consideradas en el sistema de clasificación incluyen el subtipo de maltrato, las características (edad de ocurrencia, frecuencia, cronicidad y periodo de desarrollo), la relación con el agresor, el número de separaciones y ubicaciones en hogares de acogida, y la gravedad de los incidentes de maltrato, tal y como se observa en la Tabla 1.1. Estas dimensiones una vez clasificadas en el sistema permiten ser cuantificadas de tal manera que todos los componentes del sistema pueden dar información válida y puede ser evaluada empíricamente.

El SCM fue creado inicialmente para obtener información de los registros del sistema de protección, con el propósito de integrar varios informantes y diversas fuentes de información dentro del marco de referencia de la psicopatología del desarrollo, y así tener la información pertinente sobre el impacto del evento en el desarrollo de los niños y las niñas. El sentido fue minimizar la variabilidad y la poca confiabilidad que se podría generar desde los reportes del sistema de protección (Manly, 2005).

**Tabla 1.1.**  
**Sistema de Clasificación de Maltrato Infantil** (Barnett, Manly y Cicchetti, 1993).

---

<i>1. Subtipo</i>	Maltrato físico Abuso Sexual Negligencia física Maltrato emocional Maltrato Moral/Legal/Educativo
<i>2. Gravedad</i>	(de 1= baja a 5= alta)
<i>3. Frecuencia/Cronicidad</i>	(Informes de los Servicios Sociales de Protección a la infancia/meses de intervención por los Servicios Sociales de Protección a la Infancia)
<i>4. Período de Desarrollo</i>	1. Nacimiento- 6 meses 2. 7-11 meses 3. 12-17 meses (1-1.5 años) 4. 18-36 meses (1.5- 3 años) 5. 37-71 meses (3-5 años) 6. 72-95 meses (6-7 años) 7. 96-131 meses (8-10 años) 8. 132-156 meses (11-13 años) 9. > 157 meses (más de 13 años)
<i>5. Separación/emplazamiento</i>	- Acogimiento familiar - Emplazamiento con parientes - Acogimiento residencial
<i>6. Perpetrador</i>	Madre/Padre biológico Madastra/Padastro/Padres sustitutos Otros parientes Canguro/Amigo Persona desconocida/No se sabe

---

Tomado y adaptado de Muela Aparicio (2008)

Es importante considerar que el sistema creado no parte de las categorías contempladas en el sistema de protección sino que, en lugar de esto, utiliza la información descriptiva amplia incluida en los registros de los casos. Esto significa que se incluyen datos como: registros de tratamientos clínicos, registros médicos, historia de las remisiones a protección y a hogares sustitutos.

Una de las ventajas de este sistema es que en la última década los investigadores lo han utilizado, y esto ha permitido comparar los hallazgos de distintos estudios así como compartir un mismo lenguaje.

En 1997, English y el grupo de investigadores del LONGSCAN (English y the LONGSCAN Investigators, 1997) hicieron una modificación de las categorías de los subtipos de maltrato, al modelo original, que han facilitado el análisis detallado de estudios con muestras grandes. Estas escalas reformadas son de gran utilidad para los investigadores que probablemente no pueden contar con muestras de gran magnitud y tamaño (Manly, 2005). En la Tabla 1.2 se recogen esas modificaciones.

**Tabla 1.2**  
**Sistema de Clasificación de Maltrato Modificado**  
 (English, Bangdiwala y Runyan, 2005).

Tipo de maltrato	Subtipos
<i>Maltrato físico</i>	Maltrato físico en cabeza, torso, nalgas, miembros, conducta violenta, ahogamiento, quemaduras, sacudida, etc.
<i>Abuso sexual</i>	Exposición, explotación, penetración, etc.
<i>Negligencia infantil</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- No cubrir necesidades de: alimentación, higiene, ropa, cobijo, etc.</li> <li>- Falta de supervisión: falta de supervisión, cuidado sustituto, etc.</li> </ul>
<i>Maltrato emocional</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se contemplan 27 subtipos:</li> <li>- Seguridad física y psicológica: 10 subtipos</li> <li>- Aceptación y autoestima: 8 subtipos.</li> <li>- Autonomía personal apropiada para la edad: 4 subtipos.</li> <li>- Limitaciones: 5 subtipos.</li> </ul>
<i>Maltrato Moral-Legal/ Educativo</i>	

Tomado y adaptado de Muela Aparicio (2008)

En el caso de la investigación no sólo es esencial el contar con una definición del tipo de maltrato lo suficientemente descriptiva, sino que la definición operacional es fundamental para lograr los objetivos de medición lo suficientemente confiables. En un estudio realizado por Runyan, Cox, Dubowitz, Newton, Upadhyaya, Kotch, Leeb, Everson y Knight (2005) se compararon tres sistemas de clasificación para observar el acuerdo entre los mismos. Los sistemas estudiados fueron los criterios del Estudio Nacional de

Incidencia de Sedlak y Broadhurst (1996), el Sistema de Clasificación de Maltrato, y las categorías del Sistema de Protección del Niño (CPS). Los resultados mostraron que existía una concordancia moderada en las clasificaciones entre los tres modelos analizados, especialmente para los casos de maltrato físico y abuso sexual y esta concordancia fue más evidente entre el SCM y los criterios del Estudio Nacional de Incidencia, el de menor concordancia fue el correspondiente al sistema de protección, en particular en la categoría de maltrato emocional, que es la menos investigada.

La gran mayoría de investigaciones en el campo del maltrato infantil han tomado las definiciones de los servicios y agencias de protección y bajo el criterio de la presencia o ausencia de uno de los subtipos de maltrato o la combinación de éstos. Las definiciones y los criterios de los servicios de protección según Runyan et al. (2005) son muy débiles, por lo que es importante contar con las definiciones con fines investigativos. Las ventajas de estas definiciones son: (1) las predicciones son más significativas con estas que las que se logran con las definiciones de las agencias de protección, y (2) los análisis sobre las consecuencias son más limitadas con las definiciones de las agencias de protección ya que éstas no se fundamentan en criterios claros. Una de las dificultades mayores tiene que ver con aspectos metodológicos en el caso de las notificaciones de los organismos de protección, mientras que con el SCM esto se reduce en la medida que el sistema está diseñado para evaluar múltiples tipos de maltrato y la co-ocurrencia de los mismos. Aunque los análisis se centren en uno de los subtipos de maltrato, es importante considerar en los estudios sobre consecuencia y efectos, la interrelación entre subtipos múltiples de maltrato, así como las diferentes dimensiones del maltrato.

Para Runyan et al. (2005) es necesario contar con un sistema de clasificación de los subtipos del maltrato que esté apoyado en criterios claramente definidos, replicables y objetivos que faciliten el registro de los casos así como los procesos investigativos que permitan avanzar en este campo del conocimiento. Se debe enfatizar esto ya que en la agencias de protección los criterios de definición son de alta variabilidad y están sujetos a los cambios constantes en las políticas públicas. Por lo anterior, los investigadores deben recurrir a criterios objetivos que van más allá de las posturas de la política pública, y que sean verdaderos indicadores de las experiencias negativas de las que son víctimas los niños y niñas.

Manly (2005) afirma que las definiciones para investigación deben estar sujetas a varias condiciones y deben integrar múltiples informantes y diversas fuentes de información, adicionalmente deben incluir la percepción que tiene el niño de la experiencia vivida. Además de lo anterior, este mismo autor enfatiza que las definiciones deben hacer alusión a los diferentes subtipos del maltrato. En el SCM, que se mencionó anteriormente, las definiciones operacionales de cada uno de los subtipos se caracterizan por ser descripciones narrativas de los eventos específicos, de tal manera que se determine la presencia o ausencia del evento maltratante. Lo interesante de éste sistema es que además se codifican situaciones asociadas al evento que pueden aclarar aún más el suceso, pero el evento es aislado de las consecuencias para que no dé lugar a confusiones en la clasificación. Cada uno de los subtipos tiene características diferentes que los distingue cualitativamente entre sí. Sin embargo, es urgente contar con evidencia empírica que permita establecer relaciones entre esas características y los efectos en el niño que ha sido maltratado. Las definiciones del SCM, están centradas en las acciones de los padres, cuidadores o adultos que son potencialmente dañinas para el desarrollo psicológico de los niños. En algunos de los subtipos se puede lograr la codificación por niveles desde severo a leve pero esto no es aplicable a todos los casos.

En los estudios de maltrato infantil, como lo sugiere Manly (2005) se debe tener mucho cuidado en las definiciones que se utilizan ya que es muy poco frecuente que el niño haya estado expuesto a un sólo subtipo de maltrato, siendo la combinación de varios subtipos lo usual. En el estudio realizado por Manly, Kim, Rogosch y Cicchetti (2001) en una muestra de 492 niños maltratados se encontró que sólo el 8% habían sido maltratados físicamente como única condición, y el 5% habían sido abusados sexualmente. Este estudio muestra que con frecuencia se encuentra la combinación de varios subtipos y no uno sólo, por lo que es necesario determinar el grupo primario que se estudia a partir de la evaluación más precisa de la muestra a seleccionar, de lo contrario la variabilidad en los resultados se puede deber a la combinación y no al suceso victimizante por sí. Es posible que en algunos casos, cuando hay combinación de subtipos, los resultados en cuanto a las consecuencias asociadas se den con índices de mayor impacto. En relación con lo anterior algunos estudios como los de Kendall-Tackett, Williams y Finkelhor (1993) y el estudio de Wolfe y Birt (1995) mostraron las



consecuencias negativas asociadas al abuso sexual en combinación con otros subtipos de maltrato, en particular en lo referente a las conductas externalizantes y los problemas de comportamiento. Sin embargo es posible que las consecuencias también dependan del periodo de desarrollo, de la gravedad del evento y de la concurrencia de otros subtipos de maltrato combinados con el abuso sexual (Manly, Kim, Rogosch y Cicchetti (2001). El objetivo del SCM dentro de la perspectiva de la psicopatología del desarrollo pretende, por una parte, articular los subtipos de maltrato y la combinación de estos cuando ocurren en etapas específicas del desarrollo y por otra mostrar cómo estas condiciones afectan el desarrollo de competencias básicas de cada periodo, lo cual determina de manera diferencial las rutas de adaptación.

No sólo el tipo de maltrato tiene efectos diferenciales en el desarrollo, la **gravedad**, como ya se había mencionado, debe ser considerada en las investigaciones que pretenden determinar consecuencias e impacto. El criterio de gravedad se ha asociado con efectos de mayor alcance en estos casos (Barnett, 1993). Esto ha hecho que las agencias de protección den mayor atención a los casos graves mientras que los que muestran niveles moderados o leves no son atendidos con la prontitud requerida, y los estudios muestran que un evento de maltrato crónico y de moderada intensidad ocasiona daños similares a aquellos casos que se han clasificado como graves. De igual manera, especificar la gravedad es también complejo por lo menos en algunos subtipos de maltrato. Según Manly (2005) la gravedad en los casos de maltrato se pueden analizar con base en los siguientes criterios: (1) el incidente más grave que el niño haya experimentado, (2) el promedio de los índices de gravedad de todos los episodios, y (3) la suma de todos los índices de gravedad o la frecuencia de reportes que se acercan más al criterio de gravedad. Desde una perspectiva de la psicopatología del desarrollo es relevante en los estudios, tener en consideración tanto el subtipo como tal y la gravedad del mismo ya que esto puede dar resultados diferenciales en cuanto a los efectos y consecuencias.

Otra de las dimensiones a considerar en la definición del tipo de maltrato es el **periodo de tiempo** en que ocurre o ha estado ocurriendo el evento. Manly (2005) considera que los efectos de un suceso de maltrato van a estar relacionados con la edad en la que ocurre por primera vez, con la frecuencia del maltrato, y con la forma cómo ocurren los episodios a lo largo del

desarrollo, lo que a su vez determinará los periodos de desarrollo que se verán más perturbados a lo largo de la vida. Además de la edad, la frecuencia de los episodios, la duración del maltrato, la etapa del desarrollo en la que ocurre, la recurrencia del evento, la continuidad en el tiempo, es necesario considerar el espacio de tiempo entre el abuso y la medición de los efectos.

Los criterios descritos anteriormente se consideran importantes en el momento de evaluar efectos de algún tipo de maltrato, ya que cada uno de estos factores puede determinar el curso y el área del desarrollo que se ve afectada por el evento de maltrato, que en el caso particular de este estudio y como objeto central es el abuso sexual de niños y niñas.

No sólo en la investigación científica, la definición es importante, también lo es en el caso de los sistemas de notificación y reporte, en la medida que se debe llegar a un punto de certeza máximo para no denunciar un caso que puede ser falso. Smith, Slep y Herman (2006) llevaron a cabo un estudio para desarrollar definiciones y procesos orientados a la verificación y notificación de casos que fueran confiables, y que se tratara de un modelo más al alcance de los funcionarios responsables de detectar y notificar dichos casos. Estos autores consideran que la falta de confiabilidad en los reportes de casos notificados tiene que ver con la poca objetividad que muchos de los evaluadores tienen en estos casos. Esto puede ser debido a que en bastantes oportunidades el caso es considerado como positivo a partir de factores que están asociados a él, y no por el evento en sí que probablemente no es claro para el evaluador. Al parecer las definiciones clínicas se combinan con elementos legales y jurídicos y se disminuye la precisión de las mismas. En el sistema norteamericano existen tres categorías de reporte: (1) caso de evidencia de maltrato y abuso, (2) caso negativo y (3) caso inconcluso.

El estudio realizado definió, con base en el modelo del DSM-IV, unos criterios para determinar casos positivos o negativos (falsos casos) para poder ser notificados y facilitar la toma de decisión en los mismos. Se llevaron a cabo grupos de trabajo y grupos focales así como consultas a expertos de las definiciones para ser analizadas por los mismos con base en varios criterios: acuerdo, sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y valor predictivo negativo. El acuerdo y el valor predictivo positivo fue alto en casi todas las categorías de maltrato, especialmente para las definiciones de maltrato físico y abuso sexual, en menor medida para las definiciones de maltrato emocional y negligencia. En el Cuadro 1.1 se describen los criterios utilizados por Smith

Slep y Herman (2006) para definir abuso sexual y que fue analizado por los expertos.

### **Cuadro 1.1**

#### **Criterios de definición del Abuso Sexual Infantil (Smith et al., 2006).**

Para ser notificado un caso de abuso sexual el requisito es cumplir los criterios A1, 2 o 3.

**A1. Explotación Sin contacto** – forzar, engañar, amenazar o presionar a un niño (a) a participar en actos que producen gratificación sexual para la persona sin contacto físico directo entre el niño y el agresor.

- Los actos incluyen, pero no se limitan a esto, la exposición del niño o del agresor de los genitales, el ano, o los senos (tetillas); hacer al niño que se masturbe o que observe a otros en actos de masturbación; hacer que el niño participe en actividades sexuales con terceras personas (incluye la prostitución infantil) hacer que el niño pose desnudo o que se comporte en forma sexual (incluye pornografía infantil); exponer el niño a observar pornografía o actos sexuales en vivo; y exponerlo a acciones de observación ( como voyerismo).

**A2. violación** – uso de la fuerza física, la manipulación emocional, o la ingenuidad de un niño o adolescente para lograr la penetración del pene en la vulva o del pene en el ano (del niño, del perpetrador o ambos) aunque sea leve.

**A3. Otro tipo de ataque sexual** – contacto físico de naturaleza sexual entre un niño y un perpetrador que no incluye la penetración del pene en la vulva o el ano, incluye pero no está limitado a:

- Contacto oro-genital u oro-anal
- Penetración del recto o la vulva (con las manos, los dedos u otros objetos)
- Intentos de penetración en la vulva o el recto
- Tantear, frotar, acariciar, golpear o comportamientos similares directamente o por encima de la ropa.

#### **PUNTUACIÓN PARA ABUSO SEXUAL INFANTIL**

Cumple criterio A1 (explotación sin contacto)

Cumple criterio A2 (violación)

Cumple criterio A3 (otro tipo de ataque sexual)

## 1.2. Hacia la definición de abuso sexual infantil.

El reto para el presente trabajo de investigación es contar con una definición de abuso sexual que sea conceptualmente clara y precisa y que además sea sensible para una operacionalización y medición acertada. La dificultad más importante radica en que la definición debe ajustarse desde el marco legal y de la protección hasta llegar a una descripción clínica fácilmente operacionalizable para la investigación.

Las definiciones con una aplicabilidad a la investigación son determinantes para lograr no sólo el avance en el conocimiento de fenómeno sino para lograr mejores aportes a la implementación de la política pública, a la protección de los niños y a la generación de criterios que permitan la reparación del daño que se ocasiona en estos casos.

Las categorías reconocidas mundialmente como maltrato infantil son: maltrato físico, abuso sexual, negligencia y maltrato emocional (*National Research Council*, 1993). El presente estudio se centra en el abuso sexual y por lo tanto se limita a esta categoría en su definición y descripción. El abuso sexual según el National Research Council (1993) incluye el incesto, el acceso sexual violento por un familiar o un desconocido, tocamientos de los genitales, exposición a actos indecentes, rituales sexuales y pornografía infantil.

Aber y Ziegler (1981) distinguen distintas aproximaciones en las definiciones del maltrato infantil tales como: médico-diagnóstica, legal, sociológica y la concerniente a la investigación. Si bien es cierto la distinción que hacen los autores fue originalmente en referencia a los casos de maltrato físico, tienen también utilidad en el caso del abuso sexual. Sin embargo, la aproximación **médico-diagnóstica** se ajusta más a los casos de maltrato físico por las condiciones de detección e identificación que se dan en estos casos. En el abuso sexual la definición con base en las manifestaciones físicas evidentes no es posible en todos los casos y llevaría a definiciones muy limitadas. Si esta perspectiva es tomada para investigación, la confiabilidad y precisión serían cuestionables ya que los indicadores físicos del abuso sexual pueden ser confundidos con otras condiciones físicas. Es el caso de las infecciones transmitidas sexualmente o condiciones físicas similares, las cuales se pueden tomar como indicador de sospecha de abuso sexual pero deben ser contrastadas con otros indicadores.

En el aspecto **legal** el énfasis de las definiciones está en la naturaleza específica de los actos abusivos por sí mismos y las consecuencias que estos tienen en la víctima. El abuso sexual en este caso se limita a aquellos casos en los cuales el niño muestra evidencias de daño físico y emocional y se excluyen aquellos en donde aparentemente las consecuencias no son inmediatas y se manifiestan en momentos posteriores del ciclo de vida (*National Research Council*, 1993).

Las definiciones de maltrato desde la perspectiva **sociológica** se enfocan principalmente, en el acto de maltrato en sí, con el objetivo de determinar la desviación social que se asocia con el acto de maltrato. Según afirman Cicchetti y Barnett (1991) esta perspectiva es bastante amplia y puede dejar de lado los casos de maltrato grave que implican una atención médica. Desde la perspectiva sociológica es necesario considerar factores del contexto social asociados a la problemática.

Desde la perspectiva **científica** o de investigación, las definiciones se orientan hacia la medición confiable y empíricamente validada, útil en los estudios de prevalencia e incidencia, en los estudios longitudinales sobre secuelas y efectos del maltrato, y en los que comparan efectividad de tratamientos. En general, en muchos estudios precisamente por la ausencia de definiciones claras se ha optado por la clasificación propia de las agencias de protección (Giovannoni y Becerra, 1979). En relación con estas definiciones, como ya se mencionó, es necesario considerar que éstas pueden estar sujetas a variabilidad según los cambios en el marco legal vigente en cada uno de los contextos particulares.

Es claro que el debate sobre las definiciones está vigente, lo cual es evidente en la literatura. Sin embargo las anotaciones que el *National Research Council* formula desde 1993 son de actualidad ya que son similares a las discutidas sobre este aspecto en el marco de la Cumbre Mundial de Protección de Infancia (ISPCAN, 2008).

La revisión y análisis de algunas definiciones de abuso sexual planteadas por agencias de salud, marcos legales de referencia o agencias de protección puede orientar a tomar una definición útil desde la perspectiva investigativa.

Desde el marco de derechos de los niños, el abuso sexual es todo acto en el que una persona en una relación de poder involucra a un niño, niña o adolescente en una actividad de contenido sexual que propicia su victimización

y de la que el ofensor obtiene gratificación, destruyendo la autoestima y la seguridad personal de sus víctimas. El abuso sexual es más que la violación y/o penetración, incluye contactos físicos y manipulación emocional (IPEC – SUDAMÉRICA, 2001).

Para Horno, Del Marino, López, Jiménez y Román (2006) el abuso sexual es considerado una de las tipologías del maltrato infantil y se define como: *“cualquier forma de contacto físico de contenido sexual con o sin acceso carnal, con contacto y sin contacto físico realizado sin violencia o intimidación y sin consentimiento o incluso con consentimiento cuando el menor no tiene edad para poder consentir (en España menor de 13 años). Puede incluir: penetración vaginal, oral y anal, penetración digital, caricias o proposiciones verbales explícitas”* (pág. 8).

En la perspectiva de la salud pública, la Organización Mundial de la Salud (WHO, 2002), define el abuso sexual como la utilización de un niño o niña en una actividad sexual que no comprende, para la cual no está en capacidad de dar su consentimiento, o para la cual no está preparado evolutivamente. Adicionalmente, es una conducta que transgrede las leyes o los tabúes sociales. Los niños pueden ser abusados tanto por adultos como por niños. Los abusadores pueden estar, ya sea por edad o nivel de desarrollo, en una posición de responsabilidad, confianza o poder sobre la víctima.

Schechter y Roberge (1976), citados por Hobbs y Wynne (2002), establecen que el abuso sexual infantil se define como la implicación de niños o adolescentes en actividades que ellos no comprenden o que no están en capacidad de dar su consentimiento y que por otro lado viola los tabúes sociales de los roles familiares

Por su parte Berliner y Elliot (2002) desde un marco clínico, definen el abuso sexual como cualquier actividad de tipo sexual de un adulto hacia un niño/a menor de 18 años. Esto incluye contacto sexual utilizando la fuerza o la amenaza, sin tener en cuenta la edad del niño/a, en la que además no hay por parte del niño una comprensión de la situación de carácter sexual. El contacto sexual entre un niño mayor y otro menor se considera abuso si hay diferencia significativa en edad, desarrollo y tamaño del que abusa y la capacidad de informar del abusado. Los actos sexuales abusivos pueden incluir penetración sexual, tocamientos, actos sexuales de no contacto como el exhibicionismo.

El criterio de edad ha sido un obstáculo en la definición del abuso sexual, así como la diferencia de edad entre la víctima y el agresor. La mayoría de los investigadores consideran que la edad límite debe ser 17 años, algunos consideran que 18 y otros 16, si por lo menos el agresor es 10 años mayor que la víctima (Finkelhor, 1979).

Según Coulborn Faller (1988) el abuso sexual es un acto que se presenta entre dos personas que se encuentran en diferentes niveles del desarrollo orientado a la gratificación sexual de aquel que está en un nivel superior. Existen tres componentes de la definición de abuso: (a) las clases de comportamiento sexual, (b) los parámetros de las situaciones abusivas versus las no abusivas y (c) los patrones de abuso sexual.

El abuso sexual incluye tres formas distintas de comportamiento: intrusión, tocamiento genital y otros actos de abuso sexual no específico, la intrusión incluye la penetración del pene en forma oral, anal o genital y la penetración digital. Además el tocamiento genital incluye otra forma de contacto genital peor sin penetración aparente. La categoría de lo no específico incluye actos de distinta índole pero que no involucran el contacto genital. En esta categoría se incluyen la explotación sexual comercial y la pornografía.

En el "National Incidence Study" (Sedlack y Broadhurst 1996) la definición de abuso sexual incluye distintas formas de comportamientos abusivos como manipulación genital, penetración, y otros actos sexuales de especificación indeterminada. La penetración incluye oral, anal o genital además de la digital o con cualquier otro objeto. Por su lado, la manipulación genital incluye alguna forma de contacto genital, pero sin penetración aparente, la categoría de especificación indeterminada incluye tocamiento de los senos o las nalgas, exposición genital y todos aquellos que no se dan con contacto genital.

Para Finkelhor (1994) las definiciones tanto para fines legales como investigativos tienen que contemplar dos elementos: (1) las actividades sexuales que involucran un niño o niña, y (2) determinar una condición abusiva.

En cuanto a las actividades sexuales en las cuales se involucra un niño o niña, Finkelhor (1994) define que éstas actividades se refieren a actos que tienen una clara intención de estimulación sexual, excluyendo los contactos con los genitales del niño con fines de cuidado e higiene. Por lo general se consideran dos tipos de actividades sexuales, con contacto y sin contacto. El

abuso sexual con contacto se define como el tocamiento de partes genitales del cuerpo del niño, el ano y los genitales, y tocar los senos en las niñas preadolescentes, o el obligar al niño a tocar los genitales del abusador. El abuso sexual con contacto es de dos tipos: (1) la penetración del ano, la vagina o la boca ya sea con el pene, de forma digital o con un objeto, y (2) sin penetración que incluye el tocamiento de los genitales del niño, los besos de carácter sexual, o llevar al niño a tocar los genitales del adulto. Por su parte, el abuso sexual sin contacto incluye el exhibicionismo, el voyeurismo o involucrar al niño en pornografía. En algunas ocasiones las verbalizaciones con contenido sexual y las proposiciones con carácter sexual se incluyen en esta categoría.

Según este mismo autor, las condiciones abusivas son las siguientes: la persona que se considera el abusador es mayor no sólo en edad sino en condición madurativa frente al niño, además está en una posición de autoridad frente al niño o tiene el rol de cuidador del mismo. Las actividades se llevan a cabo en contra del niño utilizando la fuerza o la amenaza, todas estas condiciones suponen una situación de inequidad y violan todas las posibilidades del consentimiento (Finkelhor, 1994).

El SCMM (SCM Modificado) desde la perspectiva investigativa define el abuso sexual (código 200) como cualquier conducta o intento de contacto sexual que se da entre un cuidador o adulto responsable y un niño/a, con el propósito de gratificar sexualmente al cuidador o de obtener un beneficio financiero (English y the LONGSCAN Investigators, 1997). En los casos de abuso sexual, el cuidador o adulto responsable se refiere a cualquier miembro de la familia, amigo o conocido que tiene una relación con el niño/a, o está en una posición de poder frente al niño (por ejemplo: una niñera). Cualquier información relevante en los registros relacionada con el abuso sexual debe ser contemplada en las puntuaciones de este sistema (véase la Tabla 1.3). Se debe tener en cuenta que los cuidadores pueden usar la coerción física o psicológica en los intentos de involucrar al niño en relaciones sexuales. En casos en donde el cuidador amenaza verbalmente al niño en su esfuerzo para tener relaciones sexuales, se debe codificar y puntuar la combinación de abuso sexual y abuso emocional. Si el padre no ofensor intenta decirle al niño que no reporte el abuso, esto se calificará como maltrato emocional. Si se presentan junto con las acciones sexuales heridas y daños para forzar al niño a tener relaciones sexuales se debe codificar como abuso sexual y maltrato físico.



**Tabla 1.3.**  
**Niveles de gravedad del abuso sexual en el SCMM**  
(English y the LONGSCAN Investigators, 1997)

---

**Gravedad**

---

- 1** El cuidador **expone al niño a estímulos sexuales explícitos o a actividades**, aunque el niño no esté directamente implicado.  
Ejemplos:

    - El cuidador expone al niño a materiales pornográficos
    - El cuidador no previene que el niño sea expuesto a actividad sexual
    - El cuidador habla de sexo explícitamente frente al niño pero no de manera educativa o formadora.
  
  - 2** El cuidador **solicita al niño contacto sexual de manera directa**.  
El cuidador **expone sus genitales al niño** con el propósito de obtener gratificación sexual o con el intento de estimular sexualmente al niño.  
Ejemplos:

    - El cuidador le solicita al niño tener relaciones sexuales, pero sin contacto
    - El cuidador invita al niño a observarlo en una actividad masturbatoria
  
  - 3** El cuidador involucra al niño en **tocamientos sexuales** mutuos, o lleva al niño a tocarlo a él para obtener gratificación sexual.  
El cuidador toca al niño para obtener gratificación sexual.  
Ejemplos:

    - El cuidador acaricia el niño para obtener gratificación sexual
    - El cuidador realiza masturbación mutua con el niño.
  
  - 4** El cuidador **intenta físicamente penetrar al niño** o realmente lo penetra. Esto incluye coitos, sexo oral, sexo anal, o cualquier otra forma de sodomía.  
Ejemplos:

    - El cuidador molesta sexualmente al niño
    - El cuidador intenta o tiene un acto sexual con el niño
    - El niño presenta una enfermedad venérea, pero no hay información sobre el acto sexual abusivo.
    - La madre tiene sexo oral con el hijo.
  
  - 5** El cuidador ha **forzado el acto sexual** u otras formas de penetración sexual, la fuerza incluye la restricción manual o mecánica con el propósito de la relación sexual. La fuerza incluye el uso de armas, brutalidad física y cualquier acción que pone en desventaja al niño para obligarlo a tener relaciones sexuales.  
El cuidador **prostituye el niño**. Esto incluye utilizar el niño para pornografía, permitiendo, animando y forzando al niño a tener relaciones sexuales con otros adultos. Cualquier mención de la palabra violación se califica en esta categoría.  
Ejemplos:

    - El cuidador inmoviliza al niño y lo viola
    - El cuidador sodomiza al niño bajo coerción.
    - El cuidador fuerza al niño a participar en filmaciones de películas pornográficas.
    - El cuidador invita una o más parejas para tener relaciones sexuales con el niño.
-

Todos los criterios y definiciones anteriores tienen una validez en términos de los fines para los cuales han sido propuestos. Si bien es cierto las definiciones más clínicas son descriptivas y narrativas, como la de Berliner y Elliot (2002), las de carácter más investigativo permiten establecer la ocurrencia del evento con las distintas dimensiones a considerar como es el caso de lo que ofrece el Sistema de Clasificación de Maltrato Modificado (English y the LONGSCAN Investigators, 1997).

La conceptualización de abuso sexual desde la perspectiva clínica de Berliner y Elliot (2002) es bastante descriptiva, ya que hace referencia al tipo de actos considerados como abusivos. De igual manera define de manera clara los actores del abuso enfatizando la condición de riesgo y vulnerabilidad del niño en relación con el perpetrador, así como en el nivel del desarrollo del niño y su limitación en la comprensión de la situación en la que está involucrado y además especifica los comportamientos que se categorizan como abusivos.

Así, en el presente estudio se considera como abuso sexual las conductas sexuales abusivas de un adulto hacia un menor de 18 años y cuyo agresor tiene una edad superior a cinco años, incluyendo los actos sexuales abusivos cometidos intrafamiliar o extrafamiliarmente. Se define aquí el abuso sexual como la utilización de un niño o niña en una actividad sexual que no comprende, para la cual no está en capacidad de dar su consentimiento, o para la cual no está preparado evolutivamente. Adicionalmente, es una conducta que transgrede las leyes o los tabúes sociales. Los niños pueden ser abusados tanto por adultos como por niños. Los abusadores pueden estar, ya sea por edad o nivel de desarrollo, en una posición de responsabilidad, confianza o poder sobre la víctima (WHO, 2002).

Además de esta definición conceptual, se integrarán los criterios operacionales propios para investigación contemplados en el Sistema de Clasificación de Maltrato Modificado (English y the LONGSCAN Investigators, 1997), y en particular la inclusión de los criterios de gravedad en la clasificación del grupo de estudio.

## **2. Tipos de Abuso Sexual.**

Según Horno et al. (2006) en España se han hecho algunas consideraciones al concepto y tipos de abuso sexual ya que éste varía según lo

consensuado en el programa europeo. Estos autores plantean que el abuso sexual no sólo debe incluir e abuso en sí mismo, sino que debe contemplar todas las categorías de abuso, agresión y explotación sexual. Se considera que la explotación, por ejemplo, incluye todas las formas de abuso con que tienen un fin económico en las que se encuentran la prostitución infantil, la pornografía infantil, el turismo infantil y tráfico de menores con fines sexuales. En la pornografía infantil se considerarían todos los tipos, no sólo la pornografía en internet sino también la escrita o telefónica. En España, según el documento de Horno et al. (2006), el término incesto ya no se usa como categoría, sino que se habla de abuso y de agresión sexual en general sin importar el agresor. Según esta autora, en España no hay diferencia entre el abuso intrafamiliar y extrafamiliar ni en su penalización ni en las medidas adoptadas.

En la Tabla 1.4 se especifican los distintos tipos de comportamientos sexuales abusivos delimitados por Coulborn Faller (2003). Como se ha mencionado, no sólo la definición es compleja sino también los criterios para definir los casos de abuso sexual, o las situaciones que se juzgan como abusivas. Evidentemente las conductas sexuales descritas en ese cuadro no se consideran abusivas si hay consentimiento y aceptación por parte de las personas, pero es necesario diferenciar cuando estas conductas son de carácter abusivo.

Para diferenciar un acto abusivo de uno que no lo es, se han definido tres parámetros: (a) quién es el agresor, (b) cuáles son los niveles de edad para definir abuso y (c) cómo interpretar los acuerdos de encuentros sexuales entre personas de diferente nivel de desarrollo.

Coulborn Faller (2003) afirma que para considerar a alguien agresor sexual debe existir una diferencia de edad entre éste y la víctima, siendo la diferencia de edas más aceptada la de cinco años. Además de la una mayor edad, el agresor posee un mayor conocimiento sobre sexo mientras que la víctima no conoce o su conocimiento es muy ingenuo. De otra parte, el acto tiene como propósito satisfacer sexualmente al agresor pero no es una conducta exploratoria ni placentera para la víctima. Otra condición para considerar el agresor como tal es que éste ejerce poder a través de manipulación, amenazas y el uso de la fuerza (Coulborn Faller, 2003).

**Tabla 1.4**  
**Tipos de comportamientos sexuales abusivos (Coulborn Faller, 2003).**

<b>Tipo de Abuso</b>	<b>Comportamientos</b>
<b>Abuso sexual sin contacto</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Comentarios verbales con contenido sexual</li> <li>- Exposición de partes íntimas (genitales, senos, ano)</li> <li>- Voyerismo</li> <li>- Fetichismo (fijaciones sexuales con ropa o partes del cuerpo)</li> <li>- Llamadas telefónicas con contenido obsceno</li> </ul>
<b>Tocamientos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tocamientos de las partes íntimas del niño/a por un ofensor (senos, genitales o nalgas)</li> <li>- Inducir al niño/a a tocar las partes íntimas del adulto</li> <li>- Tocamiento y masturbación por encima de la ropa</li> </ul>
<b>Penetración digital o con objetos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Introducción del dedo del abusador en la vagina o el ano de la víctima</li> <li>- Inducir al niño/a a introducir el dedo en la vagina o ano del adulto.</li> <li>- Introducción de un objeto por parte del abusador en la vagina o el ano de la víctima</li> <li>- Inducir al niño/a a introducir un objeto en la vagina o ano del adulto.</li> </ul>
<b>Sexo oral</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Besar al niño/a con introducción de la lengua.</li> <li>- Besar, lamer o morder distintas partes del cuerpo</li> <li>- Besar, chupar y lamer los senos</li> <li>- Cunilingus: Besar, lamer o morder la vagina o poner la lengua en el orificio vaginal.</li> <li>- Felatio: Besar, chupar y lamer el pene</li> <li>- Analingus: lamer el orificio anal</li> </ul> <p style="text-align: center;"><i>El perpetrador hace estos actos con el niño o instiga para que este lo haga en él.</i></p>
<b>Penetración propiamente dicha</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Coito vaginal: pene en la vagina</li> <li>- Coito anal: pene en el ano</li> </ul> <p style="text-align: center;"><i>La penetración es del ofensor hacia la víctima</i></p>

Por otro lado, el aspecto del consentimiento también ha sido materia de debate en la conceptualización del abuso. La edad está relacionada con el consentimiento, y el supuesto integrado a este concepto es el que el niño debe estar informado y tener total comprensión de la naturaleza del encuentro sexual. Para Finkelhor (1979) el criterio del consentimiento tiene que ver con que el niño o niña no puede dar consentimiento por dos razones: por que no comprende el sentido de la actividad sexual y porque además no tiene la posibilidad de rehusarse a la conducta en cuestión (Coulborn Faller, 2003).

Según esta autora, además de la descripción de los comportamientos sexuales abusivos en los cuales se involucra un niño, niña o adolescente, es necesario tener en cuenta los patrones de estos comportamientos (Coulborn Faller, 2003). Entre los que se consideran los encuentros sexuales diádicos, el sexo grupal, la explotación sexual, los círculos sexuales y las conductas ritualísticas de carácter sexual. El patrón más frecuente es el *diádico* que se da tanto intrafamiliar como extrafamiliar, en el que un adulto agresor tiene comportamientos sexuales abusivos con un niño, niña o adolescente. El caso del comportamiento sexual *grupal* incluye un agresor con varias víctimas dentro de una misma familia o grupo, en algunas ocasiones se pueden dar varios agresores. En la *explotación* sexual el interés es utilizar al niño en actividades sexuales con adultos con intercambio económico o de otra índole por esta actividad. La pornografía utiliza a los niños para elaborar videos o fotografías en las que los niños están en situaciones de relaciones sexuales o comportamientos sexuales abusivos con adultos o niños también con fines comerciales como en el caso de la explotación.

Los *círculos sexuales* incluyen niños para satisfacción sexual por lo general de un pedófilo, con más frecuencia niños que niñas y sobre todo los niños abandonados y que están en calle. Finalmente, la categoría de *rituales* incluye los niños en actos que son abusados física, psicológica y sexualmente. Se han identificado varios tipos de rituales como son los basados en creencias culturales, los seudorituales y aquellos que obedecen a cuadros psicopatológicos de los ofensores (Coulborn Faller, 2003).

Por otra parte, Rosas (2003) considera que los tipos de abuso sexual más comunes son: (1) el beso inapropiado llamado “beso francés”; (2) tocamiento de los genitales y los senos; (3) exposición genital; (4) tocamiento o masturbación del niño o requerir al niño tocar al perpetrador; (5) contacto oro-genital o penetración; (6) “Coito seco”, frotamiento del pene contra las piernas, contra el área genital o los muslos o las nalgas; (7) contacto o penetración vaginal o genital; (8) contacto o penetración anal; y (9) pornografía o prostitución infantil.

### 3. Prevalencia e incidencia del abuso sexual.

Décadas anteriores se consideraba el abuso sexual de mínima ocurrencia, mientras que actualmente los investigadores confirman que 1 de 3 a 4 mujeres y de 6 de 10 hombres en los Estados Unidos, han sido abusados sexualmente en la infancia. Es probable que en la mayoría de países, aquellos profesionales que tengan que trabajar con niños, niñas y adolescentes tanto en el sector salud, educación y protección se encuentren con frecuencia casos de abuso sexual en esta población (Coulborn Faller, 2003).

La mayoría de estos estudios sobre la prevalencia y/o incidencia del abuso sexual han sido realizados en Estados Unidos y Europa. En Colombia no se cuentan con estudios de incidencia sobre abuso sexual, en cuanto a estudios de prevalencia se encuentra el realizado por Ramírez y Pinzón (2005) el cual investigó la región caribe y el litoral pacífico colombiano.

Uno de los estudios que mayor mención reciben en la literatura es el estudio nacional de incidencia y seguimiento que se llevó a cabo en varias oportunidades, la más reciente en 1993, en los Estados Unidos por Sedlak y Broadhurst (1996), en el que se encontró que más de tres millones de niños fueron reportados a las agencias de protección como víctimas de abuso sexual. Casi un millón de niños fueron confirmados como casos de maltrato, el 9% de estos casos correspondían a abuso sexual. Se estima que de 1 a 4 niñas y de 1 a 10 niños han sido abusados sexualmente antes de los 18 años. Los estimativos más específicos muestran que 300.200 niños fueron abusados sexualmente durante el año 1993, cuando se realizó el estudio, lo que constituye una tasa de incidencia de 4,5/1.000. La tasa de incidencia para hombres fue de 2,3/1.000 y para mujeres de 6,8/1.000. Los criterios para incluir en este estudio los casos de abuso infantil o negligencia fueron los siguientes: (a) ser residente del condado encuestado, (b) tener menos de 18 años en el momento de haber sufrido el incidente, (c) no estar con padre sustituto en el momento del maltrato. El episodio de maltrato tenía que haber ocurrido durante el tiempo de la encuesta y no podía haber sido reportado como accidente. El incidente tendría que cumplir los estándares de daño o potencial de daño. Es interesante anotar que en este estudio se incluyeron tres formas de abuso sexual: “con penetración” (con evidencia oral, anal, o penetración del pene), tocamientos con contacto genital sin penetración, y una tercera categoría que incluyó conductas sexuales no conocidas en las que se

contemplaban actividades sexuales no propias de la edad y sin supervisión de un adulto (Bolen, 2001).

Existen, particularmente en Norteamérica, otros estudios de incidencia que se hacen periódicamente y que reportan los datos de todos o la mayoría de los estados de la unión ya sea de las agencias de protección o de las instituciones encargadas de reportar datos de delitos y crímenes (Bolen, 2001).

El Centro Nacional de Maltrato y Negligencia Infantil desarrolló un sistema en el cual se sistematizan datos anualmente desde 1990 que son reportados exclusivamente por las agencias de servicios de protección del estado. El informe de 1998 muestra que los casos notificados como maltrato fueron 1.820.608. De todos los casos de maltrato el 13% fueron casos de abuso con una tasa de incidencia de 1,6/1.000 (Bolen, 2001).

Finkelhor (1994) afirma que durante 1993 en Estados Unidos se reportaron al sistema de protección 150.000 casos de abuso sexual, esto representa sólo el 15% del millón de casos notificados en los distintos tipos de abuso y maltrato contra los niños. Por ello éste autor considera que la magnitud de este problema se refleja de manera más precisa en los estudios retrospectivos de prevalencia que se han desarrollado a lo largo de las últimos años. Para Finkelhor (1994) existe suficiente evidencia empírica que muestra que por lo menos el 20% de las mujeres y entre el 5% y el 10% de los hombres en Norteamérica han sufrido una experiencia de abuso sexual en su vida. Factores como la procedencia étnica o el nivel socioeconómico no se han asociado de manera importante con el abuso sexual, mientras que la inadecuación parental, la falta de presencia de los padres, el conflicto familiar, el castigo sostenido dentro del hogar y la privación emocional sí se han comprobado como factores de riesgo en estos casos.

Los estudios retrospectivos con adultos han arrojado datos muy valiosos sobre las condiciones del abuso, tal y como recoge Finkelhor (1994). Así, se sabe que en el 90% de los casos son cometidos por hombres y del 70 al 90% de los casos son cometidos por personas que son conocidas por el niño o la niña víctima. En la mitad de los casos contra niñas los abusadores son miembros de la familia, y entre el 10% y 20% en el caso de los niños. Entre el 20 y el 25% los casos se presentan con penetración y con sexo oral, y la edad de mayor vulnerabilidad está entre los 7 y los 13 años de edad.

En una encuesta realizada en cinco estados (Wang y Daro, 1997) se estimaron 3.126,000 casos de maltrato reportados a los servicios de protección en 1996. El 7% correspondieron a casos de abuso sexual, de los cuales solamente el 9% fueron verificados. Esto sugiere que 218.820 casos de abuso sexual fueron reportados, 87.210 se verificaron y esto representa una tasa de incidencia de 1,3/1.000. Existe algunos otros datos de diferentes agencias y estudios como el realizado por el propio Finkelhor (1998) en el cual se encontró que 6,7%, de todos los niños, encuestados telefónicamente, reportaron haber sufrido un episodio de abuso sexual durante el último año, lo que significa que la tasa de incidencia en estudio fue de 67/1.000. De los niños de 12 a 16 años el 7,5% informaron de haber sufrido un episodio de abuso sexual con contacto o sin contacto, 2,1% experimentaron abuso con contacto y solamente el 0,5% sufrieron acceso carnal violento en el último año (Bolen, 2001).

El informe de la Organización Mundial de la Salud sobre Violencia y Salud (WHO, 2002) declara que aproximadamente un veinte por ciento de mujeres, y entre el cinco y diez por ciento de hombres, han sufrido abusos sexuales durante su infancia. Los estudios realizados por todo el mundo parecen confirmar estos datos, e incluso algunos presentan cifras mayores. Lo que es mas grave es que de acuerdo con las Naciones Unidas cada año millones de niñas y niños son explotados en la industria del sexo, a la que se ingresa por el abuso sexual sufrido a temprana edad o por el inicio en el consumo de sustancias psicoactivas

La Organización Mundial de la Salud (2002) estima que 150 millones de niñas y 73 millones de niños han vivido la experiencia de diferentes formas de violencia sexual, incluyendo el acceso carnal violento. Sin embargo estos datos son aproximaciones a la realidad. Se concibe que en gran proporción esta violencia sexual es generada por miembros de la misma familia o por personas cercanas a la familia de la víctima y a la misma víctima.

Para Bolen (2001) los estudios que intentan determinar la prevalencia del abuso sexual en poblaciones específicas, y que difieren de los de incidencia ya que tienen un espectro y un alcance mayor en cuanto a los datos ya que no se restringen a los casos reportados o notificados. Como es sabido en la mayoría de los países la verdadera magnitud del problema no se conoce porque las estadísticas subestiman la realidad y no dan cuenta de todos los casos sino sólo aquellos que son reportados.



Según la revisión de Bolen (2001) de distintas encuestas epidemiológicas llevadas a cabo en 21 países de alto y bajo ingreso, se encontró que por lo menos 7% de mujeres y 3% de hombres reportaron victimización sexual en la infancia. De acuerdo a lo anterior, entre el 14% y el 56% del abuso sexual de niñas y hasta el 25% del abuso sexual de niños fue cometido por familiares o padrastros. Se habla con mayor frecuencia del riesgo de los niños y niñas en la escuela o la comunidad, pero poco se ha dicho sobre el abuso sexual al interior de la familia.

Los datos de prevalencia en el mundo oscilan y varían debido a las metodologías con las cuales se han hecho estos estudios. Uno de los más conocidos es el realizado por Finkelhor (1979) en la que se tomaron hombres y mujeres, estudiantes universitarios de 6 universidades americanas en el estado de Nueva Inglaterra. Los resultados mostraron que 19.2% de mujeres y 9% de hombres reportaron experiencias de abuso sexual durante la infancia.

Los estudios realizados en el Reino Unido, por ejemplo, muestran que es más frecuente el abuso sexual extrafamiliar que intrafamiliar y los agresores por lo general son de ambos sexos pero predomina el sexo masculino. Sin embargo, algunos muestran variabilidad en los resultados debido a las definiciones que se utilizan en dichos estudios. Así, en el estudio realizado por Cawson, Wattan, Brooker y Kelly (2000) se llevó a cabo un estudio con una muestra de 2.869 jóvenes entre los 16 y 24 años y con una definición más precisa en la que se incluía el consentimiento, siempre y cuando la víctima tuviera una diferencia de edad con el perpetrador de cinco años. Se encontró que la prevalencia de abuso sexual fue del 1% perpetrado por los padres (en su mayoría con contacto físico), 3% por otros parientes, (2% con contacto y 1% sin contacto), 11% por otras personas conocidas (8% con contacto físico, 3% sin contacto), 4% por extraños o personas recién conocidas (2% de cada tipo), y 7% fueron víctimas de exposición indecente con más de un tercio por un extraño. La mayoría de los abusos se habían dado más de una vez.

La revisión realizada por Bolen (2001) indica los estudios de prevalencia realizados en los Estados Unidos han utilizado diversas muestras. Algunos de estos estudios han analizado poblaciones de adolescentes, cuatro de estos estudios tomaron datos con poblaciones adolescentes, 2 estudios analizaron adolescentes de una comunidad específica y otro de ellos se realizó con población en un solo estado. El análisis global tomando el reporte de ocurrencia del abuso "alguna vez en la vida" muestra que la prevalencia del

abuso sexual infantil está entre el 12 al 18% para las mujeres, y entre el 2 y el 12% para hombres. La media de prevalencia fue de 7% para los hombres y 16% para las mujeres.

Por otro lado, los estudios de orden nacional, son los que ofrecen mejores estimaciones de prevalencia del abuso sexual. En Estados Unidos se han realizado siete estudios de los cuales se tiene el informe final, en los que se realizó un muestreo suficientemente representativo de la población. Para poder comparar estos estudios ha sido necesario determinar la definición de abuso sexual que se ha tomado para hacer las preguntas. La mayoría de los estudios de prevalencia han definido el abuso sexual infantil de diferente manera por lo que la comparación es limitada en cuanto a los hallazgos. Otro aspecto que es limitante es la relación de la edad del agresor en contraste con la edad de la víctima, y el otro aspecto es el número y la clase de preguntas que se realizan para determinar la prevalencia. A pesar de las limitaciones de los estudios, Bolen (2001) concluyó que la prevalencia del abuso sexual infantil en estas encuestas nacionales arrojó un rango de prevalencia del 2% al 16% para hombres y de 8% a 30% para mujeres. La media de prevalencia del abuso sexual de los estudios fue de 19% para mujeres y de 9% para hombres.

Para Bolen (2001) los estudios de prevalencia más rigurosos sobre abuso sexual fueron los desarrollados por Rusell (1983) y Wyatt (1985) y la replicación de Wyatt, Burns Loeb, Solis, Vargas Carmona, y Romero (1999). Todos estos estudios utilizaron muestras seleccionadas de forma aleatoria y aplicaron entrevistas cara a cara. Lo más importante de estos estudios es que permitieron la comparación de los datos de prevalencia del abuso con contacto y sin contacto. Para el abuso con contacto, la prevalencia en las niñas fue de 38% en el estudio de Rusell y de 45% en el de Wyatt. La tasa de prevalencia aumentó, cuando se incluyó el abuso sin contacto, en un 54% y un 62% en cada uno de los estudios mencionados. Es importante tener en cuenta que la validez de estos datos están en función de las características metodológicas de los estudios, entre los cuales la selección de las muestras, el tipo de encuesta o entrevista, la cantidad y forma de las preguntas que se hacen en relación con el abuso son determinantes así como las definiciones de abuso en las que se sustentan los estudios. En resumen según Bolen (2001) lo que es evidente es que los estimativos de los estudios de prevalencia analizados más rigurosos, muestran que del 30% al 40% de las niñas y el 13% de los niños han sido victimizados por abuso sexual en la infancia.

En España se llevó a cabo un estudio sobre la situación de salud de los niños en el que se afirma que aunque no se tienen cifras precisas de la magnitud del problema, se infiere su importancia a través de algunos datos conocidos (Colomer-Revuelta et al., 2004). Se sabe que la mortalidad por maltrato infantil se ha triplicado entre 1997 y 2001, que la distribución entre niños y niñas, es semejante aunque los chicos sufren más maltrato físico, negligencia y maltrato emocional (que suponen un 86% de todos los tipos de maltrato) y las chicas más abuso sexual que es el 2% de todo el maltrato.

En España se llevó a cabo un estudio en el que se preguntaba por experiencias pasadas a 796 estudiantes universitarios, se encontró que, el 9% de los varones y el 19% de las mujeres habían sido abusados sexualmente en su infancia (Redondo y Ortiz, 2005).

En un trabajo publicado hace tres años en España en el que se relata la experiencia de los 100 primeros meses de funcionamiento de una unidad funcional de abusos a menores del Hospital San Juan de Dios, se presentaron los siguientes datos epidemiológicos. A lo largo de este tiempo acudieron 704 casos, observándose un crecimiento exponencial en la primera mitad de la década pasada que posteriormente se estabilizó, e incluso comenzó a observarse una disminución, como se está comprobando en otros trabajos. La principal vía de llegada fue la familia, fundamentalmente la madre, en un 34% de los casos. La sospecha de un profesional, principalmente el médico en un 27%, los servicios sociales en un 19%, el juzgado en un 11%, la policía en un 7,3% y otras vías en el resto de los casos. La causa del descubrimiento fue, sobre todo, por el relato del niño en el 50% de los casos, por indicios físicos en el 17%, por indicios de anomalías en el comportamiento en el 14%, por indicios sociales en el 11%, por la existencia de un ambiente de abuso en el 6% y el resto de los casos por descubrimiento en el acto (Redondo y Ortiz, 2005).

En Andalucía, Pereda, Polo y Navales (2004) utilizaron una muestra de 385 víctimas de abuso sexual, 98 menores de edad y 287 mayores de 18 años, de la que se seleccionó una submuestra de 14 menores y 56 mayores de 18 años que estaban recibiendo tratamiento. Los resultados muestran que se da mayor atención tanto psicológica como jurídica a los casos de los menores de 18 años en comparación con los mayores. En ambos grupos los abusos más frecuentes fueron los tocamientos. Los agresores en una alta proporción son hombres con edades entre 31 y 50 años, y aunque puede ser un miembro de la familia extensa, se presenta en gran medida como agresor el padre o padrastro.

La tasa de prevalencia de maltrato infantil en Colombia se estima que es de 361 por cada 1.000 habitantes (UNICEF, 2003). Es decir, que oscila entre el 1,99% de acuerdo a Guarín (2001) y el 36% de acuerdo al Ministerio de la Protección Social (1997) y UNICEF (2003). Según el Segundo Estudio Nacional de Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia el 21,4% corresponde a abuso emocional, el 12.1% de abuso físico y el 2.6% de abuso sexual (Ministerio de la Protección Social, 1997). De acuerdo con los datos de este estudio entre el 1 y el 2% de los niños son físicamente abusados y 1 de cada 3 niñas y 1 de cada 6 niños son sexualmente abusados.

Durante el año 2003, en el Instituto Colombiano de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Colombia se evaluaron 14.239 víctimas de delitos sexuales. El 84.4% de las víctimas fueron del sexo femenino. El 71% de las víctimas evaluadas fueron niños y niñas menores de 15 años. El 57% de las víctimas conocía el agresor y de estos más de la mitad eran familiares. La tasa nacional de delitos sexuales reportados alcanzó el 34 por 100.000 habitantes. El 50 % de los casos que afectaron al sexo femenino tenía menos 12 años, y el 75% entre 12 y 15 años. Para el caso de los varones la edad promedio fue de 12 años, pero el 50% de las víctimas fueron menores de 9 años. La gran mayoría de los delitos sexuales se efectuaron en recintos cerrados. El Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses (2004) en Colombia estima que uno de cada 20 delitos es denunciado por lo cual las tasas de este delito son en la realidad mucho más elevadas. Respecto a las características del perpetrador, este informe muestra que en un 57% el agresor es una persona conocida.

En el año 2005, en Colombia el Instituto Nacional de Medicina legal y Ciencias Forenses tuvo conocimiento de 12.525 casos de maltrato al menor de los cuales 10.178 fueron evaluados por los peritos del Instituto y 2.347 por otros profesionales. En los datos del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (2005) se encontró que de estos, 1.675 correspondieron a maltrato de niñas entre los 10 y 14 años, 1.608 a casos de niños en edades entre 5 y 9 años. Se encuentra que el 52% corresponde al grupo de mujeres quienes son más maltratadas en la medida que aumenta la edad. La mayoría de niñas menores son maltratadas por el padre así como los niños de edades entre 5 y 9 años. De los 10.178 casos el 36% fueron cometidos por el padre, el 28% por la madre, el 9% por el padrastro, el 7,5 por otros familiares, y por los hermanos el 2%. El hogar sigue siendo el espacio donde se produce más

maltrato a menor y como factores asociados se presentan el deterioro de la relación familiar, la intolerancia, el consumo excesivo de alcohol y la irresponsabilidad económica.

De acuerdo con las estadísticas nacionales, el maltrato al menor es mayor en las zonas urbana que en las rurales. La tasa total para violencia intrafamiliar para el año 2005 fue de 155 por 100.000 habitantes (Forensis 2005), sobresaliendo los departamentos de Amazonas (374), Cundinamarca (348) y San Andrés y Providencia (342). Siendo las menores tasas los departamentos de Córdoba (62) Vichada ( 49) y Putumayo (24).

En el año 2007 el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses realizó 19.592 dictámenes sexológicos, de los cuales el 86% fue realizado en menores: 2593 a niños y 12.247 a niñas. El grupo de edad más vulnerable fue de 5 a 9 años. En la mayoría de los casos los agresores fueron adultos desconocidos por la víctima, 12.3% por vecinos, y el 8.0% por el padre. La tasa nacional de prevalencia para maltrato infantil es de 46 casos por cada 100.000 habitantes. Estos casos con mayor frecuencia (un 65.2% ) ocurren en la vivienda del propio niño (Forensis 2008).

En Colombia, no existen mayores datos derivados de estudios nacionales en relación con el abuso sexual. Una de las investigaciones más recientes es la realizada por Ramírez y Pinzón (2005) contratada por la organización *Plan Internacional*, cuyos datos se pueden considerar confiables precisamente por la metodología realizada. El estudio de prevalencia llevó a cabo entrevistas cara a cara en seis regiones del país, con un muestreo probabilístico en 1.800 familias pertenecientes a tres zonas de la Costa Atlántica como: Cartagena, Sincelejo y la zona rural de Atlántico Bolívar, y a tres regiones del litoral pacífico como: Tumaco, Quibdó y la zona rural de Cauca-Valle.

Los datos arrojados por el estudio muestran una situación preocupante, siendo la prevalencia general para abuso sexual de 1,2 con un error de muestreo de 0,314. Específicamente para cada una de las regiones la prevalencia de abuso sexual fue la siguiente: Atlántico 0,66, Cartagena 1,66, Sincelejo 1,33, Cauca-Valle 1,33, Quibdó 1,36, y Tumaco 1,00.

Aunque la problemática es evidente en todas las regiones estudiadas, Cartagena presenta la prevalencia mayor, posiblemente por ser una región donde la explotación y el turismo sexual comercial de niños y niñas se ha intensificado en los últimos años (Renacer 2005).

En Bogotá, de los 3.904 casos de violencia intrafamiliar reportados a la Secretaría Distrital de Salud durante el año 2000, el 37,90% corresponde a casos contra menores de 18 años, lo cual equivale a 1.467 casos. En cuanto a la violencia sexual, de los 232 casos reportados sólo se dispone de información sobre la relación entre el agredido y el agresor en 126 casos. El abuso sexual a menores fue perpetrado por personas conocidas con vínculos de sangre o parentesco, diferentes del padre biológico, en el 30% de los casos, y el 17% por los padres directamente.

Según reporte de la Secretaria de Integración Social para el 2005, el tipo de violencia con mayor reporte en SIVIM (Sistema de Información de la Violencia Intrafamiliar) es la violencia emocional, con 31%, seguido de violencia física (29%), negligencia (16%) y por último violencia sexual (15%). Al compararlo con los reportes de 2004 y 2003, se aprecia un incremento en el reporte de violencia emocional, la disminución de los reportes correspondientes a violencia física y la alternancia entre violencia sexual y negligencia. Sin embargo el predominio de la violencia física y emocional es marcado.

En 2006 en Bogotá, según la Secretaria de Integración Social (2007), hasta el mes de abril el comportamiento de las violencias en localidades como Suba, al norte de Bogotá, y Engativá, al occidente de la ciudad, se incrementó significativamente, concentrando el 93% de los reportes por violencia intrafamiliar. En el mes de enero predominó la violencia emocional con un 39%, de los cuales el 23,5% correspondió a niños. Para el mes de febrero el tipo de violencia más reportada fue la negligencia, con un porcentaje del 50%, siendo las más afectadas las niñas. En marzo se reportaron 122 casos, donde la violencia física y emocional se dieron con mayor frecuencia. El porcentaje más alto de víctimas en violencia física correspondió a las mujeres con un 19%. Para el mes de abril prevalece el maltrato físico a las mujeres registrando un porcentaje del 35%. A partir de estas cifras se puede establecer que existe un comportamiento oscilante de las violencias, sin determinar una constante fija.

También en Bogotá, las Comisarías de Familia recibieron 11.4550 solicitudes de servicio en el 2004, y 11.5355 en el 2005. Durante los mismos años Suba registró el índice más alto de la Ciudad con 15.016 y 14.654 solicitudes de servicio, equivalente a un 13% del total de dichas solicitudes a nivel Distrital (Sistema de Registro de Beneficiarios SIRBE - Subdirección de Planeación, Secretaria de Integración Social, 2005). Para el 2005 del total de

solicitudes de servicio en la localidad de Suba por Comisaría, 637 (13%) correspondieron a maltrato infantil, siendo el registro más alto en la ciudad.

De acuerdo con la información estadística del ICBF –Instituto Colombiano de Bienestar Familiar- Regional Bogotá para el primer trimestre del 2006, el Centro Zonal de Suba ocupa el primer lugar en el reporte de denuncias con un 13%, superando a Ciudad Bolívar con 11%, Kennedy con 11% y San Cristóbal 9%. El tipo de violencia más frecuente para este período fue la violencia física con un total de 154 casos (48%), seguido de maltrato por negligencia con 112 casos (35%), maltrato psicológico con 27 casos (8,5 %), y abuso sexual con 14 casos (4,4%). En cuanto al comportamiento de la violencia sexual en el primer trimestre de 2006 se han reportado 103 casos al Comité Local de Atención a Víctimas de Violencia Intrafamiliar y Sexual.

En el caso de niños y niñas el Plan Distrital de la Secretaría de Integración Social (2006) para la atención integral a niños y niñas, señala que el género –sexo<sup>1</sup>- predominante para abuso sexual a nivel nacional es el femenino en una relación de cinco a uno, representando el 86.06% del total de casos. En ambos géneros el predominio fue para el grupo de 5 a 14 años con una proporción del 69.83%.

Según la Secretaría de Integración Social (2006) en relación con el número de casos denunciados por abuso sexual y explotación sexual, en el año 2003 las Comisarías de Familia recibieron 1.178 denuncias, mientras en el año 2004 se registraron 1.306, lo que muestra un incremento de 128 casos más que el año anterior. Para el caso de las niñas y niños víctimas de abuso y explotación sexual, del total de casos denunciados en las Comisarías de Familia en el año 2004, el 81.8% corresponden al sexo femenino y el 18.2% al sexo masculino, siendo la edad promedio de 9 años.

Durante el período 2003-2004 fueron identificados, por los Centros Operativos de la Secretaria de Integración Social, 292 presuntos casos de abuso sexual, 148 en 2003 y 144 en 2004, de los cuales el 79.8% corresponden a mujeres y el 20.2% a hombres. Del total de personas identificadas, el 91% corresponde a personas menores de 18 años. El principal rango de edad fue el comprendido entre los 10 y 14 años (37%), seguido por el

---

<sup>1</sup> Aunque la palabra *género* hace referencia a una clase gramatical, se ha convertido en una costumbre en la literatura científica reciente utilizarla en sustitución de la palabra *sexo*, que sí se refiere a la condición orgánica que diferencia a mujeres y hombres (RAE). Aquí se respetará esta costumbre y se empleará el término *género* para hacer referencia al sexo de las personas.

rango entre 0 y 5 años (23%) y entre 6 y 9 años (22%), y el restante se registra sin datos (Secretaría de Integración Social, 2006).

Igualmente en el año 2004, el Centro de Atención a Víctimas de Violencia Sexual registró un total de 1.732, de los cuales 1.483 corresponde a mujeres y 249 a hombres, con rangos de edad entre 6 y 9 años de edad (Sistema de Registro de Beneficiarios –SIRBE, 2005 ).

Para el caso de Bogotá, la SDS (Secretaría de Integración Social) registró 1.657 casos en el año 2005, de los cuales el (82%), es decir 1.375, son del sexo femenino. La concentración de los casos en ambos sexos se ubica entre el primer año de edad y hasta los 20 años inclusive.

De los datos obtenidos de la Unidad de Delitos Sexuales de la Fiscalía, seccional Bogotá, para el año 1997 en relación con los expedientes judicializados se observó que el 34.3% de los acusados son desconocidos, mientras el 65,7% son personas cercanas a la víctima, distribuidas en 33,02 % conocidos, 20,32 padrastros y 12,36 parientes (Fiscalía General de la Nación, 1997).

En el año 2006 se registraron en Bogotá 785 demandas por abuso sexual, en donde la mayor concentración de casos se encuentran en Suba 106 (14%) y Negativa 100 (13%). Para el 2007 de las 799 demandas por abuso sexual el 17% corresponden a Suba, el 14% a Negativa y el 13% a Kennedy. La mayor proporción de víctimas corresponde a las niñas (667) y se presentaron 131 casos en niños. Los grupos poblacionales más afectados son las niñas de 6, 13 y 14 años y los niños de 6 a 10 años (Sistema de información de registro de beneficiarios – SIRBE – Secretaría de Integración Social del Distrito Capital, 2008).

Es evidente por los datos reportados en las estadísticas oficiales y en los distintos estudios analizados, que el fenómeno del abuso sexual es de gran magnitud y que en todos los países se deben orientar esfuerzos para disminuir y erradicar el problema del abuso sexual en los niños, niñas y adolescentes. La investigación debe avanzar en demostrar con mayor contundencia los efectos que el abuso sexual causa en el ajuste y desarrollo emocional de las personas que han sido víctimas del mismo en algún momento de su infancia.



#### **4. Características del abuso sexual.**

Las características asociadas al abuso sexual son variadas y están relacionadas tanto con el agresor, la víctima y los contextos en los que se presenta. Entre éstas se encuentran (AECI-IPEC Sudamérica, 2001): (1) la falta de consentimiento, ya que el niño, niña o adolescente no está en capacidad de dar su aprobación, porque no entiende totalmente que está pasando y no puede negarse a la acción; (2) la ambivalencia al crearse en la víctima una confusión por la relación que tiene con el agresor y por las acciones que le producen malestar, ya que no entiende porqué la persona por quien siente afecto le ocasiona daño (en el caso del abuso sexual intrafamiliar); (3) la fuerza, incluyendo la física y otras formas de violencia tales como las amenazas, el chantaje, la seducción y el engaño; (4) la intención, porque el abuso sexual no ocurre por casualidad, es una conducta buscada, planeada y su intención es gratificar al abusador; (5) el secreto, ya que el abusador utiliza estrategias para que el niño, niña o adolescente no revele la situación; y (6) la culpabilidad que sienten las víctimas ya que el abusador los hace sentir responsables de la situación y además por guardar un secreto que les hace daño.

Las características asociadas al agresor han sido recogidas en varios estudios. Así, en el estudio de Sedlak y Broadhurst (1996) en el 29% de los casos el abuso sexual ha sido cometido por los padres biológicos, 25% por otras figuras parentales, y otro 45% por otros cuidadores incluyendo otro tipo de parientes. Pero se sabe que el abuso en su gran mayoría es cometido por diferentes personas que no son cuidadores, aunque esta condición no siempre se cumple.

Según Rosas (2003), desde una perspectiva médica los signos y síntomas que se presentan en el abuso sexual son los que siguen a continuación: (1) el niño reporta abuso sexual, (2) muestra evidencias de daños anogenitales agudos sin causa accidental aparente, (3) presenta sangrado rectal o genital, (4) puede haber presencia de infecciones genitales, (5) dolor anal o genital, acompañado de picazón, flujo y morados, (6) presencia de infecciones de transmisión sexual, (7) comportamiento coercitivo, agresivo y sexualmente obsesivo e inapropiado.

Los indicadores clínicos asociados al abuso sexual pueden ser que el niño víctima confíe en alguien quien luego le reporta a la madre y ésta a su vez notifica a las autoridades; el niño puede revelar una historia de abuso sexual a

un padre o pariente quien lo remite a un servicio médico o a un servicio de urgencia. Además de lo anterior el niño puede ser detectado en un exámen médico rutinario, por una condición comportamental o por las evidencias físicas asociadas al abuso sexual, también por que los padres observan comportamiento sexualizado y lo reportan a un pediatra o es observado en el ambiente escolar.

Otra posibilidad de evidencia clínica, es que el niño reporte el abuso a un adulto de confianza como es el profesor, quien tiene la obligación de notificar y así se inicia un proceso de evaluación por sospecha de abuso sexual. Otra forma de detección es porque el niño es remitido al servicio de urgencia pediátrica para evaluación, obtención de evidencia o manejo de crisis después de un episodio que se sospecha abuso sexual. Finalmente, el niño puede ser llevado a un hogar de acogida porque uno de los padres sospecha que ha sido víctima de abuso y requiere evaluación para la confirmación del mismo (Rosas, 2003).

La condición de abuso sexual pone al niño, niña o adolescente en una situación de victimización. Si bien es cierto el término víctima corresponde a una categorización dentro de la tipificación de delito, ya que el abuso sexual es considerado como tal es necesario hacer algunas precisiones sobre el término y su inclusión en algunos estudios de carácter clínico.

Para Millán, García, Hurtado, Morilla y Sepúlveda (2006), el estudio de las víctimas es más bien reciente, la victimología infantil tiene como objetivo conocer los efectos que produce un delito en las víctimas y las consecuencias que tiene todo el proceso penal al cual se tienen que someter a fin de lograr el castigo de las personas responsables del hecho. Las situaciones de malos tratos en la infancia, tanto el maltrato físico como otras condiciones entre las cuales se incluye el abuso sexual, son condiciones de victimización. El hecho que los niños sean las víctimas hace que la situación sea más compleja ya que la comprobación de los hechos es más difícil y depende en gran medida de las características de la víctima como su edad, nivel de desarrollo, condiciones familiares y situación social. En la mayoría de los casos, por lo menos en abuso sexual, el testimonio de los niños es cuestionado, por lo que se deben lograr estrategias de verificabilidad del impacto psicológico de estas situaciones más científicas y rigurosas.

Finkelhor (2007) ha desarrollado un marco conceptual para comprender lo relacionado con las víctimas. Este autor considera que la victimología del desarrollo es un campo de conocimiento que intenta comprender el rango de victimización tan amplio que sufren los niños y aclarar las líneas de estudio que deben desarrollarse en este aspecto. Esta victimización se refiere a experiencias negativas de la vida que se dan al margen de otros eventos de la vida, la victimización se puede definir como *“los daños que sufre un individuo debido al comportamiento de unos actores que violan las normas sociales”* (pág. 10). El hecho de que existan unos actores y una violación de las normas sociales le da a la victimización un potencial de impacto traumático. Este tipo de trauma tiene que ser considerado de manera diferencial frente a otras situaciones estresantes o adversas. Esta victimización implica una relación interpersonal y esto debe ser analizado cuidadosamente, ya que involucra intencionalidad, injusticia y factores del orden moral.

La victimización es parte de la criminología pero según Finkelhor (2007) no todas las situaciones de victimización de los niños son castigadas o tratadas como verdaderos crímenes. Este autor considera que la victimización de los niños se encuentra dentro de tres categorías: (1) las situaciones de crímenes convencionales en donde los niños son víctimas, como robos, asaltos y violaciones que él denomina crímenes; (2) actos que violan el estado de bienestar incluyendo los más graves y peligrosos como son el abuso y la negligencia, en donde Finkelhor incluye también la explotación y el trabajo infantil, y todos los denomina maltrato infantil; y (3) actos que si son cometidos entre adultos serían tipificados como crímenes, pero que por convención no son del alcance de la justicia general.

La clasificación de las víctimas y los crímenes no siempre es fácil. En esta definición de victimización es probable que algunos actos en contra de los niños no se pudieran incluir como el tema del maltrato físico pero cuando se refiere al abuso sexual la clasificación estaría dentro del rango del concepto aquí establecido. La victimización del desarrollo implica establecer la forma y el curso de las distintas experiencias de las que ha sido víctima un niño durante las distintas etapas de su desarrollo que luego marcan la vía de su ajuste en la edad adulta.

Aunque los niños sufren de distintas formas de victimización que los adultos, es evidente que algunas situaciones que los victimizan se dan en función de su condición de niños. Por ejemplo, la dependencia de los adultos y

la vulnerabilidad son condiciones que los exponen a riesgos en muchos casos. Algunos casos de victimización de niños se dan en un continuo en donde la dependencia de estos los pone en esa situación. En varios de los estudios realizados por Finkelhor Ormrod, Turner y Hamby (2005) se ha encontrado que la mayoría de los niños que han sido victimizados en alguna ocasión están en mayor riesgo de ser revictimizados que aquellos que no lo han sido. Por estas conclusiones Finkelhor (2007) afirma que la victimización para algunos niños es más una condición que un evento, ya que una condición es más estable y tiene características de proceso, mientras que un evento está limitado por el tiempo. Lo que se esperaría es que, al ser un proceso dado dentro del marco del desarrollo, la naturaleza, la cantidad y el impacto de la victimización presentara una variabilidad importante a través de la infancia.

Un aspecto a considerar es que los eventos o las condiciones victimizantes tendrán un efecto mayor o menor en el niño dependiendo además de las situaciones en las que se encuentra y de los factores relacionados con la forma como ha sido victimizado. En el caso del abuso sexual la situación de victimización es clara en la medida en que el niño se encuentra en una situación de impotencia frente a los actos a los que el adulto somete al niño, y por la misma relación del adulto con el niño. En el abuso intrafamiliar esta condición hace que la situación sea más compleja y que los efectos e impacto de la misma sean más graves.

En general, se considera que el abuso sexual es una problemática mundial, cuyos índices de ocurrencia en los distintos países aún muestra cifras alarmantes y que los efectos del mismo dependen de una serie de elementos que se deben tener en consideración en la mayoría de los estudios. Las aproximaciones a determinar las consecuencias psicológicas han sido del interés de diferentes autores, no sólo en los estudios de prevalencia (Bolen, 2001) sino también en muestras clínicas (Cohen y Mannarino, 1994). Establecer los efectos y consecuencias del abuso sexual es una tarea esencial para definir procedimientos y estrategias que permitan la recuperación de las víctimas.



## **CAPÍTULO 2**

### **MODELOS DEL ABUSO SEXUAL**

Las explicaciones de las causas del abuso sexual han ido variando desde una postura de causalidad única a modelos multidimensionales y multifactoriales del fenómeno. Es evidente que una condición como el abuso sexual no es ocasionado por un sólo elemento sino por varios que confluyen en determinados momentos y estados para dar como resultado una situación de abuso. Las aproximaciones que postulan que el maltrato infantil en general, y el abuso sexual específicamente, son el resultado de la interacción de múltiples efectos y diversas vías son posiblemente las más aceptadas por la comunidad científica en la actualidad. En todo caso, hablar del término etiología del abuso sexual no es preciso en la medida que el abuso sexual no es un diagnóstico clínico sino una condición o evento externo al individuo que lo sufre.

El atribuir a un sólo factor el abuso, como las características del padre en términos de trastornos psicopatológicos, o las características de vulnerabilidad del niño como responsables de las situaciones de maltrato o abuso, no se pueden considerar explicaciones suficientes. Si bien es cierto, existen características de cada uno de estos actores que pueden ser relevantes también hay otros elementos a considerar. Así, a mediados de los años 70 del pasado siglo se incorporan otras variables a la explicación de este fenómeno. En esta perspectiva se incluyen factores del contexto próximo, como la familia, y el contexto distal, como la comunidad y la cultura, y se conciben como factores de riesgo.

En el campo del maltrato infantil, el hecho de reconocer el papel de factores situacionales desde una perspectiva ecológica ha sido de gran avance en la comprensión del tema y ha llevado a los teóricos a proponer modelos multicausales e interactivos del fenómeno. Dentro de estas aproximaciones se encuentran los modelos ecológicos de Belsky (1980, 1993) y Garbarino (1977) fundamentados en la teoría del desarrollo de Bronfenbrenner, así como el modelo transicional de Wolfe (1991) en el que el maltrato se concibe como un proceso de escalaje que finaliza en una paternidad inadecuada, y el modelo transaccional de Cicchetti y Lynch (1985) el cual concibe que el maltrato es el resultado de correlaciones complejas entre variables cuya influencia puede

variar en un sentido o en otro durante diferentes periodos históricos y evolutivos del individuo (*National Research Council, 1993*).

En el caso específico del abuso sexual también se han desarrollado modelos desde esta perspectiva con explicaciones más limitadas pero que se han iniciado en modelos tradicionales de un solo factor los cuales, es pertinente, revisar.

Es importante tener en cuenta que, en la mayoría de los reportes de investigación existe la tendencia a discutir las relaciones causa efecto y las relaciones de riesgo entre factores. Sin embargo, se debe ser cuidadoso en los análisis porque la utilización de términos como factores de riesgo, variables intermedias o moderadoras, moduladoras o mediadoras pueden llevar a una falta de precisión. Así, puede ser que los datos obtenidos no sean lo suficientemente representativos del constructo estudiado, o que la metodología empleada, principalmente correlacional, no permita establecer con certeza relaciones de riesgo o de tipo causal.

Además, el estudio de la causas del abuso sexual en niños fue muy posterior al estudio de las causas del maltrato físico u otra forma de violencia contra los niños. Esto hace que la literatura en este aspecto sea más limitada, además de que por la complejidad del fenómeno la investigación aún tiene muchos retos en este aspecto.

El abuso sexual no se concibe como un diagnóstico psicológico, médico o social. Es de hecho una situación o evento externo a un niño, niña o adolescente que ocurre en distintos momentos del ciclo del desarrollo o en los casos crónicos durante todo el ciclo comprendido entre la infancia y la adolescencia. Es contemplado como un acontecimiento vital o un estresor psicosocial. De hecho, como se afirmó en el capítulo anterior el abuso sexual es una condición más que un evento, lo cual hace que la condición, además de violar las normas sociales, convierta al niño en una víctima. La condición de victimización se puede considerar un acontecimiento vital porque se presenta durante el ciclo de vida, y es de tal magnitud que logra transformar el curso normal de la misma y supone que el niño tenga que desarrollar habilidades específicas para afrontarlo. De otra parte se concibe como un trauma en la medida en que el efecto y las consecuencias de dicha condición alteran las distintas esferas del funcionamiento físico y psicológico del niño, niña y adolescente. La forma como el trauma altera el funcionamiento depende de diversos factores que están relacionados con la víctima, pero también con la clase, duración e intensidad de la situación traumática.

## **1. Abuso sexual: un acontecimiento vital.**

Una condición victimizante se considera un acontecimiento vital. Los sucesos o acontecimientos vitales son aquellos hechos que son relevantes en la vida de un individuo y transforman considerablemente el curso de su desarrollo. Durante todo el ciclo de vida y en las distintas etapas del desarrollo las personas afrontan experiencias que determinan el curso de su vida, así como la forma de relacionarse consigo mismo y con los demás. Según García (2006) la noción de acontecimientos vitales se utiliza para operacionalizar en la investigación la forma cómo las situaciones sociales influyen en la aparición y desarrollo de los desajustes psicológicos. Los acontecimientos vitales, según este mismo autor, son significativos para el sujeto en la medida en que lo incorpora al escenario de sus propias vivencias. El acontecimiento vital no toma valor por sí mismo sino a través de la experiencia emocional del sujeto que lo vive de una manera particular y que le atribuye determinados valores, de esto depende el impacto que ese acontecimiento tenga en el funcionamiento del sujeto que lo vive. Los sucesos de vida se pueden considerar como antecedentes potenciales o causas de cambios o modificaciones estructurales y funcionales en la vida de los sujetos (Salvador Porcar, 2008).

La investigación sobre acontecimientos vitales ha estado en su mayoría orientada a determinar el efecto de éstos en la salud física de los sujetos, así como en la relación con el estrés, sin embargo existe literatura que da cuenta de los efectos de estos acontecimientos en el funcionamiento psicológico. En estos dos campos los hallazgos más reportados son los estudios con adultos y en menor proporción con niños.

El estudio de los acontecimientos vitales estresantes se ha llevado a cabo para determinar el peso de los acontecimientos estresantes en la aparición de enfermedades. Según Díaz Curiel (2000) los estudios con niños se iniciaron en la década de los 60 del pasado siglo, en los cuales se establecieron relaciones entre las experiencias significativas para los niños y la génesis de enfermedades físicas. Este autor describe estudios en los cuales se encontró una relación significativa entre la presencia de acontecimientos inquietantes que se podrían calificar como estresantes para los niños y algún tipo de alteración física. Los datos muestran que en particular la relación del estrés y la respuesta inmunológica en niños parece ser importante, así como determinadas enfermedades físicas como el dolor abdominal crónico recurrente, el asma y la diabetes. Por lo anterior, es interesante considerar el



abuso sexual como un acontecimiento de alta significación que puede conllevar a efectos no sólo en el funcionamiento psicológico sino también físico. Vale la pena mencionar aquí el estudio desarrollado por Felitti, Anda, Nordenberg, Williamson, Spitz, Edwards, Koss y Marks (1998) en el cual se describen en un estudio de metodología longitudinal los efectos de las experiencias adversas en la infancia en el curso de la salud física y mental.

Leitenberg, Gibson y Novy (2004) realizaron un estudio para demostrar que las experiencias estresantes en la infancia temprana tenían una relación con las habilidades de afrontamiento en la edad adulta joven. Las habilidades de afrontamiento tienen que ver con la capacidad de una persona de manejar situaciones estresantes y las emociones negativas asociadas a estos eventos. La acumulación de eventos estresantes durante la vida incapacitan a las personas para manejar situaciones de la vida cotidiana. Los participantes del estudio fueron estudiantes de psicología de una universidad a quienes se les aplicaron una serie de cuestionarios para identificar la proporción de victimización en la infancia y la acumulación de estresores o acontecimientos vitales. Los estresores incluidos en la encuesta fueron: experiencia de abuso sexual en la infancia, exposición a conflicto parental, maltrato físico en la infancia, exposición al consumo de alcohol de parte de alguno de los padres rechazo parental percibido. Los resultados muestran que de 828 mujeres participantes, el 57% había estado expuesta por lo menos a una de las experiencias aquí descritas, el 18% de la muestra total reportaron haber sido víctimas de abuso sexual, el 15% fueron expuestas a violencia doméstica, el 11% fueron víctimas de maltrato físico, el 9% percibieron rechazo parental, y el 6% afirmaron haber tenido la experiencia de un padre alcohólico. Los resultados muestran que el grupo de participantes que reportaron más de tres acontecimientos vitales estresantes mostraron mayores dificultades en desarrollar conductas de afrontamiento efectivas y duraderas.

### **1.1 Abuso sexual: trauma psicológico**

De otra parte, este hecho externo puede llegar a ser considerado como un evento traumático, esto último por los efectos y consecuencias que ocasiona.

Para Garbarino (2008) el trauma es un evento del que una persona difícilmente se recupera por completo. En términos psicológicos Garbarino (2008) afirma que el trauma es la experiencia simultánea de sentimientos negativos extremadamente poderosos (activación excesiva), asociada con

pensamientos que sobrepasan el umbral de la realidad (cogniciones distorsionadas). Lo que esto significa es que la cantidad de estimulación sensorial para el cerebro es excesiva para el procesamiento por eso se habla de la activación excesiva (*overwhelming arousal*). En palabras de Garbarino (2008), parece que en la experiencia traumática no se discriminan las características de la situación pero cognoscitivamente el individuo comprende que está siendo expuesto a una experiencia altamente negativa. Cuando se experimenta una situación de esta clase, los pensamientos asociados al evento pueden de hecho producir la activación emocional excesiva o procesar la información de tal forma que modifica el patrón de memoria. Según Garbarino (2008) algunos estudios muestran que los niños efectivamente son más vulnerables al trauma que los adultos, aunque no todos los niños victimizados presentan síntomas característicos como sucede en el trastorno de estrés postraumático el cual mencionaremos posteriormente. El desarrollo es un factor decisivo en la elaboración cognitiva del trauma, que es procesado por una parte específica del cerebro. Como, según esta teoría, los niños menores de 6 años no están lo suficientemente maduros el procesamiento es diferente y se ven activados fisiológicamente de manera significativa. Esto, por lo tanto, sobrepasa sus capacidades de manejo y regulación. Esta capacidad de manejo está en función de la edad, por esto cuanto más temprano se da la situación de trauma o de abuso la posibilidad de recuperación es menor (Garbarino, 2008).

Históricamente, uno de los debates en torno al trauma está relacionado con el origen del mismo. La idea es si el trauma tiene una génesis biológica o psicológica, aspecto este sobre el que se han dado muchas interpretaciones. En los primeros estudios de trauma se le dio un peso relativamente importante al sustrato biológico de explicación del trauma pero sin desconocer que existía una dimensión psicológica que se expresaba básicamente en síntomas ansiosos (Van Der Kolk, 2004; Van Der Kolk, Weisaeth y Van Der Hart, 1996). En un inicio se intentó explicar la reacción del trauma psicológico en términos de la neurosis, explicación que en la actualidad carece de evidencia.

Las experiencias traumáticas son eventos de alta intensidad que como se mencionó anteriormente, desbordan la capacidad del individuo de enfrentar la situación porque induce a una activación emocional fisiológica excesiva, la cual se asocia con cogniciones relacionadas con el evento. Las situaciones traumáticas son un conjunto de estímulos negativos que producen reacciones emocionales excesivas. El trauma interfiere con la capacidad del niño para

regular los niveles de activación. La capacidad para regular estados internos y respuestas conductuales ante las situaciones estresantes determinan el concepto de sí mismo y su habilidad para manejar el ambiente próximo. Cicchetti y White (1990) afirman que los niños que han experimentado situaciones traumáticas muestran una incapacidad para expresar el afecto en forma verbal y en mostrar congruencia con su estado emocional básico.

Según Garbarino (2008) es evidente en la literatura que las experiencias traumáticas en la temprana infancia tienen un efecto a largo término en el funcionamiento psicológico de las personas. El impacto de un evento de esta índole depende en gran medida del nivel de desarrollo y del ciclo de vida en el cual se encuentre. Una de las hipótesis sobre los efectos del trauma están relacionados no sólo con el efecto psicológico sino con los efectos neurológicos que el trauma puede ocasionar. Kolb en 1987, citado por Van der Kolk et al. (1996) utilizó el término de reacción emocional condicionada para describir el sustrato neurofisiológico asociado al trauma. Kolb afirmó que la estimulación excesiva del sistema nervioso central que se da en el momento del trauma puede ocasionar un cambio neurológico permanente, el cual tiene efectos negativos en el aprendizaje, la habituación y la discriminación de estímulos. La mayoría de estas hipótesis se ven apoyadas por estudios realizados con personas que presentan trastorno de estrés postraumático que es una de las consecuencias más comunes en niños que han sido abusados sexualmente.

Es importante, insistir en la condición de estresor que es el abuso sexual y lo que esto produce es una reacción de estrés frente a la situación de amenaza masiva que sufre el niño en el momento del abuso. La respuesta traumática es compleja: puede presentarse hipernesia, reacción exagerada frente a un estímulo, reexperimentación de la situación vivida y a veces se acompaña de evitación y amnesia (Van der Kolk et al., 1996).

Es indiscutible el hecho de que el abuso sexual es un estresor psicosocial y uno de los más graves, tal y como se reconoce en el propio DSM-IV (American Psychiatric Association, 2000). A partir de este hecho, la forma como el niño sometido a una condición de abuso la experimenta, y cómo responde a las mismas y terminan afectándole a corto y largo plazo, puede ser estudiada desde diversas perspectivas.

En cualquier caso, las respuestas a los eventos traumáticos han sido estudiadas a lo largo de las últimas décadas, con especial atención en la literatura al trastorno de estrés postraumático, que presentan no sólo las

víctimas de abuso sexual sino en todas aquellas personas que han sido expuestas a situaciones aversivas de alta intensidad. La presencia de este síndrome en el abuso sexual y sus implicaciones se discutirán posteriormente en el Capítulo 3.

### **1.2. Explicaciones del Abuso Sexual.**

El abuso sexual se presenta por diversas condiciones, y puesto que el niño es la víctima de la actuación de un agresor las explicaciones en su gran mayoría se refieren más a los agresores que a los niños y niñas que son víctimas.

Los estudios de factores explicativos del abuso sexual son variados y por lo general, están en función de la metodología utilizada en la recolección de los datos. La mayoría de estudios retrospectivos, y otros de carácter epidemiológico, han servido para establecer la prevalencia<sup>1</sup> y algunos factores asociados.

Es importante tener en cuenta que la gran mayoría de la literatura existente sobre el abuso sexual hace referencia al de carácter intrafamiliar, aunque el contacto sexual entre dos miembros de una familia se ha considerado un tabú en diversas culturas, éste tipo de abuso al parecer tiene efectos más nocivos que el extrafamiliar. El incesto como tradicionalmente se conoce a esta clase de abuso es de notificación más escasa que el producido en contextos diferentes al ámbito familiar. Las explicaciones sobre el abuso sexual han ido progresando en cuanto al cuerpo de conocimiento, pero aún así las explicaciones del mismo no son concluyentes y son más bien simplistas (Azar, Povilaitis, Lauretti, y Pouquette, 1998).

En las explicaciones sobre la ocurrencia del abuso sexual existen varios niveles de análisis. Según Azar et al. (1998) estas dimensiones son: el biológico, el emocional y de personalidad, el de aprendizaje y experiencial y el sociocultural. Estos factores de explicación han sido analizados por distintos autores y desde una perspectiva individual, grupal y cultural.

Los modelos que explican el abuso sexual han evolucionado hacia perspectivas más complejas. En un inicio estos modelos hacían referencia a condiciones individuales que diferenciaban los abusadores sexuales de los no abusadores, en el momento en que se identificaron otros componentes se

---

<sup>1</sup> Ya se ha señalado que el abuso es una condición que experimenta el niño, niña o adolescente, pero no un trastorno o una patología. Por ello utilizar aquí los términos prevalencia o incidencia puede ser discutible, pero en todo caso habitual en la literatura existente.

intentaron combinar para dar cabida a modelos más amplios y definir un espectro explicativo del abuso sexual (Azar et al., 1998).

La gran mayoría de los modelos han apuntado a factores individuales de los abusadores como explicación de la ocurrencia del abuso sexual, estos modelos según Haugaard (1988), citado por Azar et al. (1998), se pueden agrupar en cuatro categorías: (1) explicaciones de desviaciones individuales, o modelos de déficit-deficiencia; (2) explicaciones caóticas, o modelos basados en la regulación externa, o consideraciones de comportamientos disruptivos; (3) la perspectiva feminista, o modelos basados en la inequidad de género; y (4) las explicaciones funcionales, o modelos compensatorios en los que la conducta de incesto es un elemento armonizador cuando existe disfunción marital.

La **transmisión intergeneracional** se considera no como un factor aislado sino como un paradigma de explicación del abuso sexual. El hecho de haber sido víctima de abuso o de otras condiciones de maltrato conllevan a la víctima a convertirse en ofensor sexual en estadios posteriores en su vida (Ryan, 1989). Sin embargo, esto ha sido debatido en otros estudios. Es el caso de la investigación llevada a cabo por Coulborn Faller (1989) con 154 casos de abuso sexual intrafamiliar, divididos en tres condiciones. Este estudio incluía 55 casos donde el agresor era el padre biológico del niño, 56 casos en los que el agresor era un padrastro o el novio en convivencia con la madre, y 43 casos donde el agresor era el padre biológico pero divorciado de la madre quien tenía la custodia, en estos casos el abuso ocurría en las visitas. Los resultados muestran que la frecuencia de haber sido abusado en la infancia fue mayor para las madres no abusadoras (49,4%) y en menor proporción para los abusadores (39%). De igual manera en el meta-análisis llevado a cabo por Whitaker, Le, Karl Hanson, Baker, McMahon, Ryan, Klein y Donovan Rice (2008), el factor de historia de abuso no fue significativo en los estudios analizados. El ciclo de la violencia no es universal, todas las víctimas no necesariamente se convierten en abusadoras en la edad adulta, solamente parte de los agresores hombres reportan haber sido abusados en la temprana infancia. En la adolescencia el abuso se convierte en un patrón de relación en algunas ocasiones más que un patrón de perpetración sexual (Rowan, 2006). Esto no significa que una historia de victimización en la infancia no pueda predisponer al abuso, sino que se necesita la confluencia de otros factores para que esto se de en algún momento de la vida. Los apegos inseguros y más

que todo los evitativos también se han considerado como predisponentes para el abuso sexual (Alexander, 1992).

Las perspectivas sociobiológicas también han sido consideradas, se ha encontrado un alto índice de incesto tanto en padres biológicos como no biológicos, en particular en aquellos que no estuvieron presentes en la crianza temprana de sus hijos. En relación con las características de los niños estas se centran en descripciones comportamentales que hacen referencia más a condiciones de vulnerabilidad.

## **2. Modelos específicos de del abuso sexual.**

Los modelos que explican las relaciones y factores asociados con el abuso sexual enfatizan diversos elementos. Algunos están centrados en las situaciones de abuso, otros en las condiciones de los agresores y algunos en las características de los niños, la cultura y el ambiente en el que están inmersos. Existe una tendencia a concebir las causas del abuso sexual desde una mirada ecológica que incluye diversos factores y que permiten analizar el impacto de este fenómeno desde una perspectiva más global. Las condiciones culturales y sociales de un contexto si bien es cierto no son consideradas causales si se convierten en elementos facilitadores de ciertas situaciones de violencia. Analizar las características de los niños víctimas de delitos sexuales permite identificar condiciones asociadas así como criterios para diseñar programas orientados a la restitución de los derechos y a la disminución de la vulnerabilidad.

Según Ward (2002) existe un consenso entre teóricos que considera que explicar una problemática tan compleja como el abuso sexual desde una perspectiva individual resulta insuficiente. Por lo anterior, y en coherencia con lo expuesto por Azar et al. (1998), se han desarrollado modelos explicativos que abarcan otros componentes. Sin embargo aún no se tiene el panorama completo en relación con los mecanismos que operan y en qué forma las relaciones entre estas dimensiones actúan para que den como resultado acciones sexuales abusivas contra los niños, las niñas y los adolescentes. En su mayoría los modelos han proporcionado una serie de elementos de aplicación clínica que han permitido generar técnicas y estrategias para la evaluación y tratamiento tanto de víctimas como de agresores.

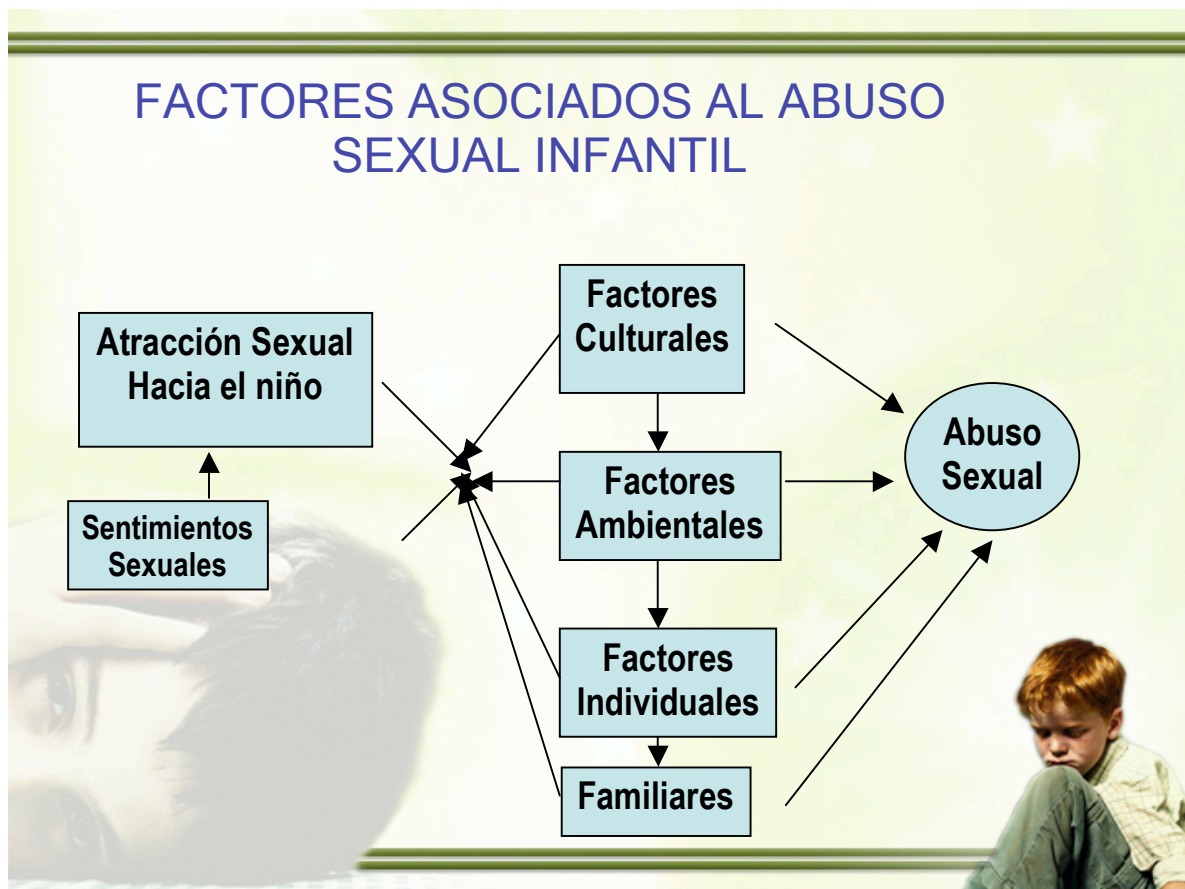
En relación con lo anterior, Ward (2002) considera que las teorías son un requisito para el trabajo clínico con los ofensores sexuales, a pesar de lo cual no logran sustentar el amplio espectro que implica el abuso sexual. Por tal razón éste autor ha desarrollado un marco meta-teórico para clasificar estas teorías con base en su generalidad y enfoque. Así mismo analiza el alcance de las teorías en cuanto a los factores relevantes, ya sean asociados a los procesos del desarrollo o a la experiencia de abuso. Este marco se describirá posteriormente.

Existen aportes a la explicación del abuso sexual desde la perspectiva de las condiciones de los perpetradores por lo que se expondrán de manera detallada, ya que son el resultado de evidencia empírica y del desarrollo de un cuerpo de conocimiento importante. En general, la revisión de la literatura en este campo muestra básicamente los modelos que explican el funcionamiento psicológico de los agresores. Sin embargo en algunas posturas ecológicas se incluyen otros elementos que no pueden ser tomados como factores explicativos sino como variables moduladoras y mediadoras de la ocurrencia del abuso sexual.

### **2.1. Modelo Multifactorial de Coulborn Faller (1988).**

Coulborn Faller (1988) plantea que las causas del abuso sexual se deben considerar con base en varios criterios o factores que pueden estar relacionados pero que no necesariamente explican el abuso sexual. Afirma que el abuso sexual puede ser potenciado por factores familiares, individuales, ambientales y culturales que se relacionan entre sí de una forma dinámica como aparece en la Figura 2.1. Es interesante observar que la forma de relación de los factores que plantea Coulborn Faller (1988) muestra una interacción lineal, de tal manera que no resulta claro cómo se relacionan entre sí, ni como cada uno de éstos entra en un proceso dinámico para explicar la presencia del abuso sexual en una familia, comunidad o cultura.

Desde la perspectiva de Coulborn Faller (1988) las causas del abuso sexual pueden ser concebidos como unos prerrequisitos, o más específicamente factores asociados o contribuyentes. No existe una determinación de causa–efecto entre estos y la ocurrencia del abuso sexual, pero si una estrecha relación entre la presencia de estos factores y la ocurrencia del abuso.



**Figura 2.1**  
**Factores asociados al Abuso Sexual Infantil**  
 (Tomado de Coulborn Faller, 1988, pág. 89).

Como aparece en la Figura 2.1, dentro de los prerequisites del abuso sexual está, en primer lugar, la atracción sexual hacia los niños. Esta conducta puede estar relacionada con las experiencias tempranas del abusador que lo llevan a desarrollar emociones con contenido sexual hacia los menores. Es evidente que los patrones de actividad sexual son respuestas aprendidas. En algunos ofensores sexuales la atracción sexual primaria está orientada hacia los niños, en particular en el caso de los pedófilos. Pero en otros casos, estos sentimientos de tipo sexual parecen producirse por situaciones específicas (Coulborn Faller, 1988). La intensidad y la frecuencia de estos sentimientos están determinados de manera individual, siendo en algunos casos persistentes e intrusivos mientras que en otros son intensos pero de carácter intermitente.



El segundo prerrequisito es la voluntad o intención del perpetrador de actuar según estos sentimientos sexuales hacia los niños. Esto supone un desarrollo pobre de la concepción de las normas sociales. En términos de Coulborn-Faller (1988), se considera que estos perpetradores tienen carencias y déficits en relación con la internalización y manejo de normas sociales. Muestran un comportamiento inhibitorio inadecuado, por lo cual pueden involucrarse fácilmente en comportamientos cuestionables o inaceptables socialmente. Hay casos en los que es frecuente que cometan abusos sexuales y que, además, se impliquen en actividades criminales como la explotación sexual, mientras que otros pueden tener un comportamiento social adecuado en otras áreas diferentes a la esfera sexual. Adicionalmente, se considera que en muchos de estos casos la intención de actuar según las emociones sexualizadas hacia los niños está asociada con un control pobre de los impulsos. Por lo general, la dinámica presente en estos casos es un juego entre la intensidad de la atracción sexual hacia el niño y la intención de actuar según las emociones sexualizadas (Coulborn Faller, 1988).

Además de los anteriores, que son algo más determinantes que otros, en la ocurrencia del abuso sexual, y desde una perspectiva clínica, se ha encontrado que pueden estar presentes otros factores como son los culturales, ambientales, individuales y familiares.

En el caso de los factores culturales, la dominancia y la sensación de poder, que usualmente ejerce el hombre sobre la mujer y los niños, pareciera ser una "autorización" para que los hombres abusen de los niños en particular en el ámbito familiar. Rush (1981) y Herman (1981), citados por Coulborn Faller (1988) han enfatizado en el hecho que hasta hace un tiempo, se normalizaba la conducta sexual de los hombres con niños, se minimizaba el efecto del abuso y se culpaba más a la víctima y a los cuidadores por el evento. La postura general era que el abuso dependía más de que el niño no permitiera el abuso y que la madre protegiera mejor al niño, y no se analizaba el hecho de que el potencial abusador debía controlar los impulsos. Esta postura ha ido cambiando a través de la historia del abuso, pero en el campo de la sanción legal aún existen funcionarios del aparato de justicia que consideran que las sanciones son demasiado extremas con los abusadores. Esto se ve reflejado de igual manera en la justicia colombiana, donde la penalización del abuso se han ido incrementando tanto en los enunciados de la Ley 1098 como en lo concerniente al código penal del país. El modelo de justicia se ha ido transformando y, a pesar del énfasis en la penalización, la

justicia se ha orientado a la postura más restaurativa y reparadora en la víctimas.

Siguiendo con la exposición del modelo de Coulborn Faller (1988), dentro de los factores culturales la socialización sexual del varón se ha concebido como un acto agresivo y de hecho iniciado por el varón y no por la hembra. El varón debe tener sentimientos eróticos hacia la mujer, mientras que en el caso de la mujer los patrones de socialización sexual le llevan a optar por un rol pasivo sin sentimientos eróticos hacia el hombre. A pesar del predominio histórico de la dominancia masculina, no todos los hombres se convierten en abusadores de sus parejas y tampoco en abusadores sexuales de niños, por lo que la hipótesis de la estructura social no es la única responsable del abuso sexual de niños. Además, por que los movimientos en defensa de los derechos de los niños y de la mujer han sensibilizado a la sociedad civil y esto ha logrado transformaciones sociales importantes en materia de respeto por los derechos fundamentales, en especial en la cultura occidental y en países industrializados. La tarea aún debe ser generalizada en los países en desarrollo.

En relación con los factores ambientales, Coulborn Faller (1988) considera que el papel de los factores económicos en el abuso sexual es controvertido. Mientras en algunos estudios como los de Finkelhor (1984) se ha encontrado una alta proporción de agresores sexuales precedentes de niveles socio económicos bajos, los perpetradores también pueden ser niveles socioeconómicos más altos. En relación con el nivel o estatus socio económico de los agresores las estadísticas proceden de las agencias en las cuales se reporta el abuso. Por lo general, los abusos en clases sociales bajas son reportados y notificados a los sistemas estatales y por lo tanto son remitidos a agencias de ayuda del estado, mientras que los perpetradores de otros niveles pueden buscar ayuda en agencias o servicios privados de atención. Los estudios en este aspecto no son concluyentes por lo cual Coulborn Faller (1988) afirma que es necesario profundizar en esta asociación.

El aspecto económico puede ser una variable relacionada con el abuso sexual (Ernst, 2000). El hacinamiento de la vivienda puede estar asociado con el abuso sexual porque expone al adulto perpetrador a la cercanía con el niño. Sin embargo Zuravin (1986) encontró que ésta variable estaba más asociada con la negligencia que con el abuso sexual. De otra parte, el desempleo como factor económico se ha encontrado en mayor proporción relacionado con el abuso sexual. Las personas al perder el empleo pueden iniciar un proceso

psicológico en el cual la auto eficacia disminuye considerablemente. El proceso implica que el desempleado pasa mayor tiempo en la casa, lo cual expone a los niños y niñas menores al cuidado de esta persona, y en caso de mostrar sentimientos sexuales frente a los niños se da la ocasión para el abuso a lo que se suma la falta de supervisión de un cuidador adecuado (Coulborn Faller 1988). Otro de los aspectos ambientales asociados al abuso sexual en el modelo de Coulborn – Faller (1988) es el aislamiento social, algunos estudios muestran que la incidencia del incesto es mayor en localidades rurales que urbanas.

## **2.2. Modelo de Precondición del abuso sexual de Finkelhor.**

En el modelo de las cuatro precondiciones formulado por Finkelhor (1984) éste autor plantea que el abuso es un fenómeno que debe ser considerado como complejo y multifacético, y que las explicaciones están en función de las características individuales del que abusa como de otras condiciones específicas del contexto y de la situación.

Finkelhor (1984) plantea cuatro factores que se presentan de manera simultánea o sucesiva en el abusador: (a) *congruencia emocional en la relación sexual con el niño*, esto significa que la actividad sexual con niños es satisfactoria para éste o ésta en términos emocionales; (b) *activación sexual hacia un niño*, es decir, que la persona que tiene sexo con un niño se siente excitado y motivado por la figura del niño para tales acciones; (c) *bloqueo de las relaciones sexuales normales*, lo cual se explica en la medida que los adultos que tienen sexo con niños o niñas no tienen competencias para satisfacer sus motivaciones sexuales en formas sociales más apropiadas; y (d) *desinhibición comportamental*, se refiere a que estos individuos son capaces de mostrar ciertos comportamientos sin control ni regulación social, y exhiben conductas que habitualmente no mostrarían. La congruencia emocional hace referencia a los aspectos psico-emocionales del abusador por los cuales relacionarse sexualmente con un niño es de mayor beneficio y de menor riesgo para éste. La congruencia emocional está relacionada con dificultades en el proceso de maduración y estructuración de la personalidad, la baja autoestima y un sentido de auto-eficacia pobre. Estas relaciones tienen para el abusador un significado relacionado con el manejo del poder, el sentido de omnipotencia y la necesidad del control (Finkelhor, 1984; D. Finkelhor, comunicación personal: 27 de Enero de 2004, 10 de Septiembre de 2008).

Más específicamente, desde una perspectiva cognoscitiva el fenómeno de la congruencia emocional relacionada con el abuso se da a partir de un error atribucional. En esta perspectiva el abusador asigna un contenido sexual a cualquier tipo de actividad emocional interpersonal, incluyendo la que se presenta en las relaciones con los niños (Finkelhor 1984).

La activación sexual hacia los niños por parte de los abusadores debe presentarse simultáneamente con la congruencia emocional para que ocurra el abuso sexual. Aunque es posible que la mayoría de los hombres encuentren sexualmente atractivos los cuerpos de los niños a partir de cierta edad, solo algunos de estos llegan a involucrarse en situaciones abusivas. Este factor ha sido explicado a partir de dos mecanismos, donde el primero hace referencia al condicionamiento clásico, y el segundo al aprendizaje por observación. Este último caso correspondería al hecho de haber sido testigo de una experiencia de abuso o por haber experimentado esta situación directamente (Bandura, 1986).

El modelo, derivado del aprendizaje social, enfatiza el papel del condicionamiento en la sexualidad humana, más que mecanismos intrapsíquicos. La investigación y los principios del aprendizaje social aplicados al abuso sexual infantil se han centrado en la explicación de la excitación sexual hacia el niño. Los teóricos del aprendizaje social entienden que la excitación sexual del adulto hacia un niño se establece por el condicionamiento clásico que se produce en las primeras experiencias sexuales de infancia y adolescencia con pares y a través de las fantasías sexuales que acompañan la masturbación, donde la excitación sexual y el orgasmo se asocian con las claves físicas de cuerpos infantiles. Además, la excitación sexual hacia un niño se ve influenciada por componentes cognitivos como las atribuciones. La experiencia de una emoción depende de la actividad fisiológica y de la interpretación cognitiva de esa activación con base en las claves situacionales. Así los estímulos infantiles generan cierta activación en todos los hombres adultos, sin embargo los abusadores interpretan cognitivamente esta activación como sexual e incitada por los niños (Howells, 1981).

El bloqueo de las relaciones sexuales normales se refiere a los factores por los cuales el abusador no logra obtener gratificación sexual y emocional de fuentes apropiadas. Según Finkelhor (1984) las dificultades de los agresores, en este aspecto tienen que ver con los sentimientos de inadecuación personal y su incapacidad para establecer vínculos afectivos sanos en las relaciones de pareja. Por último la desinhibición comportamental constituye un factor

determinante en la ocurrencia del abuso sexual, puesto que es necesaria para que las tendencias mencionadas anteriormente se conviertan en actos abusivos. La desinhibición comportamental implica que el abusador debe superar las inhibiciones internas, externas y las del niño.

Según el modelo de Finkelhor (1984) en las inhibiciones externas se encuentran variables sociales que aumentan o disminuyen la probabilidad de ocurrencia de abuso sexual, una vez presentes la motivación, el deseo y la desinhibición interna. Entre estas se encuentran la ausencia de la madre y de su protección, las creencias sociales de no interferencias en los asuntos familiares ajenos y el aislamiento social. El abusador debe también superar las inhibiciones del niño. Factores individuales del niño como la falta de conocimiento sobre la sexualidad y ser extremadamente confiado, en conjunto con la coerción del adulto a través de la seducción, agresión o amenaza, facilitan la desinhibición del niño. Entre los factores sociales asociados a la desinhibición del niño se encuentra además de lo anterior, la percepción de los niños como indefensos.

En relación con la primera precondition, es decir lo que se refiere a la motivación al abuso sexual, ya se mencionó que Finkelhor considera que existen tres factores motivacionales posibles que explican este fenómeno: la congruencia emocional, la activación sexual y el hecho de que muchos de estos individuos tienen dificultades para manifestar sus necesidades emocionales y sexuales en una forma social de manera adecuada. Parte de esto se explica por la necesidad de sentir poder y control, vinculada a un patrón cultural de tipo machista que promueve que los hombres prefieran experiencias sexuales con parejas que ellos perciben como débiles, menores e indefensas. Pero también se puede explicar porque los abusadores se identifican con los niños debido al déficit en el desarrollo emocional que presentan.

En cuanto al factor de la activación sexual hacia los niños, Finkelhor (1984) afirma que esto es el resultado de experiencias tempranas condicionadas de forma inadecuada en dos vías: (1) por una experiencia sexual traumática en la infancia, o (2) por haber estado expuesto a un modelo orientado sexualmente hacia los niños. De todas formas, el hecho de que algunos que han sido víctimas de abuso sexual en la infancia no muestren este mismo comportamiento en la edad adulta, muestra que esas experiencias deben estar mediadas por otros factores. Así, puede ser que los encuentros hayan sido de alto control y poder, o que por otra parte existan factores

biológicos a tener en cuenta como pueden ser altos niveles hormonales. Finkelhor (1984) sugiere además, que la exposición a pornografía infantil puede dar como resultado una activación sexual orientada hacia los niños .

El último factor que Finkelhor (1984) considera necesario para explicar el abuso es lo que denomina bloqueo, que se refiere al fracaso de algunos individuos en encontrar formas de manifestar sus necesidades emocionales y sexuales de una forma adecuada socialmente. Las causas del bloqueo son muchas y variadas entre las cuales están: temor hacia las mujeres adultas, ansiedad de castración, déficit en las habilidades sociales y, en muchas ocasiones, problemas maritales en los casos de incesto o abuso sexual intrafamiliar. En el nivel sociocultural se considera que algunas normas represivas en torno al sexo puede llevar a algunos adultos a sentirse culpable frente al sexo y por lo tanto pueden mostrar dificultades para lograr suplir sus necesidades sexuales en las relaciones con otros adultos. Para Finkelhor (1984) respecto al bloqueo hay dos tipos: el bloqueo evolutivo (temor a la intimidad) y bloqueos situacionales (problemas maritales).

En relación con la segunda precondition, la superación de los inhibidores internos, Finkelhor (1984) considera que aunque un individuo pueda estar motivado a tener sexo con un niño, puede que no necesariamente actúe según este deseo y no realice un acto abusivo. Para que esto ocurra es necesario que el individuo ponga un control interno a estos deseos. El interrogante que surge frente a esta supuesto es qué condiciones hacen posible que algunos sujetos puedan interponer estos controles y otros no. Finkelhor sugiere que existen muchos factores que se interponen frente al control como son el consumo de alcohol, la presencia de un déficit en el control de los impulsos, algunos tipos de psicosis, manifestaciones de senilidad, la falta de inhibición frente al incesto y la presencia de estresores psicosociales. Además de lo anterior, las sociedades machistas patriarcales que consideran que el padre tiene derecho sexual sobre las hijas, y la tolerancia social frente al sexo con niños, puede facilitar que estos agresores no inhiban esta conducta y por lo tanto muestren comportamientos sexualmente abusivos. Estas actitudes y creencias se convierten en distorsiones cognoscitivas que llevan a que los hombres interpreten que los niños pueden ser utilizados potencialmente como objetos sexuales que satisfacen sus necesidades en este campo. Lo que es más importante en esta postura de Finkelhor (1984) es que en estos factores pueden estar presentes dos condiciones diferentes unas de tipo temporal

(como es el caso del consumo de alcohol) y otros más permanentes como lo constituyen los pensamientos distorsionados (Ward y Hudson, 2001).

En cuanto a la tercera precondition, que se refiere a los factores que predisponen a los abusadores para superar los inhibidores externos, se afirma que esto tiene que ver con las condiciones que hacen posible que se de una situación de abuso y puede considerarse tanto una situación planeada como la ocurrencia del abuso por la oportunidad. Para Finkelhor (1984) existen innumerables factores que aumentan la posibilidad de que esto ocurra. Por ejemplo es frecuente que ocurra porque no hay una madre presente, o porque la madre no es cercana emocionalmente a su hija o hijo, porque la familia está aislada, porque hay poca supervisión en la familia sobre los hijos, por las condiciones de hacinamiento de las familias que obliga a los niños a dormir con adultos en condiciones poco adecuadas, y porque en la familia se facilita la situación para que el abusador pase tiempo con el niño. Para Ward y Hudson (2001) existen unas condiciones estructurales de la familia que hacen que los niños estén en mayor riesgo que otros de ser abusados.

La cuarta precondition tiene que ver con los factores que permiten superar la resistencia del niño. Una vez que las otras precondiciones se cumplen, el abusador se asegura el acceso al niño o niña. Por lo general utiliza una serie de estrategias para obtener y mantener acceso al niño por ejemplo a través de regalos o desensibilizando al niño frente al sexo, estableciendo dependencia emocional del niño o utilizando amenazas o violencia (Ward y Hudson, 2001). Por lo anterior, se puede considerar que los niños que son emocionalmente inseguros, deprivados de afecto o tienen desconocimiento acerca del abuso sexual, pueden ser más vulnerables a la victimización. De hecho en las relaciones en las cuales hay confianza entre el abusador y el niño se puede dar la situación de abuso con mayor facilidad (Ward y Hudson, 2001).

Uno de los supuestos principales en el modelo de la precondiciones de Finkelhor (1984) es que las ofensas sexuales contra los niños ocurren en secuencias temporales, es decir que una vez que el abusador esté motivado para abusar sexualmente a un niño, las otras situaciones se van presentando de manera encadenada.

Para Ward y Hudson (2001) este modelo multifactorial es una modelo teórico de nivel 1. Sin embargo podría considerarse una teoría de nivel II en la medida que explica detalladamente los factores implicados en cada una de las precondiciones, y podría llegar a ser considerada en el nivel III una vez que la

naturaleza temporal del modelo señala la dinámica del proceso que se da en la ofensa sexual. De otra parte, estos autores consideran que existe una gran heterogeneidad en los abusadores ya que en todas las precondiciones los objetivos son múltiples y por lo tanto las vías de lograr estos objetivos también son variadas (Ward y Hudson 2001).

Desde el punto de vista clínico la teoría de Finkelhor (1984) ha proporcionado muchos elementos para la detección y explicación de las situaciones de abuso sexual. Para Ward y Hudson (2001) sin embargo es una teoría que tiene debilidades desde su propia fundamentación. Se considera que en esta postura teórica confluyen diversas posturas psicológicas de distintas tradiciones y enfoques. Toma posturas del psicoanálisis, de la teoría de la atribución y de las teorías del aprendizaje, lo cual puede darle flexibilidad a la teoría pero también puede mostrar inconsistencia e incoherencia en los planteamientos. Considerar que tanto las ansiedades de castración como el déficit en habilidades sociales pueden ser la causa del abuso sexual manifiesta confusiones en la conceptualización del fenómeno. Para Howell (1994) es posible que se pueda considerar como un marco teórico pero no como una teoría fundamentada y que por lo tanto su postura es más de carácter neutral.

Es claro que los postulados de Finkelhor (1984) tienden más a proporcionar una explicación y caracterización del abuso que permite aproximaciones acertadas tanto en la evaluación como en la recuperación de las víctimas. La intención de Finkelhor, según Ward y Hudson (2001) no es generar una teoría substantiva del abuso sexual, y el mismo Finkelhor (1984) explica que una teoría sobre el abuso sexual adecuada debería establecer de qué manera los factores psicológicos y sociales confluyen para que ocurra el abuso. Esto contradice los argumentos que ha utilizado en la defensa de su modelo de las precondiciones. Finkelhor (1984) afirma que los motivos primarios para que un individuo abuse sexualmente pueden ser de tipo psicológico, por ejemplo cuando habla de la necesidad de la intimidad o el concepto de congruencia emocional. Pero estos elementos no explican el proceso psicológico básico que estaría en la base de esta condición que él categoriza como psicológica. Sin embargo, en el modelo se plantea que los tres factores motivacionales pueden operar de manera independiente o en combinación pero en algunos de los planteamientos de Finkelhor (1984) se habla del encadenamiento de los factores lo que presupone una relación de causalidad entre éstos. Por otro lado, es confuso pensar que si estos factores



funcionan independientemente, entonces cómo se da la relación entre la congruencia emocional y el bloqueo para que estos ocasionen un abuso sexual. No es claro cómo si no hay motivaciones sexuales porqué dan como resultado una agresión sexual (Ward y Hudson, 2001).

Otra de las críticas que Ward y Hudson (2001) mencionan está relacionada con la falta de especificidad en lo que se refiere a la forma cómo los factores de vulnerabilidad psicológica se conectan con el hecho del abuso sexual. Más específicamente, cómo se asocian el déficit en habilidades sociales y el bloqueo evolutivo o situacional, o cómo se relaciona la sensación de falta de poder con la incongruencia emocional. Estos problemas, desde la postura de Ward y Hudson (2001) limitan la capacidad explicativa de la teoría de Finkelhor, por lo que deben ser analizados cada uno de los factores correspondientes a las precondiciones con mayor evidencia empírica para lograr una mejor aproximación teórica.

Según Ward y Hudson (2001) otra debilidad del modelo de Finkelhor tiene que ver con la mínima atención en los factores del desarrollo y la tendencia a enfocarse en causas más próximas al abuso sexual, es decir al acto como tal. Aunque en la primera precondición se habla de los motivos, el transcurso en el desarrollo no es evidente y la ruta evolutiva del abuso tampoco se incluye en esta propuesta. A pesar de lo anterior, la propuesta de Finkelhor (1984) es fuerte en relacionar los motivos, y el proceso del abuso sexual con los factores ambientales.

Algunas aproximaciones psicológicas consideran que el comportamiento es el producto de dos estados mentales como son las creencias y los deseos o más operacionalmente las expectativas. Wellman (1990) citado por Ward y Hudson (2001) considera que las creencias incluyen el conocimiento, los principios, las suposiciones, ideas y opiniones, mientras que los deseos entendidos en un sentido amplio, pueden ser las preferencias, metas y valores. Las creencias son construcciones que el individuo hace y toma desde el contexto social y cultural en el que está inmerso las cuales combinadas con las necesidades básicas y las emociones se transforman en deseos. Tanto las creencias como los deseos conllevan a la acción y se constituyen en un marco de referencia a partir del cual el individuo interpreta las acciones de otros. De esta forma, la congruencia emocional depende de las creencias que tiene el agresor sobre las capacidades que tiene el niño de satisfacer sus necesidades emocionales, mientras que la activación sexual y el bloqueo están influenciados por las creencias relacionadas con la naturaleza y deseos del

niño. Aunque Finkelhor (1984) asume que los factores cognoscitivos de alguna manera causan los impulsos, las necesidades y las emociones, parece que no establece claramente esta relación según Ward y Hudson (2001). Naturalmente esta es una crítica “ideológica” (Fernández Parra, 1997) cuya importancia depende del punto de vista teórico desde el que se analiza la teoría expuesta por Finkelhor. Como se ha visto con anterioridad, la teoría se desarrolla en gran medida dentro del marco del aprendizaje social, y el hecho de que el autor incluya conceptos de otras teorías no le obliga a posicionarse desde una perspectiva cognitivo-conductual estricta.

Otra de las críticas, por ejemplo, tiene que ver con la segunda precondition en la que se contempla que los abusadores sexuales de alguna manera pueden tener un conflicto una vez manifiestan motivación sexual frente a los niños y pueden experimentar dificultades para lograr actuar según las intenciones de una manera clara y coherente. Por la evidencia empírica recolectada en sus estudios, Ward y Hudson (2001) consideran que el concepto de conflicto entre motivaciones y deseos no es posible, ya que los abusadores sexuales una vez que muestran el deseo sexual hacia el niño, no presentan conflictos y tampoco una intención de inhibir su conducta. Respecto a este punto Ward y Hudson (2001) afirman que combinar factores situacionales y predisponentes en una sola categoría lleva a confusiones conceptuales y teóricas. En el caso de los situacionales éstos afectan la capacidad del individuo para controlar o regular sus acciones y puede llevarlos a consecuencias negativas. Por otro lado, las creencias y los valores están relacionados con el control de diversas formas. La falta de autorregulación está asociada con estados emocionales negativos y con la carencia de estrategias adecuadas para conseguir las metas, esto da como resultado la pérdida del control y por lo tanto un patrón de falta de regulación. Existe otro patrón que no ha sido tomado en consideración lo suficiente, el cual implica la autorregulación efectiva. El problema mayor en este aspecto tiene que ver con la selección de metas más que con una disfunción en los componentes implicados en la autorregulación. La dificultad está relacionada con las metas iniciales y los valores y creencias asociadas. En este caso la autorregulación está mediada por un estado emocional particular que es positivo por lo que el abusador no cuestiona su forma de actuar.

Respecto a la tercera y cuarta precondition la gran fortaleza del modelo de Finkelhor (1984) es que el señala la importancia de los factores socioculturales en la etiología del abuso sexual. De hecho los ofensores

sexuales utilizan diversas estrategias para acceder a los niños que victimizan y lograr utilizarlos de forma sexual. Sin embargo las diferencias entre las diversas estrategias no son tan claras y mucho menos las relaciones de estas diferencias con las motivaciones hacia el abuso. Se esperaría que aquellos que abusan sexualmente de los niños debido a la congruencia emocional, establecieran relaciones de intimidad con los niños por la necesidad de sentirse cómodos y seguros en esa relación, mientras que los que sienten atracción hacia los niños simplemente los perciben como objetos sexuales con los cuales pueden lograr una gratificación inmediata. Según Ward y Hudson (2001) algunos hallazgos muestran que en el campo de las ofensas sexuales tanto el estilo de la ofensa como la utilización de la violencia está en función de las creencias básicas y las necesidades de los agresores.

El modelo de Finkelhor (1984) sin lugar a dudas, es una tipología del abuso sexual que permite una clasificación y además una definición de los procesos involucrados en el evento del abuso sexual contra niños. A pesar de las críticas ampliamente recogidas más arriba, para Ward y Hudson (2001) el modelo de Finkelhor sobre la etiología del abuso sexual es tal vez uno de los aportes de mayor impacto en este campo y representa uno de los grandes avances en la identificación y por lo tanto en el tratamiento de los ofensores en cuanto al manejo de la activación sexual, la regulación emocional, los problemas con la intimidad, la detección del riesgo y los factores socioculturales que están implicados. Para estos autores aún existen vacíos importantes desde la perspectiva teórica que deben ser trabajados aún con mayor profundidad para lograr mejores resultados en el avance del conocimiento y claro está en el mejoramiento de los procesos de tratamiento y rehabilitación.

Más recientemente, Finkelhor (2008) afirma que su modelo es de gran aplicabilidad y que de hecho los postulados sobre la victimización y los factores de riesgo han permitido establecer rutas de prevención que han logrado un importante descenso en el abuso sexual en los Estados Unidos, que no sólo se debe a los sistemas de información sino a los indicadores económicos y a la inversión en prevención que ha venido desarrollando este país. Ciertamente, y pese la mayor o menor pertinencia de algunas de las críticas que el modelo de Finkelhor ha recibido, se trata de un modelo bastante coherente, claro e integrador de los diversos factores que la investigación ha vinculado al abuso sexual. La mayor parte de sus afirmaciones pueden ser contrastadas

empíricamente, si no están basadas ya en datos citados por el propio autor, ya que el nivel de inferencias implicado en el modelo no es muy elevado. Seguramente, el hecho de que el modelo se construya sobre los postulados y principios de la teoría del aprendizaje social supone uno de sus mayores fortalezas.

### **2.3. Modelo Integrado del Abuso Sexual de Marshall y Barbaree.**

Otro de los modelos que se ha venido formulado para la explicación del abuso sexual es el de Marshall y Barbaree (1990, 1999) que propone que el abuso sexual de niños es el resultado de la interacción de una serie de factores distales y proximales. El modelo intenta explicar tanto el desarrollo, la génesis y el mantenimiento de la conducta sexual abusiva.

En esta teoría se establece que una de las razones por las cuales los individuos abusan sexualmente a los niños es debido a la falta de discriminación de éstos entre sus impulsos sexuales y los agresivos, y la incapacidad para inhibir estas tendencias agresivas durante un encuentro sexual. Desde la perspectiva del desarrollo y de la teoría del aprendizaje, esto significa que el adolescente necesita aprender a inhibir, manejar y controlar sus impulsos sexuales. De otra forma se encuentra en un riesgo alto de cometer ofensas sexuales y adicionalmente tiene que poner al servicio del control de los impulsos su capacidad cognoscitiva para analizar la situación y estar al tanto de las consecuencias negativas que conlleva una ofensa sexual. Marshall y Barbaree presentan su primer modelo en 1990 y posteriormente en 1999 adicionan algunos otros elementos de interés a la teoría.

En las formulaciones más recientes, Marshall y Barbaree, (1990) proponen que existe en los hombres una predisposición a abusar sexualmente a los niños y afirma que esto se debe a la denominada “vulnerabilidad”, que está dentro del continuo vulnerabilidad frente a resiliencia. La resiliencia, según Ward (2002), puede ser considerada como las características, habilidades, actitudes, preferencias, valores y creencias que capacitan a un individuo, en este caso, para resistir la tentación y la oportunidad de cometer una agresión sexual.

Es necesario ser cuidadoso con la definición y utilización del término resiliencia, éste término surgió hace aproximadamente 20 años en la literatura y, según Garbarino (2008), hace referencia a la supuesta capacidad de un individuo de superar la adversidad. Para este autor la resiliencia es un mito y no existe como concepto psicológico. Según este autor, la resiliencia debe ser definida según el contexto en el cual se está considerando, así en el caso de

los actos violentos debe diferenciarse entre el acto por el nivel de activación y el nivel del juicio moral que éste acto implica, por lo anterior la descripción más adecuada de la resiliencia es la capacidad del ser humano de no sucumbir ante la presencia de un contexto o evento adverso de alta intensidad. Sin embargo surge otra dificultad si el término sucumbir debe concebirse desde una perspectiva de la salud mental o eminentemente académica (Garbarino, 2008). Lo que es evidente es que frente a una situación adversa se dan ciertos efectos que impactan la salud mental de las personas que lo padecen y, por lo tanto, una consecuencia en el funcionamiento psicológico y la adaptación social.

Retomando el modelo de explicación del abuso sexual de Marshall y Barbaree (1990, 1999), el abuso sexual está relacionado con procesos de desarrollo primarios en la vida, los cuales combinados con situaciones particulares pueden dar un panorama de los mecanismos que lo ocasionan. En este modelo se establece que existen unos antecedentes adversos en el desarrollo que son los que instauran la condición de vulnerabilidad en los agresores sexuales. En la teoría de Marshall y Barbaree, la vulnerabilidad se desarrolla durante todo el ciclo de vida aunque las experiencias tempranas son cruciales en este aspecto.

Según estos planteamientos teóricos, el apego y el vínculo se constituyen en uno de los mecanismos importantes en la explicación de patrones emocionales desadaptativos. Para Bowlby (1993) el apego es aquella conducta innata que lleva a un infante a seguir por proximidad a un adulto, en el caso del vínculo se habla de un segundo momento del apego donde juegan factores de aprendizaje que determinan que el vínculo sea positivo o negativo según el caso (Vargas y Ramírez 1999). Así considerado, el apego y el vínculo son mecanismos psicológicos que permiten o inhiben las relaciones e interacciones con otros a lo largo de la vida.

Marshall y Barbaree (1990) proponen que existe una relación entre el apego y la conducta sexual abusiva. Ellos afirman que un ambiente maltratador o negligente hace que los niños distorsionen el modelo de representación interno de las relaciones sociales lo cual influye en las expectativas que tienen que ver con la disponibilidad y significado emocional hacia otras personas, así como el valor que le dan a las mismas. Los agresores sexuales consideran que el mundo es un lugar inseguro por lo que no es conveniente confiar en otros. adicionalmente si el niño está expuesto en su contexto cercano como la familia

a comportamientos del orden misógino o antisociales puede aprender por modelamiento conductas desadaptativas. Si, además, el niño es abusado sexualmente, esta condición se percibe como reforzante en la medida que se valida y se instaura la creencia que tener sexo con niños es normal y ocasiona beneficios, lo cual sienta la base para el desarrollo de códigos sexuales e interpersonales distorsionados.

En la teoría integrada de Marshall y Barbaree el punto crucial para los abusadores es la transición hacia la adolescencia, las experiencias negativas en la infancia conllevan que el adolescente no desarrolle las suficientes habilidades sociales para lograr interacción heterosexual efectiva. Por ello éste es un período crítico para la adquisición de actitudes, intereses y patrones sexuales duraderos, a lo que se le suma el aumento del nivel de activación hormonal el cual incrementa las respuestas a claves sexuales. La carencia de regulación emocional y de habilidades sociales puede predisponerlos y verse más afectados por esos cambios hormonales. Ésta situación los expone a aprender comportamientos desviados orientados a satisfacer sus necesidades emocionales o sexuales.

Según Ward (2002), un supuesto central en la teoría integrada es que muchas de las necesidades pueden ser satisfechas a través de conductas sexuales desviadas además de la reducción de la tensión sexual que se puede presentar en este periodo del desarrollo. Si los adolescentes se sienten poco efectivos o inadecuados pueden ser más vulnerables a validar mensajes distorsionados sobre la masculinidad. Para Marshall y Barbaree (1999) la tarea de discriminación entre el impulso sexual y el agresivo en adolescentes es complejo ya que estos se originan en el mismo nivel neurológico. Los substratos implicados en el cerebro medio son el hipotálamo, la amígdala y el septum. Así, resulta necesario que aprendan a diferenciar, y por lo tanto a inhibir, la conducta agresiva en un contexto sexual, y se considera que muchos de estos abusadores tienen características similares a los psicópatas por la génesis temprana de las deficiencias.

De tal manera que factores como la distorsión de la masculinidad, la dificultad para discriminar entre el impulso agresivo y el sexual, la presencia de estímulos situacionales como el estrés, la intoxicación de estímulos sexuales pueden por un lado abrumar a una persona que no tiene las suficientes habilidades de afrontamiento y esto puede ocasionar su conducta sexual abusiva. Por otro lado, lo puede animar a buscar actividad sexual desviada para satisfacer sus necesidades de intimidad o interrelación personal efectiva

(Ward, 2002). Los efectos reforzantes de la conducta sexual desviada y el desarrollo de cogniciones distorsionadas son las que mantienen la ocurrencia de ofensas sexuales. Este reforzamiento puede ser positivo (activación sexual, y sentido de poder), o negativo (reducción del estado de ánimo bajo).

Para Marshall y Barbaree (1999) las circunstancias son determinantes en la ocurrencia del abuso sexual, de acuerdo a esto los factores de vulnerabilidad interactúan con elementos situacionales, tales como la intoxicación social frente al sexo, el afecto negativo y la presencia de una víctima potencial puede dar como resultado una agresión sexual contra un niño. La combinación de estos estresores con la condición de vulnerabilidad tales como las fantasías o preferencias sexuales desviadas funciona de tal forma que incapacita al individuo a controlar su deseo sexual abusivo. Este modelo está fundamentado en la desinhibición, donde la autorregulación es el elemento central para explicar el fenómeno.

Según Ward y Siegert (2002) el modelo integrado de Marshall y Barbaree centra sus explicaciones en los factores distales y proximales, siendo el más importante el de la vulnerabilidad en particular en la adolescencia, la cual surge desde la temprana infancia en ambientes familiares nocivos, abusivos y negligentes. Esto hace que el individuo desarrolle muchas dificultades psicológicas como son: el déficit en la autorregulación, la baja autoestima, el sentido pobre de la identidad y la carencia de habilidades para establecer intimidad, estos factores interactúan con componentes sociales y biológicos que aumentan la probabilidad de presentar conductas sexuales abusivas hacia los niños y las niñas.

Para Ward y Siegert (2002) la teoría integrada es uno de los grandes logros en este campo, precisamente porque muestra un modelo dinámico de combinación de múltiples factores que pueden llegar a explicar la ocurrencia del abuso sexual. Incluye factores biológicos, psicológicos, situacionales y socioculturales, elementos que no habían sido contemplados de esta manera en otras aproximaciones teóricas. La inclusión de variables como la vulnerabilidad y la resiliencia también son, a su juicio, un excelente aporte a este campo, particularmente por el lugar que le concede al aspecto evolutivo y a la génesis temprana de los trastornos. Es interesante la inclusión de mecanismos causales como es el estilo de apego y los modelos de representación internos, los déficits auto regulatorios y las creencias

desadaptativas, todas éstas especificidades le dan un carácter más teórico al modelo.

Claro está que, la acumulación de tantos factores de naturaleza diferente y procedencias teóricas distintas que tanto agrada a Ward y Siegert (2002), puede ser considerada por otros como la mayor debilidad de la teoría. Ciertamente, la ventaja de acumular una gran cantidad de variables de diversa procedencia es que se contenta a los posibles críticos, pero resta coherencia al planteamiento realizado.

Los propios Ward y Siegert (2002) destacan elementos en la teoría que deben ser revisados minuciosamente. Uno de estos puntos tiene que ver con que no hace una distinción entre diferentes agresores sexuales, a pesar de que esta distinción está avalada por la evidencia clínica. Los agresores sexuales presentan diversos síntomas y los patrones comportamentales diferentes por lo que los tratamientos son diversos. Otra de las críticas tiene que ver con la aparición de la conducta sexual abusiva, que la teoría integrada sitúa en la adolescencia. Pero no hay claridad en relación con los abusadores tardíos, aquellos que hacen la transición a la adolescencia de manera efectiva pero de igual manera se comprometen en conducta sexual desviada hacia los niños. Le dan mucho más valor al tema de la desinhibición y una explicación más limitada en cuanto a las creencias distorsionadas. Además las explicaciones muestran una sola vía de causalidad en estos factores, y es probable que esto no necesariamente ocurra así. Basar el modelo en la agresión limita las explicaciones, y fusionar el impulso sexual con el agresivo genera ambigüedades en la explicación (Ward y Siegert, 2002).

#### **2.4. Modelo Cuatripartito de Hall y Hirschman.**

Este modelo propuesto por Hall y Hirschman (1991) propone cuatro componentes para explicar el abuso sexual contra los niños, estos son: la activación fisiológica sexual, las cogniciones justificatorias de la agresión sexual, la inestabilidad afectiva y los problemas de personalidad. Estos factores según los autores sirven de precursores para incrementar la probabilidad de ocurrencia de las ofensas sexuales. En este modelo los tres primeros factores son de estado, el último es de rasgo y es considerado como un factor de vulnerabilidad duradera.

Un supuesto central en esta teoría es que cada uno de los factores ya mencionados contribuyen de manera determinada en el abuso sexual, pero que en cada caso el nivel de influencia de cada uno cambia y se convierte en



mayor determinante que otro. Esto significa que un elemento puede ejercer mayor influencia y minimizar el efecto de los demás y que este factor puede convertirse en un activador de los otros factores. Estos autores consideran esta interacción como sinérgica, ya que la activación de uno de los factores funciona de tal manera que aumenta la intensidad de los otros. Esto significa que el efecto de activar uno de los componentes hace que el individuo traspase el umbral crítico para manifestar un acto sexual desviado. La combinación de un estado de ánimo negativo fuerte y la existencia de otros elementos etiológicos da como resultado el aumento en los niveles de la activación desviada y en cogniciones intrusivas y frecuentes acerca de la permisividad de tener sexo con niños. A lo anterior se le suma la expectativa de que tal encuentro sexual lo hará sentir feliz y amado. Es la inclusión del componente afectivo el evento crítico el que actúa como un catalizador aumentando la potencia de los otros factores en un caso específico de abusador, para otro puede ser la activación sexual desviada (Ward, 2001).

Para Hall y Hirschman (1991) cada uno de los factores descritos caracteriza un tipo de abusador particular, lo que es muy aplicable en el caso del tratamiento. El primer subtipo presenta activación sexual desviada y preferencias sexuales fuertes por los niños, este es el clásico abusador que se reconoce más por el número de víctimas. Los agresores del segundo tipo se caracterizan por sus motivaciones cognoscitivas, por lo general interpretan erróneamente el comportamiento del niño como si éstos tuvieran intenciones sexuales, además estos abusadores presentan habilidades de autorregulación y destrezas de planeación. El tercer grupo de ofensores sexuales se definen por su susceptibilidad a estados afectivos negativos y con frecuencia se comportan de manera impulsiva y poco planeada. El último grupo son aquellos que tienen problemas de personalidad evolutivamente y experimentan grandes dificultades en establecer relaciones íntimas con adultos, pero que tienen un funcionamiento adecuado en la vida cotidiana.

El modelo cuatripartito es sin lugar a dudas una contribución interesante al cuerpo teórico del tema del abuso sexual y su etiología. Considerar múltiples factores es una fortaleza y el plantear que el abuso sexual sigue unos caminos determinados en cada uno de los agresores abre la posibilidad para la identificación de patrones de comportamiento en el abuso sexual. El hablar de factores de estado y de rasgo puede ser considerado como un acierto y es funcional para explicar cómo los déficits psicológicos pueden combinarse y dar como resultado una conducta de abuso sexual. De otra parte, el plantear la

existencia del umbral crítico es un concepto innovador y ayuda en la explicación de cómo la relación entre la dimensión de vulnerabilidad y las variables situacionales ocasionan el abuso. El esbozar una tipología de los agresores sexuales basada en los precursores motivacionales primarios haciendo énfasis en las diferencias individuales es considerado por algunos como un aporte positivo del modelo (Ward y Siegert, 2002).

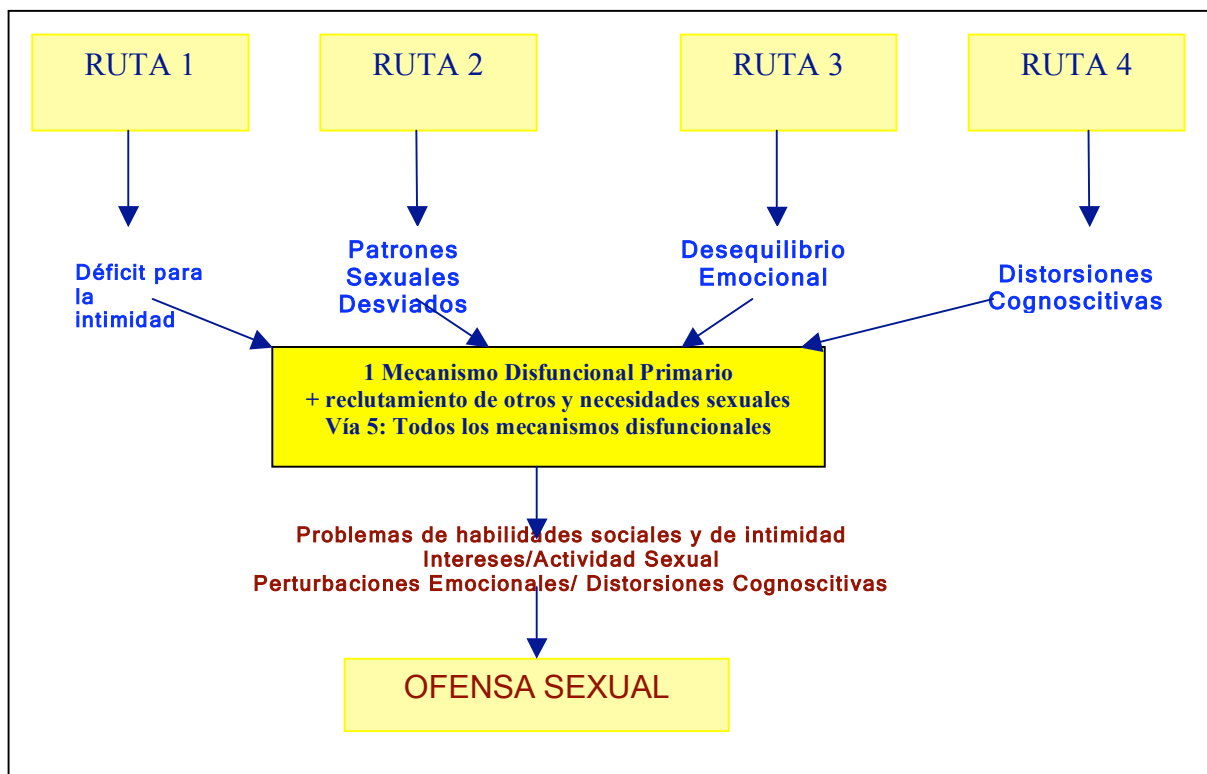
A pesar de las fortalezas esta teoría presenta algunas debilidades, por una parte no describe los mecanismos que generan la activación sexual desviada, las distorsiones cognoscitivas, el desequilibrio afectivo y los problemas de personalidad, y tampoco establece en qué forma estos factores se pueden relacionar. Otra dificultad es que pareciera que en algunos casos los cuatro componentes se confunden porque no tienen una diferencia conceptual clara. A diferencia de otros modelos que establecen la génesis de la vulnerabilidad, en el modelo de Hall y Hirschman (1991) esto no es evidente. En general, desde el punto de vista de estructura teórica este modelo debe ser trabajado desde una plataforma conceptual más sólida (Ward y Siegert, 2002). Además, debería someterse a discusión hasta qué punto establecer perfiles o tipologías de maltratadores cuenta con una fundamentación empírica rigurosa. Si estas tipologías son una simplificación de la realidad, o constituyen una ayuda para el abordaje del problema, es algo que queda por dilucidar.

### **2.5. Modelo Comprensivo del abuso sexual de Ward y Siegert.**

El análisis de las fortalezas y debilidades de los modelos anteriores realizado por Ward (Ward, 2001, 2002; Ward y Hudson, 2001; Ward y Siegert, 2002) no pone en duda su valor clínico y teórico, pero es una justificación para proponer su propio modelo sobre este fenómeno. Así, Ward y Siegert (2002) después de un análisis minucioso de las alternativas proponen y formulan una teoría comprensiva del abuso sexual, y recurren a los modelos más representativos para mostrar integración entre los conceptos que consideran más adecuados en la explicación del abuso sexual contra los niños.

Ward y Siegert (2002) inician la construcción del modelo desde la necesidad de contar con una explicación del abuso a partir del fenómeno a explicar. Afirman que hay cuatro grupos de problemas o de síntomas que típicamente se encuentran en las personas que abusan sexualmente a los niños y niñas como son: (1) problemas de regulación emocional, (2) déficit en las habilidades sociales y en las de establecer intimidad, (3) activación sexual

desviada y (4) distorsiones cognoscitivas. Consideran que los agresores sexuales muestran diferentes características psicológicas en cada uno de los factores mencionados anteriormente, pero las diferencias se dan en función de la gravedad, profundidad y orientación de los problemas más que por la presencia o ausencia de los mismos.



**Figura 2.2**  
**Modelo de Rutas del Abuso Sexual**  
 (Tomado de Ward y Siegert, 2002, pág. 334).

Para Ward y Siegert (2002) el abuso sexual se da porque existen unas vías o rutas de cada uno de los componentes implicados. Los mecanismos que causan el abuso sexual son múltiples y dependen de diferentes factores. Los factores que se consideran implicados en este proceso son: adversidad evolutiva, valores culturales y sistema de creencias, contexto familiar, variables biológicas, déficits psicológicos y variables situacionales, actuando la mayoría de estos mecanismos como factores distales o proximales al evento. El fenómeno es producido por cuatro tipos de mecanismos psicológicos: el déficit en habilidades sociales y en las destrezas para establecer intimidad, patrones sexuales distorsionados, inestabilidad emocional y distorsiones cognoscitivas.

Los factores biológicos y culturales así como las experiencias de aprendizaje ejercen un efecto en los mecanismos tanto en las estructuras como en el funcionamiento de los mismos. En la Figura 2.2 se presenta gráficamente el modelo de rutas propuesto por Ward y Siegert (2002) para explicar el abuso sexual.

El modelo describe diferentes perfiles psicológicos y comportamentales, cada uno muestra etiologías diversas y déficits fundamentales. Es importante tener en cuenta que cada ruta corresponde a un perfil particular en los cuales el mecanismo causal primario dará origen a un conjunto de síntomas único. El término primario se utiliza aquí en el sentido que este mecanismo es el que impacta más que cualquier otro mecanismo.

El modelo desarrollado por Ward y Siegert (2002) es un intento de explicación integral del abuso sexual que toma elementos del modelo de las cuatro precondiciones de Finkelhor (1984), del modelo integrado de Marshall y Barbaree (1999) y del modelo cuatripartito de Hall y Hirschman (1991). Avanza en la conceptualización de los mecanismos psicológicos implicados, establece una tipología en cuanto a las rutas de combinación de factores y especifica algunos procesos. Sin embargo, este modelo aún debe ser sometido a validaciones empíricas y a evidencia clínica, es por lo anterior que éste es un campo en el que la investigación aún tiene que resolver grandes interrogantes.

El modelo de rutas del abuso sexual, o modelo comprensivo, propuesto por Ward y Siegert (2002) es sin duda alguna interesante por lo que supone de reconceptuación de los factores y variables que otros modelos ya han tomado en consideración. Incluir elementos de los otros modelos supone jugar con la ventaja, ya señalada, de contentar a otros críticos, así como de resolver las críticas que los propios autores realizan a los otros modelos. Pero, como ya se ha señalado la acumulación de factores no es un camino seguro para solucionar un problema, y dificulta enormemente el planteamiento de una teoría coherente.

Posiblemente la principal aportación de Ward y Siegert (2002) a la explicación del abuso consiste en identificar los problemas o síntomas que parecen encontrarse en las personas que abusan sexualmente a los niños y niñas (problemas de regulación emocional, déficit en las habilidades sociales y en las de establecer intimidad, activación sexual desviada y distorsiones cognoscitivas). Esos problemas que caracterizan a los abusadores se convierten así en los mecanismos psicológicos que conducen al abuso, pero para que el modelo sea sólido debe explicar de qué manera los abusadores

llegan a desarrollar estos problemas. Recurrir a factores biológicos y culturales así como las experiencias de aprendizaje, tiene la virtud de cubrir todas las posibilidades explicativas, pero es demasiado general como para ser considerado como una solución seria a las pretensiones explicativas de este modelo.

## **2.6. Modelos ecológicos.**

Los modelos ecológicos consideran el abuso sexual infantil como un fenómeno multicausal alternativo a los modelos que buscan la explicación en la disfuncionalidad, la enfermedad o la psicopatología. La aproximación ecológica identifica varios niveles de influencia. El modelo ecológico fue utilizado inicialmente para explicar el maltrato físico de manera global por autores como Garbarino (1977) o Bronfenbrenner y Belsky (1980, 1992). En este último caso se identifican cuatro subsistemas en el ecosistema humano: el macrosistema – incluye los patrones culturalmente instituidos-, el microsistema –las relaciones inmediatas con el entorno-, el mesosistema –las interacciones entre diferentes microsistemas-, y el ecosistema –los escenarios donde no se encuentran inmerso el individuo pero que influyen en él.

Por otro lado, Belsky, 1980, añade un énfasis evolutivo. Su modelo ecológico incluye cuatro niveles de influencia que contienen variables específicas. El desarrollo ontogenético, en primer lugar, donde se reproduce el ciclo de la violencia. En segundo lugar el microsistema, que es el contexto inmediato del niño, donde se dan los comportamientos concretos de los miembros de la familia nuclear y extensa, donde influyen los efectos de las características específicas de la composición familiar y las variables psicológicas y comportamentales de cada uno de sus miembros. En tercer lugar el ecosistema, o conjunto de microsistemas que afectan indirectamente al niño e incluyen los factores que rodean al individuo y a su familia como las relaciones sociales y el ámbito del trabajo. Por último el macrosistema, que es el marco cultural donde se incluyen los recursos económicos, estructurales como la organización y el funcionamiento de la sociedad y los factores psicosociales o culturales, dentro de las cuales se encuentran las actitudes, creencias y valores sobre la crianza, entre otras.

Con posterioridad al modelo ecológico de Belsky se formuló el modelo de Cicchetti y Rizley (1981) y más actualizado el de Cicchetti y Lynch (1993), en el cual incluyen tanto el modelo ecológico como el transaccional en el que

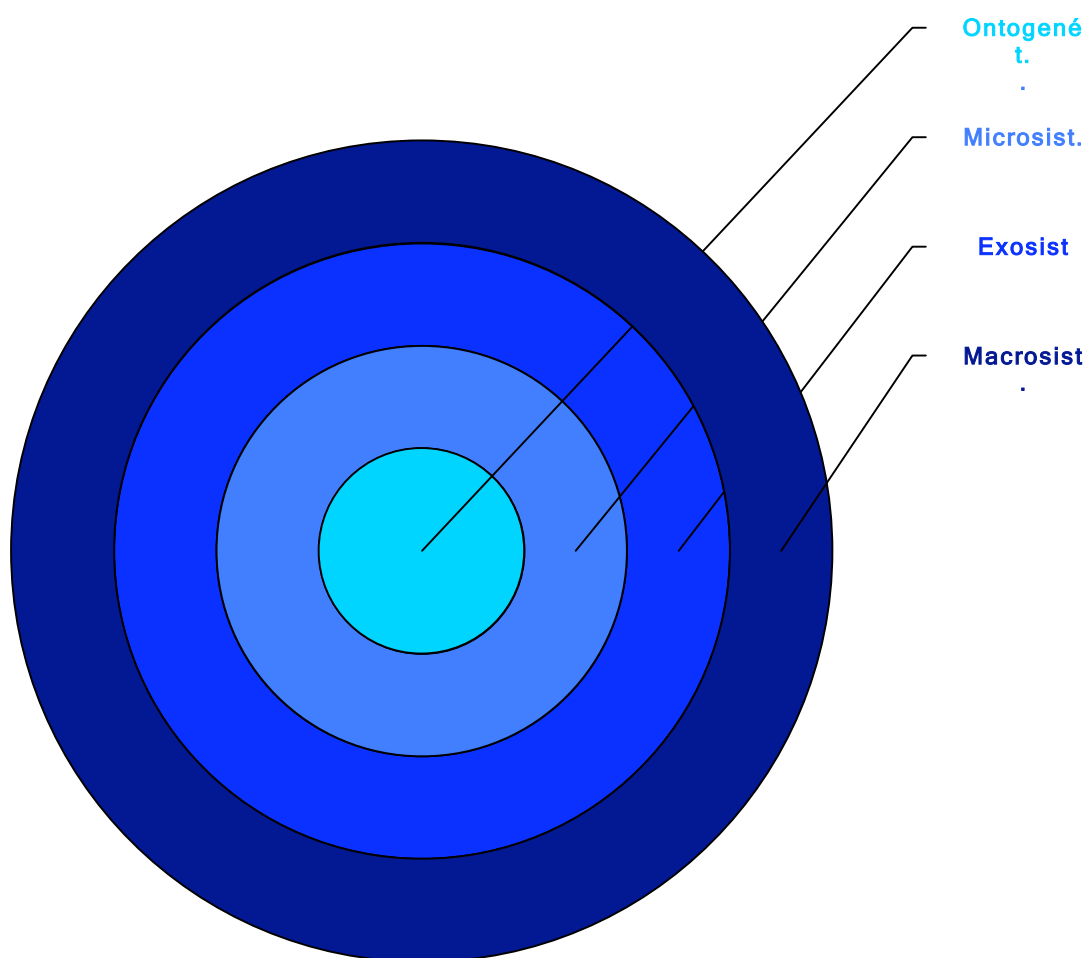
se añade la violencia en la comunidad. Aunque el modelo de Belsky habla de los factores que corresponden a cada uno de los contextos como ya se mencionó, no es muy descriptivo en términos de cómo se relacionan estos factores, por lo que el modelo transaccional es más integral ya que establece que los componentes del ambiente, junto con las características del cuidador y del niño interactúan recíprocamente para dar como resultado el evento de maltrato (Bolen, 2001).

En el modelo interactivo de factores de riesgo y de protección propuesto por Cicchetti y Lynch (1993) se plantea que los factores de riesgo son aquellos que hacen vulnerables a las comunidades, mientras que los factores de protección son aquellos que disminuyen la probabilidad del maltrato. Más que poner de presente la importancia de un conjunto específico de precursores del abuso, este modelo se interesa en identificar las distintas interacciones entre las características relacionadas con la dinámica familiar, tales como las habilidades de afrontamiento de los niños, el cuidado parental y la disciplina, así como otras características del sistema familiar.

En este modelo se tienen en cuenta los siguientes niveles de concepción del problema: el cultural, el comunitario, el familiar y el del niño. En el nivel cultural, se consideran como variables relevantes el valor cultural que se le da al castigo corporal, las actitudes positivas y la justificación de la violencia física, el grado en que se dan otras formas de violencia y las actitudes hacia los derechos de los niños y las niñas. En el nivel comunitario, las variables relevantes son: los sistemas de apoyo informal como por ejemplo los vecinos, las relaciones familiares los grupos informales de cuidado de niños, los clubes sociales, las organizaciones religiosas y comunitarias, la educación para la paternidad y la disminución del estrés. Dentro de los sistemas de apoyo formal, se encuentran las facilidades para la atención de la salud, los servicios de asesoría legal y consejería, la asistencia del bienestar, el acceso al empleo, la disponibilidad de las actividades recreativas, las facilidades de cuidado de los niños, las oportunidades educativas, etc. Además se encuentran la formación sobre pautas de crianza, la intervención a través de servicios sociales o acciones legales. En este mismo nivel, se encuentran los programas específicos de atención al abuso y al maltrato, como por ejemplo líneas telefónicas o centros de atención en crisis. En el nivel familiar los factores son las prácticas y estilos de crianza de los padres, los patrones de interacción familiar y las fuentes de estrés a las que están expuestos los padres. En el nivel del niño, las variables son características físicas y psicológicas de éste

(Berns, 2004).

Vander Mey y Neff (1986) propusieron un modelo ecológico específico para explicar el abuso sexual infantil, dado que este tipo de maltrato no puede ser explicado suficientemente mediante los modelos ecológicos que hacen referencia al maltrato infantil y la negligencia. En este modelo se identifican cuatro niveles de influencia: la sociedad, el vecindario, la familia y la díada marital, y la díada padre-hija (Vander Mey, 1990).



**Ontogénico:** Apego, Disponibilidad, Atracción, Vulnerabilidad.  
**Microsistema:** Socialización, Privacidad de la Familia, Estructura familiar, Apego Disfuncional  
**Exosistema:** Cuidado adecuado para el niño, Sistema Educativo. Redes de apoyo social, Seguridad  
**Macrosistema:** Represión, Socialización, Efectos generacionales, Negación Colectiva, Ejercicio del Poder

**Figura 2.3**  
**Modelo Ecológico del Abuso Sexual**  
(Tomado de Bolen, 2001, pág. 140).

A nivel social las variables asociadas a una mayor probabilidad de abuso sexual infantil son: el nivel general de violencia y tolerancia a la violencia de la sociedad, la importancia cultural de la privacidad familiar y las creencias culturales sobre el rol de la mujer y la concepción de niño. Entre las variables asociadas al nivel de vecindario se encuentra la presencia de una subcultura de la violencia, un nivel socioeconómico bajo y la prevalencia de la violencia en las familias. En el subsistema familiar las variables asociadas al abuso sexual infantil son un status socioeconómico bajo, la dominancia del padre, la violencia familiar generalizada, desorganización en los roles familiares y aislamiento social. En la díada marital se encuentran un pobre control de impulsos por parte del padre, autoritarismo, historia de abuso físico y sexual en la infancia, violencia de pareja, el grado en el que el abusador cree que es propietario de sus hijos, la incapacidad de la madre de reconocer las necesidades de un niño, su insatisfacción con el matrimonio, el grado de empatía y la calidad del vínculo que tiene con sus hijos así como la percepción de indefensión que tiene de sí misma (Vander Mey 1990).

Plantear las causas del abuso sexual dentro de un modelo ecológico transaccional con perspectiva del desarrollo puede ser una aproximación más efectiva en la comprensión de este fenómeno, ya que otros modelos que han intentado dichas explicaciones se han centrado en el abuso y el acto de abuso pero no han incorporado la víctima y mucho menos otros factores del contexto que pueden estar asociados a la problemática.

Bolen (2001) formula un modelo desde la perspectiva arriba mencionada, y afirma que el riesgo del abuso sexual puede ser concebido como el resultado de varias influencias externas que son experimentadas por el niño internamente como factores potenciadores o protectores. Esto significa que el niño como tal puede estar en riesgo del abuso por muchas condiciones que están fuera de él. La Figura 2.3. muestra la forma como se relacionan y se afectan los cuatro contextos propuestos por la teoría, y explican la ocurrencia del abuso sexual. Desde este planteamiento se observa cómo cada uno de los estresores en los niveles jerárquicos tienen un efecto escalonado, es decir de mayor a menor nivel. Más detalladamente, el microsistema impacta el ecosistema y el microsistema, los cuales a su vez influyen en el nivel ontogénico de manera directa o indirecta. Según Bolen (2001) la tarea es poder determinar en cuál de todos estos contextos se originan los factores de riesgo que explican el abuso sexual de niños y niñas.



Hasta el momento los modelos explicativos han hecho énfasis en el nivel individual de los agresores y el funcionamiento psicológico de los mismos como las causas directas del abuso sexual. Sin embargo, en esta perspectiva los agentes de riesgo se amplían. Algunos autores como Vander Mey y Neff (1982) se centraron en la explicación de las condiciones del niño, los padres y en general la dinámica de la familia para explicar la presencia del abuso sexual. Afirman que, según la revisión elaborada por ellos, muchos de los investigadores toman el incesto como cualquier tipo de abuso y esto no es preciso. En el caso del incesto o del abuso sexual intrafamiliar, las condiciones son diferentes al caso del abuso sexual extrafamiliar. La relación con el agresor y con el padre no ofensor marca el límite entre lo que se considera abusivo o no. Estos autores encontraron que no hay un patrón definido en el tipo de padre que abusa a sus hijos. Pueden ser personas de bajos recursos económicos pero igual de ingresos mensuales adecuados, y pueden ser de nivel de escolaridad bajo pero también existen algunos con niveles de educación que llegan hasta el postgrado y un nivel de desempeño laboral prestigioso. Las madres en este tipo de familias, por su parte, son ausentes, no están alerta de la situación y niegan el evento, la mayoría conocen el evento pero por diversas razones no se atreven a enfrentarlo. En el reporte de Vander Mey y Neff (1982) se describe que algunas de las características que muestran los niños abusados sexualmente es que algunos son extremadamente atractivos, encantadores, muchos de ellos hiperactivos y al parecer en condiciones de normalidad física. Sin embargo esta descripción como factor de riesgo puede ser cuestionada, ya que se han encontrado evidencias que los niños con discapacidad y problemas físicos son vulnerables al abuso sexual (Finkelhor, 1984). Dentro de los factores de riesgo para el abuso sexual la estructura de la familia se ha considerado uno de los factores que facilitan el abuso sexual intrafamiliar. En el estudio de Turner, Finkelhor y Ormrod (2007) abuso sexual y estructura familiar guardan una relación importante y debe ser tomada en consideración en la detección de familias en riesgo y en la evaluación de casos de abuso.

En las familias donde se presenta el incesto, Vander Mey y Neff (1982) refieren que la dinámica de estas familias es bastante particular y que están caracterizadas por el rol dominante del padre. Sin embargo esto no difiere de algunos estudios donde se encuentra esta misma condición del padre en donde existe el maltrato físico (Ramírez, Navarrete, Vejarano y Hewitt 2005).

Según Bolen (2001) el poder como factor de riesgo en el abuso sexual se debe considerar dentro del aspecto de las normas sociales. Los padres al tener el poder dentro de la familia decide ejercer ese poder abusando a los hijos. En este marco conceptual el poder se origina en el macrosistema (sociedad) pero se manifiesta en el microsistema (familia). Esta confusión que plantea Bolen (2001), en relación con el contexto de origen del factores de riesgo y el contexto de manifestación, es lo que ha dado como resultado que la mayoría de las investigaciones se hayan centrado en identificar los factores correspondientes al nivel ontogenético, las características individuales de las víctimas o de los agresores, y en algunos otros casos se han mencionado los factores asociados a las características de las familias y la dinámica de éstas.

Según Cicchetti y Lynch (1993) las familias desarrollan unos paradigmas que corresponden a un conjunto de creencias acerca del ambiente en general, y que estos supuestos afectan la forma como procesan la información acerca del ambiente mismo lo cual incluye las normas y principios culturales. Más específicamente consideran que estos paradigmas se convierten en modelos representacionales de la comunidad y la sociedad a la que pertenecen. Éstos determinan la manera en que las familias conciben las relaciones dentro de las mismas y las expectativas que tienen frente a los roles y formas de relación, las cuales definen y mantienen las formas de agresión y abuso al interior de las familias. Tanto las familias como las comunidades inmediatas al niño reproducen en gran medida las creencias culturales y las normas sociales. Esto explicaría el porqué el concepto de poder se transmite y se convierte en un factor de riesgo en las familias abusiva y maltratantes. Lo anterior significa que la sociedad en general es un factor de riesgo en la cual se origina y se perpetúa el fenómeno del abuso sexual entre generaciones y entre culturas.

En el caso específico del abuso sexual, se propone que tanto el macrosistema y en segundo lugar, el exosistema son los más importantes en la explicación del abuso sexual, en cuanto a los factores de riesgo en la familia éstos representan la influencia del macro y exosistema. En esta perspectiva ecológica el factor de riesgo de menor incidencia es el niño, supuesto que es más comprensible al hacer un análisis de los factores propios del niño que se combinan con las expectativas de la sociedad. Es interesante ver cómo éstos determinantes ecológicos interactúan de manera compleja con el desarrollo evolutivo del niño, y explican el riesgo de ser víctima de abuso sexual. Estos factores operan fuera del niño aunque el efecto es directamente en éste (Bolen, 2001).

En el abuso sexual dentro del microsistema existen una serie de elementos que deben ser estudiados. La cultura, normas, principios y creencias determinan el curso mismo de una sociedad en general. En la mayoría de culturas occidentales existe una creencia común en relación con las actitudes favorables hacia los privilegios que tienen los hombres en el ejercicio de la sexualidad, es decir, es más permisiva y menos sancionadora. Por lo anterior se puede pensar que existen algunas condiciones en determinadas culturas que favorecen la ocurrencia del abuso sexual. El poder, por ejemplo, que ya se ha mencionado anteriormente, es un elemento que se ha estudiado en relación con el abuso sexual. El adulto con una posición de poder frente a un niño que no tiene ningún poder es tal vez la condición de mayor frecuencia en estos casos y que ha sido documentada en diversos estudios. Finkelhor y Browne (1985) consideran que un adulto ejerce el poder con un niño víctima cuando se atenta continuamente contra la voluntad, el deseo y el sentido de eficacia, en el abuso sexual esto se da porque se invade el territorio íntimo del niño, así como el espacio corporal de manera repetida y en contra de la voluntad del niño. Lo anterior va acompañado de la coerción y la manipulación del agresor que es parte del proceso del abuso sexual. El agresor, además, ejerce el poder sobre el niño por que representa una figura de autoridad para éste, por lo que en muchas ocasiones ni siquiera es necesario el uso de la fuerza. El niño se siente atrapado en la situación ya que por las amenazas y la figura de autoridad en sí no puede informar sobre el hecho y esto lo hace sentir "con sensación de incapacidad". Esta sensación es aún más reforzada en aquellos casos donde el niño ha reportado la situación y el adulto cercano no ha creído el testimonio.

El elemento de poder en el abuso está también relacionado con el género y la edad. Por esta razón se observan en los estudios de incidencia y prevalencia descritos en el anterior capítulo, que las edades más afectadas son los primeros ciclos de vida indiscriminadamente para hombres y mujeres. Se observa un descenso en la edad escolar y adolescente para los varones, pero no así para las mujeres. Las niñas y adolescentes siguen siendo las más victimizadas (Finkelhor et al. 2007). Ejercer poder sobre las mujeres es una práctica cultural de alta aceptación en diversos contextos. La primacía masculina, como paradigma cultural puede ser un elemento que perpetúe el abuso sexual.

Otra de las dimensiones que vale la pena mencionar es la de la represión, en particular en los grupos minoritarios que están en condiciones de

desventaja frente a otros. Se considera que en los grupos de desventaja social la ocurrencia del abuso sexual es mayor. De otra parte, los patrones de socialización de hombres y mujeres también están modelados y determinados por las normas culturales. Mientras en la cultura occidental se favorece la socialización de los hombres con un carácter más agresivo, a las mujeres se les inculca aún más el sentido del romanticismo y se imprime la señal de debilidad en éstas para establecer relaciones interpersonales. Por ello el patrón de socialización en las mujeres está orientado a mostrar más debilidad que poder (Bolen, 2001).

Una dimensión analizada en algunos estudios es el espacio generacional. En el estudio de Rusell (1983), citado por Bolen (2001), se encontró que las mujeres participantes mayores de 50 años reportaron menor abuso que mujeres más jóvenes. Esto puede ser porque las mujeres no recuerdan el evento tanto como en otras cohortes de edad, pero este cambio de patrón en el abuso sexual en función de la generación puede ser que se esté confirmando el efecto de los factores sociales en el abuso (Bolen, 2001).

Otro de los factores de la dinámica sociocultural asociada con el abuso es la negación colectiva del hecho. Aunque el abuso sexual es un evento histórico, sólo hasta los años 70 y 80 fue reconocido como un problema social, y muy recientemente como un problema de salud pública (WHO, 2002). Pero aún así, continúa siendo de todas formas un evento que se mantiene en secreto en la mayoría de las sociedades por lo que la detección y recuperación de los niños es incierta (Bolen, 2001).

El siguiente contexto a analizar es el exosistema, que se refiere al grupo de estructuras de diversa índole que se encuentran inmersas en las comunidades cercanas a las familias. Estas estructuras pueden ser organizaciones de apoyo institucional, como de tipo comunitario que caracterizan los vecindarios y en general las comunidades. La influencia de este contexto próximo al individuo está relacionado con el fenómeno del abuso sexual. Las comunidades organizadas en torno a propósitos de desarrollo y acción social son más seguras y son más sensibles a ejercer control para evitar estos eventos. Las comunidades que tienen mayor acceso a recursos y redes de apoyo tienen menor probabilidad de tener altas tasas de victimización comparadas con aquellas donde no hay recursos disponibles, ni facilidades y donde tampoco hay cohesión entre sus miembros (Belsky y Stratton, 2002; Garbarino, 2008). A pesar que la relación del abuso sexual con el exosistema no se ha demostrado de manera directa, existen algunos componentes que

deben ser tenidos en cuenta como son: la disponibilidad en las comunidades de contar con recursos suficientes para el cuidado adecuado de los niños, la adecuación de los sistemas de salud, la capacidad relacional con redes de apoyo o grupos organizados, la clase del vecindario o comunidad y la sensación de seguridad en la comunidad. Algunos estudios han intentado determinar la influencia del tipo de comunidad en el tipo de maltrato, es el caso de Drake y Pandey (1996) quienes encontraron una asociación fuerte entre comunidades pobres y negligencia, menos fuerte con maltrato físico y una relación moderada con abuso sexual. Por su parte, Ernst (2000) demostró que existía una relación entre el nivel de los recursos económicos y la presencia de maltrato físico, negligencia y abuso sexual, en cambio los recursos sociales se asociaron con maltrato físico y abuso sexual pero no con negligencia. Al parecer el tipo de abuso que estaría más asociado con el tipo de comunidad sería la negligencia y no otros tipos de maltrato, por lo anterior en el caso de abuso sexual esta es una variable aún por estudiar (Coulton et al., 2007).

En general, se considera que el exosistema no es tan determinante como el microsistema en la ocurrencia del abuso sexual, pero tiene una responsabilidad en la transmisión de las normas, creencias y demás valores culturales a través de las organizaciones como la iglesia, la escuela y el vecindario, ya que éstos tienen un papel importante en el proceso de socialización (Bolen, 2001).

El microcontexto es tal vez el más analizado en cuanto a los factores de riesgo del abuso sexual. El microcontexto es el más cercano al niño, en el cual se encuentra la familia, la cual puede ser un factor de riesgo o de protección dependiendo de las condiciones y características que ésta tiene. En este aspecto se consideran elementos como la estructura y el funcionamiento de la familia, los patrones de crianza, los recursos psicológicos con que cuentan los padres, así como sus historias de desarrollo (Belsky, 1980; Belsky, Jaffe, Sligo, Woodward y Silva 2005).

La familia mantiene un nivel de intimidad particular por lo cual, en el caso del abuso sexual intrafamiliar hace más complejo el hecho de ponerlo en evidencia. La privacidad del conjunto familiar permite de alguna manera que los abusos sexuales en este ámbito queden ocultos. La estructura familiar puede ser un factor de riesgo para el abuso sexual. Aquellas familias monoparentales o las denominadas reconstituidas pueden ser espacios de mayor riesgo para abuso sexual, tal y como han reportado varios estudios en el contexto anglosajón (Finkelhor et al. 1990). En familias monoparentales se sugiere que

los niños tienen menor supervisión que aquellas donde viven con ambos padres biológicos. Por otro lado, en las familias reconstituidas la presencia del padrastro aumenta el riesgo de abuso sexual y de múltiples victimizaciones (Finkelhor et al., 2005).

Otro potenciador para la ocurrencia del abuso sexual es el funcionamiento inadecuado de las familias. La presencia de violencia intrafamiliar, el consumo de drogas y alcohol aumenta el riesgo para esta tipo de situación (Bolen, 2001). Adicionalmente, se ha encontrado que el apego inseguro es un factor de riesgo para el maltrato infantil, incluyendo el abuso sexual. La importancia del apego en este modelo explicativo radica en que el apego permea tanto el microsistema como el sistema ontogenético. En el caso del microsistema el apego inseguro con los padres puede poner al niño en riesgo por varias razones, pero fundamentalmente porque estos padres pueden supervisar en menor grado a sus hijos y además porque no tienen la capacidad de discriminar las situaciones de peligro para sus hijos (Bolen, 2001).

En el último nivel del modelo, el sistema ontogenético, se analizan algunos aspectos del niño como tal que pueden ser o no factores de riesgo para el abuso sexual. Solamente algunas de estas características pueden aumentar la probabilidad de la victimización de los niños como el vínculo inseguro, esta condición se origina en el microsistema porque depende en gran medida del tipo de vínculo que los padres han establecido con su hijo. El vínculo ambivalente puede poner en riesgo al niño de ser víctima de abuso sexual, mientras que el evitativo puede estar más relacionado con los agresores. Otros factores de riesgo aquí contemplados son la disponibilidad del niño para el agresor, la capacidad de atraer por sus condiciones físicas y psicológicas y el nivel de vulnerabilidad son elementos importantes a tener en consideración (Bolen, 2001).

En el estudio de prevalencia y factores asociados al maltrato infantil, llevado a cabo en seis regiones de Colombia por Ramírez y Pinzón (2005) con la metodología de muestreo probabilístico multietápico, se encontró que en estas regiones el abuso sexual de niños está muy presente. Una de las variables asociadas al abuso sexual era el ingreso. La proporción de mayor número de familias donde había ocurrido el abuso sexual eran familias que no contaban con ningún ingreso y esto representaba el 3,8% de las familias encuestadas. Además de lo anterior se encontró que las familias que no tenían acceso a servicios de salud o que la calidad de estos era regular presentaban

el mayor número de casos de abuso sexual y correspondía al 2,1% (exosistema).

Por otro lado en las familias donde había ocurrido mayor abuso sexual, se encontraba que en el 1,6% de estas familias existía un factor de transmisión intergeneracional de la violencia, es decir, que los padres habían recibido malos tratos o habían sido abusados en sus hogares de origen. El dato de 1,7 % corresponde al hecho de que el padre había sido el agresor (microsistema). De igual forma la exposición a la violencia intrafamiliar (microsistema) y a la violencia psicosocial (exosistema) estaban relacionados con la ocurrencia del abuso sexual. Muy significativa fue la relación de la no existencia de servicios básicos con la presencia del abuso sexual, representado en un 16,2% de las familias que reportaron abuso (exosistema).

Al contrastar la región Atlántica en la costa norte colombiana y el litoral pacífico los hallazgos de este estudio que se refieren a distintos niveles del modelo ecológico muestran que para la región Atlántica. Los factores más asociados al abuso sexual fueron la alimentación deficiente, la limitada calidad de los servicios de salud (exosistema), la vivencia de maltrato en la temprana infancia por parte de los padres, la exposición a violencia intrafamiliar (microsistema y a violencia psicosocial (exosistema). Muy significativa la relación de la presencia de violencia intrafamiliar grave con el abuso sexual. En esta región se encontró que había mayor proporción de abuso sexual en aquellos municipios donde no había cobertura total de la educación básica (exosistema). También se encontró como factor relacionado el hecho de que en las familias donde se habían reportado casos de abuso sexual, las pautas de crianza eran deficitarias en cuanto a la carencia de límites o en cuanto a la falta de expresión de afecto (microsistema).

Los hallazgos en la región pacífica muestran mayor abuso sexual en las familias reconstituidas en un 1,8% (microsistema). Mayor prevalencia de abuso sexual cuando estaba presente el factor transmisión intergeneracional de la violencia en un 1,5%, así como la vivencia de los padres de golpes en familia de origen (1,4%) y la presencia de violencia intrafamiliar en un 2.1% (microsistema y macrosistema). Este análisis se realizó para cada uno de los municipios estudiados.

Para Bolen (2001) el modelo que propone para explicar el abuso sexual tiene otro componente que se refiere al nivel de desarrollo del niño, así como a los estados transicionales en la evolución. Por un lado la edad es determinante

en el abuso, la mayoría de estudios de prevalencia muestran que el intervalo de edad más victimizado es de 7 a 13 años y en mayor proporción las niñas, aunque algunos estudios de incidencia muestran que el ciclo de edad más victimizado es entre los 3 a 5 años. Los reportes de la mayoría de los estudios confirman el ciclo de la edad escolar como el más victimizado (Finkelhor et al., 2005, Finkelhor et al., 2007). Por otra parte el otro factor tiene que ver con el hecho que en el riesgo, los estresores y la victimización tienen un efecto acumulativo, por lo que el efecto también depende de la historia previa de estos niños que además los hace más vulnerables.

Finalmente, cabe destacar que para Bolen (2001) el abuso sexual es un problema sociocultural a lo que le adicionamos el hecho del impacto que tiene en el funcionamiento psicológico. Por tal razón en el presente estudio se considera un acontecimiento vital que una vez procesado por la víctima se convierte en un evento traumático. En esa categoría ingresa al dominio de la psicología clínica y debe ser estudiado más por las consecuencias que ocasiona que por los factores que lo causan. El enfocarse en los factores causales debería ser más un propósito para determinar los componentes de la prevención.

Con independencia de otras consideraciones, los modelos ecológicos tienen la virtud de hacer evidentes las relaciones entre el abuso sexual y todo un conjunto de factores sociales y culturales de gran importancia. Dibujan el contexto en el cual el abuso sexual se produce, incluso señalando situaciones y condiciones que pueden facilitar este tipo de comportamiento. Sin embargo, obvian aquello que centra otro tipo de modelos: las variables personales que inciden en el abusador para cometer este tipo de actos. Como se ha visto en la exposición de ese tipo de modelos, este es un aspecto fundamental no sólo para comprender el abuso sexual, sino también para poder poner freno a esta práctica.

### **2.7. Comentarios finales.**

El interés por establecer los factores que explican o que de alguna manera se asocian al hecho de perpetrar un abuso sexual, como se ha visto en los anteriores planteamientos, se han enfocado particularmente a las variables relacionadas con los agresores. En su mayoría los estudios hacen referencia a factores que tienen que ver con el desarrollo individual de los agresores y con



los eventos proximales o distales que pueden explicar el abuso o la ofensa sexual.

Whitaker, Le, Karl Hanson, Baker, McMahon, Ryan, Klein, Donovan y Rice, 2008) llevaron a cabo un meta análisis sobre los factores de riesgo asociados a las ofensas sexuales. Incluyeron en el meta análisis el espectro amplio de factores de riesgo potenciales que han sido estudiados por la mayoría de los modelos teóricos referentes a la ocurrencia del abuso sexual. Los estudios analizados fueron básicamente a partir de la década de los 90 y se enfocaron en las categorías más comunes de los estudios. Las seis categorías analizadas fueron: 1) variables sobre la historia familiar, 2) comportamientos externalizantes, 3) comportamientos internalizantes, 4) comportamientos sexuales desadaptativos, 5) problemas relacionados con las competencias sociales y 6) variables cognoscitivas y actitudinales.

Utilizaron cuatro criterios principales de inclusión para los estudios: (1) los datos debían haber sido publicados en fuentes oficiales, revistas indexadas de impacto, capítulos de libros o tesis de grado con publicación, (2) los estudios debían haber sido realizados en Estados Unidos, Canadá, Australia o países europeos del lado occidental, (3) los estudios debían haber incluido una comparación de agresores frente a no agresores, y (4) los estudios debían haber sido escritos en el idioma inglés. La investigación se llevó a cabo con 89 estudios comparando abusadores sexuales de niños con abusadores sexuales de adultos, con no abusadores sexuales y no abusadores en general.

Los resultados, según el tamaño del efecto encontrado, no muestran diferencias entre ofensores de niños y ofensores de adultos, excepto que los ofensores de niños muestran mayores tasas de conductas externalizantes. Se encontraron amplias diferencias entre los abusadores de niños y los no abusadores sexuales en cuanto a problemas sexuales y componentes cognoscitivo y actitudinal y diferencias más moderadas en cuanto a problemas familiares y deficiencias sociales. Las diferencias estadísticamente significativas se encontraron entre los abusadores de niños y los no abusadores en todas las seis categorías estudiadas con tamaños del efecto en el nivel medio ( $d = .39-.58$ ). Específicamente, los efectos mayores se encontraron en historia de abuso sexual, personalidad antisocial, dificultad para establecer relaciones íntimas vivencia de disciplina excesiva y asilamiento en la temprana infancia.

Los resultados de este meta análisis son consistentes con la mayoría de los postulados teóricos planteados en relación con el desarrollo de las ofensas

sexuales. Son coherentes con los elementos de cada una de las teorías incluidas anteriormente, como son las variables individuales, del desarrollo y aquellas del contexto próximo del abusador sexual. Estos resultados apoyan el hecho de que todos estos factores de riesgo pueden llevar a un individuo a convertirse en abusador sexual de niños y niñas. Sin embargo no se indica la forma en qué estos factores se combinan y tampoco las rutas que sigue cada uno para explicar la génesis del abuso (Whitaker et al 2008).

El meta análisis referenciado encontró varios vacíos en la investigación sobre factores de riesgo del abuso sexual, por ejemplo, la falta de estudios longitudinales y el número elevado de estudios de carácter transversal. Aunque son necesarios los estudios longitudinales su realización puede ser muy compleja por el tipo de delito que se está estudiando. Aún es necesario profundizar en estudios sobre la clase de los ofensores, el tipo de víctimas y algunos aspectos situacionales del abuso sexual. El último punto a estudiar es que no se encontraron estudios que mostraran la aplicabilidad de los modelos socio-ecológicos en los cuales las variables del contexto social y cultural juegan un papel importante (Whitaker et al., 2008).

El estudio de Whitaker et al. (2008) no supone el final de la controversia entre modelos explicativos, pero sí ofrece una adecuada retroalimentación a los diferentes modelos sobre las variables que hasta el momento han resultado más relevantes en la explicación del abuso sexual. En todo caso, aún queda mucho camino por recorrer.



# **CAPÍTULO 3**

## **CONSECUENCIAS DEL ABUSO SEXUAL**

### **1. Conceptos básicos.**

Definir el impacto psicológico de un evento o situación traumática en niños, niñas y adolescentes debería partir de una perspectiva del desarrollo infantil. Esto es, asumir que los procesos madurativos en la infancia determinan el curso y la evolución psicológica así como la adaptación de los niños, niñas y adolescentes a las demandas del ambiente. Además de lo anterior, las situaciones adversas vividas en la infancia interfieren con ese desarrollo y pueden repercutir con el ajuste en la edad adulta. Por otro lado, la clase de evento o acontecimiento vital, el ciclo de desarrollo y el tiempo de ocurrencia también son factores que pueden determinar el impacto psicológico.

Establecer el impacto psicológico es complejo ya que exige el análisis de la evolución de los procesos tiempo después de la ocurrencia de un evento traumático o de una experiencia victimizante. Definir el efecto de un evento traumático es una tarea que orientada a identificar relaciones causa efecto lo cual es siempre metodológicamente complejo, a la par que complejo en eventos como el abuso sexual, ya que en una situación como esta son muchos los factores que se deberían controlar para establecer con exactitud esa relación. Por lo anterior, el presente estudio utiliza el término de consecuencia el cual hace referencia a la variabilidad de los procesos psicológicos que se pueden dar en un niño, niña o adolescente que ha sido víctima de abuso sexual. Estas consecuencias se consideran como condiciones de cambio a corto término, lo cual significa que la evaluación se lleva a cabo en un periodo de tiempo cercano (no mayor a un año) a la ocurrencia del evento traumático. En el caso de estudiar el impacto o el efecto del abuso, las evaluaciones deberían extenderse en el tiempo para lo que es necesario contar con estudios de índole longitudinal

El desarrollo se puede ver influenciado por criterios normativos y reguladores como es el caso de la edad, momento cronológico, la historia, o el momento temporal, en el que se ha dado un suceso que impacta el desarrollo de un grupo o cohorte, como por ejemplo los desastres naturales. Existen de igual manera los criterios normativos no regulados que influyen el desarrollo

como pueden ser las experiencias adversas, que afectan a una persona en función de los factores mediadores o moderadores (Wicks-Nelson e Israel, 1997).

Las experiencias adversas pueden tener un efecto diferencial en el desarrollo dependiendo del momento mismo del desarrollo en el que se producen y del proceso psicológico que tiene lugar. De otra parte, los efectos pueden ser directos o indirectos, en función de las variables que se estén estudiando. Una de las formas como se han analizado las influencias en el desarrollo tiene que ver con los criterios de riesgo y resistencia, así como los de proximidad y distancia de los factores que inciden en los procesos evolutivos.

Un modelo transaccional del desarrollo como el propuesto por Sameroff y Fiese (2000) supone que los trastornos mentales y los cuadros psicopatológicos se originan en la infancia y la niñez temprana. Existe, según estos autores, una relación dinámica transaccional entre el componente biológico y ambiental. Lo anterior implica que el análisis se debe centrar en los factores condicionantes desde los más cercanos (proximales) hasta los más lejanos al individuo (distales). Por esto la conceptualización se inicia con los factores asociados al padre o cuidador hasta llegar a los niveles más distales como pueden ser la comunidad, la cultura o el ambiente en general. Desde esta perspectiva una intervención debe incluir diferentes aspectos del sistema de desarrollo: el niño o niña en sí, los padres o cuidadores, y la interacción de estos. Las investigaciones realizadas desde la perspectiva transaccional han enfatizado los efectos del ambiente, y la evaluación del contexto. Sin embargo, demostrar la relación de los factores sociales con la génesis de los trastornos psicopatológicos aún es un reto. Lo anterior ha llevado a los investigadores a plantear modelos del desarrollo que trascienden explicaciones individualistas y utilizan modelos multicausales para explicar los fenómenos del desarrollo y la salud mental.

El desarrollo, en el modelo transaccional es el resultado de los procesos individuales y el contexto vivencial del mismo. Es decir, que el desarrollo del niño es el producto final de las interacciones dinámicas y constantes entre el niño y las experiencias que la familia y el contexto social le ofrece. Estas experiencias pueden ser positivas o negativas y de esto depende el curso adecuado o inadecuado del individuo en los distintos estadios. Lo más relevante en este modelo del desarrollo es el énfasis interactivo entre el niño y el ambiente de manera interdependiente y no aislada como en algunas

perspectivas. Sin embargo, es necesario reconocer que la defensa de la interacción recíproca del niño con su entorno está a la base de otras aproximaciones conceptuales al desarrollo (p.ej., Bijou, 1993).

Sameroff (1993) plantea que para intervenir y favorecer el desarrollo infantil es importante identificar las fuentes de regulación del desarrollo humano, así como los niveles de complejidad en los cuales los problemas están contextualizados. Los factores ambientales se relacionan con los cambios graduales, los cuales se encuentran en unos códigos como son el cultural, el familiar, y el individual de los padres. Estos códigos regulan el desarrollo cognoscitivo y la salud mental, de tal manera que el niño o niña se ajustará a algunos de los roles que la sociedad le ofrece dentro de la estructura de oportunidades. Estos códigos están jerárquicamente relacionados tanto en su evolución como en la forma que influyen en el niño.

El desarrollo infantil temprano está altamente relacionado con cuadros psicopatológicos, tal y como Rutter y Sroufe (1984) han defendido, destacando el hecho de que la presencia de dificultades en la temprana infancia son predictores de trastornos psicopatológicos en la edad adulta. Estos autores, han planteado la relación entre factores de riesgo y protectores, los cuales ocasionan o atenúan los efectos de situaciones adversas tempranas. Identifican un campo de estudio independiente de otras disciplinas, como es la psicopatología del desarrollo, la cual define un punto de partida así como un límite al espectro del comportamiento desadaptativo. Según Rutter y Sroufe (1984) la psicopatología del desarrollo se define como: *“...el estudio de los orígenes, y el curso del patrón del comportamiento desadaptativo individual, independiente de la edad, las causas en sí, los cambios y transformaciones en la manifestación conductual y de la complejidad del patrón presente...”* (pág. 18).

Rutter y Sroufe (2000) también han analizado los procesos que explican el desarrollo adecuado o inadecuado. Más allá de la concepción del cambio cronológico, el interés ha estado orientado a determinar cómo los procesos causales se presentan como cadenas de eventos y reacciones que operan en lapsos de tiempo de manera gradual y constante. El desarrollo se ha concebido, desde esta perspectiva, como un proceso activo y dinámico el cual incluye el procesamiento cognoscitivo y afectivo del individuo además del significado que tienen las experiencias. El componente biológico influye en la forma cómo las personas reaccionan a las experiencias pero a su vez también el organismo biológico es reconstruido a partir de las experiencias. Por lo

anterior, el desarrollo evolutivo no se ve sólo como el logro de la madurez biológica hasta el grado superior de competencia o hasta la estabilidad de los rasgos de personalidad, sino hasta el logro de la coherencia y armonía entre el funcionamiento cognitivo y afectivo del ser humano.

Para Rutter (1987) existen una serie de factores que explican la relación de las experiencias tempranas con la manifestación de trastornos psicopatológicos posteriores: (1) la experiencia traumática es asociada con una manifestación de aparición temprana y persiste en el tiempo; (2) la situación ocasiona cambios corporales que determinan el funcionamiento posterior; (3) existen ciertos patrones de comportamiento en el tiempo que posteriormente se convierten en un cuadro clínico; (4) los eventos tempranos modifican las condiciones de la familia y con el tiempo producen el trastorno; (5) la capacidad o sensibilidad para afrontar el estrés se convierte en un factor de vulnerabilidad; (6) las experiencias alteran el concepto de sí mismo; y (7) las experiencias y lo que éstas ocasionan en el individuo influyen en el comportamiento de selección de los ambientes.

Así mismo, Rutter (1987) ha desarrollado una teoría sobre el concepto de riesgo en la psicopatología de la infancia. El enfoque de riesgo, postula que existen una serie de variables o condiciones que aumentan la probabilidad de que se produzcan desajustes a lo largo de la vida de las personas. La forma de responder ante los factores de riesgo es variada, porque algunas personas pueden ser más o menos vulnerables a estos factores o pueden tener mayor capacidad de afrontamiento o mejor capacidad de respuesta a la adversidad, estos se denominan factores de protección o resiliencia. Así mismo, la resistencia o resiliencia, se refiere a la capacidad de un niño o un individuo de responder adaptativamente a los cambios del ambiente y a afrontar condiciones adversas, como se explicó en el capítulo anterior. Los mecanismos de protección están integrados en distintas variables operativas como las características personales, la dinámica familiar armónica e integrada, y la disponibilidad de fuentes de apoyo externo que motiven al niño o niña para afrontar la adversidad. Este nivel de resistencia o resiliencia tiene relación con el concepto de vulnerabilidad (Rutter 1987).

La resiliencia tiene que ver con la capacidad del individuo para responder diferencialmente ante el riesgo, y no es un atributo de la personalidad, ya que la forma de responder varía de un individuo a otro y de una situación a otra. Esta variabilidad en la respuesta al riesgo es la vulnerabilidad. Esta condición se define en función de las fluctuaciones de las

respuestas del individuo frente a las experiencias negativas. Tanto los factores de protección como la vulnerabilidad son polos opuestos de un continuo que actúan como variables en presencia del riesgo. Según Rutter (1987) existen muchos factores que pueden servir como mecanismos de protección del riesgo. Las personas deben desarrollar capacidades para afrontar y superar el riesgo, no para evitarlo y ser inmune a tales condiciones durante la vida.

Un factor de riesgo causal, es aquel que demuestre que al ser manipulado, modifica el riesgo de aparición de la respuesta. Por ejemplo, cuando los padres modifican las habilidades de comunicación en el conflicto de pareja, disminuye la presencia de depresión en los niños y/o adolescentes (Davies, y Windle, 2001). Un factor de riesgo mediador o encadenado, es el bajo nivel de educación, que actúa como una variable mediadora entre la pobreza y las pocas oportunidades de empleo, y así sucesivamente, que pueden llevar a la persona a más riesgos (Schoon, 2002).

Por lo anterior, y como se describió en el capítulo 2, el abuso sexual se constituye en uno de los más graves factores de riesgo en la génesis de psicopatología en la infancia, y su consecuente deterioro del proceso de desarrollo. Las consecuencias del mismo deben estudiarse tomando en cuenta estos planteamientos. Los estudios que determinan los síntomas clínicos que muestran los niños abusados sexualmente se constituyen en una guía en cuanto a la evaluación, el diagnóstico y el tratamiento, así como para los investigadores que tienen como objetivo determinar las consecuencias del abuso sexual y desarrollar teorías sobre el proceso de recuperación de las víctimas del abuso sexual.

Moore y Carr (2000) plantean que existen múltiples factores de riesgo que influyen en el desarrollo de problemas psicológicos en niños y adolescentes. Puede diferenciarse entre factores de riesgo que *predisponen* el desarrollo de problemas psicológicos y factores de riesgo *precipitantes*, los cuales activan el inicio o exacerban las dificultades psicológicas. Por último estarían los factores de *mantenimiento*, los cuales perpetúan problemas psicológicos de la misma manera que los desarrollan. Estos factores pueden ser sub-clasificados dentro de dominios individuales y contextuales. En el dominio individual podemos encontrar factores biológicos y psicológicos, y en el dominio contextual factores paterno-filiales tempranos, exposición a problemas familiares y acontecimientos vitales.



## **2. Impacto: concepto, definición y tipología.**

El impacto psicológico se concibe como el efecto que determinados eventos pueden ocasionar en el funcionamiento general del niño o niña, en áreas específicas del desarrollo interfiriendo o deteniendo los procesos necesarios para el ajuste a corto, mediano y largo término. El impacto también puede ser considerado como las secuelas que una situación adversa puede tener en las dimensiones de ajuste de las personas. De otra parte, el impacto puede referirse en un momento dado a las consecuencias que produce un evento específico o varios eventos en la continuidad de los procesos vitales (Pynoos, Steinberg y Goenjian, 1996).

Existen algunos estudios en la literatura en los que se ha evaluado el impacto psicológico de eventos adversos y traumáticos (Pynoos Steinberg y Goenjian 1996). Estos estudios analizan básicamente los efectos, la relación entre una condición negativa y su consecuente respuesta, los cambios que se dan o se asocian ante la presencia de una condición particular o la variabilidad en el continuo del desarrollo. Esta última perspectiva implica una postura en relación con el concepto del desarrollo infantil, la generación de cuadros clínicos en la infancia y por supuesto de los factores que se relacionan con el origen de los mismos.

El impacto psicológico puede tener diversas modalidades, dependiendo del tipo de evento traumático, así como de los mecanismos de protección y respuesta con que cuenta la persona. Esto quiere decir que cada ser humano tiene las capacidades y recursos psicológicos para afrontar una adversidad, sin embargo la forma de manejo de las mismas no siempre son iguales y dependen de varios factores como son: las diferencias individuales, las condiciones del contexto, la naturaleza del evento y la vivencia de la experiencia adversa (Rutter, 1987).

Las consecuencias del maltrato infantil en todas sus manifestaciones son adversas. La mayoría de los estudios han estado orientados a determinar el efecto del maltrato físico y en menor proporción a establecer el impacto del abuso sexual. Ha sido complejo determinar las relaciones causales ya que en algunas oportunidades los retardos o detenciones en áreas específicas del desarrollo pueden ser factores de riesgo o condiciones de vulnerabilidad para el abuso, y en otros pueden ser concebidas como uno de los efectos. La literatura muestra hallazgos de estudios retrospectivos con muestras clínicas

en los cuales la condición de abuso se ha dado previamente a la medición con un lapso de tiempo entre la ocurrencia del hecho y la medición bastante amplio. Entre la década de los 70 y 80 del siglo pasado se mostró un gran interés por este tema, y en el periodo comprendido entre los 80 y 90 se realizaron estudios que pretendieron dar cuenta de las consecuencias del abuso sexual. Los estudios tenían limitaciones relacionadas con en el tamaño de las muestras, los grupos de comparación, las medidas objetivas y por lo tanto los análisis estadísticos (Alter-Reid, Gibbs, Rasic Lachenmeyer, Sigal y Massot, 1986). En este periodo vale la pena mencionar el estudio de Porter, Blick y Sgroi (1982) en el cual categorizan las consecuencias del abuso sexual en cinco: (1) síndrome de daños, (2) culpa, (3) temor, (4) depresión, (5) baja autoestima, (6) ira y hostilidad reprimida, (7) incapacidad para confiar en otros, (8) pérdida de los límites del rol y confusión de roles, (9) seudomadurez acompañada de la dificultad para lograr el desarrollo según la evolución y la edad, y (10) dificultad en la autorregulación. Aunque la producción ha disminuido desde el 2000, aún existe el interés en investigar este aspecto ya que los datos siguen sin ser concluyentes respecto a algunas variables de efecto así como a los factores asociadas entre las cuales se encuentra el género (*National Research Council*, 1993).

El hecho de que el abuso sexual sea concebido como una experiencia traumática ha sido revisada en el anterior capítulo, sin embargo la evidencia empírica que da cuenta de este hecho ha sido documentada de manera específica por Finkelhor y Browne (1986) quienes han desarrollado un modelo para explicar cómo y porqué el abuso sexual se considera un trauma psicológico. En la formulación del modelo se plantea que la experiencia del abuso sexual debe ser analizada con base en cuatro factores causales que categorizan como la “dinámica traumatogénica”, que se caracteriza por: la sexualización traumática, la estigmatización, la traición y la pérdida del sentido del poder. Esta postura es generalizable a toda clase de traumas y no exclusivamente para el abuso sexual. La combinación de ésta dinámica y unas circunstancias particulares hacen que el trauma del abuso sexual sea diferente de otras situaciones traumáticas para los niños y niñas.

Según Finkelhor y Browne (1986) cuando ésta dinámica se da, tiene como consecuencia la alteración de la orientación cognoscitiva y emocional del niño hacia el mundo, lo que crea un trauma porque lleva al niño a distorsionar el concepto de sí mismo, la percepción del mundo y las capacidades afectivas

El modelo traumatogénico tiene una aplicación clínica e investigativa y se fundamenta en cuatro procesos que describen el impacto en diversas áreas del desarrollo.

La *sexualización traumática* se refiere al proceso en el cual la sexualidad del niño que ha sido victimizado se transforma en formas de comportamiento que no son propias dentro del rango evolutivo y social en el que se encuentra el niño. Este comportamiento se muestra tanto en sentimientos sexuales como en comportamientos de carácter sexual inapropiados (Finkelhor y Browne, 1986). Desafortunadamente este proceso se presenta como resultado del reforzamiento constante, por parte del agresor, de conductas sexuales que no corresponden al nivel de desarrollo del niño. De otro lado, puede ser el resultado del intercambio de afecto, atención, privilegios o regalos que se le otorgan al niño por mostrar este tipo de conductas, de tal manera que el niño aprende que ésta es una estrategia válida para manipular a otros. Las experiencias de abuso sexual pueden variar de forma dramática en términos de la cantidad de conducta sexualizada que ocasionen, dependiendo del tipo de conducta que el agresor practique con el niño. Probablemente si estimula al niño el desarrollo de la conducta sexualizada será diferente al caso en que el agresor practique conductas masturbatorias con el niño o niña víctima. Según Finkelhor y Browne (1986) el tipo de conducta sexualizada también depende del nivel de comprensión del niño: cuanto más pequeño y menor nivel de desarrollo, los comportamientos sexualizados se presentarán en menor proporción que si el niño tiene mayor información sexual.

La *traición* se refiere al proceso en el cual el niño descubre que la persona con la cual tiene una relación de dependencia le ha causado un daño (Finkelhor y Browne, 1986). En el curso del abuso sexual muchos niños se dan cuenta que una persona en la que confiaban los ha manipulado a través de mentiras y además les ha dado una versión equivocada de los estándares morales. Además descubren que una persona por la que probablemente tenían un afecto los ha tratado de manera equívoca. Esta sensación no sólo se da con el agresor, también puede sentir que ha sido traicionado por el padre o la madre que no estuvo para protegerlo en el momento del abuso.

Además, la *sensación de pérdida del poder* (“desempoderamiento”) se refiere al proceso en el cual tanto los deseos, la voluntad y el sentido de eficacia está afectado y disminuido. Esto sucede en el abuso sexual cuando el espacio corporal del niño es atacado (Finkelhor y Browne, 1986). Lo anterior empeora por la manipulación y la coerción que el agresor ejerce sobre el niño

en el abuso, el “desempoderamiento”. Se refuerza porque el niño no puede interrumpir esa situación que es negativa para él. Y aumenta en la medida que el niño experimenta temor, no comprende lo que está pasando y se siente en una trampa por la dependencia que tiene con el agresor, especialmente en aquellos casos en que el agresor es una persona conocida y tiene un significado afectivo para la víctima. Esta sensación de falta de poder se mantiene porque el niño siente que si informa la ocurrencia del abuso, puede que no se crea en su testimonio (Finkelhor y Browne, 1986).

El último de los componentes definido en este modelo traumatológico de Finkelhor y Browne (1986) es la *estigmatización*, que se refiere a las connotaciones negativas que se hacen al niño, por ejemplo en el caso de la culpabilización y la vergüenza. En muchos de los casos, los adultos cercanos al niño lo culpabilizan y le atribuyen responsabilidad en el hecho, lo que impacta directamente la imagen que el niño tiene de sí mismo. Esta situación es provocada en primer momento por el mismo agresor y reforzada por familiares o personas cercanas al niño. Las formas de reacción de los adultos muestran el tabú frente al evento así como respuestas exageradas que hacen que el niño se avergüenze de algo que él no cometió, pero que pone una etiqueta no sólo en el momento inmediato de la notificación sino que puede perdurar por el resto de su vida (Finkelhor y Browne, 1986).

El impacto del abuso sexual ha sido observado clínicamente y comprobado empíricamente en diversos estudios, que más adelante en este mismo capítulo será descritos. Los efectos comportamentales y psicológicos que se han evidenciado alteran el curso del desarrollo de la vida de la víctima y su ajuste posterior. Aunque no se pueden demostrar relaciones causales entre este evento traumático y los cuadros clínicos, si es claro que existe una asociación entre la presencia del abuso sexual y los cambios en las áreas mencionadas, las cuales no se pueden categorizar de una manera tan estricta. La categorización que hacen Finkelhor y Browne (1986), resumida en la Tabla 3.1, permite tener una mirada global de los efectos.

**Tabla 3.1.**  
**Dinámica Traumatogénica** (Finkelhor y Browne, 1986).

<b>Factor</b>	<b>Impacto psicológico</b>	<b>Manifestaciones Conductuales</b>
<b>Sexualización Traumática</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aumento del interés en asuntos de carácter sexual</li> <li>- Confusión acerca de la identidad sexual</li> <li>- Confusión acerca de las normas</li> <li>- Confusión del sexo y el amor</li> <li>- Asociaciones negativas con las actividades sexuales y la activación de las sensaciones</li> <li>- Aversión al sexo o a la intimidad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Preocupaciones sexuales y comportamientos sexuales compulsivos</li> <li>- Actividad sexual precoz</li> <li>- Comportamiento sexual agresivo</li> <li>- Promiscuidad</li> <li>- Prostitución</li> <li>- Disfunciones Sexuales: <i>flashbacks, dificultad en la activación, evitación del orgasmo, reacciones fóbicas a la intimidad sexual.</i></li> <li>- Sexualidad inapropiada</li> </ul>
<b>Estigmatización</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vergüenza, culpa</li> <li>- Baja autoestima</li> <li>- Sensación de ser diferente de otros</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aislamiento</li> <li>- Uso de alcohol y drogas</li> <li>- Comportamiento delictivo</li> <li>- Automutilación</li> <li>- Suicidio.</li> </ul>
<b>Traición</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pesar, depresión</li> <li>- Dependencia extrema</li> <li>- Incapacidad para juzgar en quién confiar</li> <li>- Desconfianza, particularmente en los hombres</li> <li>- Ira, hostilidad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aferrarse a otros exageradamente</li> <li>- Vulnerabilidad al abuso y a la explotación</li> <li>- Permisividad para que abusen otros niños</li> <li>- Aislamiento</li> <li>- Desagrado en relaciones íntimas</li> <li>- Problemas maritales</li> <li>- Comportamiento agresivo</li> <li>- Delincuencia</li> </ul>
<b>Sensación de falta de poder</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ansiedad y temor</li> <li>- Bajo sentido de eficacia</li> <li>- Percepción de víctima</li> <li>- Necesidad de control</li> <li>- Identificación con el agresor</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pesadillas</li> <li>- Fobias</li> <li>- Quejas somáticas, trastornos del sueño y de la alimentación</li> <li>- Depresión</li> <li>- Disociación</li> <li>- Fugas de casa o colegio</li> <li>- Problemas escolares y vagancia</li> <li>- Problemas laborales</li> <li>- Vulnerabilidad a victimización futura</li> <li>- Comportamiento agresivo, matoneo</li> <li>- Delincuencia</li> <li>- Consumo de sustancia</li> </ul>

*Tomado de Finkelhor y Browne (1986), págs. 186-187.*

Desde otra perspectiva, Hartman y Burgess (1993) proponen un modelo neuropsicológico del procesamiento de la información del trauma. Este modelo enfatiza en el papel del sistema límbico como el responsable de la codificación de la información que ingresa. Esta codificación se relaciona con el proceso de memoria. Según este modelo, cuando el sistema límbico está sobresaturado por la información que ingresa, la respuesta inicial es alterada y poco exitosa en el manejo y en la forma de responder a la información y utiliza una estrategia conocida como la disociación. Las implicaciones de esta respuesta de hiperactivación, y la disociación en sí, pueden ocasionar interrupciones en las conexiones claves de los procesos que operan en la construcción de la memoria y en el aprendizaje asociativo.

Para Hartman y Burgess (1993) el aprendizaje asociativo es un paradigma que sugiere que la generalización de la respuesta es lo que explica tanto la conducta sexual disruptiva como las conductas de temor. Sin embargo, para estos autores no es clara la concepción de memoria, que es fundamental para la propuesta que tienen del procesamiento de información del trauma.

Para Glaser y Wiseman (2000) y Berliner y Elliot (2002) las consecuencias del abuso sexual se pueden dividir en dos grandes categorías: los efectos a corto y a largo término. Aunque es claro que el abuso sexual puede tener consecuencias deteriorantes y efectos a largo plazo, no hay tantos estudios controlados que separen los efectos del abuso y cuadros psicopatológicos previos a la ocurrencia del suceso. Esto es así por la metodología de los estudios y por las fuentes de donde se obtienen las muestras, que en su mayoría son las agencias de protección o control. De todas formas los niños abusados sexualmente muestran diferencias en su comportamiento de aquellos que no han sufrido tal experiencia. Existen algunos factores que deben ser tenidos en cuenta para determinar los efectos del abuso entre estos se encuentran: (1) la edad del niño, algunos estudios afirman que cuanto mayor sea el niño mayores serán las problemáticas que presente; (2) la edad en la que ocurrió el abuso, los estudios que incluyen esta variable son inconsistentes; (3) el género –sexo-, en los estudios hasta ahora encontrados no muestran grandes diferencias en la magnitud de los efectos entre niños y niñas; y (4) el tiempo que ha pasado desde el último suceso de abuso, esta variable también muestra datos inconsistentes.

Según Glaser y Wiseman (2000) los otros factores a considerar tienen que ver con el abuso en sí: (1) identidad del perpetrador, ya que parece que

cuando el abusador es el padre o el padrastro los efectos son más graves; (2) número de perpetradores, los estudios no muestran consistencias en este aspecto aunque clínicamente tiene un valor importante; (3) frecuencia del abuso, de forma que cuanto mayor número de episodios hay más efectos negativos; (5) duración del abuso, de manera que cuanto más prolongado el abuso los efectos también serán más nocivos; y (6) la naturaleza del abuso, los datos muestran diferencias en el efecto entre los actos sexuales abusivos y los actos sexuales con violencia. Las últimas dos variables a considerar son: (1) el ajuste premórbido de la víctima/habilidades de afrontamiento, ya que son condiciones que pueden ser mediadores del efecto y (2) carencia de apoyo materno, la ausencia de una madre de soporte puede influenciar y hacer que los resultados sean aún más graves.

En relación con los efectos a largo término, Glaser y Wiseman (2000) consideran que estos pueden convertirse en consecuencias crónicas a lo largo de la vida, con periodos de funcionamiento psicológico adecuado y recaídas. Los adultos que han sido victimizados en la infancia tienden a mostrar más ansiedad y estados depresivos, y también hay relación con la bulimia nervosa y las quejas somáticas. Existen algunas evidencias sobre la relación entre abuso sexual y los trastornos de personalidad múltiple. De otra parte, el intento de suicidio, las disfunciones sexuales, la confusión con la orientación sexual, la promiscuidad y la tendencia a la agresión sexual.

Según Echeburúa y Corral (2006) las consecuencias del abuso sexual se dan a corto y largo término. En una revisión realizada por estos autores se afirma que el 80% de los niños abusados sexualmente muestran una serie de perturbaciones psicológicas una vez que ha ocurrido el abuso y que el efecto depende de la edad. En los niños en edad preescolar se tiende a minimizar el evento, probablemente por la dificultad en la comprensión del mismo, Sin embargo esto es contrario a los que reportan Berliner y Elliot (2002) en relación con la conducta sexualizada, que es uno de los síntomas más evidentes en este grupo de edad. Por otra parte Echeburúa y Corral (2006) afirman que en las niñas en edad escolar se presentan mayores trastornos internalizantes, como la ansiedad y la depresión, y en los niños es más frecuente el deterioro escolar y los problemas de comportamiento. En la adolescencia se asocia con el consumo de alcohol y drogas y con el comportamiento sexual inapropiado.

En el caso de las consecuencias a largo término los hallazgos son contradictorios, y se afirma que en sólo el 30% de los casos se puede

evidencia el impacto de una situación como el abuso sexual (Echeburúa y Corral, 2006). Lo más frecuente son perturbaciones en el área y funcionamiento sexual, trastorno de estrés postraumático, depresión, así como conductas agresivas y autodestructivas. Según estos autores, el impacto del abuso depende del tipo de abuso, de la relación con el agresor y de la cantidad de recursos psicológicos con los que cuenta la víctima.

En la primera revisión de estudios sobre el impacto del abuso sexual llevada a cabo por Browne y Finkelhor(1986) se encontró que sólo 4 estudios fueron realizados con niños mientras que la gran mayoría (23) fueron estudios con adultos. Algunas de estas revisiones incluyeron los estudios de adultos con los de niños, ya que éstos últimos no son frecuentes en la literatura. Actualmente, existen evidencias sobre los efectos del abuso sexual tanto en adultos como en niños a pesar de las dificultades metodológicas que esto representa.

### **2.1. Problemas el estudio del impacto.**

Briere (1992) afirma que las investigaciones relacionadas con las consecuencias o secuelas del abuso sexual, su impacto, han tenido un desarrollo importante. Sin embargo, los estudios tienen ciertas limitaciones metodológicas que se tienen que tomar en cuenta al extraer conclusiones sobre determinadas variables.

Las primeras tendencias en la investigación tienen que ver con estudios en los que se intentó establecer una relación entre el abuso sexual y los efectos en variables próximas o distales al evento. Es muy importante tener precaución con estos estudios que hacen referencia a las investigaciones sobre efectos a largo término con muestras de adultos. Por otro lado la metodología de los estudios transversales en comparación con los longitudinales. Estos últimos tienen las dificultades de los costos y de la consecución de las muestras. Por el otro lado el factor olvido puede interferir con los autoinformes de las personas que han sido victimizadas, y con los sujetos que conforman los grupos de análisis. En el caso de los estudios transversales, la interferencia con los resultados puede estar asociada con el transcurso del desarrollo o con los procesos madurativos de los niños que están siendo estudiados. Otro factor que debe tomarse en cuenta es de la definición de la variable independiente. La definición de abuso sexual debe corresponder a una definición que pueda ser operacionalizada, por lo que las



definiciones clínicas e incluso las legales deben ser transformadas de tal manera que esto no desvíe los resultados hacia conclusiones erróneas. Otro elemento sobre el que Briere (1992) pone el énfasis es la selección de los grupos de comparación, debido a que el abuso sexual no es una variable independiente de manipulación sino que es atributiva asignada. Las condiciones que acompañan a las muestras de estudio deben ser cuidadosamente evaluadas por los investigadores, esto incluye el género, la edad y el nivel socioeconómico; así como la clase y tipo de abuso y la condición del agresor y la relación con la víctima.

Putnam (2003) destaca en que en muchos estudios los grupos no se dividieron por edad, y esto puede ser un error en la medición, lo cual interfiere con la validez interna del estudio. Por otra parte, la revisión que exponemos a continuación permite comprobar que muy pocos estudios utilizan muestras que permitan una cantidad de datos suficientes para hacer análisis y predicciones. Finalmente, Briere (1992) hace la precisión que en los estudios específicos sobre maltrato, abuso sexual y otras formas de victimización, es posible que se presenten otros tipos de maltrato y no exclusivamente el estudiado. Este es un elemento importante al hacer la interpretación de los datos. A todo esto hay que sumar la elección de los instrumentos de medición y su adecuación para el tema de la investigación.

Ciertamente, las características metodológicas de los estudios sobre consecuencias de abuso sexual de carácter transversal hacen conveniente tomar precauciones en el momento de interpretar los datos y resultados. Algunas de las conclusiones pueden ser resultado del proceso evolutivo de los participantes. Por ejemplo la influencia del tipo de abuso, así como la frecuencia o duración y otras características que dependen de la edad pueden mostrar alguna variabilidad la cual no se ha documentado suficientemente. Por lo anterior es importante ser prudente en la asignación de los participantes a las condiciones de los estudios (Trickett y Putnam, 1998). De igual manera, los estudios retrospectivos presentan también problemas, especialmente en relación con la memoria y las distorsiones cognoscitivas que se pueden dar como resultado de la experiencia traumática (Brewin, Andrews y Gotlib, 1993). Presumiblemente el abuso sexual afecta la memoria bajo determinadas circunstancias que aún no se han entendido completamente, e incluso a veces se asocia con amnesias y otros tipos de mecanismos de olvido (Feldman-Summers y Pope, 1994; Putnam y Carlson, 1993).

Adicionalmente los estudios realizados con adultos que fueron víctimas de abuso sexual, tienen la dificultad de la clasificación de los participantes, y el hecho de que se parte de la percepción del adulto que tuvo la experiencia, que puede diferir de la percepción del trauma una vez ocurrido el hecho. Los estudios llevados a cabo con niños tienen la ventaja de apoyarse en agencias de protección, por lo que es mayor la evidencia del trauma y el reporte o testimonio del niño, o del padre no agresor, está acompañado de información adicional.

Ammerman (1998), en correspondencia con los anteriores autores, también señala la necesidad de tener precaución con las definiciones, con las estrategias de muestreo y asignación de sujetos a los grupos de estudio. Por otro lado, sugiere que se pueda establecer el mayor rigor posible en la especificación del diseño, la selección de los instrumentos, la definición de los criterios de inclusión y variables, así como con las técnicas de recolección y de análisis de resultados. Critica particularmente los análisis de resultados y dice que precisamente por las variables que se estudian en el abuso sexual los análisis no permiten mayores interpretaciones ni predicciones.

Las consecuencias del abuso sexual se ha demostrado en algunas de las áreas explicadas de manera consistente y en otras no. Las relaciones en algunos estudios son bastante débiles y por otra parte confusas. Trickett y Putnam (1990) afirman que una de las grandes dificultades, en el estudio de las consecuencias y el impacto del abuso sexual en el desarrollo, lo constituye el tipo de diseños metodológicos y la dificultad para la consecución de las muestras. La mayoría de los estudios se han realizado con escolares y adolescentes, pero con niños en edad preescolar el conocimiento aún es muy limitado.

En un meta análisis realizado por Jumper (1995) se encontraron fuertes relaciones entre la experiencia temprana de abuso sexual y problemas de ajuste en la vida adulta. Estas dificultades fueron medidas por síntomas psicológicos como depresión y baja autoestima. Se mostró bastante heterogeneidad entre los distintos estudios, que utilizaron muestras variadas, y diferentes diseños investigativos e instrumentos de medición. La explicación de la varianza en el tamaño del efecto se debió más que todo a las características de los estudios en relación con la fuente de las muestras. Así, en los grupos de estudiantes se dio un tamaño del efecto más homogéneo y más pequeño que

en las muestras clínicas o comunitarias. Lo anterior significa que las muestras de estudiantes presentan efectos menores comparados con otros grupos.

Probablemente los estudios de mayor aporte en el campo del abuso sexual lo constituyen los estudios longitudinales. La mayoría de estos estudios han realizado un seguimiento de los niños por un periodo de tiempo de 12 a 18 meses, con algunos cuyo rango de seguimiento ha sido entre 2 a 5 años. En la revisión de Kendall-Tackett, Williams y Finkelhor (1993) los estudios longitudinales son los que más aportan en la comprensión del curso del abuso. Estos estudios muestran que los síntomas se reducen a medida que transcurre un determinado período de tiempo, lo cual fue evidente en por lo menos siete estudios de corte longitudinal. Al parecer algunos de los síntomas van disminuyendo como sucede particularmente en los niños menores de cinco años. Un hallazgo es que los síntomas de carácter ansioso o internalizante tienden a disminuir considerablemente mientras que los externalizantes tienden a perdurar, como muestran Mannarino, Cohen, Smith y Moore-Motily (1988). Por otro lado, otros síntomas aumentan también con el transcurso del tiempo, como es el caso de las preocupaciones y pensamientos sexuales en el grupo de menores de 12 años, según lo referenciado en el estudio de los longitudinales son enormemente costosos en tiempo, esfuerzo y financiación, y pueden verse afectados por cambios progresivos en la composición de las muestras. Aunque deseables, suponen también problemas que en numerosas ocasiones son insalvables. Quizás por ello disponemos de pocos ejemplos de esta metodología.

### **3. Estudios sobre las consecuencias del abuso sexual infantil.**

A continuación se analizarán los estudios que se han llevado a cabo sobre las consecuencias del abuso sexual infantil, considerando por separado los estudios realizados con muestras de adultos de aquellos que se han realizado con niños. En este apartado la revisión se centrará en estudios generales, dejando otros más específicos centrado en variables concretas, para más adelante.

#### **3.1. Estudios a largo plazo realizados con adultos.**

En general, los efectos se analizan dependiendo de la edad de la víctima y en cada una de las dimensiones del desarrollo. Según el informe del National

Research Council (1993), en el aspecto físico se encuentra que una de las consecuencias del abuso sexual tiene que ver con el riesgo de adquirir una infección de transmisión sexual, incluyendo el síndrome de inmunodeficiencia adquirida, la gonorrea y la sífilis.

Los estudios sobre impacto psicológico más frecuentes son aquellos que describen los efectos del abuso sexual infantil a largo término. Los estudios en general son contradictorios y mientras algunos afirman que en la edad adulta el ajuste es pobre como consecuencia del abuso otros sostienen que el porcentaje de problemas causados por los abusos en la infancia no es tan dramático.

Según ISPCAN Mental Health Curriculum Task Force (2008), en la edad adulta las personas que han sido victimizadas pueden: presentar dificultades para iniciar y mantener relaciones con la familia y los pares; manifestar ansiedad frente a sostener intimidad, habilidades pobres en la regulación emocional, dificultad para conectarse en contextos socializantes como la escuela, la comunidad u otras organizaciones. Así mismo, pueden mostrar una incapacidad para lograr metas que tengan un componente normativo y por lo tanto fracasar en el ajuste académico y laboral.

Autores como Elliot, Heath, Madden, Cooper, Dinwiddie, Bucholz, Glowinsky, McLaughlin, Dunne, Statham y Martin (2002) afirman que el impacto de una experiencia de abuso sexual puede ser mayor teniendo en cuenta los antecedentes de las familias. El impacto es mayor si en las familias de origen de las víctimas existen otros factores de riesgo que se suman al trauma y pueden confundir el efecto de las variables estudiadas.

En el estudio realizado por Jehu (1989) con una muestra clínica de 50 víctimas de abuso sexual se encontró en los antecedentes familiares de estas víctimas que: el 72.5% de los padres tenían una relación conflictiva, el 78.4% de los padres eran poco efectivos en términos del apoyo económico, el 54.9% maltrataban físicamente a sus parejas, el 43.1% maltrataban físicamente a los hijos, y el 45.1% consumían alcohol. Por su parte las madres en un 68.6% eran poco efectivas en el cuidado de sus hijos y el 53.0% mostraban síntomas de depresión. Los efectos del abuso sexual encontrados en esta muestra son los siguientes: 92% reportaron baja autoestima, 88% sentimientos de culpa, 70% episodios depresivos, y 92% uno de estos síntomas asociados al estado de ánimo. Estos estados de ánimo se analizaron a través de un inventario de creencias desarrollado por el autor, en el cual las creencias negativas eran autodenigrantes y autoculpabilizantes. En relación con los problemas de

relación que reportaron los participantes del estudio se encontró que en la categoría de aislamiento que el 88.2% reportaron sentirse diferente a otras personas y el 62.7% se aislaban. En la categoría de inseguridad, el 82.4% mostraban inseguridad en las relaciones interpersonales, el 78.4% desconfiaban de otros y el 68.6% sentían temor por los hombres. El 82.4% de la muestra mostraban inadecuación social, el 100% problemas con las parejas y el 54.9% ira y hostilidad hacia los hombres. En relación con el área sexual, en este mismo estudio se encontró que el 58.8% tenían fobia o aversión por la relación sexual, mientras que el 58.8% presentaba insatisfacción, otro 56.9% motivación limitada, 49.0% déficit en la excitación, 45.1% déficit orgásmico, 27.4% dispareunia, 7.8% vaginismo y 78.4% algún tipo de disfunción sexual.

Son muchos y diversos los efectos del abuso sexual y la investigación da cuenta de algunos de ellos. Widom y Ames (1994), en un estudio prospectivo de una cohorte, de una muestra de casos de abuso sexual utilizando los registros de historias oficiales de crímenes encontraron correspondencia entre este grupo y ciertas variables en comparación con el control. Los hallazgos muestran que las víctimas de abuso sexual presentaron mayores arrestos por fugas en la edad adolescente y en la edad adulta fueron arrestados por crímenes sexuales en mayor proporción que los controles. También tuvieron más arrestos por prostitución.

En la investigación realizada por Feerick, Haugaard y Hien (2002) se examinó la asociación entre el maltrato infantil y la presencia de violencia en una muestra de mujeres consumidoras de cocaína, dentro de la perspectiva del modelo del apego. Los resultados muestran que mientras en el grupo de las que habían sido maltratadas físicamente la asociación se daba con la victimización sexual, en el caso de las abusadas sexualmente las asociaciones fueron con mayores episodios de violencia con las parejas así como perpetración sexual a menores. La variable apego estaba asociada con la violencia conyugal pero independiente de la experiencia de abuso sexual.

Como se ha mencionado el abuso sexual tiene una relación con los problemas de la conducta sexual, no sólo en la infancia como resultado de la victimización, sino que uno de los efectos a largo plazo tiene que ver con las dificultades en esta área que presentan las víctimas. En relación con lo anterior Noll, Trickett y Putnam (2005) desarrollaron un estudio de carácter prospectivo. Se evaluaron las actitudes y las actividades de 77 mujeres que habían sido abusadas sexualmente y se compararon con 89 que no lo habían sido, diez años después que ellas reportaran el hecho. Las mujeres abusadas

mostraban mayor preocupación con el sexo, habían iniciado relaciones sexuales más temprano, había mayor proporción de madres adolescentes y mostraban menos uso de los métodos de planificación de control de embarazo. Los análisis que se hicieron con este grupo evidencia que la preocupación por el sexo está más relacionada por la ansiedad, y los problemas sexuales están asociados con los problemas de comportamiento sexual tempranos. Además de lo anterior, la ambivalencia está asociada con la disociación, finalmente se demostró que el hecho de que el padre sea el abusador tiene mayor relación con la aversión al sexo que muestran estas mujeres.

En este mismo aspecto, Cerril, Guimond, Thomsen y Milner (2003) encontraron que la conducta de tener múltiples parejas sexuales en un grupo de mujeres jóvenes quienes habían reportado ser víctimas de abuso sexual, estaban asociadas con el hecho de haber tenido dicha experiencia. También determinaron que las mujeres que vivieron experiencias más severas reportaron en mayor proporción más comportamiento evitativo hacia el sexo, y mayor número de comportamientos autodestructivos y poco afrontamiento en contraste con las que habían vivido una experiencia menos severa. Los comportamientos autodestructivos se refieren al comportamiento sexual disfuncional y a mantener múltiples parejas sexuales, aunque muestren aversión al sexo, que es una condición ambivalente característica del abuso sexual.

Namjan, Dunne, Purdie, Boyle y Coxeter (2005) llevaron a cabo una encuesta con una muestra de 1.793 personas con edades entre los 18 y los 59 años. Se preguntó sobre la salud y las experiencias sexuales antes de los 16 años. Más de un tercio de mujeres y una sexta parte de los hombres reportaron una historia de abuso sexual, siendo las mujeres las que reportaron más fácilmente las condiciones del abuso. Para ambos sexos es evidente la asociación entre la historia de abuso sexual y las disfunciones sexuales presentes en la edad adulta.

De otra parte, Pallito y Murillo (2008) realizaron un estudio en El Salvador para determinar la relación entre el abuso sexual, otras formas de maltrato y ser testigo del abuso sexual de la madre, con el embarazo temprano en adolescentes (actualmente uno de los graves problemas de salud pública en los países de la región). El estudio se realizó con una muestra de 3.753 mujeres con edades entre 15 y 24 años. Se realizó una encuesta de hogares en la que además de identificar la relación mencionada, intentaron establecer el efecto de la violencia conyugal durante la adolescencia en el

grupo de 15 a 19 años. Los resultados muestran índices elevados de riesgo de embarazo adolescente en mujeres que habían sido abusadas en la infancia. Las mujeres abusadas sexualmente mostraron un 48%, las maltratadas físicamente 42% y las que habían experimentado algún tipo de abuso el 31% de alto riesgo de embarazo adolescente.

En el estudio longitudinal llevado a cabo por Noll, Trickett, Susman y Putnam (2005) se examinó la relación entre el abuso sexual temprano y los problemas de sueño en la edad adolescente. Se tuvo en cuenta la coocurrencia de cuadros psicopatológicos como la depresión o el estrés postraumático. Se evaluaron 147 mujeres (78 abusadas y 69 de comparación) diez años después de la notificación del abuso sexual, quienes presentaban trastornos de sueño. el protocolo incluyó autoinformes sobre el patrón de sueño y sobre las perturbaciones de sueño presentes. Los resultados muestran una correlación altamente significativa tanto con la depresión como con el trastorno de estrés postraumático. El análisis de regresión jerárquica mostró que las mujeres abusadas sexualmente manifestaban mayor número de perturbaciones del sueño más allá de los cuadros clínicos estudiados, las correlaciones más altas se dieron entre la revictimización y las perturbaciones del sueño independiente de la depresión y del abuso sexual.

En el terreno de la neuropsicología el tema del trauma ocasionado por el abuso sexual muestra un interés particular. Navalta, Polcari, Webster, Boghossian y Teicher (2006) utilizaron una muestra de 26 estudiantes universitarias quienes presentaban una historia de abuso sexual y las compararon con 19 que no presentaban problemas de salud. Las mujeres abusadas sexualmente mostraron mayor variabilidad en la respuesta de latencia y una disminución en la capacidad inhibitoria durante una tarea de vigilancia, la prueba Inicio/no inicio/interrupción. Se encontró una fuerte asociación entre la duración del abuso y los problemas de memoria. Los puntajes en la prueba de aptitud matemática escolar fueron significativamente más bajos en los sujetos abusados que en los del grupo control.

El procesamiento de la información es un elemento clave en el desarrollo de las secuelas del abuso sexual. Browne y Winkelman (2007) examinaron un grupo de 219 estudiantes universitarios (49 hombres y 117 mujeres). Los participantes contestaron a varios instrumentos para valorar trauma infantil, las relaciones (dos dimensiones del apego), distorsiones cognoscitivas (atribuciones y percepción de controlabilidad), así como

síntomas traumáticos. Los resultados apoyan la hipótesis de que el modelo de apego determina el ajuste psicológico en la edad adulta, pero que este se relaciona con el proceso cognoscitivo e impacta la manifestación de los síntomas clínicos.

Diversos estudios han intentado identificar factores que pueden estar relacionados con el efecto del abuso sexual en muestras de adultos. Murthi y Espelage (2005) desarrollaron un instrumento para evaluar el sentido de pérdida y el abuso sexual en estudiantes universitarios. Además estaban interesados en determinar la validez convergente entre las asociaciones entre depresión, alexitimia, afrontamiento y apoyo social, así como probar si el apoyo social modera la relación entre abuso sexual experimentado en la infancia y la pérdida. La hipótesis de que múltiples experiencias de abuso sexual están asociadas con el sentido de pérdida fue parcialmente corroborada. El sentido de pérdida está más asociado con la experiencia de abuso sexual antes de los 12 años, y en menor proporción después de esta edad. En cuanto al funcionamiento psicológico se encontraron asociaciones entre la escala de pérdida del sí mismo la depresión y alexitimia. También se encontró relación entre las escalas de pérdida con afrontamiento, distanciamiento, y escape-evitación. En cuanto al apoyo social y su rol de mediador en los efectos del abuso sexual, se encontró que la percepción de apoyo social puede moderar la sensación de pérdida en la muestra de estudiantes que habían sido abusadas sexualmente.

Briere (2007) llevó a cabo una investigación para evaluar el efecto de la exposición al trauma y al abuso en los problemas de identidad, inestabilidad del afecto y perturbaciones en las relaciones. Se aplicaron escalas a la muestra de 620 individuos tomados de la comunidad. Se utilizó el Inventario de Capacidades Alteradas que evalúa las siguientes dimensiones: conflictos interpersonales, idealización-desilusión, preocupaciones de abandono, problemas con la identidad, sensibilidad a la influencia de otros, inestabilidad del afecto y reducción en las actividades estresantes. Las condiciones de victimización fueron clasificadas en función de las distintas formas de maltrato: físico, negligencia, abuso sexual y abandono. El abuso sexual fue predictor de casi todas las escalas del inventario excepto para conflictos interpersonales y perturbación de la identidad.

Cantón y Justicia (2008) llevaron a cabo un estudio, en la que participaron 1.162 estudiantes de la Universidad de Granada. De este grupo



110 estudiantes, hombres y mujeres, habían tenido una experiencia de abuso sexual antes de los 13 años de edad. Por razones de rigurosidad metodológica la muestra final del estudio fue de 83 participantes, con su respectivo grupo de comparación. Los resultados de las pruebas de afrontamiento, autoestima y depresión muestran diferencias significativas en relación con los puntajes de depresión. Este estudio corrobora otros realizados anteriormente a pesar que la muestra no es del tamaño esperado.

Previamente, otros dos estudios sobre las consecuencias del abuso sexual a largo plazo han sido realizados en España. López, Carpintero, Hernández, Martín y Fuertes (1995) estudiaron una muestra representativa de la población española compuesta por 1.821 participantes. Descubrieron que antes de los 17 años de edad el 15% de los varones y el 22% de las mujeres habían sufrido abusos sexuales. El riesgo de problemas de salud mental a largo plazo fue mayor en estos participantes que entre los no abusados.

Por otra parte, Pereda y Forns (2007) estudiaron una muestra de 1.033 estudiantes universitarios, encontrando que el abuso sexual se produjo en el 17,9% de los casos. El 14,9% se produjo antes de los 13 años de edad, y consistió en penetración en un alto porcentaje de casos. La investigación no valoró los efectos del abuso infantil, aunque puso en evidencia la importancia del problema en España.

Uno de los grandes riesgos que tienen las personas que han sufrido abuso sexual es la revictimización. En este sentido Filipas y Ullman (2007) estudiando las secuelas del abuso sexual y su relación con los ataques sexuales (violaciones). Aplicaron una encuesta a una muestra de 577 estudiantes universitarias. Se utilizaron como predictores de la revictimización las características del abuso, las respuestas de afrontamiento inadecuadas, el grado de auto culpabilización y la presencia de síntomas de trastorno de estrés postraumático. Los hallazgos ponen en evidencia que los sujetos que reportaron abuso sexual en la infancia y asaltos sexuales presentaban mayores indicadores de estrés postraumático, utilizaban más drogas y alcohol para afrontar la situación, manifestaron más conducta sexual desorganizada, se aislaban más de las personas y buscaban con mayor frecuencia los servicios terapéuticos. El grupo de revictimizados reportaron mayor auto culpabilización, el factor más asociado con la revictimización es el número de estrategias de afrontamiento con que cuenta la persona.

Otros estudios en relación con los efectos a largo término se han desarrollado para establecer la influencia del abuso sexual en la presencia de trastornos o comportamientos desadaptativos. Se ha demostrado la relación de la experiencia de abuso sexual en la infancia con la aparición de consumo de alcohol en mujeres jóvenes. Es evidente la asociación del abuso sexual con el inicio en el consumo de alcohol entre los 12 y 13 años además de convertirse en un factor que puede explicar el consumo a lo largo de la vida (Sartor, Lynskey, Bucholz, McCutcheon, Nelson, Waldron y Heath, 2007). De otra parte, también se han reportado asociaciones entre el abuso sexual en la infancia y la presencia de trastornos de la alimentación, en la investigación realizada por Carter, Bewell, Blackmore y Woodside (2006). El estudio fue realizado con una muestra clínica de pacientes aceptadas para un programa de trastornos alimentarios. Se encontró que el 48%, es decir 37 de 77 pacientes reportaron haber sido víctimas de abuso sexual previamente a la aparición del trastorno, manifestaron haber tenido comorbilidad con otros síntomas como la depresión, la baja autoestima, la ansiedad, problemas de interacción social y conductas obsesivo-compulsivas. Las pacientes con trastorno de pica reportaron haber sido victimizadas sexualmente en mayor proporción que las que presentaban anorexias restrictivas. Las pacientes abusadas no dejaron el tratamiento y más bien aquellas que mostraban comportamientos de pica alimenticia terminaron el protocolo de tratamiento más rápido que las de otras condiciones del estudio.

En su mayoría los estudios realizados para determinar los efectos del abuso sexual en el curso y ajuste de las personas ha sido documentado en mujeres. Sin embargo el efecto en varones de este tipo de experiencia también debe ser establecido. Young, Harford, Zinder y Savell (2007) estudiaron en una muestra de 406 estudiantes universitarios divididos entre hombres (30.7%) y mujeres (41.6%) quienes reportaron abuso sexual en su infancia. Se aplicó el Inventario Breve de Síntomas (IBS) y los resultados muestran que las víctimas de abuso sexual presentan altos índices de problemas de salud mental como hostilidad, ideación paranoica y psicoticismo. Al parecer el género no mostró interacción lo cual indica que el daño ocasionado por el abuso es similar para hombres y mujeres en estos estudios.

Los efectos del abuso sexual pueden ser minimizados por la presencia de otros factores y condiciones que posibilitan la recuperación de las víctimas. En la investigación llevada a cabo por Williams, MacMillan y Jamieson (2006)

a través de una encuesta comunitaria. El propósito fue determinar si las personas que habían sido víctimas de maltrato o abuso sexual, al permanecer en el ambiente escolar independientemente del logro académico presentaban menores problemas internalizantes o externalizantes. Es decir, si aumentaba la resiliencia, ya que existe una relación entre la capacidad intelectual, el logro académico y el abuso sexual. Los hallazgos muestran que el hecho de culminar los estudios de la secundaria tiene una relación con bajos niveles de ocurrencia de problemas psicopatológicos. A pesar de lo anterior, en este estudio fue muy complejo hacer la diferenciación entre los dos tipos de abuso, tanto físico como sexual, y la interacción de estas dos condiciones debe ser estudiada. Sin embargo, se debe tener en cuenta que tanto la capacidad intelectual como el continuar en ambientes donde exista cierto tipo de soporte social pueden ser condiciones de protección y disminuir los efectos de las experiencias adversas.

Aspelmeier, Elliot y Smith (2007) estudiaron la relación entre el apego, el abuso sexual y el funcionamiento psicológico en una muestra de estudiantes universitarias. En la muestra 37,7% reportaron haber sido víctimas de abuso sexual antes de los 16 años, las historias de abuso estaban relacionadas con historias de vínculos inseguros y madres poco apegadas. Los resultados mostraron una amplia correlación entre el tipo de apego, el abuso sexual y las relaciones posteriores de estas mujeres. Una conclusión importante de este estudio, es que las relaciones cercanas con las madres y un vínculo estable puede convertirse en un factor protector para minimizar el impacto del abuso sexual cuando éste ha ocurrido.

Jonzon y Lindblad (2006) investigaron la relación entre factores protectores y factores de riesgo con la manifestación de problemas de salud en una muestra de mujeres adultas que habían sido víctimas de abuso sexual. La muestra fue reclutada en parte a través de una agencia gubernamental y en parte por la suscripción a una revista especializada. Después de hacer los filtros necesarios finalmente la muestra estuvo conformada por 152 mujeres, de las cuales 123 respondieron personalmente y 29 respondieron vía correo. El 91% de las participantes eran de nacionalidad sueca y las edades oscilaban entre los 20 y 60 años, todas con niveles de educación entre secundaria y universitarias, el 46% solteras o separadas y el 54% casadas. Las variables estudiadas fueron unos factores de riesgo (abuso sexual, maltrato físico, o eventos negativos en la vida) y unos factores de protección (apoyo social, habilidades de afrontamiento y autoestima). Las medidas registradas fueron

síntomas psicológicos a través del índice de severidad global y síntomas psicosomáticos. Se utilizaron otras medidas de control como: medidas de salud, estilo de vida, y trauma adicional. Los análisis estadísticos utilizaron la aproximación orientada a la persona y orientada a la variable. Los resultados muestran para los seis conglomerados escogidos, que el grupo de múltiples riesgos muestra mayores síntomas psicológicos que cualquier otro conglomerado. El grupo de escasos recursos presentó la mayor media en el índice de severidad global. El grupo de bajo riesgo mostró pocos síntomas psicológicos y difería significativamente de otros conglomerados excepto en afrontamiento adecuado. El grupo multirriesgo mostró más problemas con alcohol. Uno de los principales hallazgos es que a pesar de haber sufrido abuso sexual se pueden esperar resultados adecuados en el aspecto de salud debido a la presencia de factores protectores. Esto significa que el abuso sexual tiene efectos adversos en el ajuste de las personas, pero que si éstas poseen o tienen acceso a variables protectoras los resultados no serán del todo negativos. Los resultados de los modelos orientados a las personas y orientados a la variable indican que la presencia de recursos, especialmente el apoyo social, es más importante para la salud que el número de factores de riesgo presentes. La autoestima estuvo relacionada con el resultado en salud lo cual es un indicador muy importante para los procedimientos terapéuticos. Es evidente que el grupo multirriesgo mostró mayores problemas en salud física y mental y mayor número de visitas a los servicios de salud. Este estudio mostró la importancia de utilizar métodos, como la aproximación orientada a la persona, para establecer relaciones entre la autoestima, el apoyo social y la salud. En consecuencia, se sugiere que los clínicos tengan en consideración las variables de apoyo social y autoestima para lograr efectividad en los procedimientos terapéuticos con víctimas de abuso sexual.

Es conocido el hecho de que una de las respuestas clínicas al abuso sexual lo constituye el estrés postraumático, también se ha confirmado que no todas las personas que son víctimas de abuso presentan este cuadro como tal. Varios tipos de maltrato están asociados con la presencia del estrés postraumático pero particularmente el abuso sexual (Cohen, Mannarino, Murria, e Igelman, 2006). Aunque las distorsiones cognoscitivas están asociadas con el estrés postraumático, el mecanismo que opera aún está en estudio. Cieslak, Benight y Lehman (2008) consideran que el afrontamiento basado en la auto eficacia puede convertirse en un mediador entre las cogniciones negativas y el estrés postraumático. En un estudio de corte

transversal con 66 mujeres que habían sido víctimas de abuso sexual comprobaron que el afrontamiento auto eficaz era válido para mediar el efecto negativo de las cogniciones sobre sí mismo y sobre el mundo que están presentes en un cuadro de estrés postraumático.

### **3.2. Estudios realizados con niños.**

Numerosas investigaciones han demostrado que el abuso sexual infantil tiene consecuencias en el funcionamiento psicológico de los niños (Briere,1992; Browne y Finkelhor,1986) que pueden manifestar problemas como la depresión, la ansiedad, el comportamiento auto-destructivo, la baja autoestima y el consumo de sustancias. Además de lo anterior se ha demostrado que la experiencia de abuso sexual vulnerabiliza a las víctimas a una revictimización (Marx, Heidt, y Gold, 2005).

Según Coulborn Faller (1988) en los niños abusados sexualmente se presentan algunos indicadores físicos como son las infecciones recurrentes en el tracto urinario o incluso dolores en esta misma área. También es frecuente la ocurrencia de enuresis, aunque estos problemas no tienen una evidencia después de un exámen urológico. De otra parte, también se puede asociar la presencia de encopresis, aunque no necesariamente este cuadro se de exclusivamente por el abuso sexual, así como otras enfermedades como la vulvo-vaginitis que deben ser detectadas a través de exámenes médicos. En los casos de embarazos a temprana edad el diagnóstico más seguro puede ser el abuso sexual. Las asociaciones con infecciones de transmisión sexual deben ser analizadas cuidadosamente cuando se presentan en niños, niñas y adolescentes para descartar un posible evento de abuso sexual.

Respecto a los indicadores comportamentales, Coulborn Faller (1988) afirma que en la edad preescolar se presenta con frecuencia cambios en el funcionamiento intestinal o en los hábitos de control de esfínteres, algunos niños pueden presentar cambios en los patrones de sueño, pesadillas, comportamiento de temor o ansiedad de separación excesiva. Algunas conductas regresivas como la pérdida del hábito del baño, dificultades en el lenguaje y habla, autoestimulación o masturbación en exceso (fuera del patrón de desarrollado) y como se ha mencionado comportamiento sexualizado. Posteriormente, en la edad escolar el niño puede mostrar conductas extremadamente ansiosas, hiperactividad y agitación motora, incluso llegar a mostrar problemas escolares, tanto en el desempeño como en la asistencia. De igual manera depresión y aislamiento. En algunas oportunidades muestran

quejas somáticas que se traducen en ausentismo escolar, dolor abdominal, dolor de cabeza, fatiga, cansancio y mareos. En el caso de los adolescentes también es frecuente la depresión, la pérdida de la autoestima o una extrema preocupación por la imagen corporal, estos últimos pueden presentar abuso de sustancias, intentos de suicidio y conducta sexual precoz. Lo anterior ha sido comprobado empíricamente, evidencia que se integra a lo largo del texto.

Uno de los efectos más documentado, es el comportamiento sexualizado que se manifiesta en los distintos ciclos de vida. Finkelhor (1986) lo denominó sexualización traumática, y es una de las secuelas más comunes en niños que han sido abusados sexualmente. El comportamiento sexualizado debe ser visto en comparación con el nivel de desarrollo de la víctima y los parámetros de desarrollo sexual esperado para cada edad. Se debe ser cauteloso cuando se habla de autoestimulación ya que en la edad preescolar, por ejemplo, es un patrón de desarrollo usual. Lo que define el nivel inadecuado de la conducta sexual tiene que ver con la intensidad, la frecuencia y los contextos en la que se presenta así como con la dificultad del niño de interrumpir la conducta.

La literatura en particular con niños en edad preescolar es muy escasa, la mayoría hace referencia a la edad escolar y adolescente. Los comportamientos que son más comunes como resultado del abuso sexual tiene que ver con tres categorías: (1) el sentido del sí mismo, (2) el sí mismo en relación con otros y (3) la autorregulación. Hacemos mención de los problemas en esta edad, ya que es el ciclo de desarrollo en el cual estas manifestaciones son más evidentes, en los otros grupos la sexualización traumática tiene diferentes manifestaciones (Hewitt, 1999). Existe evidencia sobre este aspecto tal como lo mencionan Kendall-Tackett et al. (1993). Entre los comportamientos considerados como sexualizados se encuentran los siguientes: solicitar a adultos que toquen las partes privadas del niño o cualquier otra acción que es considerada de carácter sexual, masturbarse o estimularse con un objeto en el ano o la vagina, introducirse objetos en ano o vagina, poner la boca en los genitales o los senos de un adulto, imitar los movimientos característicos del acto sexual, emitir sonidos con contenido sexual, dar besos tipo francés (introduciendo la lengua en la boca del otro), intentar desnudar a otros, desnudarse él mismo en situaciones o contextos poco usuales, solicitar ver programas de televisión con contenido sexual, imitar conducta sexual con muñecos, hablar constantemente de sexo o temas similares, tocar a otros o

frotar las partes privadas contra muebles o contra otras personas, abrazar personas desconocidas, intentar reproducir el evento de tipo sexual con otros niños, mostrar sus parte privadas a adultos, interesarse por personas de otros sexo que no corresponde a su nivel de edad. En el caso de los adolescentes implicarse en conducta sexual promiscua (Hewitt 1999).

Los impactos que genera el abuso sexual en los niños pueden considerarse en un continuo que pueden ir desde el nivel grave hasta convertirse en un proceso crónico, de otra parte pueden ser transitorios o permanecer por un tiempo prolongado. Hasta el momento de la información que se tiene es que los impactos son moderados en la mayoría de los casos, pero esto se aplica a los casos notificados que de todas formas tienen mayores recursos psicológicos por lo que es posible que denuncien el hecho y muestren mayor resiliencia que otras poblaciones, de hecho se han dado casos en los cuales ocurre una recuperación natural. En los casos donde el impacto es grave, los factores asociados a éste son por ejemplo: (1) la asociación del evento con una emoción intensa negativa, (2) que se den lesiones severas, (3) que existe una amenaza a la seguridad, (4) exposición al trauma o a la adversidad de alta magnitud, (5) la existencia previa de un cuadro psiquiátrico, (6) relación padre-hijo disruptiva basada en un apego inseguro, (7) poco apoyo de la familia y o sin capacidad de responder adecuadamente (*ISPCAN Mental Health Curriculum Task Force, 2008*).

Tanto en niños como adolescentes las secuelas más conocidas del abuso sexual se encuentran la ansiedad, el estrés postraumático, la depresión y la ira. En cuanto a las consecuencias comportamentales está la desobediencia, la agresión, y la trasgresión de normas, también se asocian el uso de drogas y el abuso del alcohol y finalmente otro de los riesgos es el de la probabilidad de convertirse en futuros agresores (*ISPCAN Mental Health Curriculum Task Force, 2008*).

Cohen y Mannarino (1988) reportaron síntomas psicológicos en una muestra de niñas que habían sido víctimas de abuso sexual. Con una muestra de 24 niñas entre los 6 y 12 años aplicaron una serie de instrumentos estandarizados seis meses después de ocurrido el hecho. Los resultados mostraron discrepancias entre los síntomas reportados por los padres y los informados por las niñas. Los reportes de los padres sobre sintomatología en depresión, ansiedad y autoestima eran mucho mayores en comparación con

los que mostraron las niñas en el autoinforme. Estos datos, y teniendo en cuenta la metodología y el tamaño de la muestra, dieron la pauta para investigaciones posteriores y ensayos más controlados.

Mannarino, Cohen y Berman (1994) estudiaron una muestra de 94 niñas abusadas sexualmente en comparación con 89 niñas con problemas clínicos y 75 de grupo control. Los resultados mostraron que tanto el grupo de niñas abusadas como las del grupo control presentaban más indicadores de desarrollo asociados a problemas clínicos y que además tenían mayores fuentes estresoras. Además de lo anterior, en el grupo de niñas abusadas en comparación con la muestra clínica, las primeras mostraban junto a los indicadores clínicos previos mayores problemas conductuales y emocionales.

En el estudio de Hérbert, Collin-Vezina, Daigneault, Parent y Tremblay (2006) se encontró que los niños que reportan abuso sexual muestran un mayor rango de comportamientos internalizantes y externalizantes. En el estudio en mención se utilizó un modelo de análisis de regresión (*Tree analysis*) para derivar un modelo de predicción de la variabilidad de problemas internalizantes y externalizantes, así como de los síntomas de disociación en las niñas abusadas. Se trabajó con una muestra de 150 niñas con edades entre 4 y 12 años. Los resultados indicaron que la variable que con mayor predictibilidad fue la ocurrencia de trastornos del comportamiento ya que es el que aparece con mayor potencia dentro del análisis. Los autores recomiendan utilizar este tipo de metodologías, pero ser precavido, en el presente estudio ya que los reportes procedía de las madres.

El número de estudios transversales publicados sobre los efectos del abuso sexual es considerable, por lo que un análisis pormenorizado de los mismos resultaría excesivo incluso en el contexto de una tesis doctoral como esta. Además los objetivos de los diferentes estudios es muy variado, por lo que en este momento puede resultar más esclarecedor acudir a las revisiones sistemáticas e incluso cuantitativas realizadas sobre este tema. Así es posible ordenar los resultados y detectar las tendencias en los hallazgos del condjunto de la investigación.

Una de las revisiones que es necesario analizar es la realizada por Kendall-Tackett, Meyer y Finkelhor (1993), la cual se hizo con 45 estudios que muestran claramente las diferencias en síntomas entre niños abusados sexualmente y aquellos que no lo han sido. Los estudios revisados se seleccionaron con muestras cuyas edades eran menores a 18 años, se incluían



sólo datos cuantitativos de muestras clínicas y no clínicas de niños abusados vs no abusados. La mayoría de los estudios habían sido producidos cinco años previos a la revisión. Se incluyeron manuscritos publicados y otros que se encontraban en revisión pero que eran producidos por expertos en el tema ubicados a través de la red de investigadores. En todos los estudios la muestra estaba compuesta por niños abusados sexualmente que provenían de programas de valoración y tratamiento especializado, y algunos investigadores incluyeron muestras de niños de programas de atención ambulatoria. La mayoría de los investigadores incluyeron víctimas de abuso extra e intrafamiliar, con edades que variaban desde edad preescolar hasta adolescentes. Los tamaños de las muestras se encontraban en los rangos desde 8 hasta 369 participantes, encontrándose la mayoría entre 25 a 50 niños. Todos los estudios mostraban diseños de comparación de grupos, y seis estudios tenían poblaciones clínicas abusadas y no abusadas. Los niños participantes de los estudios habían sido detectados por reporte de los padres, historias clínicas y auto reportes. En el análisis se centró la atención en los síntomas y las variables asociadas a dichos síntomas, con un especial interés en estudios longitudinales.

En casi todos los estudios revisados se encontró un espectro amplio de síntomas asociados al abuso sexual. Entre los más comunes se encuentra el comportamiento sexualizado, el cual incluye el juego sexualizado con muñecos, el ponerse objetos en la vagina o el ano, masturbación excesiva en público, comportamiento seductor, solicitud de estimulación sexual a adultos o pares y conocimiento sobre temas sexuales inusual para la edad (Beitchman, Zucker, Hood, daCosta y Akman, 1991; citado por Kendall-Tackett et al., 1993).

En esta revisión se encontró que las diferencias entre niños abusados y no abusados eran frecuentes en muchos síntomas como: temor, pesadillas, trastorno por estrés postraumático, aislamiento, neurosis, crueldad, delincuencia, comportamiento sexual inapropiado, comportamiento regresivo (ejemplificado en: enuresis, encopresis, berrinches y lloriqueos), conducta de fuga, problemas de comportamiento, autolesión, y diferentes comportamientos internalizantes y externalizantes. Los problemas que se encontraron en menor porcentaje de estudios, además del suicidio, fue la baja autoestima que sólo se encontró en la mitad de los estudios analizados. En los estudios donde se compararon grupos clínicos de niños abusados con niños con otros problemas clínicos en general, los niños abusados sexualmente mostraron menos sintomatología que los grupos de clínicos. Los niños abusados sexualmente

presentaron dos problemas de forma específica: trastorno de estrés postraumático (un estudio) y comportamiento sexualizado (seis estudios). Según Kendall-Tackett et al. (1993) estos datos deben ser tomados con precaución porque es probable que en la muestra clínica de no abusados puede haberse dado la experiencia del abuso y aún no haya sido reportado. En este caso la comparación no es tan exacta por lo que es importante hacer comparaciones con poblaciones normativas más que con clínicas.

Kendall-Tackett et al. (1993) pudieron calcular, en esta revisión, el tamaño del efecto sólo para siete problemas que se encontraban en los estudios que reportaron los datos adecuadamente. Los síntomas fueron ansiedad, comportamiento sexualizado, depresión, aislamiento, agresión, y comportamientos internalizantes y externalizantes. Los datos muestran que el abuso sexual se encontraba en altos porcentajes en la varianza de los siete síntomas reportados en el grupo clínico de niños abusados sexualmente. Los tamaños del efecto más altos correspondieron a los comportamientos disruptivos, tales como conducta sexualizada y agresión.

En relación con los porcentajes de síntomas en el grupo clínico de niños abusados sexualmente muchos investigadores muestran diferentes resultados en cuanto al porcentaje en el que se presenta cada uno de los síntomas. Por eso, Kendall-Tackett et al (1993) calcularon un peso promedio entre todos los estudios, dividiendo el número total de niños que presentaban el síntoma por el número total de niños que en todos los estudios reportaban el síntoma. Entre todos los estudios, el porcentaje de víctimas con un síntoma en particular fue del 20% al 30%. Es importante anotar que exceptuando el trastorno por estrés postraumático ningún síntoma se presentó en tasas altas en las diferentes muestras estudiadas. En el caso del estrés postraumático el porcentaje de frecuencia fue del 32%. Otros síntomas como la baja autoestima se presentó en el 35%, la promiscuidad en el 38% y los problemas de comportamiento en el 37%, se incluyeron los porcentajes de conducta internalizante y externalizante.

Es importante anotar que en muchos estudios se utilizó el CBCL de Achenbach y Edelbrock (1984), lo cual puede incidir en el porcentaje del correspondiente a la taxonomía utilizada por estos autores. Una de las dificultades con este tipo de instrumento es que es de aplicación fuente externa, es decir a los padres, por lo que evaluar efectos con este tipo de fuente hace que sea una evaluación indirecta y no directa. Dada que la situación de abuso procede en ocasiones de los propios padres, o que estos no han sido capaces de detectar el abuso producido por otros miembros de la

familia o el entorno, no parece que contar con ellos como informantes principales constituya una buena elección. Por eso puede considerarse que la aplicación de pruebas de autoinforme a las víctimas puede dar una medida más confiable.

En el análisis de Kendall-Tackett et al. (1993) la edad se consideró como un elemento indispensable para hablar del efecto. En muchos estudios los rangos de edad no fueron los mismos pero el nivel de desarrollo es lo más importante a considerar. Una de las dificultades que tiene que ver con esto es la edad en la cual se notifica, que generalmente no es la edad en la cual ocurrió el abuso sexual. De todas formas esta variable puede dar elementos para determinar un patrón de desarrollo y un indicador para los estudios en los cuales los análisis debe ser realizados con grupos específicos de edad y no con la combinación de estos. Por ejemplo en el caso de los niños menores de cinco años estos autores encontraron que los síntomas más frecuentes eran la ansiedad, las pesadillas, el estrés postraumático en general, los comportamientos externalizantes-internalizantes y los comportamientos sexualizados. En los niños en edad escolar los síntomas más comunes incluyeron el temor, síntomas neuróticos, trastornos mentales en general, agresión, pesadillas, problemas escolares, hiperactividad y comportamientos regresivos. En el caso de los adolescentes la mayoría de los síntomas presentes fueron la depresión, el suicidio, las conductas de autolesión, las quejas somáticas, los actos ilegales, las fugas de casa y el abuso de sustancias. Aunque la mayoría de estos estudios utilizaron metodologías transversales es posible hipotetizar que existen rutas de sintomatología asociadas al desarrollo. Lo que aún no se ha aclarado es si estos síntomas representan el impacto del abuso en el ciclo de desarrollo estudiado o sólo se pueden tomar como respuestas al abuso sexual en el momento del reporte (Kendall-Tackett et al., 1993).

En la revisión de los estudios de Kendall-Tackett et al. (1993) parece ser que la depresión es uno de los síntomas más fuertemente asociados al abuso sexual, mientras que los problemas escolares se mostraron en menor proporción en todos los grupos de edad, especialmente en la edad escolar y adolescente. El comportamiento antisocial en preescolares y escolares puede ser reportado en adolescentes como comportamiento ilegal. En el caso del comportamiento sexualizado parece ser que éste es más frecuente en el grupo de preescolares, disminuye con la edad escolar pero aparece en la

adolescencia en la forma de promiscuidad, prostitución o agresión sexual (Kendall-Tackett et al., 1993).

Hébert, Parent, Daignault y Tourigny (2006) llevaron a cabo un estudio de conglomerados para explorar las diferencias entre 123 niños franco-canadienses quienes habían reportado abuso sexual contrastándolos con un grupo control de 123. La información se obtuvo de las madres a través del CBCL (Child Behavior Checklist), del reporte sobre las variables asociadas al abuso, sobre factores personales y características familiares. A los niños se les aplicaron varias medidas como habilidades de afrontamiento, apoyo social percibido y autoestima. La utilización del análisis por conglomerados es la más efectiva con grupos poblacionales homogéneos, el propósito es clasificar sujetos dentro de grupos con base en similitudes de las variables seleccionadas. En este caso el conjunto de variables fueron seleccionadas con base en las matrices de correlación. Se seleccionaron 14 conglomerados de variables como: características de la experiencia de abuso sexual (severidad e identidad del perpetrador), ambiente familiar (cohesión), características personales del niño (habilidades de afrontamiento, capacidad de solución de problemas, búsqueda de apoyo social, internalización, externalización y distanciamiento) y por otro lado, productos o consecuencias (ansiedad, problemas de pensamiento, problemas de somatización, comportamiento agresivo y comportamiento sexualizado). El resto de variables como la duración del abuso, el ambiente familiar, las características personales del niño (apoyo social percibido y autoestima) y resultados (aislamiento, comportamiento delictivo, déficit de atención y problemas sociales), se utilizaron para validar los conglomerados emergentes. Las correlaciones entre variables estuvieron entre los rangos de 0,02 y 0,52 y el promedio de correlación fue de 0,14. Los resultados por conglomerados arrojan datos interesantes. Los niños clasificados en el grupo de la constelación de ansiedad incluían el mayor número de niños abusados sexualmente, los cuales en comparación con sus pares no abusados mostraron mayores indicadores de problemas de conducta en el CBCL. Adicionalmente, contrastando el conglomerado con otros niños abusados los perfiles revelan los datos más altos en ansiedad. El grupo de estrés grave, por ejemplo, fueron los niños que reportaron haber sido víctimas de actos sexuales más invasivos, quienes a su vez reportaron los problemas familiares más complejos y bajos índices de cohesión comparados con otros grupos. Este grupo difiere considerablemente

del control en características personales de los niños y en características de la familia. De igual manera muestran más problemas de comportamiento que los controles con puntajes mayores en todas las escalas excepto la de ansiedad, somatización y comportamientos delictivos comparados con el grupo de la constelación de ansiedad. En el grupo resiliente parece que la cantidad de factores de protección permiten un afrontamiento del trauma diferente. La estructura de la familia también juega un papel importante en los efectos. Mientras que las familias monoparentales son de mayor riesgo, en familias donde ambos padres son competentes y ocurre el abuso hay mayor probabilidad de recuperación de las víctimas. La percepción de apoyo por parte de pares o de los padres no discriminó entre los conglomerados, mostrando que no es una variable tan potente como si lo es las habilidades de afrontamiento.

Uno de los análisis interesantes que se reportan en la revisión de Kendall-Tackett et al., (1993) es el que se refiere a aquellos niños abusados sexualmente que aparecen asintomáticos. Esto ha sido tema de discusión, probablemente porque en el ámbito académico se centra el tema en la evidencia de investigaciones controladas y no en observaciones clínicas y, además, se centran más en estudios retrospectivos con adultos que han sido victimizados que con niños cuya experiencia de abuso ha sido reciente. Se considera que si en algunos niños que han sido víctimas del abuso sexual no se manifiestan problemas psicológicos esto se debe a que no han podido reportar el hecho o que por el contrario enmascaran la situación por las razones ampliamente explicadas en la teoría traumatogénica. Desafortunadamente algunos autores que no son expertos en el tema pueden distorsionar los datos o las evidencias clínicas (Kendall-Tackett et al., 1993). Sin embargo existen argumentos sobre este hecho. Mannarino y Cohen (1986) encontraron en la muestra estudiada por ellos que el 31% no mostraban síntomas clínicos después de reportar el abuso sexual. Por su parte Tong, Oates y McDowell (1987) encontraron que el 36% puntuaban en el rango promedio en el CBCL (*Child Behavior Checklist – ASEBA*) y por último Conte y Schuerman (1987) indicaron que el 21% de una amplia muestra parecían no mostrar ninguna clase de síntomas. Esto se debe a múltiples factores los cuales tienen que ver con la metodología de los estudios, los instrumentos y la definición misma de los síntomas a medir. Es usual que en estos estudios se apliquen instrumentos que miden unas dimensiones que no están asociadas al

abuso. Por otro lado en muchas ocasiones la falta de sensibilidad de los instrumentos pueden ocasionar estas fallas en los resultados o porque simplemente los diseños de los estudios muestran grandes debilidades (Garbarino, 2008). Otra posibilidad tiene que ver con que muchos de estos niños han hecho una “supresión de síntomas”, no han procesado el evento o porque probablemente el trauma se manifiesta en otros estadios del desarrollo cuando el abuso adquiere un significado particular y ocasiona consecuencias específicas (Berliner, 1991). En estos casos se esperaría que los síntomas se manifiesten posteriormente. De hecho esto está corroborado con una investigación, en la cual se llevó a cabo un seguimiento de 18 meses a la muestra evaluada y el 30% de los niños que se mostraron asintomáticos en la primera medición, en la etapa de seguimiento eran los que habían empeorado y el 30% desarrollaron síntomas (Gomes-Schwartz, Horowitz, Cardarelli y Sauzier, 1990). Muy probablemente el impacto también depende de la situación y duración del abuso así como del agresor y de la capacidad de resiliencia del niño o niña.

Skuse, Bentovim, Hodges, Stevenson, Andreou, Lanyado, New, Williams y McMillan (1998) compararon un grupo de niños que habían sido abusados sexualmente, y que a su vez habían molestado otros niños, con un grupo de abusados pero que no habían victimizado. Esto se hizo para identificar factores relacionados con la probabilidad de convertirse en abusadores. El factor de diferencia entre estos dos grupos, y que se identificó como un factor que aumenta la probabilidad de abusar sexualmente a otros niños, tiene que ver con la exposición de los primeros a ambientes familiares conflictivos donde existe la violencia intrafamiliar.

En algunos estudios se ha tomado en cuenta las variables que pueden predecir variabilidad en el impacto como son las condiciones misma de la experiencia de abuso sexual. En general, la edad del niño en el momento de la medición parece estar asociado con el impacto que se detecta. De hecho los niños mayores parecieran verse más afectados que los más jóvenes. Aunque existe evidencia en este aspecto también hay hallazgos contradictorios como lo demostrado por Wolfe, Gentile y Wolfe (1989). Aunque la edad de inicio del abuso no está claramente relacionada con el abuso, en algunos estudios sí se muestran diferencias entre niños y niñas, las cuales no son del todo consistentes. El tipo de abuso se encuentra relacionado de manera importante, siendo mayor el impacto cuanto más grave es el abuso. Por su parte la frecuencia y la duración están estrechamente relacionadas con el impacto. De

otro lado si el agresor es cercano a la víctima el impacto es mayor aunque en los estudios sobre diferencias del abuso extrafamiliar e intrafamiliar las diferencias son inconsistentes (Kendall-Tackett et al., 1993). La carencia de apoyo por parte de la madre incrementa los síntomas, así como el uso de la fuerza y la falta de habilidades de afrontamiento del niño.

Por otra parte, Putnam (2003) realizó una revisión de los avances de la investigación en el campo del abuso sexual infantil y afirma que se han encontrado asociaciones importantes de este evento con cuadros clínicos del DSM-IV. Esto incluye, tanto en niños como en adultos, trastornos de depresión mayor, trastornos de la personalidad limítrofe, trastorno de somatización, abuso de sustancias, trastorno de estrés postraumático, trastorno disociativo de la personalidad, bulimia nervosa, adicionalmente a lo anterior se han encontrado problemas de comportamiento y alteraciones neurobiológicas. En el campo neurobiológico los estudios están concentrados básicamente en muestras en las cuales se presenta el estrés postraumático, de forma la reactividad psicofisiológica y algunas secuelas neurobiológicas se han encontrado asociadas con algunos tipos de maltrato (Putnam 2003). También se han realizado algunos estudios longitudinales con muestras de niñas abusadas sexualmente comparándolas con controles. En estos estudios se han encontrado efectos negativos en el eje hipotalámico-pituitario adrenérgico, así como en el sistema nervioso simpático y posiblemente en el sistema inmune. Concretamente, en un grupo de niñas abusadas sexualmente que se estudiaron seis meses después de la notificación del hecho, éstas mostraron un aumento de cortisol en las horas de la mañana en comparación con las del grupo control (De Bellis y Putnam, 1994). En una submuestra de esta misma cohorte se encontró una disminución significativa de los niveles de plasma de ACTH. Las niñas abusadas muestran un decremento significativo en los niveles basales de cortisol en la tarde (Putnam, 2003). En la misma submuestra las niñas abusadas sexualmente aumentaron los niveles de catecolamina en una muestra de orina.

Siguiendo a Putnam (2003), en otros estudios donde las muestras incluyeron niños victimizados en distintas formas, se encontraron alteraciones en la actividad del sistema nervioso simpático, mientras que en otros estudios con adultos que han sido victimizados en la infancia se han encontrado disminuciones en el volumen del hipocampo. Sin embargo en los estudios de niños esto no se ha encontrado de la misma forma que en los estudios con

adultos (Putnam, 2003). En el estudio de De Bellis, Baum y Birmaher (1999) se encontraron diferencias importantes en el volumen intracraneal en niños abusados en comparación con los controles. Particularmente el hallazgo se refiere a un decremento en la sección media sagital de la mitad posterior del cuerpo calloso. Como es sabido esta sección del cerebro es la encargada de transmitir la información de un hemisferio a otro. Esta disminución del cuerpo calloso ha estado muy correlacionado con el estrés postraumático y los síntomas disociativos. Al respecto se han encontrado diferencias entre hombres y mujeres, mostrando los hombres mayor impacto neuroanatómico.

### **3.3. ¿Hay algo más que estudiar?**

Considerando los distintos estudios y revisiones sistemáticas de ellos parece claro que las consecuencias o impacto en el desarrollo psicológico del niño que ha sido abusado sexualmente es bastante amplio. El informe realizado hace 15 años por el National Research Council (1993) permitía comprobar que el deterioro en el aspecto intelectual y cognoscitivo han sido más documentados para el maltrato físico y los resultados en muestras de niños abusados sexualmente son inconsistentes. En la dimensión psicosocial, se ha encontrado que uno de los problemas en los niños abusados sexualmente tiene que ver con la presencia de conducta sexual inadecuada, que como ya se ha explicado se manifiesta en auto estimulación excesiva, juegos y lenguaje con contenido sexual y acercamientos sexualizados con figuras adultas. Los estudios muestran que los niños abusados sexualmente manifiestan más síntomas que los niños no abusados como ansiedad, trastorno por estrés postraumático, pesadillas, aislamiento y problemas de comportamiento. En los casos del abuso sexual intrafamiliar se muestran niveles elevados de disociación, proceso que se refiere a una perturbación en las funciones integrativas entre la memoria y la identidad. En algunos estudios se encuentra que los niños abusados sexualmente pareciera que no sintieran dolor, fueran menos empáticos y tuvieran serias limitaciones en expresar el dolor de forma verbal adecuada (National Research Council, 1993).

Los avances del conocimiento en los últimos 20 años dan respuestas a múltiples interrogantes. Sin embargo, aún quedan muchas cuestiones al respecto que los estudios no han desarrollado convenientemente. Uno de ellos tiene que ver con el funcionamiento cognoscitivo (intelectivo), el cual parece verse afectado por el trauma pero cuya relación directa no ha sido esclarecida como tampoco los mecanismos que lo explican.



Por otro lado, la relación de otros cuadros clínicos, como la ansiedad, resulta poco clara o contradictoria, de igual forma sucede con la ira que si bien es cierto puede ser un efecto no se ha documentado lo suficiente en estas muestra. Igualmente, la depresión ha sido documentada en la mayoría de estudios pero debemos recordar que muchos de ellos de se han realizado con adultos y con mujeres, siendo los estudios con varones son más escasos. El tema de la auto eficacia no se ha estudiado en relación con el abuso sexual, el cual está más relacionado con el desempeño académico que la autoestima en general (Conte, 2008). El apego es otra de las variables a las que se han aproximado varios autores pero que sin embargo debe ser estudiada con mayor profundidad. De esta manera se puede valorar si este aspecto debe ser fortalecido en los protocolos de tratamiento de estos niños, como sí se ha hecho con el estrés postraumático, que no está presente en el 100% de los casos. Por lo anterior, se ha considerado en el presente estudio que estas variables deben ser objeto de mayor atención en su relación con el abuso sexual en niños. A todo esto, es necesario señalar aquí que la literatura sobre el abuso sexual en Latinoamérica es limitada (Ramírez, 2006), y más concretamente en relación a las variables citadas.

#### **4. Variables específicas de este estudio.**

Es necesario señalar aquí que la literatura sobre el abuso sexual en Latinoamérica es limitada (Ramírez, 2006), y más concretamente en relación a las variables citadas en el punto anterior. Esto ya se puso de manifiesto en un estudio previo realizado por Ramírez (2007) donde se consideró relevante el estudio de estos aspectos más descuidados o poco comprendidos en la literatura, como son la inteligencia, ansiedad, ira, depresión, autoeficacia y apego. Los resultados de ese estudio arrojaron resultados interesantes, pero pusieron de manifiesto la necesidad de profundizar en estas variables en investigaciones mejor diseñadas.

A continuación se revisarán cada una de estas variables, en especial su relación con la experiencia de abuso sexual en la infancia y adolescencia según lo conocido hasta el momento.

#### **4.1. Desarrollo cognoscitivo e inteligencia.**

La inteligencia, o capacidad intelectual, es una de las dimensiones integradoras del funcionamiento psicológico que permite evaluar las habilidades cognoscitivas de un sujeto. El desarrollo cognoscitivo cubre una gran variedad de funciones y está articulada a los cambios que se suscitan en el desarrollo cerebral los cuales se presentan tanto en la infancia como en la adolescencia. En términos generales el desarrollo de la inteligencia se considera influido por factores biológicos y ambientales.

El desarrollo cognoscitivo según Piaget (1985), se inicia al nacer y concluye en la edad adulta y consta de dos características que son invariables y que definen la esencia del funcionamiento intelectual, estas dos características son: organización y adaptación. Así cada acto de inteligencia presupone una estructura intelectual y una organización de la cual procede. La captación de la realidad involucra múltiples interrelaciones entre relaciones cognoscitivas, conceptos y significados que se expresan a través de acciones. De esta manera la organización es inseparable de la adaptación, constituyen dos procesos complementarios de un único mecanismo; siendo el primero el aspecto interno del ciclo del cual la adaptación constituye el aspecto externo.

En contraste, con los postulados de Piaget, el modelo de procesamiento de la información supone un aumento gradual cuantitativo en la atención, la memoria y las operaciones mentales. Esto implica que el niño desde muy temprano aprende tanto a inhibir reacciones como a resistir la interferencia de estímulos de baja intensidad. Hay tres conceptos básicos en la literatura del desarrollo cognoscitivo que son relevantes para determinar las interferencias en el procesamiento cognoscitivo. En primer término está la velocidad en el procesamiento, la meta-cognición y la inhibición cognoscitiva. La rapidez en el procesamiento está asociada con las habilidades del pensamiento, razonamiento y memoria. Este indicador va aumentando a medida que se pasa de un ciclo a otro. A medida que la rapidez del procesamiento mejora, esto crea un efecto de cascada del desarrollo, lo cual lleva a un mejoramiento de la memoria de trabajo y otros aspectos de la cognición como la auto-evaluación, el uso de estrategias cognitivas y el conocimiento meta estratégico (Fry y Hale, 1996). La meta cognición implica la habilidad de pensar sobre el propio pensamiento y reflejarlo sobre el propio conocimiento. La meta cognición se puede concebir desde muy temprano en la infancia incluso desde los tres años, que el niño se da cuenta de que tanto él como las otras personas conocen

cosas. A la edad de 4 años tienen una comprensión de las creencias falsas o de la idea que alguien puede llegar a conclusiones incorrectas.

El desarrollo de la meta memoria, es un elemento clave porque capacita al niño para recordar situaciones y acciones que debe ejecutar para lograr que su memoria sea mejor (Kuhn, 2000, citado por Tinsley Li y Rogers 2006). Recordar como hacer determinada cosa o recordar información basada en hechos es una acción diferente.

Los procesos cognoscitivos se han medido a través de la capacidad intelectual y el nivel de desarrollo de los niños. La evaluación de los contenidos cognitivos se ha hecho a través de inventarios o pruebas que dan cuenta de las distorsiones o creencias que se pueden tener frente a una experiencia determinada. Sin embargo la medición y evaluación de los procesos como la atención, la memoria y la percepción, se han evaluado a través de pruebas psicológicas estandarizadas que permiten dar cuenta del estado de cada proceso en el momento de la evaluación. En este ámbito debemos considerar la evaluación de la inteligencia.



**Figura 3.1. Diagrama relacional de los indicadores de medición del componente cognoscitivo.**

En la evaluación del aspecto cognoscitivo de los niños a través de una prueba estandarizada de inteligencia se incluyen diversos componentes, tal y como se recoge en la Figura 3.1. Siguiendo a Kaufman y Kaufman (1996) Esta área del desarrollo se muestra de manera particular en la capacidad de solución de problemas que tiene que ver con el nivel de dificultad de la tarea y su capacidad discriminativa. De otra parte las habilidades no-verbales muestran el manejo del pensamiento lógico y la competencia para procesar la información que el niño integra desde su entorno inmediato. Las habilidades verbales son el resultado de la integración de los procesos básicos que le permiten al sujeto interactuar con el mundo social. Finalmente el pensamiento cristalizado hace referencia a la capacidad que tiene un sujeto para traer en un momento dado aquellos aprendizajes logrados a lo largo de su vida, es construido con base en la experiencia y le permite refinar otros conocimientos, mientras que el pensamiento fluido es aquél que le permite al sujeto adaptarse a situaciones nuevas (Kaufman y Kaufman, 1996).

En relación con los efectos del trauma en el desarrollo cognoscitivo este parece evidente (Perry, Briere y Van der Koll, 2004). El funcionamiento cognitivo puede verse afectado por las experiencias de abuso sexual, tal y como Einbender y Friedrich (1989) encontraron en una muestra de niñas abusadas sexualmente.

Parece que los efectos del trauma que ocasiona el abuso sexual en los estadios tempranos de la vida repercuten directamente en el sistema de maduración, que controla la regulación de los procesos biológicos. La disfuncionalidad de estos procesos autorregulatorios biológicos parecen estar relacionados con disfuncionalidad crónica del afecto, comportamiento destructivo hacia sí mismo y hacia otros, problemas del aprendizaje, problemas disociativos, somatizaciones, distorsiones en la concepción de sí mismo. Los estudios de Putnam (2003) muestran que las niñas abusadas desarrollan perturbaciones neuroendocrinas, particularmente en las funciones tiroideas y corticoides, así como severos problemas con la atención, la concentración y la memoria (Van der Kolk, McFarlane y Weisaeth, 1996). Los cambios específicos en el neurodesarrollo dependerán de las respuestas del niño a la situación de temor, a la naturaleza del acto violento, y a los factores asociados con el niño, la familia y la comunidad (Perry y Azad, 1999).

Estos cambios cognoscitivos como producto de las alteraciones neurológicas se ven en el proceso de distorsión o déficit cognoscitivo que

pueden presentar las víctimas. Hazzard, Celano, Gould, Lawry y Webb (1995) evaluaron 56 niñas abusadas sexualmente y sus madres (no ofensoras) para determinar los factores relacionados con síntomas psicológicos y particularmente con la presencia de auto culpabilidad. Lo que encontraron estos autores es que aquellas niñas que tenían una relación negativa con las madres mostraban mayores problemas de comportamiento que aquellas que tenían una relación más adecuada. De igual manera aquellas que se sentían incapaces como resultado de la experiencia de abuso mostraban un funcionamiento psicológico bajo. Los factores relacionados con la auto culpabilización encontrados en este estudio fueron la edad de la niña, el estilo atribucional general y el hecho de que el cuidador culpara a la niña. Esto muestra que los efectos del abuso tienen una relación con el procesamiento cognoscitivo del trauma.

Desde la perspectiva del procesamiento de la información Cohen y Mannarino (2002) consideran que las atribuciones y el estilo atribucional relacionados con el abuso definen el tipo de síntomas y la forma como los niños reaccionan frente a la experiencia de abuso sexual. Afirman que el significado que el niño le atribuye al evento del abuso es más importante y determinante en las consecuencias que las características mismas del episodio de abuso.

A pesar de la literatura existente en este campo, aún hay interrogantes en torno al impacto de las experiencias traumáticas en las dimensiones cognoscitivas y el desarrollo de procesos básicos en particular en los niños víctimas de violencia y de abuso sexual. Feiring, Taska y Chen (2002) encontraron que las atribuciones internas específicas del abuso estaban relacionadas con un ajuste pobre en el momento de la denuncia. Además demostraron que la culpabilidad parecía explicar la relación entre las atribuciones y la sintomatología. Bugental y Shennum (2002) mostraron que en el caso del maltrato físico el género tenía especial impacto en las atribuciones. Feiring y Cleland (2007) examinaron los cambios en los patrones de las atribuciones en un grupo de 108 niños abusados sexualmente en función de la severidad del abuso, la edad, el género y los síntomas de depresión y de trastorno por estrés postraumático. Los resultados muestran que al paso del tiempo las atribuciones del abuso se otorgaban al abusador y no a la víctima, y que las autoculpabilizaciones se mostraban más en los instrumentos que en entrevista abierta. La confusión sobre el evento del abuso se daba más durante el primer año para luego disminuir durante el tercer año. Cuando en el abuso

se daba penetración habían más sentimientos de culpa y menos culpabilización hacia el agresor, y cuanto más índices de sentimiento de culpa mayores eran los puntajes en depresión.

Sin embargo, el factor cognoscitivo es el menos evaluado en las muestras de niños abusados y, en general, los estudios se han centrado más en los contenidos cognitivos que en los procesos cognitivos que supuestamente están a su base. Algunos estudios lo han tratado de determinar por los resultados del procesamiento de la información como lo muestran los estudios de Cohen y Mannarino (2002), y otros que han intentado establecer las consecuencias por el desempeño en tareas producto del desempeño académico (Holt, Finkelhor y Kaufman Cantor, 2007). Otros estudios no han encontrado correlación entre el abuso sexual y el desempeño académico (Bucle, Lancaster, Powell, y Higgins, 2005). Pero evaluar el funcionamiento intelectual por el rendimiento académico podría dar resultados imprecisos en relación con el abuso sexual.

Waterman y Lusk (1993) con el propósito de demostrar si las pruebas psicológicas eran lo suficientemente válidas para determinar las consecuencias cognoscitivas del abuso sexual y lograr mejores resultados en los procesos de protección, llevaron a cabo un análisis de estudios en los cuales se utilizaron este tipo de pruebas. Reportaron que en algunos de estos estudios se utilizaron pruebas como el Stanfor-Binet y las escalas de Weschler en los cuales no se detectaron diferencias por la falta del uso del grupo control. En el estudio realizado por estos autores con la aplicación de la escala de Weschler, con una muestra de 87 niños y un grupo control de 37 encontraron que los niños no abusados sexualmente mostraron puntajes superiores en la inteligencia verbal en comparación con los abusados, pero no encontraron diferencias en los puntajes de ejecución.

En el estudio de Basta (1986) se compararon 3 grupos de niños, 16 víctimas de incesto, 16 niños abusados sexualmente y 16 no abusados. Se encontró que los niños no abusados mostraban coeficientes intelectuales verbales más altos que los del grupo víctimas de incesto y los del grupo de abuso extrafamiliar, pero entre los dos grupos de abuso no se dieron diferencias en los puntajes. Es importante anotar que estos estudios tienen muestras pequeñas y que las predicciones que se pueden hacer son limitadas.

Existen otros grupos de estudios que han intentado evaluar este aspecto cognoscitivo a través del rendimiento y el desempeño académico dentro de los

cuales se encuentra una disminución del rendimiento académico y puntajes menores en las pruebas escolares tanto en los grupos de escolares (Trickett, McBride, Chang y Putnam, 1991) como en los adolescentes (Kendall-Tackett et al., 1993).

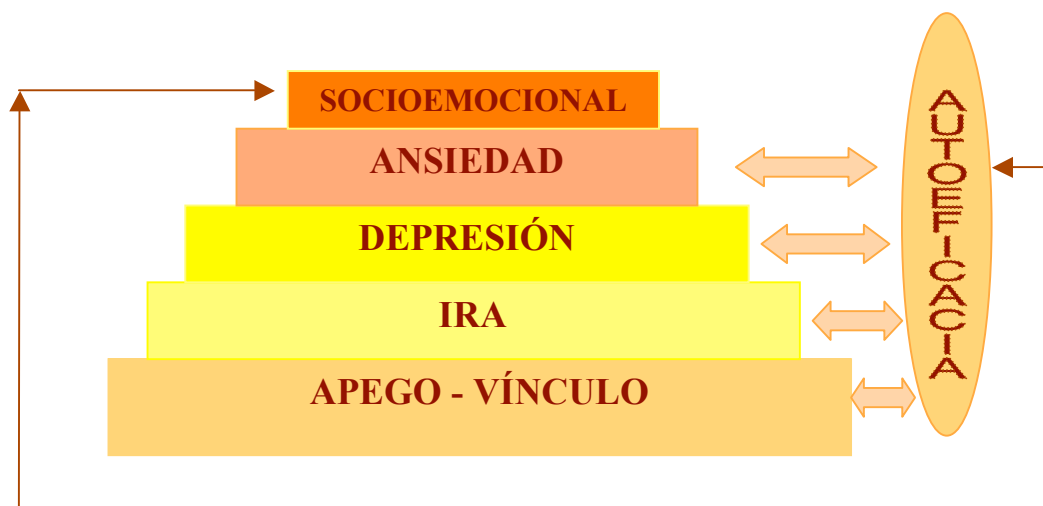
En resumen, se puede comprobar que la investigación de las consecuencias cognoscitivas del abuso sexual en niños, niñas y adolescentes, está muy poco desarrollada. Los escasos estudios realizados se han centrado más en los contenidos cognitivos que en procesos básicos, y estos han sido estudiados de forma indirecta en base al rendimiento académico de los niños. El estudio de los posibles efectos sobre el desarrollo de la inteligencia en los niños que han sufrido abuso sexual no se ha visto convenientemente abordado hasta el momento.

#### **4.2. Desarrollo emocional y socioemocional.**

El componente emocional es probablemente una de las áreas de mayor complejidad al hablar del efecto o las consecuencias de condiciones o experiencias adversas en esta dimensión del desarrollo infantil. El desarrollo emocional es una de las áreas más investigadas desde la psicología, y que presenta mayores controversias. Los interrogantes más frecuentes tienen que ver con la comprensión y el conocimiento sobre la naturaleza de las emociones y las estrategias de regulación de las mismas. La capacidad de interpretar y predecir las reacciones emocionales propias y las de otros es una competencia básica para las relaciones interpersonales. Desde muy temprano los niños identifican las emociones básicas como son: felicidad, ira/rabia, tristeza, temor, amor y sorpresa. Uno de los indicadores de maduración emocional tiene que ver con reconocer en sí mismo y en otros las emociones y aprender a predecir emociones múltiples y simultáneas que pueden tener diferentes valores y significados sociales.

Los avances en el conocimiento muestran relaciones importantes entre conductas emocionales como son la ansiedad y la depresión, tanto en la forma como se adquieren y como se presentan. La ira considerada como una emoción básica está relacionada con la ansiedad y la depresión. También se relaciona el apego y el vínculo como un indicador del desarrollo emocional sano. Finalmente, la autoeficacia es un concepto psicológico que ha sido construido relacionando aspectos sociales y emocionales del individuo.

Para el presente estudio se considera que la dimensión emocional-social se puede describir a partir de los ámbitos del funcionamiento psicológico ya citado en el párrafo anterior, que están recogidos en la Figura 3.2. Aunque estas categorías pueden estar asociadas no necesariamente guardan relaciones de causalidad. Más bien, pueden coexistir o mostrarse de manera simultánea en algunos sujetos en momentos específicos y como consecuencias de situaciones particulares. En el diagrama se concibe el apego/vínculo en la base del desarrollo emocional como soporte del proceso. En orden ascendente estaría la ira como proceso básico emocional seguido de la conducta depresiva y finalmente la ansiedad (Ramírez, 2007).



**Figura 3.2. Diagrama relacional de los componentes que integran la dimensión emocional-social.**

Parece evidente que dentro del espectro de la dimensión socioemocional se incluyen comportamientos que tienen un alto componente fisiológico, cognoscitivo y conductual. Aquí se incluye la autoeficacia que, aunque no necesariamente corresponde a la dimensión emocional exclusivamente, puede estar relacionada o asociada con conductas depresivas y ansiosas por una parte, y de igual forma con la capacidad del vínculo y la regulación de la ira. En el caso del abuso sexual y con fines terapéuticos es importante establecer la relación o asociación del abuso con algunos de estos cuadros y dimensiones clínicas. La literatura muestra que



uno de los efectos más importantes del abuso sexual infantil es el trastorno de estrés postraumático y que las intervenciones en su gran mayoría están orientadas a esta problemática (Cohen y Mannarino, 1994). Sin embargo se ha encontrado que muchos de los niños después de haber pasado por la intervención de estrés postraumático aún presenta niveles graves, los cuales persisten hasta la edad adulta (Berliner y Elliot 2002).

#### **4.2.1. Ansiedad.**

La ansiedad se encuentra a la base de diversas modalidades de comportamiento psicopatológico que interfiere con el funcionamiento cotidiano y con la adaptación en general. Aunque no es un fenómeno patológico en sí, determinados niveles de ansiedad, y su combinación con otros comportamientos evitativos y desadaptativos la convierten en un elemento importante de la psicopatología humana. Además, se suele considerar que la ansiedad en algún momento del ciclo de vida es parte del desarrollo evolutivo y son normales algunas conductas que en momentos posteriores son inadecuadas o se convierten en objeto de tratamiento y preocupación para el que lo sufre como para las personas que hacen parte del entorno familiar del mismo. Una inquietud adicional es si los niños cuando muestran problemas de ansiedad mantendrán este funcionamiento en la edad adulta Kendall, Chansky, Kane, Kortlander, Ronan, Sessa y Siqueland (1992). Al respecto se considera que con el tiempo tiende a mantenerse pero que sus manifestaciones se van modificando con el transcurso del tiempo (Woodruff-Borden y Leyfer, 2006).

La ansiedad se ha definido como un espectro de respuestas cohesionadas dentro de las dimensiones afectiva-cognoscitiva asociada a un sistema motivacional defensivo. Este afecto negativo esta acompañado por un cambio en la atención que podría ser preliminar a un estado de auto-focalización o un estado de auto-preocupación en el que se destaca la evaluación negativa sobre las propias capacidades para enfrentar la amenaza (Barlow, 2002, 2008). Además, el organismo cuenta con un sistema de respuestas que se coordinan y funcionan sincrónicamente enmarcado en tres subsistemas: cognoscitivo, fisiológico y conductual Lang, Davis y Ohman, 2000) los cuales covarían entre sí.

Existen diversas modalidades de cuadros de ansiedad en la infancia, los cuales incluyen los miedos, las fobias, la ansiedad generalizada, los trastornos de pánico, la ansiedad social, el trastorno por estrés postraumático, los

trastornos obsesivo-compulsivos y la ansiedad de separación entre otros. Para Rodríguez de Kissac y Martínez (2001) el trastorno de ansiedad excesiva en la niñez y la adolescencia se define como: *“la presencia de una ansiedad o preocupación excesiva, poco realista o persistente, cuya duración ha sido por lo menos de seis meses y que no está desencadenada solamente por tensiones y estímulos estresantes psicosociales”* (pág. 94).

Según el Estudio Nacional de Salud Mental realizado en Colombia (Ministerio de la Protección Social, 2003) el trastorno de ansiedad más común en prevalencia de vida es la fobia específica (12.6%), seguido de fobia social (5.1%), agorafobia sin pánico (2.6%), estrés post traumático (1.8%), ansiedad generalizada (1,3%) y trastorno de pánico (1.2%). También se encontró, que los trastornos de ansiedad son más frecuentes en las mujeres y que la edad de inicio se presenta entre los 6 y los 24 años. En relación con el Reporte de Salud Mental en Niños (Ministerio de la Protección Social, 2003) se encontró que la prevalencia de la ansiedad en los niños en Colombia es de 4.5%, dato que puede estar relacionado con los índices de las tasas de victimización en la infancia.

En la etiología de los trastornos de ansiedad se han identificado factores genéticos, características temperamentales, especialmente inhibición conductual, estilos parentales que determinan la interacción padres-hijo y psicopatología de los padres particularmente trastornos de ansiedad y depresión, así como, la historia de aprendizaje social incluyendo experiencias traumáticas y el procesamiento de información con sesgos atencionales (King, Heyne y Ollendick, 2005).

Clark y Watson (1991) propusieron un modelo tripartito de ansiedad y depresión el cual consiste en angustia general o afecto negativo, compartido por la ansiedad y la depresión, hiperactivación fisiológica, específica en la ansiedad, y una ausencia de afecto positivo, específico en la depresión. La dimensión de afecto negativo puede representar un factor de vulnerabilidad importante para el desarrollo tanto de la ansiedad como de la depresión. Por lo tanto, la correlación que se observa en la sintomatología de ambos trastornos puede reflejar que comparten síntomas de angustia en términos de afecto negativo más que indicar un diagnóstico superpuesto. Por esta razón muchos pacientes tienen un diagnóstico de ansiedad pero no de depresión o viceversa (Clark, Watson y Mineka, 1994).

Es probable que el afecto negativo presente en los trastornos de ansiedad y depresión esté más asociado con una génesis temprana por

experiencias de aprendizaje relacionadas con la percepción de eventos incontrolables reales que pueden generar la sensación de pérdida y falta de control del orden interno. Esto estaría muy relacionado con las experiencias de abuso sexual contrastando con los planteamientos de la teoría traumatogénica de Finkelhor y Browne (1986) en donde la pérdida del sentido del poder está asociado con la percepción de incontrolabilidad.

Las reacciones de ansiedad ante situaciones extremadamente adversas pueden además tener índices y tasas de respuesta más alta si además coincide con un evento de vulnerabilidad como se mencionó en la teoría de riesgo de Rutter (1987). En cuanto a la vulnerabilidad psicológica generalizada, esta se caracteriza por una percepción de incontrolabilidad e impredecibilidad cuando las personas se enfrentan a tareas o retos percibidos como amenazantes (Barlow, 2002).

Es sabido que no todas las personas que enfrentan situaciones de temor o eventos traumáticos desarrollan trastornos de ansiedad (Mineka y Zinbarg, 2006). Existen algunos elementos ambientales o personales que protegen al individuo para el desarrollo de este trastorno. Chorpita y Barlow (1998) plantean que, los principales factores protectores para los niños son habilidades intelectuales, habilidades cognoscitivas, sociales, autoeficacia y padres afectivos.

En cuanto a los estudios que asocian la ansiedad con el abuso sexual, algunos estudios comparativos han encontrado que los niños abusados sexualmente tienen mayores indicadores de cuadros ansiosos y depresivos que los niños que no han sufrido esta experiencia (Boney-McCoy y Finkelhor 1995; Cohen y Mannarino 1998).

En el caso del estrés postraumático, los resultados son sensaciones de desesperanza, miedo intenso y la incapacidad para controlar eventos (Woodruff-Borden y Leyfer, 2006). El estrés postraumático se ha encontrado como un indicador frecuente en los casos de víctimas de abuso sexual. Sin embargo se ha asociado más con otros tipos de victimización y no exclusivamente con los casos de las víctimas de abuso sexual. Es más claro aún que en muchos casos los niños víctimas de abuso sexual no presentan el trastorno por estrés postraumático (Berliner y Conte, 1993). Además, el trastorno por estrés postraumático no es un cuadro clínico o proceso psicológico básico primario que podría predecir diferencias entre los grupos estudiados.

Cortes, Saltzman, Wemms, Regnault, Reiss y Carrion (2005) llevaron a cabo un estudio con niños entre 6 y 12 años que habían sido expuestos a situaciones traumáticas para determinar si la presencia de un episodio de estrés postraumático, predecía la aparición de síntomas ansiosos posteriores diferentes a esta categoría. Estos autores encontraron una relación entre la presencia temprana del trastorno de estrés postraumático y el desarrollo de cuadros de ansiedad posteriores. Por lo anterior y desde una perspectiva clínica aquellos niños que muestren síntomas de estrés postraumático deben tener un seguimiento a nivel terapéutico y no restringir su tratamiento sólo al protocolo de este trastorno, como es el caso del modelo de Deblinger, Cohen y Mannarino (1988).

En el estudio de Cohen y Mannarino (1988) se seleccionó una muestra de 24 niñas quienes habían sido víctimas de abuso sexual y reportadas a un centro de violación de menores con el objetivo de determinar los síntomas psicológicos que pueden presentar estas víctimas. La muestra fue reclutada por un periodo de 6 meses y las edades de las niñas estaban entre los 6 y los 12 años. Este estudio pretendía aclarar algunos datos contradictorios de estudios previos. Se utilizaron diversos instrumentos como una entrevista semiestructurada para niños con el fin de obtener datos demográficos, y otros relacionados con la situación y características del abuso. Entre los instrumentos aplicados estuvo el CDI (Child Depression Inventory), la escala de autoconcepto de Piers y Harris, la escala de ansiedad-rasgo para niños (STAIC) y el Child Behavior Checklist (forma de padres). El rango de abuso estaba desde un episodio hasta múltiples. Los resultados no mostraron diferencias significativas en comparación con los criterios estándar. Sólo en los datos arrojados por el CBCL, en donde los padres reportaron problemas comportamentales en sus hijas, pero esto no concordaba con lo reportado directamente por las niñas de la muestra. Los autores sugieren llevar a cabo estudios longitudinales y más rigurosos, ya que la literatura actual muestra datos diferentes a los hallados en este estudio. Aunque en este estudio no se encontraron diferencias en relación con las medidas de ansiedad éste es un estudio que se ha cuestionado porque la comparación se realizó con baremos normativos y no con grupos controles, además que el tamaño de la muestra no fue suficiente. En un estudio posterior realizado por Mannarino, Cohen y Gregor (1989) encontraron diferencias significativas en los puntaje de ansiedad de estado del STAIC, en comparación con los baremos y con el grupo control.

Es importante anotar que gran parte de los estudios que reportan diferencias significativas entre los grupos de niños abusados sexualmente y los que no han sido abusados hacen referencia a conductas internalizantes y externalizantes medidas a través del CBCL (Trickett y Putnam, 1998; Hébert et al., 2006). Además los estudios sobre ansiedad muestran inconsistencia en general. Algunos autores han encontrado niveles altos de ansiedad particularmente en los grupos de edad menor pero otros no han encontrado resultados similares (Trickett y Putnam, 1998). Por lo anterior evaluar la ansiedad por medidas de autoinforme directas posiblemente proporcione datos más precisos que orienten las estrategias terapéuticas y permita tener un avance en el conocimiento al respecto.

#### **4.2.2. Ira.**

La activación de la ira se ha reconocido desde tiempo atrás como una respuesta a las situaciones traumáticas. La ira se considera como un indicador del conglomerado de atributos característicos de la activación emocional, que puede estar relacionada no sólo con los comportamientos internalizantes sino también los externalizantes. La mayoría de las investigaciones concernientes al tema de la ira tienen que ver con el trastorno de estrés postraumático y las investigaciones llevadas a cabo con población adulta. Una de las posturas teóricas más conocida en relación con la ira, es el modelo de déficit regulatorio de Novaco y Chemtob (1998).

Las expresiones de ira por lo general están acompañadas de otras respuestas como son la hostilidad y la agresión. En algunos estudios realizados con muestras clínicas se ha encontrado relación entre la ira y las conductas ansiosas y entre la ira y las conductas depresivas (Trickett y Putnam, 1998). La ira es un estado emocional que tiene efectos adaptativos y desadaptativos en el comportamiento. Dentro del continuo de la normalidad se considera de alto valor adaptativo para afrontar las condiciones adversas y de alto riesgo, ya que motiva al individuo a persistir en traspasar obstáculos. La ira de hecho es un mecanismo de movilización puede orientarse hacia acciones positivas y puede convertirse en un factor de resiliencia y protección frente a las amenazas del medio. Por lo general, la ira activa conductas agresivas, por lo que es fundamental que existan mecanismos de control y regulación de la ira que de alguna manera reducirá la agresión. A lo largo del desarrollo infantil la ira se va regulando a medida que el niño va progresando en la socialización.

Hessler y Katz (2007) encontraron que la regulación emocional en niños es una habilidad uniforme, tras la comparación del autoinforme y medidas fisiológicas en contextos específicos (provocación por pares) y en contextos libres durante una entrevista semiestructurada. Según los resultados los niños que mostraban incapacidad en la regulación emocional presentaban mayor tasa cardiaca ante las situaciones provocadoras.

Algunos autores han investigado la relación entre abuso sexual y regulación emocional. Gross (1998) definió la regulación emocional como el proceso mediante el cual los individuos ejercen o controlan la calidad, frecuencia, intensidad o duración de sus respuestas en los tres canales en los que se manifiesta: conductual, el fisiológico y el subjetivo/experiencial. Existen cinco estrategias para lograr la regulación emocional: selección de la situación, modificación de la situación, desplazamiento de la atención, el cambio cognoscitivo y la modulación de la respuesta. Algunos estudios muestran que las personas que han experimentado abuso sexual, inician una serie de patrones de comportamiento que les ayudan en la regulación de las emociones, en particular, lo que tiene que ver con la autorregulación del temor y la activación, así como emociones desagradables que han asociado con el evento traumático. En particular se involucran en conductas centradas en la regulación de la emoción como disociación, distracción, aislamiento físico, abuso de sustancias, pica, somatizaciones, promiscuidad sexual, auto mutilación, y comportamientos pseudo suicidas (Marx, Heidt y Gold 2005).

En cualquier caso los problemas de comportamiento mostrados por los niños que han sufrido abuso, pueden ser manifestaciones de un manejo de la ira como emoción básica primaria del funcionamiento psicológico del niño (Trickett y Putnam, 1998). Aunque algunos estudios han mostrado que la ira puede ser una consecuencia inicial del abuso sexual (Briere y Elliot, 1994; Finkelhor y Browne, 1985, 1986), y esta aparece en informes narrativos de las víctimas “supervivientes” de abuso (Negrao, Bonanno, Noll, Putnam y Trickett, 2005) aún está por llevarse a cabo un estudio sistemático en población infantil y juvenil. Los resultados obtenidos por Ramírez (2007), indicaban que los niños que han sufrido abuso sexual muestran niveles mayores de ira que los niños no expuestos a esta experiencia. Este dato inicial señala la necesidad de seguir investigando hasta qué punto la expresión de la ira es una consecuencia del abuso sexual de niños y adolescentes.

### **4.2.3. Depresión.**

La depresión en la infancia es un trastorno psicopatológico de alta frecuencia y aparentemente asociado al maltrato y abuso sexual. De hecho es uno de los problemas más documentado en la literatura en relación con el abuso sexual. En el Estudio Nacional de Salud Mental realizado en Colombia (Ministerio de Protección Social, 2003), se encuentra que para los niños y adolescentes, la edad de inicio del trastorno depresivo es a los 10 años en un 10% de la población. La depresión en la infancia es muy preocupante por lo que los investigadores examinan factores genéticos, biológicos, psicológicos y características del ambiente, que podrían conducir individualmente a experimentar episodios depresivos (Goodman, 2002). A diferencia de otros cuadros clínicos la depresión no necesariamente se presenta como respuesta a una situación traumática exclusivamente, pero una vez que se presenta la posibilidad de recuperación parece ser más limitada.

Frecuentemente se considera que los factores que llevan a la depresión son de tipo reactivo, como respuesta hacia un estímulo externo que ocasiona duelo o incapacidad, y de tipo endógeno (interna), cuando no existe causa aparente, o en los casos donde hay un factor de tipo genético (Goodman, 2002). Desde la perspectiva de la psicopatología del desarrollo estos factores pueden considerarse de riesgo y de vulnerabilidad. Los primeros, están asociados con la probabilidad de aumentar el inicio de la depresión, sin que puedan considerar elementos causales de la depresión. Los segundos se pueden considerar más predictivos del trastorno (Ingram, Odom, y Mitchusson, 2002). Dentro de los factores de riesgo se encuentran las variables asociadas a la persona como el estilo cognoscitivo, y los contextuales como estilos parentales deficientes, entorno inmediato peligroso y experiencias negativas y aversivas (Clark, Beck y Alford, 1999).

En la infancia, los índices de depresión mayor son aproximadamente iguales en niños y en niñas, pero en la adolescencia muchos estudios reportan una preponderancia femenina, con un índice del trastorno de dos a tres veces mayor en las niñas que en los niños (Lewinsohn y Essau, 2002). De igual forma Stoolmiller, Hyoun y Capaldu, (2005) reportan que en la preadolescencia los niños tienden a presentar más síntomas depresivos que las niñas. Sin embargo este estado cambia en la adolescencia, donde las niñas muestran un aumento en la depresión, mientras que los niños comienzan a experimentar una disminución.

Para Moore y Carr (2000) los niños depresivos muestran una serie de indicadores correspondientes a tres procesos emocionales: estado de ánimo depresivo, irritabilidad y ansiedad. En el nivel comportamental pueden mostrar bajos niveles de activación (lentitud motora), o conductas contrarias (agitación motora), así como pueden mostrar fracaso en desarrollar actividades orientadas al logro o una incapacidad para relacionarse con familiares o amigos. También en ocasiones pueden presentarse comportamientos autodestructivos. Por otro lado hay una disminución en la energía, perturbaciones del sueño y el apetito, síntomas somáticos, dificultad en las interacciones con otros, se describen solitarios e incapaces de establecer relaciones efectivas.

La depresión es un trastorno internalizante que se caracteriza por una serie de síntomas o conductas que no son fácilmente observables. Los síntomas cognoscitivos como la culpa, la auto depreciación, las ideas suicidas, la desesperanza y los sentimientos de minusvalía no son de fácil detección. Ocasionalmente se dan otras características asociadas como son las dificultades en el sueño, las quejas somáticas, la pérdida del apetito que pueden ser desapercibidas por los adultos (Reynolds, 2006)

Lakdawalla, Hankin y Mermelstein (2007) realizaron un estudio para examinar las tres teorías básicas de la depresión infantil, la teoría de Beck, la teoría de la desesperanza aprendida, y la de estilos de respuesta. Analizaron estudios longitudinales que habían sido realizados con niños entre los 8 y 12 años y con adolescentes entre los 13 y 19. Investigaron la relación entre la vulnerabilidad cognoscitiva y la interacción con el estrés así como su nivel de predictibilidad de ocurrencia de depresión posterior una vez que los síntomas iniciales se habían disminuido. Los resultados muestran que no hay relación entre estos factores y que la evaluación de la vulnerabilidad cognoscitiva aún no es muy clara, por lo que sugieren que éste es un camino por investigar aún en el campo de la psicopatología infantil.

Post y Weiss (1999) reportan la existencia de una relación primaria que actúa como precipitante, pero que después el trastorno depresivo actúa en forma independiente de los eventos adversos. También se ha encontrado que los eventos de vida negativos están relacionados solamente con el primer episodio depresivo (Mazure 1998), y que progresivamente juegan un papel menos importante en los episodios depresivos posteriores (Teasdale, 2000).



De igual forma en el estudio de Costello (1996) se examinaron niños y adolescentes de 9 a 15 años y se concluyó que un único acontecimiento tenía poco efecto en la tasa de depresión. Sin embargo, la ocurrencia de dos o más acontecimientos se asoció a un marcado aumento del riesgo. Keller (2003) considera que lo importante no es cuantos eventos vitales se hayan experimentado sino el impacto que ellos producen en el individuo (Moreno y del Barrio, 1996).

A pesar de todo, la vulnerabilidad cognitiva está mas documentada para adultos, mientras que en el caso de los niños las relaciones no son tan claras. Sin embargo, Mezulis, Hyde y Abramson (2006) establecen que el temperamento, la forma de crianza y los eventos negativos en la infancia influyen en el desarrollo de estilos cognoscitivos particulares, negativismo y patrones parentales interactivos negativos y fortalecen tendencias depresogénicas en los niños. Estos autores evaluaron estos constructos en una muestra de 289 niños y sus padres, a través de una metodología longitudinal. Los resultados mostraron que el aislamiento negativista de alta frecuencia estaba relacionado con eventos negativos. El autoinforme de las madres mostró expresión de rabia y observó retroalimentación maternal negativa en relación con el fracaso de sus hijos para manejar las experiencias negativas. Estas dos condiciones se mostraron como predictores importantes en la generación de vulnerabilidad cognoscitiva para la depresión.

Lipovsky, Saunders y Murphy (1989) compararon 88 niños abusados sexualmente por sus padres y 101 que no habían sido abusados. Sólomente la mitad de estos completaron el instrumento que se aplicó, el CDI (*Children's Depression Inventory, de Kovacs*). Los niños víctimas de incesto puntuaron con más indicadores de depresión que los controles. En esta misma línea Cohen y Mannarino (1988) aplicaron el mismo instrumento a un grupo más reducido (n=24) sin encontrar diferencias significativas en comparación con los baremos de la prueba. Mannarino et al. (1989) evaluaron 94 niños con la misma prueba, el CDI, para comparar el efecto del abuso sexual extrafamiliar e intrafamiliar, tipo de abuso y ocurrencia del mismo. Tampoco encontraron diferencias significativas. Estos resultados pueden estar asociados a dos problemas básicos del diseño, por una parte el tamaño de las muestras y por otro el tipo de instrumento que utilizaron, el CDI en todos los casos.

Otro elemento importante de analizar con esta serie de resultados tiene que ver con el hecho de que la depresión en niños puede concurrir con otros

trastornos como el de estrés postraumático o alteraciones clínicas mayores (Deblinger, Mannarino, Cohen y Steer, 2006), o como la ansiedad misma (Clark y Watson, 1991).

También se han desarrollado investigaciones que relacionan el abuso sexual con cuadros depresivos e ideas suicidas. Wozencraft, Wagner y Pellegrin (1991) evaluaron una muestra de 65 niños, nuevamente a través del CDI, con el propósito de establecer correlaciones entre la ocurrencia del abuso sexual, la presencia de la depresión, naturaleza del abuso y las creencias de la madres sobre el evento. Encontraron que las niñas mayores mostraban más tendencia a sentirse deprimidas y que las ideas suicidas se presentaron con mayor frecuencia también las niñas mayores cuyas madres no tenían creencias negativas frente al tratamiento y quienes aún permanecían en el hogar. Por su parte Koverola y Pound (1993) estudiando una muestra de 39 niñas con edades entre los 6 y 12 años referidas por haber sido víctimas de abuso sexual. Estas niñas puntuaron con mayor número de síntomas depresivos en el CBCL (*Child Behavior Checklist, de Achenbach*) y en el CDI. Concretamente, el 67% de las niñas mostraron mayor nivel de comportamientos depresivos y esto correlacionaba con los indicadores de depresión severa.

En el estudio llevado a cabo en Inglaterra por Trowell, Ugarte, Kolvin, Berelowitz, Sadowski y Le Coteur (1999), con el propósito de identificar la presencia de cuadros psicopatológicos en niñas abusadas sexualmente, compararon el grupo de niñas víctimas de abuso con una muestra que no era totalmente clínica. En la muestra compuesta por 21 niñas, se encontró en una proporción importante (19%) la presencia de la sintomatología correspondiente al trastorno depresivo mayor, junto con ansiedad de separación (38%) y trastorno de adaptación (33%).

En el estudio longitudinal de Stuewig y McCloskey (2005) los investigadores analizaron cómo diferentes formas de maltrato infantil influían en la presencia de sentimientos de culpabilidad y vergüenza. De igual manera examinaron como los sentimientos de minusvalía o culpa se relacionaban con la conducta delictiva o con la depresión en la adolescencia tardía. Los datos muestran una cierta relación, particularmente entre los sentimientos de vergüenza y la depresión. Esta relación además estaba mediada por el rechazo parental.

En otra investigación llevada a cabo por Danielson, Arellano, Kirkpatrick, Saunders y Resnick (2005) se demostró que los adolescentes que habían sufrido maltrato físico y abuso sexual mostraban alto riesgo de desarrollar un

comportamiento depresivo. Aunque esta relación ha sido documentada, el objetivo de este trabajo fue determinar la forma clínica cómo esta depresión se manifiesta. Los hallazgos más importantes de este estudio hacen referencia a que los síntomas de la depresión son diferenciales. La depresión más severa y los distintos síntomas de depresión estaban relacionados con el tipo de experiencia de abuso así como con el género.

En general, las situaciones de alta intensidad vividas por los niños en diversas circunstancias deben ser tenidas en cuenta en el momento de la evaluación de los trastornos depresivos. El vivir una experiencia como el abuso sexual puede originar un cuadro depresivo de alta intensidad que se puede mantener a lo largo de la historia de la persona e incidir en diferentes áreas de su desempeño y ajuste. La evidencia clínica en este aspecto puede mostrar que las personas que han sido abusadas en la infancia en muchas ocasiones no recuerdan y no pueden hacer el reporte hasta que no se someten a proceso terapéuticos que actúan sobre algunos mecanismos. Sin embargo, la evidencia surgida de la investigación es menos concluyente. Como se ha visto, algunos estudios no han sido capaces de encontrar diferencias significativas respecto a la depresión entre grupos de niños abusados y otros que no lo son. En algunos casos los estudios no han utilizado grupos controles adecuados, sino que han valorado la depresión según las normas de interpretación de las pruebas. Finalmente, los estudios han contado en su mayoría con muestras de tamaño muy reducido.

#### ***4.2.4. Apego-vínculo.***

El apego y el vínculo se ha propuesto como uno de los mecanismos importantes en la explicación de patrones emocionales desadaptativos. Para Bowlby (1993) el apego es aquella conducta innata que lleva a un infante a seguir por proximidad a un adulto. En el caso del vínculo se habla de un segundo momento del apego donde juegan factores de aprendizaje que determinan que el vínculo sea positivo o negativo según el caso (Vargas y Ramírez, 1999). El apego y el vínculo son mecanismos psicológicos que parecen estar relacionados con las relaciones e interacciones con otros a lo largo de la vida.

Es necesario tener claridad en relación con el concepto de apego-vínculo, que en la literatura se maneja de manera indiscriminada. Los apegos o vínculos hacen referencia a la conexión emocional que se genera entre las

personas para establecer relaciones de intimidad. En este trabajo se hace referencia básicamente a las relaciones entre padres e hijos. Los comportamientos de apego se refieren a aquellas conductas del niño que promueven la cercanía con el cuidador y le permite satisfacer sus necesidades, y se organizan dependiendo de la jerarquía de necesidades que el niño tiene. Al hablar del sistema del apego se hace referencia a la estructura que desarrolla el niño para identificar su contexto, discriminar claves, y permitirle buscar seguridad en el ambiente próximo. El sistema de vínculo afiliativo se refiere al constructo de la sociabilidad, de ahí que el vínculo se evalúe con base en la capacidad del niño para relacionarse con otros a través de patrones de interacción social efectivos. Estas relaciones que establece son recíprocas y por lo general se inician con los familiares y amigos más cercanos. De ahí que se conciba que el apego-vínculo es adecuado porque muestra patrones interactivos efectivos con los más cercanos. Esto se convierte en un predictor de la capacidad de establecer relaciones afectivas sanas en la edad adulta (Zeanah y Boris, 2000).

El vínculo se refiere a la relación inicial entre el padre/madre e hijo durante el momento posterior al nacimiento. Se da en el momento que la madre siente que el hijo es parte de su vida y se compromete psicológicamente a brindar afecto y protección. Por su parte el apego es un proceso de mayor tiempo de duración y refleja la calidad de la relación entre padre/madre-hijo que se inicia desde muy temprano y el niño lo procesa cognoscitiva y emocionalmente para fundamentar la base emocional (Hewitt, 1999).

La calidad del vínculo está determinada por una fuente básica de seguridad y confianza. Según Ainsworth (1979) y Crittenden (1985) una parte primordial del plan básico de la especie humana es que los infantes desarrollen vínculos afectivos con una persona que le brinde el afecto y los cuidados primarios. De tal manera, que la posibilidad de vinculación y apego son dos condiciones fundamentales en el desarrollo adecuado de los niños. Para Ainsworth (1989), el apego es un sistema comportamental primordial que tiene una organización interna claramente enraizada en la dotación neuropsicológica y es la base constitutiva de los vínculos afectivos. Ainsworth (1989) plantea que el individuo una vez establece el apego, estará en capacidad de conformar relaciones interpersonales que implican el establecimiento de vínculos afectivos. Esto supone el establecimiento de lazos afectivos con los padres, de los padres hacia el hijo, con amigos y con las personas en general.

Los modelos internos de representación del afecto le permiten al niño

desde muy temprano organizar sus expectativas, cogniciones y cargas afectivas que orientan las relaciones que establecen en la vida adulta (Cicchetti y Toth 1995). Una relación segura de un niño con la madre o el cuidador se establece cuando el niño en la relación desarrolla una serie de expectativas, las cuales vienen a conformar una base del modelo interno de representación que el niño hace de sí mismo y de la madre (Bowlby 1993). Si esta madre ha sido consistente en su forma de responder y sentir frente a las necesidades del niño, es muy probable que el niño pueda elaborar un modelo de representación de la madre como responsiva y accesible. Por su parte estará en disponibilidad de desarrollar un modelo de representación de sí mismo capaz de generar en la madre algún tipo de reacción o sensibilidad hacia él o ella (Ainsworth, 1978,1989; Crittenden, 1989).

Existen diversos patrones para definir el apego y cada uno de estos incide en la relación que el padre o madre establece con sus hijos. Morton y Browne (1998) consideran que las madres que son calificadas como apegadas de forma insegura tienden a ser menos sensibles, menos dispuestas, poco responsivas o responden de forma inadecuada frente a las necesidades de los niños. Las madres ansiosas y evitativas tienden a ser rechazantes, furiosas e intrusivas. Por su parte las madres apegadas adecuadamente responden con naturalidad y espontaneidad a las necesidades de sus hijos y muestran agrado en satisfacer las necesidades de los mismos.

De igual forma, en este proceso las características de la madre o el cuidador juegan un papel fundamental, en particular sus capacidades emocionales. Si la respuesta de la madre es afectiva con éste niño en particular, la posibilidad de que el vínculo sea efectivo es mayor (Izard, Haynes, Chisholm y Baak 1991). Aunque en las familias donde se presenta el abuso sexual, las madres, por lo general, no son las que abusan y por lo tanto no pueden ser las culpables del evento, evidencias empíricas muestran que en estas madres existen antecedentes históricos o algunos patrones de comportamiento que pueden aumentar el riesgo para que sus hijos sean victimizados, en muchas ocasiones estas madres han sido victimizadas (Zuravin, McMillan, DePanfilis y Risley-Curtiss, 1996). O en otros casos la transmisión se da en el caso del perpetrador en cuya familia de origen ocurrió el abuso sexual (Coulborn-Faller, 1989).

En el estudio realizado por Leifer, Kilbane, Jacobsen y Grossman (2004), en el cual se investigaron historias sobre la forma del apego, experiencias de abuso sexual y formas de funcionamiento familiar, se encontró que en cada uno de los casos de los niños reportados como abusados sexualmente, se encontraban las tres condiciones. Estas fueron, problemas maternales en el funcionamiento adulto, una relación disfuncional entre la madre y la abuela generalmente y patrones de cuidado inadecuados durante la infancia de la madre. Se enfatiza en este estudio que la transmisión intergeneracional de patrones desadaptativos dentro de las familias aumentan el riesgo del abuso sexual.

Desde una perspectiva del desarrollo, Crittenden y Ainsworth (1989) consideran que el problema esencial del vínculo en las familias donde existe alguna forma de violencia, es que el vínculo es ansioso. Es importante asegurarse que los niños que han desarrollado vínculos inseguros en su infancia, tengan la posibilidad de recuperarse de alguna forma en la edad adulta. Establecer el vínculo temprano adecuado tiene un efecto de adaptación en la edad adulta,. Esto lo ha establecido Morrison, Goodlin-Jones y Urquiza (1997) en un estudio con estudiantes universitarios, en el que se demostró que aquellos que vivían la relación con los padres de forma insegura o ambivalente tenían tendencia a ser hostiles con sus parejas actuales. Así mismo, la vinculación es esencial en el ajuste mental de las personas adultas como lo demostró (Canetti, Bachar, Galili-Weisstub, Kaplan y Shalev, 1997).

Las relaciones sociales, como se mencionó son un indicador importante de ajuste psicológico y pueden reflejar la capacidad de vinculación que tiene el niño. El establecer relaciones adecuadas con maestros, niños y la comunidad en general puede ser un factor resiliente y protector de situaciones de adversidad a las que pueda estar expuesto. Murray y Greenberg (2001) desarrollaron una escala para medir los vínculos y relaciones de los niños con maestros y pares. Tanto los maestros como los niños contestaron preguntas relacionadas con el ajuste social y emocional. En esta muestra se trabajó con niños con discapacidad, pro considerarse un grupo de alta vulnerabilidad. Entre las discapacidades estudiadas estaban trastornos emocionales severos, trastornos del aprendizaje, retardo mental leve, y otros con dificultades de salud. Los resultados mostraron que los niños con problemas emocionales

severos y los que presentaban retardo mental leve mostraban poca relación con maestros y mayor insatisfacción con los mismos. Por su parte, los estudiantes con problemas emocionales severos también mostraban vínculos deficientes en la escuela.

En ese estudio utilizaron la escala “Personas en mi vida”, desarrollada y validada por Cook, Greenberg y Kusche (1995), que es un instrumento que evalúa las percepciones que los niños tienen de sus relaciones con sus padres, profesores y en general de su ambiente escolar, basado en la teoría de Bowlby. En Colombia, Mejía y Camargo (2005) llevaron a cabo la validación del cuestionario de apego “Personas en mi vida”, con una muestra de 2.274 niños y niñas entre los 8 y 14 años de edad en la ciudad de Bogotá, escolarizados de diferentes estratos sociales. Este es un instrumento válido y de fácil aplicación por lo que se utilizó en el presente estudio (Camargo, Mejía, Herrera y Carrillo, 2007).

En cuanto a los estudios realizados con niños abusados Finzi, Ram, Har-Even, Schnit y Weismann (2001) compararon niños abusados, niños en condición de negligencia, y sus respectivos controles, cuyas edades estaban entre los 6 y 12 años. En este estudio encontraron que los niños maltratados físicamente, mostraban apego evitativo y mayores tasas de conducta agresiva. Por otra parte, los niños en condición de negligencia mostraban vínculos ambivalentes/ansiosos. Mientras que los niños maltratados físicamente tenían más tendencia a desarrollar conductas antisociales, los niños en situación de negligencia mostraban mayor riesgo para desarrollar aislamiento y rechazo social así como sentimientos de incapacidad social. Finzi, Dotan, Manor y Tyano (2006) llevaron a cabo un estudio para determinar la relación entre los patrones de apego, los estilos parentales y el temperamento de los niños. Los hallazgos muestran que el temperamento de los niños puede estar relacionado con los tipos de apego que muestran los padres.

Estos estudios están más orientados al maltrato físico que a otro tipo de victimización, pero es escasa la literatura que relacione las dos variables de estudio. Finzi, Har-Even, Shnit y Weizman (2002), con el propósito de definir un perfil de los niños víctimas de malos tratos, realizaron un estudio en el cual aplicaron a 41 niños abusados físicamente un cuestionario de clasificación del estilo del apego, el CDI, el STAIC (*State-Trait Anxiety Infant Scale*), y las escalas de riesgo potencial de suicidio para niños. Estos niños fueron comparados con 38 en situación de negligencia y 35 no abusados ni

maltratados. Los niños maltratados mostraron un estilo de apego evitativo, síntomas depresivos y suicidas específicos, altos niveles de ansiedad y agresión. Estos datos muestran los daños en el desarrollo que las situaciones de victimización ocasionan a los niños. Desafortunadamente en esta muestra no se incluyó un grupo de niños abusados sexualmente para tener la comparación en el estilo de apego. Finzi, Cohen, Sapir y Weisman (2000) compararon el impacto emocional del maltrato en el estilo de apego en tres grupos de niños de 6 a 12 años: niños hijos de padres consumidores de drogas (n=76), niños maltratados físicamente (n=41), niños en negligencia (n=38) y no abusados del grupo control (n=35). Los resultados muestran que en el grupo de hijos de padres consumidores de drogas el 52% tienen un apego seguro, y 48% presentan un apego ansioso o ambivalente. Los maltratados se caracterizaron por un apego evitativo y los niños en negligencia por apego ansioso y ambivalente. La conclusión más importante es que los niños maltratados físicamente están en alto riesgo de desarrollar comportamiento antisocial, los niños en negligencia de presentar aislamiento social, rechazo social y sentimientos de incompetencia. Los hijos de consumidores de drogas están en riesgo de manifestar problemas de conducta y consumo de drogas en la adolescencia.

En la revisión de Bolen (2005) se hace mención de las diferentes situaciones de violencia que están relacionadas con el apego. Particularmente, la exposición a la violencia intrafamiliar y al maltrato infantil. Sin embargo Bolen (2005) enfatiza el hecho de que los sistemas de protección remueven al niño de su hogar precisamente por una orden de la corte para asegurar al niño y protegerlo del agresor, por lo que es una necesidad de revisar la ruptura del vínculo del niño con el padre o la madre no agresora. Es de prever que este hecho produce otro tipo de impacto emocional en el niño ya que debe ajustarse a otros contextos, establecer otros vínculos con personas desconocidas. El impacto emocional de esta situación es concebida como una victimización secundaria lo cual debe ser revisado por los sistemas de protección y los legisladores en los distintos países.

A pesar de la importancia del apego y el vínculo en las familias donde hay algún tipo de violencia y particularmente el abuso sexual, la literatura es un poco limitada debido a dos cuestiones fundamentales: (1) la dificultad en las mediciones, observaciones e instrumentos y (2) a los diseños metodológicos donde el vínculo deteriorado puede ser una variable criterio pero también



puede ser una variable predictora. En este último caso es esencial contar con grupos controles y de todas formas establecer criterios de medida y de operacionalización de esta variable lo más preciso posible. Dado que los estudios se han realizado fundamentalmente con niños sometidos a maltrato físico o negligencia, es una necesidad contar con investigaciones similares a estas en el campo del abuso sexual.

#### **4.2.5. Autoeficacia**

La autoeficacia no sólo es un comportamiento de adaptación sino que se considera un paradigma de explicación frente a la génesis de algunos trastornos clínicos. Bandura (1977) propone la autoeficacia como un marco de referencia teórico e integrador que intenta explicar la génesis y el cambio conductual. Uno de los argumentos que utiliza es que las expectativas que tenga un individuo sobre su eficacia personal, determinan el momento en que la persona manifieste una conducta de afrontamiento ante situaciones que considera aversivas. Así mismo, esto va a determinar el nivel de esfuerzo que invierte y el tiempo de resistencia ante los obstáculos y las experiencias negativas. En este modelo, las expectativas de la eficacia personal están derivadas desde cuatro fuentes principales de información: logros de ejecución, experiencia vicaria, la persuasión verbal y los estados fisiológicos. Entre más dependencia hay de la experiencia mucho mayores son los cambios en la autoeficacia percibida.

El concepto de autoeficacia, para Bandura (1986) es un punto central en el análisis de la conducta de temor y el comportamiento de evitación. En general el concepto de autoeficacia es uno de los grandes aportes de Bandura (1986) para explicar los cambios conductuales en los cuadros de ansiedad y la conducta agresiva, las cuales considera que están correlacionadas.

La autoeficacia es considerada, por Bandura (1986) como un elemento que influye en el comportamiento pero no es su determinante. La teoría de la causalidad dentro del modelo social cognoscitivo, plantea múltiples determinantes que operan como factores entrelazados recíprocamente en la adquisición y la regulación de la conducta, entre los que se encuentra la autoeficacia. Para Bandura (1986), la autoeficacia es un mecanismo en el que influyen los patrones de pensamiento, las acciones y la activación emocional. Algunas líneas de investigación han sugerido que el mecanismo de autoeficacia puede tener un poder explicativo amplio (Bassi, Steca, Delle Fave y Caprara, 2007). La autoeficacia percibida facilita los cambios en el

comportamiento de afrontamiento producidos por diferentes estrategias, como por ejemplo, por el nivel de las reacciones fisiológicas al estrés, por la autorregulación del comportamiento oposicionista, con la resignación y desesperanza ante las experiencias de fracaso, por los efectos autodebilitantes del control sustituto y la ineficacia imaginada, por los esfuerzos para el logro, por el crecimiento de intereses intrínsecos y por la búsqueda de una ocupación. EL rol determinante de la eficacia percibida colectivamente en el cambio social, se consideran como las condiciones sociales que llevan al desarrollo de una eficacia colectiva.

El interés de Bandura por el concepto de autoeficacia, ha sido tan amplio que su investigación es bastante extensa. Muchas de las investigaciones sobre autoeficacia, se han enfocado a determinar el rol de ésta en la regulación de la motivación, la acción y la activación afectiva, pero no se han detenido a definir su papel en los procesos de pensamiento con la profundidad necesaria (Maddux, Norton y Stoltenberg, 1986). Otros estudios muestran que la autoeficacia impacta los juicios que hace la persona de su eficacia y por lo tanto transforma el comportamiento por la información de retorno (Núñez Rodríguez, 2008). Parece claro que la autoeficacia es un predictor válido de los resultados de ejecución tanto para logros académicos como en conducta de distinta topografía. Así, Schunk (1991) demostró que la autoeficacia es de alto impacto en el logro académico.

A pesar que existe mucha literatura desarrollada sobre la autoeficacia, no se puede desconocer las advertencias que autores como Bandura (1997) y Pajares (1997) han hecho sobre la dificultad de la medición y evaluación del constructo. Además, la evaluación de la autoeficacia se ha centrado más en muestras de adultos. La literatura de la evaluación con niños se refiere básicamente a tareas de desempeño escolar. Recientemente, sin embargo, Carrasco Ortiz y Del Barrio Gándara (2002) han realizado una versión en lengua hispana de la escala de autoeficacia percibida para niños de Bandura (1990). La adaptación de este instrumento puede permitir la realización de estudios sobre autoeficacia en niños y adolescentes.

Pese al interés aparente que tiene el estudio de la autoeficacia en relación con el abuso sexual de niños, niñas y adolescentes, no ha sido posible identificar estudios en este ámbito hasta el momento.

#### **4.2.6. Conclusiones.**

La literatura existente indica que el abuso sexual tiene unas consecuencias muy negativas e interfiere con los procesos de desarrollo infantil en todas las dimensiones. En el grupo de escolares los hallazgos más relevantes están en el área socioemocional, donde se encuentran comportamientos internalizantes especialmente depresión, y comportamientos externalizantes como agresión y conducta oposicionista. También se ha encontrado disociación y trastorno de estrés postraumático en menor incidencia, relaciones deficientes con pares y baja autoestima.

Es escasa la literatura científica sobre las consecuencias del abuso en el área de la inteligencia, así como en aspectos socioemocionales como la ira, apego-vínculo, y autoeficacia. La investigación sobre ansiedad y depresión parece señalar que los problemas en estas áreas son frecuentes en niños, niñas y adolescentes víctimas de abuso sexual, pero no aún hay datos contradictorios sobre el impacto a este nivel. En todos estos casos, la investigación realizada en países de habla hispana es muy reducida, o prácticamente inexistente, incluyendo Colombia.

Sin embargo, en la investigación tutelada realizada por Ramírez (2007) bajo la dirección del Profesor Fernández Parra, sobre las consecuencias del abuso sexual en una muestra de 36 niñas, estos últimos constructos fueron los que se tuvieron en cuenta. La evaluación realizada a nivel cognoscitivo-académico y socio-emocional, los resultados indicaron que existe una gran probabilidad de que el área socio-emocional se vea afectada considerablemente en las niñas que han sido víctimas de abuso sexual. Por su parte en el área cognoscitiva-académica, aunque a nivel estadístico no se encontraron diferencias significativas, los datos señalan algunas diferencias en la ejecución en cada una de las tareas de la prueba de inteligencia utilizada.

En cuanto a la dimensión socioemocional los resultados fueron interesantes y muy consistentes con los encontrados en la literatura. En relación con la depresión, los hallazgos muestran diferencias importantes entre el grupo de niñas que no han sido víctimas de abuso sexual y las que sí lo han sido. En particular, los resultados muestran que las niñas abusadas sexualmente tienen mayor tendencia a presentar preocupaciones y pensamientos asociados con la muerte y con ideación suicida, así como una gran preocupación por lo que les sucede con su salud y específicamente por la experiencia vivida. Esto no se da con esa magnitud en las niñas que no han sido abusadas sexualmente.

Uno de los aportes de ese estudio al tema del abuso sexual tuvo que ver con la variable autoeficacia, no estudiada previamente en esta población. Los datos mostraron diferencias en autoeficacia entre niñas abusadas y las que no han sido víctimas. Así, estas últimas no creen que puedan llegar a lograr las metas que se proponen y creen que sus comportamientos no tienen el nivel de eficacia similar a las de sus pares. Según su apreciación, sus ejecuciones siempre están en el nivel bajo y cuando son bondadosas sólo se califican en nivel medio.

En resumen, el estudio previo realizado encontró que el abuso sexual ocasiona dificultades en las niñas en las áreas de desarrollo estudiadas. Los datos obtenidos, hacen pensar que es urgente profundizar en las variables estudiadas en muestras más representativas, e incluyendo otras variables que tienen que ver la condición y características del abuso sexual, a fin de establecer contar con datos que permitan poner las bases para un modelo de atención terapéutica.



# **CAPÍTULO 4**

## **ESTUDIO EMPÍRICO**

### **1. Introducción.**

En los capítulos previos se ha presentado la situación actual de la investigación psicológica sobre el abuso sexual de niños, niñas y adolescentes. Así se han discutido aspectos relacionados con la definición, características del fenómeno, tipos y su frecuencia y distribución. También se han presentado diferentes teorías explicativas del abuso sexual infantil, tanto desde una perspectiva individual centrada en las características psicológicas del abusador, como desde un punto de vista ecológico o social. Finalmente se han expuesto con amplitud las consecuencias del abuso sexual en la infancia. De todo lo anterior ha resultado evidente que aún queda mucho por investigar sobre el abuso sexual infantil y juvenil en sus múltiples facetas. Aunque no ha sido el objetivo de este trabajo, también resulta evidente que existe necesidad de desarrollar estrategias clínicas para atender la población de niños, niñas y adolescentes que han sido sexualmente abusados.

Adicionalmente hay que señalar que en Colombia son escasos los estudios sobre población infantil abusada sexualmente. No se cuenta con elementos y criterios de evaluación que permitan orientar la atención terapéutica ni sustentar las consecuencias psicológicas del abuso desde la perspectiva legal. Por otro lado, las estadísticas muestran que los niños y las niñas en el mundo entero, así como en Colombia están en alto riesgo para desarrollar trastornos de diversa índole que afectan la salud mental. De esto dan cuenta los estudios nacionales con los altos índices en depresión, ansiedad, y en menor proporción trastorno bipolar y psicosis (Estudio Nacional de Salud Mental, 2003). La vinculación temprana de niñas entre 9 y 12 años a grupos al margen de la ley en calidad de compañeras sexuales de los miembros de los grupos armados es sólo una de las situaciones a las que la infancia colombiana se ve expuesta. Es una necesidad en el país atender terapéuticamente a los niños abusados sexualmente, de tal manera que el poder contar con una batería de pruebas que por un lado permita establecer datos que orienten la terapia para la restitución de los derechos de los niños y

las niñas y que, por otro lado, permita identificar las consecuencias psicológicas que presenta el niño o niña para de esta forma poder establecer una estrategia de atención terapéutica que le sea efectiva y eficaz. Es decir que permita por un lado disminuir los síntomas mas severos y que además facilite el desarrollo del bienestar del niño o la niña víctima de abuso sexual.

Por otro lado, como se ha puesto en evidencia en los capítulos previos en este campo aún quedan muchos interrogantes. Sin embargo, en el reporte actual que se tiene de una de las agencias de estudio del abuso sexual la proporción es de un 60% de niñas por un 40% de niños. Adicionalmente, los hallazgos de Ramírez (2007) apuntan a la necesidad de encontrar datos sobre el desarrollo cognoscitivo de estos niños, ya que son los procesos que se afectan de manera inmediata, y contar con una medida válida en este aspecto sería de gran relevancia y pertinencia.

Finalmente, hay algunos elementos que en otras investigaciones no se han considerado como es el tiempo desde la notificación del abuso, el tipo de abuso y la clase de abuso. Existen datos que permiten suponer que algunas de estas variables pueden ser relevantes en la determinación de las consecuencias del abuso infantil.

El estudio de las consecuencias del abuso sexual es importante también desde el marco de los derechos. El abuso sexual es una de las condiciones que vulnera los derechos de los niños, condición contemplada en la Convención Internacional de los Derechos de la Niñez, convención con la cual Colombia está comprometida. Más específicamente, y fuera del ámbito de los acuerdos internacionales, está la Ley 1098 de 2006, por la cual se expide el Código de Infancia y la Adolescencia, promulgada y sancionada por el Congreso de la República de Colombia y el Presidente Álvaro Uribe Vélez. El propósito de la Ley es garantizar los derechos de los niños, niñas y adolescentes colombianos y dar cumplimiento a las normas y procedimientos que aseguren la protección integral de los mismos. En el marco de la ley se especifica dentro del código, en varios apartes del articulado, la responsabilidad del estado y de la sociedad civil en la protección de los niños, niñas y adolescentes de todas formas de maltrato físico, sexual y psicológico. Dentro del código se concibe el maltrato infantil como:

*“ ...toda forma de perjuicio, castigo, humillación o abuso físico o psicológico, descuido, omisión o trato negligente, malos tratos o explotación sexual, incluidos los actos sexuales abusivos y la violación y*

*en general toda forma de violencia o agresión sobre el niño, la niña o el adolescente por parte de sus padres, representantes legales o cualquier otra persona...*” Art. 18, Cap. II.

Es importante anotar que el Código enfatiza en la necesidad de asegurar la protección y el efectivo restablecimiento de los derechos de los niños cuando éstos se han vulnerado. También se indica la necesidad de investigar y sancionar severamente los delitos en los cuales los niños, las niñas y los adolescentes son víctimas, y garantizar la reparación del daño y el restablecimiento de sus derechos vulnerados. Por otra parte, también se recoge la obligación de prevenir y atender la violencia sexual, las violencias dentro de la familia, en particular, el maltrato infantil y promover la difusión de los derechos sexuales y reproductivos (Art. 41, N.4-6-26).

En el artículo 46 señala la responsabilidad del sistema de salud, en el numeral 10 en el que se estipula que es un mandato capacitar al personal de salud para detectar el maltrato físico y psicológico, el abuso y la explotación y la violencia sexual en niños, niñas y adolescentes. Adicionalmente, y de especial interés para este estudio, el artículo 60 establece que:

“... cuando un niño, niña, o un adolescente sea víctima de cualquier acto que vulnere sus derechos de protección, de su integridad personal, o sea víctima de un delito, o cuando se trate de una adolescente o mujer mayor de 18 años embarazada, deberán vincularse a un programa de atención especializada que asegure el restablecimiento de sus derechos.”

También es importante anotar que en el artículo 79 se crean las Defensorías de familia que son dependientes del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, y de naturaleza multidisciplinaria. Están encargadas de prevenir, garantizar y restablecer los derechos de los niños, niñas y adolescentes. Estas defensorías están conformadas por equipos técnicos interdisciplinarios integrados, por lo menos, por un psicólogo, un trabajador social, y un nutricionista. Los conceptos emitidos por cualquiera de los integrantes del equipo técnico tendrán carácter de dictamen pericial.

Como es evidente este código de infancia establece obligaciones respecto a la atención de los niños víctima de abuso sexual, se intensifica la responsabilidad de los psicólogos en la medida que son parte de los equipos técnicos de protección o de salud en todo el territorio nacional deberán desarrollar actividades en calidad de peritos para asegurar la restitución de los



derechos de las niñas y los niños a quienes se les hayan vulnerados sus derechos. Por lo anterior, podemos considerar que la necesidad de identificar las consecuencias psicológicas en las situaciones de abuso sexual en los niños, niñas y adolescentes es vital para la justicia colombiana y para el sistema de protección.

A pesar de los esfuerzos realizados de manera aislada en el país por generar protocolos de evaluación y tratamiento para los casos de abuso sexual, los resultados aún no muestran una ruta efectiva. Por tal razón identificar las consecuencias en el desarrollo en el área cognoscitiva y socio emocional en niños que han sido víctimas de abuso sexual utilizando pruebas psicológicas válidas que permitan determinar su aplicabilidad y viabilidad en muestras de niños y niñas de esta región del mundo cobra especial importancia. La evaluación de los efectos desde la perspectiva clínica debe permitir orientar el proceso de atención terapéutico así como definir los criterios necesarios para reducir el daño en el niño, niña víctima. La elección de las variables analizadas en este estudio vienen determinadas por la pertinencia para las necesidades más arriba expuestas, y el hecho de que son aspectos de la psicología de los niños, niñas y adolescentes que menos se han considerado en la investigación realizada hasta el momento.

Considerando la situación actual de la literatura revisada, los conocimientos acumulados sobre las consecuencias del abuso sexual en la infancia y adolescencia, y la necesidad de incrementar dicho conocimiento, sobre todo en el contexto social colombiano, se plantean una serie de interrogantes. Así, resulta necesario saber si existen diferencias entre los niños, niñas y adolescentes colombianos que han sufrido una experiencia de abuso sexual y aquellos que no las han sufrido, en las dimensiones intelectual, y socio-emocional; así como cuáles son las características psicológicas que diferencian a los niños, niñas y adolescentes colombianos que han sufrido una experiencia de abuso sexual en función del tipo de experiencia sufrida. Finalmente, sería necesario las características de ese abuso sexual, tipos y características demográficas de los niños que lo han sufrido.

Para ello se propuso un estudio empírico según un diseño cuasi-experimental (también conocido como pseudo-experimental, ex post facto, causal comparativo o experimento natural), con dos grupos de niños, niñas y adolescentes seleccionados por sus características: experiencia de abuso sexual o no haber tenido dicha experiencia.

## **2. Objetivos.**

### **2.1. Objetivo General.**

Determinar las consecuencias psicológicas de una experiencia de abuso sexual en las dimensiones intelectual y socioemocional de un grupo de niñas y niños en edad escolar y adolescente de Bogotá y Medellín, Colombia.

### **2.2. Objetivos Específicos.**

1. Establecer las características demográficas y de la experiencia de abuso sexual vivida por los niños integrantes del estudio.
2. Delimitar las consecuencias de la experiencia de abuso sexual en el desarrollo psicológico intelectual y socioemocional de los niños, niñas y adolescentes.
  - (1) Identificar diferencias en las consecuencias psicológicas del abuso sexual en función del género (sexo).
  - (2) Identificar diferencias en las consecuencias psicológicas del abuso sexual en función de la edad.
3. Establecer el riesgo que supone el abuso sexual para el desarrollo psicológico intelectual y socioemocional.
4. Comparar los efectos de actos sexuales abusivos y actos de acceso carnal violento en niños, niñas y adolescentes.
5. Establecer diferencias entre las víctimas de abuso sexual extrafamiliar en intrafamiliar.
6. Establecer diferencias entre las víctimas de abuso en función del tiempo transcurrido desde el reporte.

Para conseguir estos objetivos se pretende responder a las siguientes preguntas específicas:

1. ¿Cuáles son las características demográficas de los niños colombianos que han pasado por una experiencia de abuso sexual?
2. ¿Cuáles son las características de la experiencia de abuso sexual que muestran los niños colombianos que han pasado por esa experiencia?
3. ¿Cuáles son las características psicológicas que diferencian a los niños, niñas y adolescentes colombianos que han sufrido una experiencia de

abuso sexual de aquellos que no las han sufrido, en las dimensiones intelectual, emocional y social? Concretamente:

- 3.1. ¿Existen diferencias a nivel intelectual entre ambos grupos de niños?
- 3.2. ¿Existen diferencias a nivel de ansiedad estado y rasgo entre ambos grupos de niños?
- 3.3. ¿Existen diferencias a nivel de expresión de la ira estado y rasgo entre ambos grupos de niños?
- 3.4. ¿Existen diferencias a nivel de estado de ánimo depresivo entre ambos grupos de niños?
- 3.5. ¿Existen diferencias a nivel de estado de ánimo positivo entre ambos grupos de niños?
- 3.6. ¿Existen diferencias a nivel de autoeficacia entre ambos grupos de niños?
- 3.7. ¿Existen diferencias a nivel de apego entre ambos grupos de niños?
4. ¿Existe interacción entre las características psicológicas que diferencian a los niños, niñas y adolescentes colombianos que han sufrido una experiencia de abuso sexual de aquellos que no las han sufrido, en función del sexo?
5. ¿Existe interacción entre las características psicológicas que diferencian a los niños, niñas y adolescentes colombianos que han sufrido una experiencia de abuso sexual de aquellos que no las han sufrido, en función del nivel de edad?
6. ¿Supone el abuso sexual un mayor riesgo para el desarrollo de problemas en el desarrollo psicológico de niños, niñas y adolescentes?
7. ¿Cuáles son las características psicológicas que diferencian a los niños, niñas y adolescentes colombianos que han sufrido una experiencia de abuso sexual en función del tipo de experiencia sufrida? Concretamente:
  - 7.1. ¿Existen diferencias entre quienes han sufrido diversos tipos de abuso sexual –acceso carnal violento frente a actos sexuales abusivos-?
  - 7.2. ¿Existen diferencias entre quienes han sufrido una experiencia de abuso intrafamiliar y aquellos que la han sufrido a nivel extrafamiliar?
  - 7.3. ¿Existen diferencias entre quienes han sufrido una experiencia de abuso según el tiempo transcurrido desde el reporte?

### 3. Método.

#### 3.1. Participantes

Se seleccionaron de manera intencional 249 sujetos, 60 niños y 189 niñas víctimas de abuso sexual, con edades entre los 8 a 15 años de edad (media = 11 años; DT = 2,07). Estos participantes estaban escolarizados y asistían regularmente a clases de la educación básica primaria en las ciudades de Bogotá (200) y Medellín (49). Fueron identificados y remitidos como víctimas de experiencias de abuso sexual por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar<sup>1</sup> a un servicio de atención terapéutica en Bogotá y Medellín, en el período comprendido entre Septiembre de 2007 y Junio de 2008.

De igual manera, se seleccionaron en dos instituciones educativas de la ciudad de Bogotá y Medellín 249 sujetos al azar, 60 niños y 189 niñas con edades entre los 8 a 15 años de edad (media = 11 años; DT = 2,07). Los componentes de este grupo no habían tenido experiencias de abuso, y se seleccionaron con características demográficas –sexo y edad- iguales a los sujetos del grupo de estudio, para tener un indicador de comparación.

Los participantes de cada grupo fueron distribuidos en dos subgrupos en función de la edad (8 a 10 y 11 a 15 años). Todo ellos pertenecían a niveles socioeconómicos 1 ,2 y 3 (según clasificación del DANE, 2005)<sup>2</sup>. En la Tabla 4.1 se recogen las características demográficas de ambos grupos.

**Tabla 4.1.**  
**Características demográficas de los participantes.**

		Condiciones					
		Abuso			Control		
		Niñas	Niños	Total	Niñas	Niños	Total
EDAD	8 a 10 años	78	28	106	78	28	106
	11 a 15 años	111	32	143	111	32	143
	Total	189	60	249	189	60	249

<sup>1</sup> Entidad gubernamental encargada del sistema de protección de la infancia, la niñez y la adolescencia en Colombia.

<sup>2</sup> DANE: Departamento Administrativo Nacional de Estadística.

### 3.2. Instrumentos.

Se utilizaron los siguientes instrumentos:

- **Ficha de Identificación:** esta ficha se aplicó en todos los casos para sistematizar los datos más relevantes en cuanto a variables demográficas, así como datos sobre ubicación, información de los padres, tipo de abuso, origen del agresor (extrafamiliar o intrafamiliar) y fuente de remisión. Esta misma ficha en cuanto a los datos demográficos se aplicó también a los participantes del grupo control (ver Anexo N° 1).
- **Entrevista Semi-estructurada** de carácter clínico forense que se aplica a los niños, niñas y adolescentes que son remitidos a la Asociación Creemos en Ti (Asocreemos en ti), programa de atención terapéutica especializado en niños víctimas de abuso sexual en la ciudad de Bogotá, y en la Fundación Lucerito, entidad especializada en atender estos casos en la ciudad de Medellín.

La entrevista, que se fundamenta en el modelo de Coulborn Faller (1988), fue adaptada por Vejarano (1998, 2006) y validada por Vejarano y Ramírez (2007). Es de carácter semi-estructurado e incluye en la primera parte unas instrucciones que deben ser seguidas por el entrevistador. Este instrumento de evaluación contempla las siguientes categorías: (1) características del niño, niña y adolescente, (2) familia del niño o de la niña, (3) exploración básica del desarrollo, (4) situación y detalles de los hechos del acto abusivo, (5) características del agresor, y (6) descripción global del funcionamiento psicológico del niño.

En la primera categoría se describen los datos iniciales del niño, niña o adolescente como son el nombre, la edad, el sexo, el nivel de escolaridad, la fuente de remisión y se elabora una pequeña descripción comportamental del niño en la sesión inicial. En la segunda categoría, respecto a los datos de la familia del niño, se hacen preguntas sobre relaciones familiares, la calidad de las relaciones familiares y organización de la vivienda, así como de los riesgos a los que el niño puede estar expuesto (se elabora un mapa de camas, y se utiliza una casa de muñecas). En la tercera categoría se hacen preguntas orientadas a determinar el nivel de desarrollo del niño en cuanto a procesos básicos como son sensopercepción, memoria, lenguaje, habilidades de comunicación, desarrollo moral y esquema corporal. En la cuarta categoría se indaga sobre la situación y los detalles del hecho abusivo, se explora la ocurrencia del hecho y las características del mismo

para determinar si se trató de un acto sexual abusivo o de un acceso carnal violento, se especifica la forma del abuso en términos de contacto y no-contacto y el tipo de comportamientos asociados al evento así como detalles de la escena. En la quinta categoría se interroga sobre el agresor específicamente haciendo referencia a la relación del niño con la persona, a la frecuencia del contacto, a la disponibilidad y situaciones de riesgo en que el niño fue victimizado y el inicio del abuso. Así mismo, se incluye en esta categoría la información sobre manejo de secreto, técnicas coercitivas, utilización del chantaje emocional por parte del agresor y conocimiento del abuso por parte de otro miembro de la familia. En la categoría sexta se hace una exploración preliminar sobre las emociones asociadas a la situación del abuso y se mencionan algunos de los indicadores del trastorno de estrés post traumático para corroborar la presencia o ausencia de dichos síntomas (ver Anexo, N° 2).

- **Test Breve de Inteligencia de Kauffman** (K-BIT, Kauffman y Kaufman, 1997), del que se utilizó la versión en castellano (Cordero y Calonge, 2000). Este instrumento evalúa la inteligencia verbal y no verbal, está dirigido a niños, adolescentes y adultos. Su administración es de carácter individual y abarca el rango de edad de 4 a 90 años. Es una versión abreviada de la batería de evaluación de inteligencia de Kauffman y Kaufman y ha sido utilizada en distintos estudios para evaluar procesos básicos psicológicos asociados a la inteligencia.

Consta de dos subtest: vocabulario y matrices. La primera parte, vocabulario, incluye dos partes: A, vocabulario expresivo, y B, definiciones. La parte A mide habilidades verbales (pensamiento cristalizado) apoyándose en el conocimiento de palabras y la formación de conceptos verbales, para lo que cuenta con 45 ítems. La parte B, definiciones, sólo se aplica a mayores de 8 años, y cuenta con 37 ítems. La segunda dimensión (b) matrices evalúa habilidades no verbales y capacidad para resolver nuevos problemas (pensamiento fluido), con base en la aptitud del sujeto para percibir relaciones y completar analogías. Los 48 ítems de matrices están contruidos con dibujos o figuras abstractas y no con palabras.

Los datos de confiabilidad del instrumento hacen referencia al estudio hecho en población española, la cual se realizó con una prueba por mitades. Los resultados se corrigieron mediante la fórmula de Spearman-Brown. Los índices obtenidos fueron para la escala de vocabulario 0,98, para la escala

de matrices 0,97 y para el CI compuesto fue de 0,98. En cuanto a la validez externa del K-BIT, se establecieron los coeficientes de correlación con el K-ABC (Test de Inteligencia de Kaufman) y con el WISC-R (*Weschler Intelligence Scale for children Revised*) y con el WAIS (*Weschler Intelligence Scale for Adults*) teniendo en cuenta los rangos de edad que contempla la escala K-BIT. En los diferentes rangos de edad los CI compuestos del K-BIT muestran correlaciones entre 0,58 y 0,69 con la suma de puntuaciones de procesamiento mental del K-ABC, y de 0,75 con la de subtest de conocimientos. El CI compuesto del K-BIT tiene una correlación de 0,80 con el CI global del WISC-R, y de 0,75 con el del WAIS-R. Por otro lado, el subtest de vocabulario muestra correlaciones de 0,78 con el CI verbal del WISC-R, de 0,60 con el CI verbal del WAIS-R y de 0,77 como promedio con las puntuaciones típicas de la escala de conocimiento del K-ABC. El subtest de matrices tiene correlaciones de 0,50 con el WISC-R, 0,52 con el WAIS-R y 0,56 como media del procesamiento mental compuesto del K-ABC (Cordero y Calonge, 2000).

- **Escala de Depresión para Niños** (CDS, Lang y Tisher, 1978, versión en castellano de TEA ediciones en 2000). Es un instrumento que evalúa la depresión infantil de manera global y específica dirigida a población infantil y adolescente entre los 8 y 16 años. La aplicación se puede hacer de manera individual y colectiva. En el presente estudio se llevó a cabo de manera individual dentro del tiempo estipulado de 30 a 40 minutos. Tiene 66 items distribuidos en dos grandes categorías entre síntomas depresivos y factores positivos.

La dimensión depresiva (TD) se evalúa en seis escalas como son: Respuesta afectiva (RA) la cual se refiere al estado emocional del sujeto en particular a las características del estado de ánimo; Problemas sociales (PS) que determina las dificultades de interacción social que presenta el niño o adolescente así como la tendencia al aislamiento y sentimientos de soledad del mismo; Autoestima (AE) describe los sentimientos, conceptos y actitudes que tiene el niño o adolescente respecto a sí mismo así como el valor y estima que manifiesta; Preocupación por la muerte/salud (PM) tiene que ver con las ideas y pensamientos que tiene el niño o adolescente en cuanto a la muerte o enfermedad; Sentimientos de culpabilidad (SC) se refiere a ideas que el niño o adolescente tiene y son de carácter autopunitivo y pueden considerarse pensamientos distorsionados; Síntomas depresivos varios (DV)

son ítems que evalúan características depresivas que no han sido agrupadas en otras categorías.

La dimensión positiva (TP) se divide en dos subescalas: Ánimo-alegría (AA) mide la presencia o ausencia de sentimientos de felicidad y a la capacidad del niño o adolescente de experimentar felicidad y de estar en capacidad de divertirse en diferentes situaciones; Positivos varios (PV) describe elementos que apuntan a determinar elementos positivos del comportamiento y de la vida del niño o adolescente y que no se agrupan en otras categorías.

En cuanto a la confiabilidad para la adaptación española se calculó la consistencia interna utilizando la fórmula Kuder-Richardson, con índices de consistencia satisfactorios, los valores encontrados para la escala TD y TP fueron de 0,91 y 0,69 respectivamente. En cuanto a la validez los estudios mostraron índices de correlación con el cuestionario EPQ-J de Eysenck, en particular los síntomas depresivos con aquellos ítems que se agrupan en la categoría de inestabilidad de la personalidad (Lang y Tischer, 2000).

- **Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo en Niños** (STAIC, Spielberger, Edwards, Lushene, Montuori y Platzek, 1998, versión en castellano de TEA ediciones). El objetivo del instrumento es medir el factor de ansiedad en dos perspectivas: la ansiedad como estado temporal resultado de una situación percibida como amenazante, y la ansiedad como rasgo permanente en la dinámica personal del sujeto. Está dirigido a niños y adolescentes entre los 8 y 15 años, y se puede aplicar de manera individual y colectiva. En el presente estudio se aplicó de manera individual, el tiempo de aplicación de la prueba es de 15 a 20 minutos.

El cuestionario consta de 40 ítems divididos en dos partes. Una de las partes corresponde a la evaluación de estado y la otra de rasgo. Los ítems hacen referencia a distintos sentimientos que están asociados con el componente emocional. La escala A de estado (A-E) contiene 20 elementos con los que el niño puede expresar la forma cómo se siente en un momento determinado, y la escala A de rasgo (A-R) comprende 20 elementos e indica cómo se siente el niño en general. En cuanto a la escala de ansiedad de estado pretende identificar aquellos sentimientos de aprensión, tensión y preocupación que fluctúan y varían en intensidad con el tiempo. Por su parte la escala de ansiedad de rasgo intenta evaluar diferencias relativamente estables de propensión a la ansiedad. La puntuación mínima en cada escala



de 20 puntos. La puntuación máxima en cada una es de 60 puntos. Cada una de las afirmaciones puede ser calificada en tres posibilidades desde nada, algo y mucho.

En cuanto a la confiabilidad del instrumento, se aplicó la prueba por mitades corregido el índice con la formulación del Spearman-Brown, y la fórmula de KR-20 de Kuder-Richardson. Los coeficientes encontrados no son elevados pero según los autores de la validación, se pueden considerar bastante satisfactorios para un instrumento de medida relativamente corto como son las escalas del STAIC (Spielberger et al., 1998). En cuanto al estudio de validación de este instrumento realizado con población infantil colombiana se encontró que el índice general de la prueba de Alfa de Cronbach fue de 0,60, lo cual se considera un nivel de confiabilidad moderada para este tipo de instrumentos, sin embargo las categorías se agrupan de manera similar a la prueba original y según los autores el nivel de discriminación es suficiente para ser aplicado en otra regiones del país, ya que la aplicación se llevó a cabo en la ciudad de Medellín, Colombia (Castrillón y Borrero, 2005).

Respecto a la validez del STAIC, en los estudios originales se obtuvieron coeficientes de validez concurrente de 0,75 con el CMAS (*Children Manifest Anxiety Scale for Children*) y de 0,63 con el GASC (*General Anxiety Scale for Children*).

- **Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo en Niños y Adolescentes** de Spielberger (STAXI-NA, Del Barrio, Spielberger y Aluja, 2005). Este instrumento evalúa la ira en niños y adolescentes entre los 8 y 17 años. Se aplica de forma individual y colectiva, pero en este estudio la aplicación se realizó de forma individual. El tiempo de aplicación es de 15 a 30 minutos.

El inventario consta de 32 elementos, distribuidos en 3 dimensiones de evaluación de la ira de estado, de la ira de rasgo y de los distintos modos de expresar y controlar la ira. El estado de ira (E) se refiere a una respuesta emocional fuerte y específica, y tiene tres subescalas que miden la emoción de base de la ira así como la vía de expresión de la misma: sentimiento, expresión verbal y expresión física. El rasgo de ira (R) es la proactividad a desarrollar reacciones emocionales fuertes de manera más frecuente y más intensa, y tiene 2 subescalas: temperamento y reacción de ira. Los modos de expresión y control de ira se conciben con base en cinco indicadores: (1) la expresión externa de ira, la cual se refiere a los objetivos externos hacia los

cuales se dirige la ira, (2) la expresión interna de ira, se refiere a la dirección de la ira hacia uno mismo, lo cual puede estar relacionado con los sentimientos de culpa, (3) el control externo de ira, se refiere a la capacidad de regulación para controlar la forma cómo se expresan externamente esos sentimientos de ira, (4) el control interno de la ira, es la capacidad interna del sujeto para regular la ira, y (5) el índice de expresión de ira que se obtiene por la sumatoria de los cuatro indicadores anteriores. Las calificaciones de las escalas permiten obtener un perfil de cada uno de los sujeto.

Respecto a la confiabilidad del instrumento, se calcularon los factores obtenidos en las cuatro dimensiones y ocho facetas diferenciadas de un total de 32 ítems. Los índices de consistencia interna alfa oscilan entre 0,53 y 0,81 para las cuatro dimensiones. Las facetas obtienen alfas superiores de 0,60 a excepción de expresión de ira que fue de 0,45. En relación con la validez, tanto la convergente como la discriminante se evaluaron con base en la comparación con otras pruebas reconocidas, haciendo a diferenciación para hombres y mujeres. Ira estado, ira rasgo, expresión de ira y sus facetas a excepción de expresión interna de ira obtienen elevadas correlaciones con la dimensión de agresividad. La agresividad también obtiene correlaciones negativas con control de ira y sus facetas, siendo estas correlaciones más significativas con el grupo de mujeres. Las escalas de socialización, consideración de otros y autocontrol obtienen en general correlaciones negativas con ira estado, ira rasgo y expresión de ira siendo las más elevadas las de autocontrol. Por otro lado, consideración de otros y autocontrol correlacionan positivamente con control de ira y sus escalas. Retraimiento correlaciona positiva y significativamente con ira estado, ira rasgo y expresión de ira en ambos sexos, liderazgo correlaciona positivamente con control de ira en los varones pero no así en mujeres (Del Barrio, Spielberger y Aluja, 2005).

- **Escala de Autoeficacia para Niños y Adolescentes** (Bandura, 1990; Pastorelli, Caprara, Barbaranelli, Rola, Rosza y Bandura, 2001). Se utilizó adaptación de Carrasco Ortiz y Del Barrio Gándara (2002). Esta prueba evalúa la autoeficacia en relación con el desempeño académico. Está dirigida a niños y adolescentes entre los 8 y 15 años y se aplica de manera individual colectiva; en esta investigación se hizo de manera individual. Consta de 35 ítems seleccionados de un grupo de ocho dimensiones procedentes de un grupo de escalas de autoeficacia multidimensional de Bandura, y es el

resultado de una validación de la prueba en Italia, Polonia y Hungría. El formato de respuesta está graduado de cero a cinco y acompañada en cada uno de los niveles por etiquetas de distinta intensidad de eficacia con el fin de facilitar la comprensión de la graduación numérica. Se pretende evaluar la percepción de eficacia que el sujeto posee en los distintos ámbitos, entre los que figuran la autoeficacia en el contexto académico, social y de control. No se cuenta con baremos en esta escala, aunque así de datos sobre las puntuaciones medias y desviación típica en cada una de las escalas, para niños españoles entre los 8 y 15 años. La puntuación de las escalas va de mayor a menor autoeficacia en cada uno de los factores contemplados en la escala.

Los datos muestran que la confiabilidad para las escalas de autoeficacia social y académica fue más fuerte que para la autoeficacia autoregulatoria, con un Alfa de Cronbach de 0,91. En cuanto a las correlaciones item-factor fueron elevadas en la autoeficacia académica con valores entre 0,40 a 0,77, en el factor autoeficacia social de 0,39 a 0,55, y en menor medida la autoeficacia autoregulatoria 0,35 a 0,4. Respecto a la validez, se tomaron como criterio dimensiones de otros instrumentos relacionados con la autoeficacia como es la depresión y la agresividad. La correlación obtenida entre autoeficacia y depresión fue de -0,50, la escala total de agresión y autoeficacia correlaciona en -0,32 (Carrasco Ortiz y Del Barrio Gándara, 2002).

- **Cuestionario Personas en mi Vida para Niños** (Cook, Greenberg y Kusche, 1995). Se utilizó la adaptación de Camargo y Mejía (2005). Esta prueba evalúa la capacidad de vínculo de los niños, niñas y adolescentes de 8 a 15 años, se realiza de manera individual y colectiva, en este estudio se llevó a cabo de manera individual. El instrumento original fue diseñado por Cook, Greenberg y Kusche (1995) con el nombre de "*People in my Life*". La versión en español validada en Colombia por Camargo y Mejía (2005) tiene 79 ítems. La prueba está dividida en factores que miden la capacidad de apego de los niños con sus padres, amigos, escuela y vecindario. Cada uno de los ítems se puntúa en una escala de 1 a 4, desde nunca hasta siempre.

En el estudio de confiabilidad la prueba mostró consistencia interna satisfactoria. Los coeficientes alpha de los factores son todos superiores a 0,65 siendo el más alto amigos como se mencionó y el más bajo el factor barrio. En cuanto a la validez los análisis se realizaron luego de la exclusión

de algunos ítems, que también fueron omitidos en el instrumento original, ya que no se relacionaban con el constructo general de la prueba. A través del análisis factorial se encontró que los factores que mejor correlacionan en la prueba son el factor ambiente escolar y el factor padres (Camargo, Mejía, Herrera y Carrillo, 2007).

### 3.3. Procedimiento.

La presente investigación se llevó a cabo en varias fases. En la **primera fase**, después de definir los criterios de inclusión de la muestra y de corroborar la validez y aplicabilidad de los instrumentos definidos según las variables de estudio se procedió a contactar las instituciones especializadas y reconocidas por el estado colombiano para la atención de niños, niñas y adolescentes que han sido víctimas de abuso sexual.

En la **segunda fase** se contactó con la Asociación “Creemos en ti” , organización especializada en la atención de niños víctimas de abuso sexual en la ciudad de Bogotá. Con la directora y las auxiliares de apoyo se establecieron los criterios para seleccionar los niños, niñas y adolescentes que participarían en este estudio. Debido a que los niños y niñas que ingresan a esta institución son remitidos por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar –ICBF-, la aplicación de las estrategias de evaluación debe ser realizada, en su mayoría, por las personas que pertenecen al equipo de profesionales de dicha organización. Por lo anterior, se llevó a cabo un entrenamiento a profesionales en el manejo de las pruebas psicológicas, para que apoyaran a la investigadora en la aplicación de las pruebas.

De otra parte, se contactó con la “Fundación Lucerito” en la ciudad de Medellín, en donde junto con la coordinadora científica y una de las profesionales de esa institución se acordaron los criterios de inclusión de los niños, niñas y adolescentes participantes en el estudio. De igual manera a como se actuó en Bogotá, los niños remitidos a esta institución provienen del ICBF y se actuó de la misma manera en el proceso de recogida de datos. Por esta razón se hizo un entrenamiento en dicha ciudad para asegurar que la aplicación de las pruebas se hiciera de manera precisa. En ambos casos se realizó una colaboración y supervisión continuada del proceso de recogida de datos.

Teniendo en cuenta la Resolución 8430 de Octubre 4 de 1993, expedida por el Ministerio de la Protección Social de Colombia, se elaboró un formato de consentimiento informado, para ser diligenciado por los padres, y el

asentimiento para ser diligenciado por los niños participantes en el estudio (ver Anexo N°. 3).

En una **tercera fase**, una vez que los participantes fueron identificados a través de la base de datos de remisiones e ingresos a la Asociación “Creemos en ti” y a la Fundación Lucerito, fueron citados. La selección de la muestra fue de carácter intencional. Una vez los niños asistían a la institución se aplicó la entrevista forense por parte del personal especializado de cada institución, y una vez corroborado que el niño fue víctima de experiencia de abuso sexual se le citó nuevamente para iniciar la aplicación de las pruebas seleccionadas.

A cada niño se le aplicaron las pruebas en el mismo orden. En la primera sesión, la prueba K-BIT en primer momento y luego el CDS. En la segunda sesión se aplicó el STAIC, el STAXI-NA, la prueba de Autoeficacia y la prueba Personas en mi Vida. Este proceso se llevó a cabo de igual forma en las dos instituciones.

La **cuarta fase** del estudio se inició una vez finalizada la aplicación con el grupo de víctimas de abuso sexual, se analizaron las características de la muestra y se determinaron las condiciones generales para llevar a cabo la selección y evaluación del grupo control. De esta forma, se contactó con instituciones educativas en donde los niños, niñas y adolescentes escolarizados pudieran presentar características similares a las de los participantes del grupo de abuso (principalmente el estrato socioeconómico y procedencia geográfica). En dichas instituciones se seleccionaron al azar los componentes del grupo control, y tras obtener el consentimiento de los padres, se procedió a establecer los horarios para la aplicación de pruebas. El orden de aplicación de las pruebas a los niños, niñas y adolescentes participantes, fue el mismo establecido para el grupo de abuso.

### **3.4. Análisis estadístico.**

El análisis estadístico se realizó utilizando el paquete estadístico SPSS. Las comparaciones entre grupos se realizaron mediante la prueba t de Student para muestras relacionadas. En el análisis se tuvo en cuenta si se cumplía la condición de homogeneidad de varianzas, analizada mediante la prueba de Levene, y se seleccionaron los valores de t oportunos para cada variable. La búsqueda de interacciones entre grupos y otras variables (sexo y edad) se realizaron mediante un análisis de varianza univariante –ANOVA. Los análisis de distribución de los participantes entre grupos, en función de variables sociodemográficas y de abuso, se llevaron a cabo mediante la prueba Chi-

cuadrado de Pearson. Para establecer la asociación entre las variables dependientes y la condición de abuso, así como el riesgo, se realizó el análisis a través de la Chi-cuadrado, lo que permitió valorar también el riesgo o razón de ventaja (*odds ratio* -OR).

### 3.5. Variables.

El diseño de este estudio fue cuasi-experimental (también conocido como pseudo-experimental, ex post facto, causal comparativo o experimento natural), de carácter transversal, con dos grupos de niños, niñas y adolescentes seleccionados por sus características: experiencia de abuso sexual o no haber tenido dicha experiencia. Los dos grupos son homogéneos en el resto de los criterios de inclusión.

#### 3.5.1. Variable Independiente: Experiencia de Abuso Sexual.

*En este estudio se tomó en consideración la siguiente definición: “Se entiende por violencia sexual contra niños, niñas y adolescentes, todo acto o comportamiento de tipo sexual ejercido sobre un niño, niña o adolescente, utilizando la fuerza o cualquier forma de coerción física, psicológica o emocional, aprovechando las condiciones de indefensión, de desigualdad y las relaciones de poder existentes entre víctima y agresor (Ley 1146 de 2007 de la República de Colombia. Diario Oficial. año. CXLIII. n. 46685. 10, julio, 2007. pag. 6)”.*

En el presente estudio se considera como **abuso sexual**, las conductas sexuales abusivas de un adulto hacia un menor de 18 años y cuyo agresor tiene una edad superior a cinco años, siendo los actos sexuales abusivos cometidos intrafamiliar o extrafamiliarmente. El abuso sexual es la utilización de un niño o niña en una actividad sexual que no comprende, para la cual no está en capacidad de dar su consentimiento, o para la cual no está preparado evolutivamente (WHO, 2002). Esta variable de estudio se evalúa a través de la entrevista semi-estructurada de corte forense adaptada por Vejarano (2000, 2004, 2006) y validada por Vejarano y Ramírez (2007) a partir de los criterios de la entrevista forense de Coulborn Faller (2003).

Se consideran dos **tipos de abuso sexual** contra niños, niñas y adolescentes en el presente estudio: (1) Actos sexuales abusivos y (2) Acceso carnal violento. En los actos sexuales abusivos se incluyen: los tocamientos (tocamientos de las partes íntimas por un ofensor, inducir al niño a tocar sus partes íntimas, tocamiento y masturbación por encima de la ropa); la penetración digital o con objetos (introducción del dedo del abusador en la

vagina o el ano de la víctima, inducir al niño/a a introducir el dedo en la vagina o ano del adulto, introducción de un objeto por parte del abusador en la vagina o el ano de la víctima, inducir al niño/a a introducir un objeto en la vagina o ano del adulto; el sexo oral (besar al niño/a con introducción de la lengua, besar, lamer o morder distintas partes del cuerpo, besar, chupar y lamer los senos, cunilingus besar, lamer o morder la vagina o poner la lengua en el orificio vaginal, felatio besar, chupar y lamer el pene, analingus: lamer el orificio anal; el perpetrador hace estos actos con el niño o instiga para que este lo haga en él) (Coulborn Faller, 2003). En el acceso carnal violento se incluyen la realización del coito vaginal o del coito anal (penetración propiamente dicha) utilizando la fuerza física y la coerción.

Estas dos condiciones fueron medidas a través de las preguntas específicas que se realizan en la entrevista forense junto con los dispositivos que muestran la ubicación física del abuso, y las condiciones de éste.

Se identificaron dos **clases de abuso sexual según agresor**: (1) Abuso sexual intrafamiliar y (2) Abuso sexual extrafamiliar.

El abuso sexual intrafamiliar se define como cualquier contacto físico de tipo sexual entre un niño, niña o adolescente y un miembro adulto del grupo familiar, esto incluye miembros del núcleo familiar así como de la familia extensa (Azar *et al.*, 1998). En este estudio se incluyeron casos cuyo agresor fuera el padre biológico, el padrastro, el hermano, el tío el primo. Es decir personas que tuvieran relación familiar con la víctima.

El abuso sexual extrafamiliar se considera cualquier contacto físico de tipo sexual entre un niño, niña o adolescente y un adulto diferente a los parientes. En este tipo de abuso sexual los ofensores pueden ser personas conocidas por la familia y el niño pero no pertenecen al círculo familiar (Bolen, 2001). En esta categoría se incluyeron todos los casos cuyo agresor se identificó como alguien conocido fuera del círculo familiar o alguien desconocido para la víctima.

Esta variable se determinó a partir de dos fuentes de información: (1) el reporte de remisión del caso por parte de las autoridades competentes, y (2) por el reporte del niño, niña o adolescente en la entrevista forense, el cual se consignaba en la ficha de identificación.

Finalmente, se consideró el **tiempo de reporte** de la experiencia de abuso sexual, que se refiere al intervalo de tiempo transcurrido entre el momento de la notificación hasta el momento de la inclusión del caso al presente estudio. Se dividió en dos categorías: (1) reportes mayor a seis

meses, y (2) reportes menor a 6 meses. Esta variable, al igual que la anterior se determinó a partir de dos fuentes de información: (1) el reporte de remisión del caso por parte de las autoridades competentes, y (2) por el reporte del niño, niña o adolescente en la entrevista forense, el cual se consignaba en la ficha de identificación.

### **3.5.2. Variables controladas: sociodemográficas.**

La primera de ellas fue la **edad**. Se tomó en este estudio los intervalos de edad de 8 a 10 y de 11 a 15 años, ya que son los periodos de edad en los cuales se presenta con mayor frecuencia las situaciones de abuso sexual.

La segunda variable fue el **sexo**, para lo que se incluyeron en este estudio niños y niñas, en la misma proporción que la encontrada en el grupo de abuso.

Finalmente se controló el **nivel socioeconómico**: definido como la condición de acceso a recursos e ingresos por parte del cuidador. Este nivel socioeconómico es definido según segmentación del DANE (2005). Para este estudio se tomaron los estratos correspondientes a 1, 2 y 3 definidos por el ingreso mensual de la familia a partir del salario básico.

### **3.5.3. Variables dependientes.**

Las variables dependientes de carácter psicológico estudiadas hacen referencia al desarrollo intelectual (cognoscitivo) y socioemocional de los niños, niñas y adolescentes. Las variables estudiadas fueron evaluadas a través de los instrumentos descritos con anterioridad, donde se ha hecho referencia a las distintas escalas y subescalas que los componen. Estas variables se enumeran en la Tabla 4.2.

Las variables dependientes fueron consideradas para la mayoría de los análisis realizados en este estudio de forma cuantitativa. Para ello se obtuvieron las puntuaciones directas de cada variable, salvo para las relativas al K-BIT , que fueron transformadas y se trabajó con las puntuaciones tipificadas.

Para el análisis de riesgo se tuvieron en cuenta las variables relacionadas con la inteligencia, depresión, autoeficacia y apego, realizando una categorización dicotómica de los participantes según las puntuaciones obtenidas y los puntos de corte establecidos. Sin embargo, no se realizó lo mismo con las variables de ira y ansiedad por dificultades encontradas en relación a los rangos de edad de los sujeto.



**Tabla 4.2.**  
**Variables dependientes del estudio.**

<b>Instrumento</b>	<b>Variable</b>
Test Breve de Inteligencia de Kauffman (K-BIT)	Vocabulario Matrices CI Total
Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo en Niños (STAIC)	Ansiedad Rasgo Ansiedad Estado
Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo en Niños y Adolescentes (STAXI-NA)	Ira Estado Ira Rasgo Control de la Ira Sentimientos de Ira Expresión de la Ira Temperamento de Ira Reacción de Ira Expresión Externa de Ira Expresión Interna de Ira Control Externo de la Ira Control Interno de la Ira
Escala de Autoeficacia para Niños y Adolescentes	Autoeficacia Académica Autoeficacia Social Autoeficacia Autorregulatoria Autoeficacia Total
Escala de Depresión para Niños (CDS)	Animo-Alegría Respuesta Afectiva Problemas Sociales Autoestima Preocupación por la Muerte Sentimiento de Culpabilidad Depresivos Varios Positivos Varios Total Positivos Total Depresivos
Cuestionario Personas en mi Vida para Niños	Apego con los Padres Apego con los Amigos Apego en el Colegio Apego en el Barrio Apego Total

## 4. Resultados.

### 4.1. Datos sociodemográficos de la muestra general.

En primer lugar se incluyen los datos descriptivos de la muestra a partir de las características sociodemográficas como edad, género, estrato (nivel socioeconómico) y grado escolar. En la Tabla 4.3 se presenta la distribución de la muestra en relación con la variable controlada edad. El porcentaje mayor corresponde a los niños de 9 años seguido por los de 10. El porcentaje menor corresponde a la edad de 15 años.

**Tabla 4.3.**  
**Frecuencia y porcentaje de distribución por edad en los dos grupos.**

EDAD	CONDICIÓN				Total
	Abuso Sexual		Control		
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
8	30	12,05	30	12,05	60
9	39	15,66	39	15,66	78
10	37	14,86	37	14,86	74
11	35	14,06	35	14,06	70
12	36	14,46	36	14,46	72
13	35	14,06	35	14,06	70
14	23	9,24	23	9,24	46
15	14	15,62	14	15,62	28

**Tabla 4.4.**  
**Frecuencia y porcentaje de distribución por género (sexo) en los dos grupos.**

GENERO	CONDICIÓN				Total
	Abuso Sexual		Control		
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
Niña	189	75,9	189	75,9	378
Niño	60	24,1	60	24,1	120

Respecto al género, la Tabla 4.4 presenta las frecuencias de niños, niñas y adolescentes de la muestra. Se observa el mayor porcentaje en el género femenino con un 75,9 de la muestra utilizada.

La Tabla 4.5 se refiere a la distribución de la muestra en cuanto a estrato social. El término estrato corresponde al nivel socio económico. Los datos porcentuales muestran que la mayor proporción corresponde al estrato 2 ya que éste nivel duplica los otros dos. La proporción es 51.41% de los niños provienen de familias que se encuentran ubicados en este nivel social, que según los reportes son familias que viven en extrema pobreza. La comparación de la distribución del nivel socioeconómico en los dos grupos no mostró la existencia de diferencias significativas entre ellos ( $\text{Chi}^2_{(2)} = 3,588$ ,  $p = 0.166$ ).

**Tabla 4.5.**  
**Frecuencia y porcentaje de distribución por estrato en los dos grupos.**

ESTRATO	CONDICIÓN				Total
	Abuso Sexual		Control		
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
1	67	26,91	77	30,92	144
2	128	51,41	107	42,97	235
3	54	21,68	65	26,11	119

**Tabla 4.6.**  
**Frecuencia y porcentaje de distribución por nivel educativo en los dos grupos.**

Nivel	CONDICIÓN				Total
	Abuso Sexual		Control		
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
Aceleración	5	2,01	5	2,01	10
Primaria	152	61,04	140	56,22	292
Bachiller	92	36,95	104	41,77	196

En la Tabla 4.6 se aprecian los porcentajes de los participantes en la muestra por nivel de escolaridad, agrupados en tres categorías: aceleración, que se refiere a un programa de educación individualizada que se integra en el modelo de educación de la Secretaría de Educación del Distrito Capital;

primaria; y secundaria. El mayor porcentaje de la muestra se encuentra vinculado en los grados de primaria, como se observa en los datos. En cualquier caso no se encontraron diferencias significativas en la distribución de los participantes en los dos grupos ( $\text{Chi}^2_{(2)} = 1,228, p = 0.541$ ).

#### 4.2. Datos descriptivos de la condición de abuso sexual.

A continuación se describen los resultados de la variable independiente abuso sexual. Esta variable se analizó en relación con los factores de tiempo de notificación y medición, el tipo de abuso (acceso carnal violento y actos sexuales abusivos), clase de agresor (o contexto) intrafamiliar y extra familiar, y se incluyeron algunos datos que son de interés en el área de estudio.

En la Tabla 4.7 se representa el porcentaje de los casos del grupo de niños, niñas y adolescentes abusados sexualmente distribuidos en dos categorías. Los casos que aparecen menos de seis meses habían reportado el hecho seis meses o más antes de la medición. Y menos de seis meses son casos en los cuales el tiempo transcurrido entre la notificación y la medición fue menor a seis meses. El porcentaje de casos mayor en la muestra estudiada corresponde a la notificación mayor de seis meses.

**Tabla 4.7.**  
**Distribución del grupo de Abuso Sexual según el tiempo transcurrido desde la notificación.**

Tiempo transcurrido	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<b>Menos de 6 meses</b>	61	24,5	24,5	24,5
<b>Más de 6 meses</b>	188	75,5	75,5	100,0

Como se observa en la Tabla 4.8 el porcentaje mayor corresponde a los casos de niños que habían sido víctimas de actos sexuales abusivos en comparación con los que habían sido sometidos a acceso carnal violento.

**Tabla 4.8.**  
**Distribución del grupo de Abuso Sexual según el tipo de abuso.**

Tipo de abuso	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Acceso Carnal	69	27,7	27,7	27,7
Actos Sexuales Abusivos	180	72,3	72,3	100,0

**Tabla 4.9.**  
**Distribución del grupo de Abuso Sexual según el lugar donde se produjo el abuso.**

Lugar	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Casa de la víctima	107	43,0	43,0	43,0
Casa del agresor	25	10,0	10,0	53,0
Casa compartida con el agresor	49	19,7	19,7	72,7
Lugar conocido y cercano	10	4,0	4,0	76,7
Lugares no frecuentados	18	7,2	7,2	83,9
Lugar Desconocido	40	16,1	16,1	100,0

**Tabla 4.10.**  
**Distribución del grupo de Abuso Sexual según el agresor.**

Agresor	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Hermanos	14	5,6	5,6	5,6
Padres	19	7,6	7,6	13,3
Padrastros	35	14,1	14,1	27,3
Familiares	61	24,5	24,5	51,8
Conocidos de la familia o el niño	73	29,3	29,3	81,1
Desconocidos	47	18,9	18,9	100,0

En la Tabla 4.9 se observan los resultados sobre los sitios en los cuales habitualmente ocurren las situaciones de abuso sexual con los niños, niñas y adolescentes. Los datos iniciales mostraban una gran cantidad de sitios en los

cuales ocurren los abusos contra los niños. Por lo que se decidió agrupar en estas categorías que se presentan para facilitar el análisis. Es interesante ver que el mayor porcentaje es la casa de la víctima, el cual corresponde a un 43% como se observa, seguido de la casa compartida con el agresor, por lo que se puede afirmar que en su gran mayoría son personas cercanas a la víctima. En menor porcentaje aparecen los lugares desconocidos y los lugares poco frecuentados. Estos últimos hacen referencia a parques, canchas de fútbol y en general sitios de recreación.

La proporción de clase de agresores, recogida en la Tabla 4.10, se distribuye en valores más altos en cuanto a agresores que pertenecen al entorno del niño. El mayor porcentaje corresponde a conocidos de la familia o el niño, seguido de familiares (abuelos, tíos etc.), y desconocidos. Es interesante el porcentaje de padrastros, padres biológicos y hermanos.

**Tabla 4.11.**  
**Distribución del grupo de Abuso Sexual según el tipo de abuso.**

<b>Contexto</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje válido</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
Extrafamiliar	109	43,8	43,8	43,8
Intrafamiliar	140	56,2	56,2	100,0

La distribución de la muestra de niños, niñas y adolescentes que han vivido la experiencia del abuso sexual en relación con el contexto del abuso, es muy similar tanto para la condición intrafamiliar como para la extrafamiliar. Como se aprecia en la Tabla 4.11, el mayor porcentaje corresponde al abuso intrafamiliar que implica que el niño fue abusado dentro del contexto de los miembros de su familia. El resto corresponde al abuso intrafamiliar, es decir que los niños que han sido victimizados en contextos fuera del ambiente familiar como es el colegio, el vecindario y otros contextos donde se desenvuelven los niños cotidianamente.

**Tabla 4.12.**  
**Comparación entre las dos condiciones principales.**

Variables	Abuso		Control		t	p
	Media	DT	Media	DT		
Vocabulario	79.47	(21,71)	85.12	(16,40)	-3,272	<b>0,001</b>
Matrices	80.46	(19,06)	89.43	(13,73)	-6,026	<b>0,0001</b>
CI Total	74,85	(20,13)	83,07	(15,11)	-5,156	<b>0,0001</b>
Ansiedad Rasgo	38.08	(7,78)	36.78	(6,55)	2,013	<b>0,045</b>
Ansiedad Estado	30.99	(7,98)	31.10	(6,22)	-0,163	0,871
Ira Estado	8.69	(1,96)	8.76	(1,98)	-0,386	0,700
Ira Rasgo	14.69	(3,86)	13.76	(3,64)	2,770	<b>0,006</b>
Control de la Ira	16.98	(4,01)	16.90	(3,53)	0,213	0,831
Sentimientos de Ira	4.40	(1,14)	4.46	(1,26)	-0,524	0,601
Expresión de la Ira	4.29	(1,09)	4.30	(,94)	-0,132	0,895
Temperamento de Ira	6.70	(2,19)	6.10	(1,90)	3,280	<b>0,001</b>
Reacción de Ira	7.99	(2,21)	7.66	(2,31)	1,623	0,105
Expresión Externa de Ira	7.02	(2,05)	6.82	(1,86)	1,145	0,253
Expresión Interna de Ira	8.07	(2,09)	7.51	(1,96)	1,145	0,253
Control Externo de la Ira	8.29	(2,25)	7.93	(1,83)	3,094	<b>0,002</b>
Control Interno de la Ira	8.69	(2,47)	8.98	(2,32)	1,947	0,052
Autoeficacia Académica	59.99	(13,22)	63.55	(12,52)	-1,330	0,184
Autoeficacia Social	36.67	(8,66)	39.25	(8,38)	-3,087	<b>0,002</b>
Autoeficacia Autorregulatoria	21.33	(5,34)	21.56	(5,00)	-3,386	<b>0,001</b>
Autoeficacia Total	117.99	(23,92)	124.37	(22,24)	-0,494	0,621
Animo-Alegría	16.95	(6,17)	15.86	(5,16)	-3,081	<b>0,002</b>
Respuesta Afectiva	23.36	(7,78)	21.03	(7,08)	2,151	<b>0,032</b>
Problemas Sociales	24.56	(7,25)	21.65	(7,21)	3,496	<b>0,001</b>
Autoestima	22.87	(7,24)	19.84	(6,73)	4,486	<b>0,0001</b>
Preocupación por la Muerte	20.57	(6,17)	18.67	(6,12)	4,845	<b>0,0001</b>
Sentimiento de Culpabilidad	25.21	(6,59)	23.20	(6,63)	3,437	<b>0,001</b>
Depresivos Varios	30.65	(6,50)	29.60	(6,49)	3,404	<b>0,001</b>
Positivos Varios	25.30	(6,93)	22.85	(5,66)	1,807	0,071
Total Positivos	42.25	(11,89)	38.71	(9,36)	4,321	<b>0,0001</b>
Total Depresivos	147.22	(35,21)	133.99	(34,47)	3,698	<b>0,0001</b>
Apego con los Padres	64.04	(13,02)	68.37	(9,48)	4,238	<b>0,0001</b>
Apego con los Amigos	67.95	(12,51)	69.46	(10,56)	-4,246	<b>0,0001</b>
Apego en el Colegio	69.35	(12,11)	68.67	(11,51)	-1,455	0,146
Apego en el Barrio	26.28	(4,02)	26.23	(3,59)	0,637	0,524
Apego Total	227.61	(30,82)	232.73	(25,60)	0,141	0,888

### 4.3. Comparación entre la condición de abuso sexual y control.

En la Tabla 4.12 se muestran los valores de medias y desviaciones estándar para el grupo de abuso sexual así como el grupo control, de igual forma los valores arrojados por la prueba *t de Student* para muestras independientes. Los hallazgos muestran diferencias significativas en algunas variables que se deben mencionar. En primer lugar, se encuentran diferencias en la variable vocabulario, matrices y cociente intelectual total entre los dos grupos. Significa esto que en el grupo de niños abusados las ejecuciones en estas tres categorías son menores a los niños del grupo control.

En la medida de ansiedad, sólo se encuentra significativo el valor de ansiedad de rasgo.

En cuanto a la variables de ira se encontraron diferencias significativas entre el grupo de niños, niñas y adolescentes abusadas sexualmente y el grupo de control en las dimensiones de ira de rasgo, temperamento y control externo de la ira.

En relación con la variables de autoeficacia los datos también arrojan diferencias significativas importantes en las áreas de autoeficacia social y autoeficacia regulatoria. No muestra diferencias en las otras dimensiones que mide el instrumento como es la autoeficacia académica y el total de autoeficacia.

En las variables relacionadas con la depresión es donde se muestran las diferencias significativas más interesantes entre el grupo de niños abusados sexualmente y el grupo control. Estas diferencias significativas se muestran en las dimensiones ánimo-alegría, respuesta afectiva, problemas sociales, autoestima, preocupación por la muerte, sentimiento de culpabilidad, depresivos varios, positivos varios, total positivos y total depresivos. En todos los casos los niños que han sufrido abuso muestran mayores niveles de problemas depresivos y peores puntuaciones de estado de ánimo positivo (puntuaciones más altas significan peor nivel de ánimo positivo).

Finalmente, en la variable capacidad de apego las diferencias significativas que arrojan los datos se refieren a dos categorías que son apego con los padres y apego con los amigos.

Una vez determinadas las variables dependientes en las que existen diferencias significativas entre los dos grupos, se procedió a realizar un análisis de las interacciones con las variables controladas género (sexo) y nivel de edad.

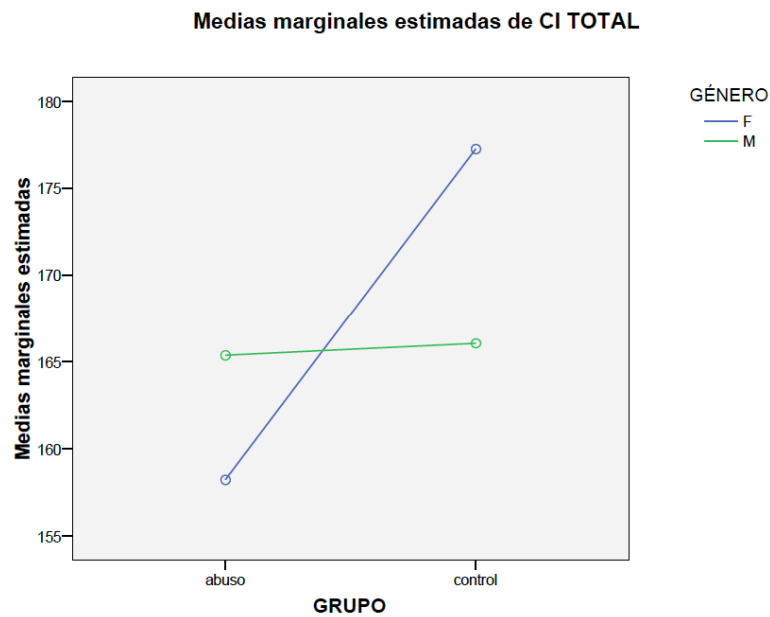


#### 4.4. Análisis de interacciones entre grupos y género.

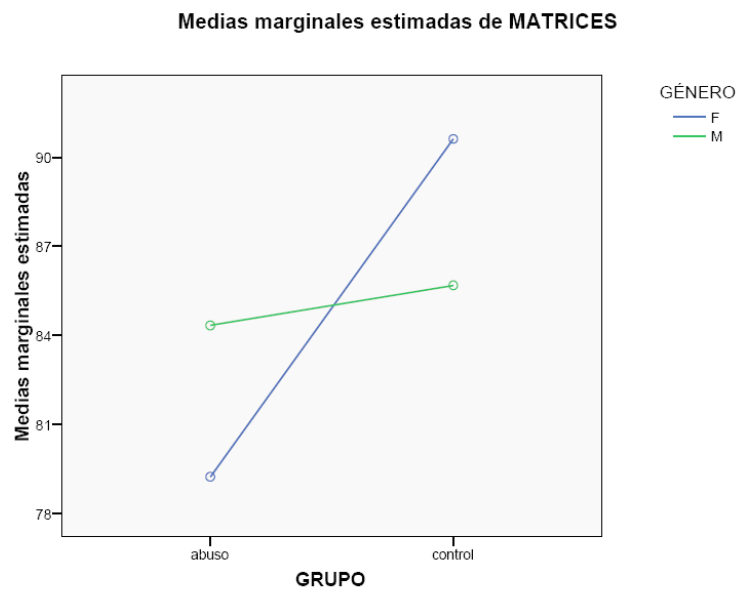
Para el análisis de las interacciones entre las dos condiciones de abuso –abuso y control- y el género de los participantes, se realizó una ANOVA para aquellas variables que en el análisis previo resultaron significativas. Los resultados de la interacción se recogen en la Tabla 4.13.

**Tabla 4.13.**  
**Interacción de la Condición principal por el género de los participantes.**

Variables	Condición								Interacción Condición por Género	
	Abuso				Control					
	Niñas		Niños		Niñas		Niños		F	p
Media	DT	Media	DT	Media	DT	Media	DT			
Vocabulario	78.98	(21,85)	81.02	(21,37)	86.63	(15,54)	80.35	(18,19)	4,279	<b>,039</b>
Matrices	79.23	(18,48)	84.33	(20,48)	90.62	(13,83)	85.68	(12,81)	8,428	<b>,004</b>
CI total	73,88	(20,18)	77,88	(19,83)	84,60	(14,87)	78,27	(14,96)	7,766	<b>,006</b>
Ansiedad Rasgo	38.68	(7,76)	36.18	(7,59)	36.98	(6,64)	36.15	(6,26)	1,231	,268
Ira rasgo	14.82	(3,93)	14.28	(3,64)	13.87	(3,58)	13.42	(3,85)	0,012	,913
Temperamento de ira	6.82	(2,20)	6.33	(2,15)	6.12	(1,87)	6.03	(2,00)	0,862	,354
Expresión interna de ira	8.22	(2,08)	7.62	(2,08)	7.72	(1,93)	6.85	(1,95)	0,410	,522
Autoeficacia académica	59.58	(13,34)	61.28	(12,86)	64.69	(12,19)	59.95	(12,97)	5,771	<b>,017</b>
Autoeficacia social	36.57	(8,88)	36.98	(8,01)	39.96	(7,88)	37.03	(9,52)	3,526	,061
Autoeficacia total	117.41	(24,27)	119.82	(22,88)	126.39	(21,19)	118.00	(24,37)	5,022	<b>,025</b>
Animo alegría	17.22	(6,36)	16.10	(5,49)	16.02	(5,20)	15.33	(5,04)	0,133	,716
Respuesta afectiva	24.24	(7,98)	20.58	(6,39)	20.96	(7,06)	21.23	(7,19)	6,465	<b>,011</b>
Problemas sociales	25.20	(7,23)	22.57	(7,01)	21.33	(7,61)	22.68	(5,73)	6,990	<b>,008</b>
Autoestima	23.12	(7,54)	22.08	(6,18)	19.41	(6,97)	21.18	(5,77)	3,704	,055
Preocupación por la muerte	20.72	(6,34)	20.08	(5,62)	18.03	(6,34)	20.72	(4,84)	6,780	<b>,009</b>
Sentimiento de culpabilidad	25.35	(6,88)	24.78	(5,62)	22.74	(6,83)	24.63	(5,77)	3,165	0,076
Positivos varios	25.40	(7,28)	24.98	(5,71)	22.92	(5,75)	22.65	(5,43)	0,013	0,908
Total positivos	42.62	(12,49)	41.08	(9,75)	38.94	(9,77)	37.98	(7,99)	0,069	0,793
Total depresivos	149.61	(36,56)	139.70	(29,60)	131.65	(36,58)	141.37	(25,67)	7,305	<b>0,007</b>
Apego con los padres	63.69	(13,43)	65.12	(11,68)	68.59	(9,23)	67.67	(10,28)	0,967	0,326
Apego total	228.79	(30,93)	223.87	(30,40)	234.20	(25,36)	228.10	(26,01)	0,039	0,844



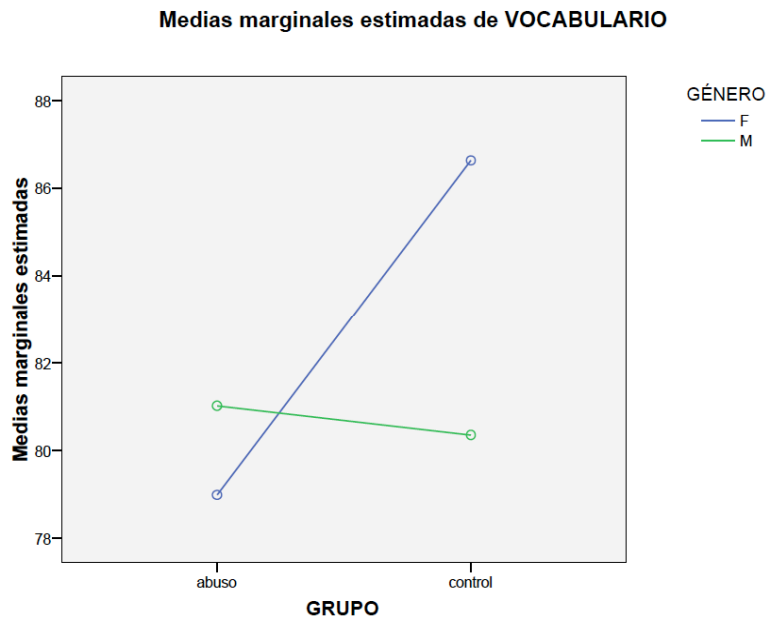
**Figura 4.1. Interacción género y grupo respecto al CI total.**



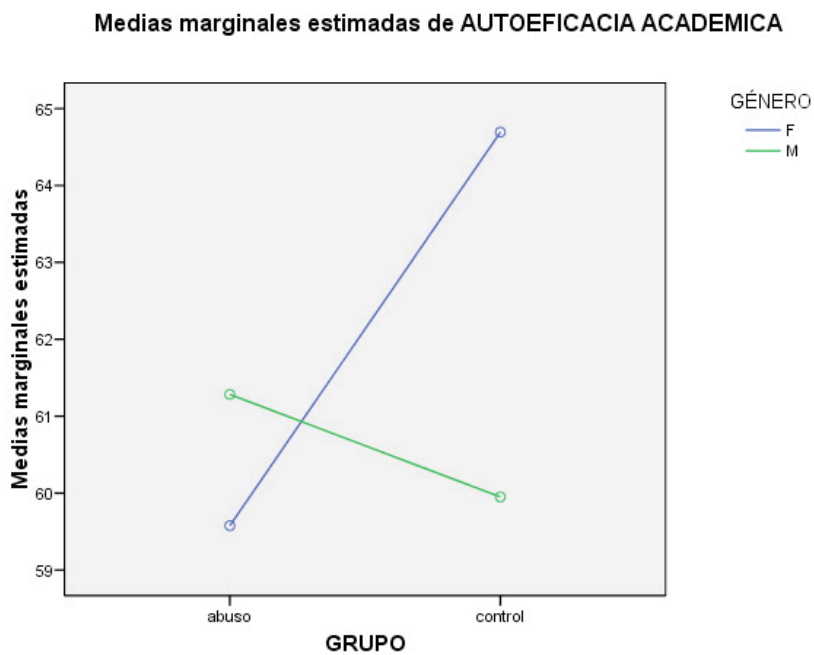
**Figura 4.2. Interacción género y grupo respecto a Matrices.**

El valor de  $F$  resulta significativo, indicando la existencia de interacción entre el género y la condición de abuso sexual, para algunas variables. Es de anotar que la variable inteligencia, tanto en las categorías cociente intelectual total, matrices y vocabulario, está afectada por el abuso sexual y el género.

Mientras que las niñas abusadas sexualmente tienen puntajes menores que los niños, no ocurre lo mismo en el grupo control. Las Figuras 4.1, 4.2 y 4.3 muestran gráficamente la interacción entre la condición de abuso (grupo) y el género (F: niña, M: niño).

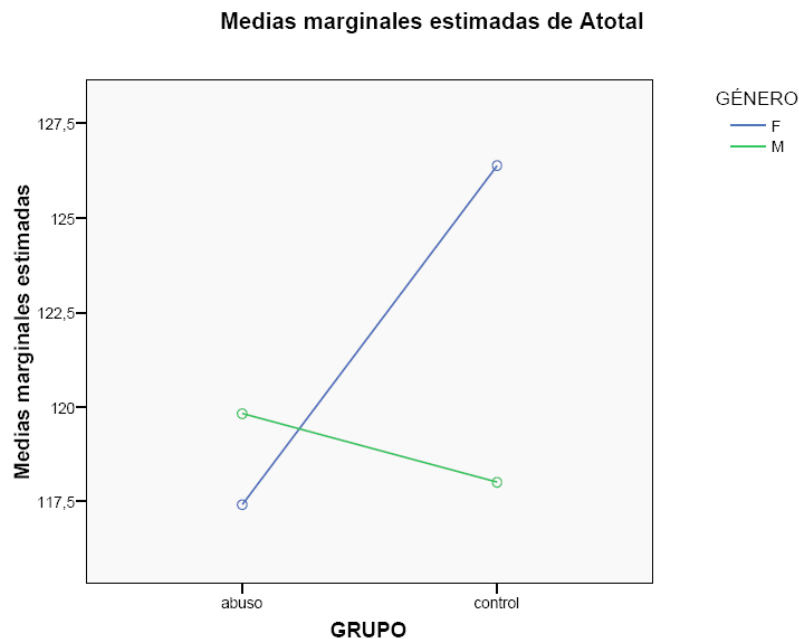


**Figura 4.3. Interacción género y grupo respecto a Vocabulario.**



**Figura 4.4. Interacción género y grupo respecto a Autoefic. Académica.**

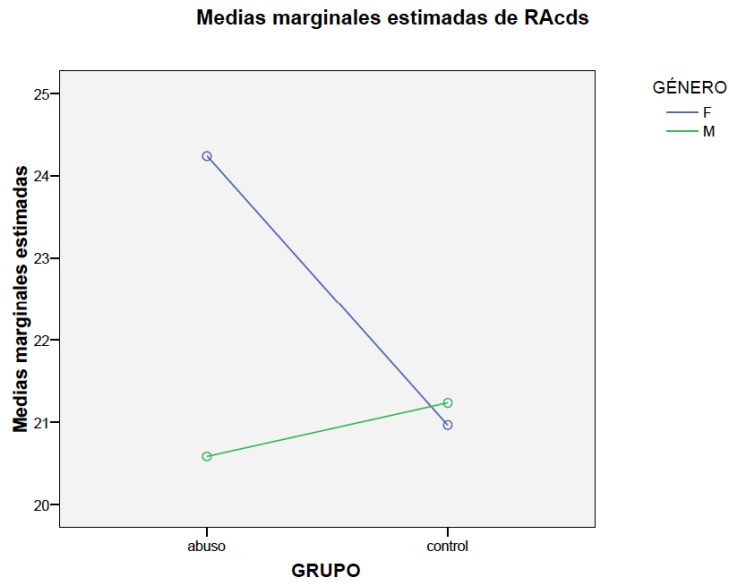
En la Figura 4.4 se representa otras de las interacciones significativas entre la condición de abuso sexual y género, la cual corresponde a la variable autoeficacia académica. Los datos muestran en los datos del grupo control unas diferencias en autoeficacia académica a favor de las niñas que no se observan en el grupo de abuso. Un resultado muy semejante ocurre en relación a la autoeficacia total, tal como muestra la Figura 4.5.



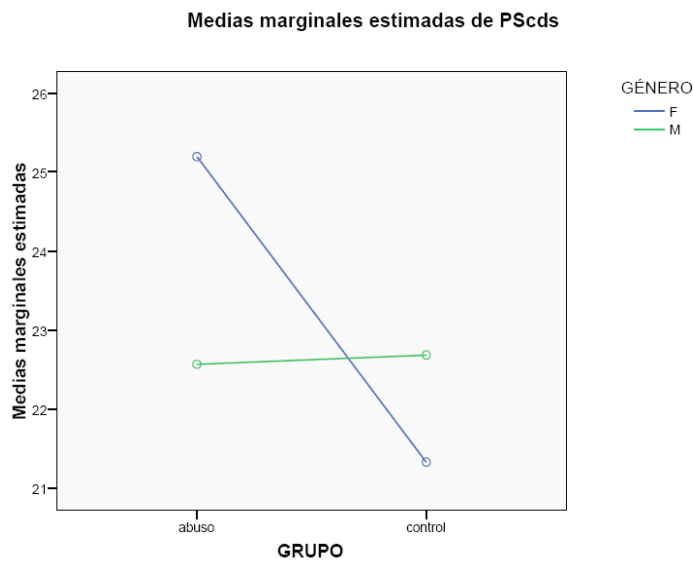
**Figura 4.5. Interacción género y grupo respecto a Autoeficacia Total.**

El análisis es similar para las pruebas correspondientes a la medida de depresión en las dimensiones de respuesta afectiva, que aparece en la Figura 4.6., problemas sociales en la Figura 4.7., en la Figura 4.8. autoestima y en la Figura 4.9 pensamientos de muerte. Lo más importante de estas interacciones tiene que ver con el hecho de que las niñas abusadas presentan un efecto más severo (mayores niveles de las variables) en esta área emocional que los niños.

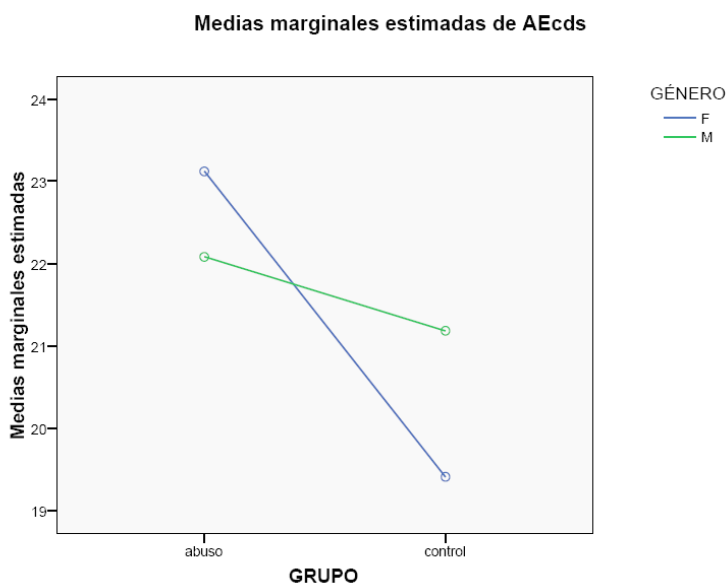
En términos generales la variable género es altamente predictora en cuanto a las consecuencias del abuso sexual, siendo más graves en el caso de las niñas y adolescentes.



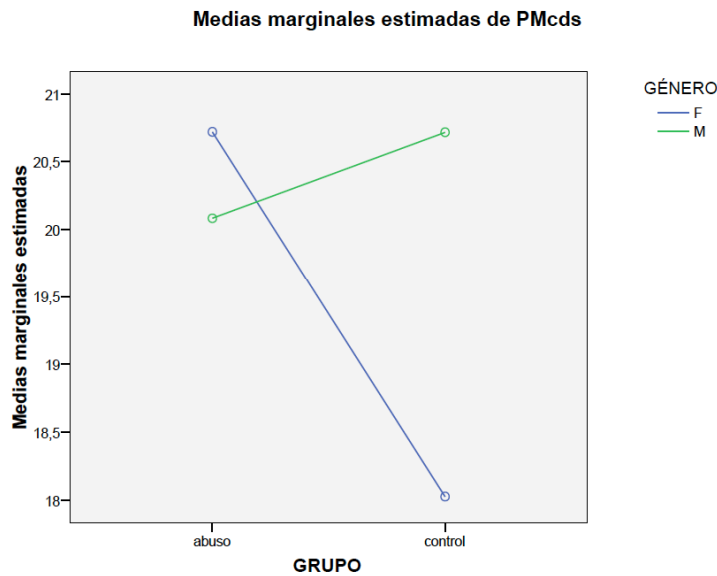
**Figura 4.6.**  
Interacción género y grupo respecto a Respuesta Afectiva



**Figura 4.7.**  
Interacción género y grupo respecto a Problemas Sociales



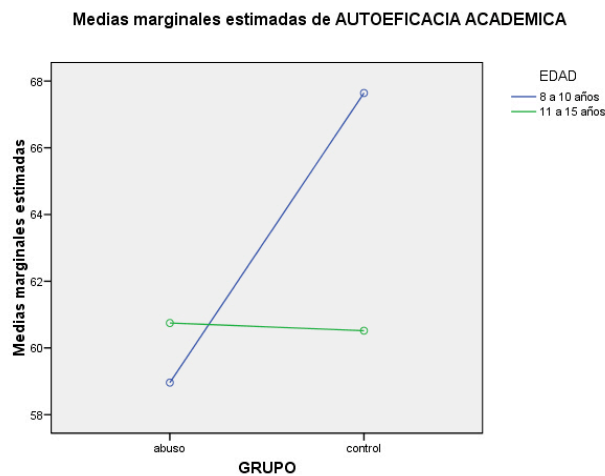
**Figura 4.8.**  
Interacción género y grupo respecto a Autoestima



**Figura 4.9.**  
Interacción género y grupo respecto a Pensamientos de Muerte

**4.5. Análisis de interacciones entre grupos y edad.**

La Tabla 4.14 muestra los resultados del análisis de las interacciones entre la condición de abuso sexual y la edad, para las variables dependientes en las que previamente se habían demostrado diferencias significativas entre los dos grupos principales. Como se observa no hay interacciones significativas para la mayoría de las variables en este caso, excepto para la autoeficacia académica y la autoeficacia total. Esto significa que la edad en combinación con la condición de abuso sexual está relacionado con la autoeficacia en general, pero muy especialmente con la auto eficacia académica.

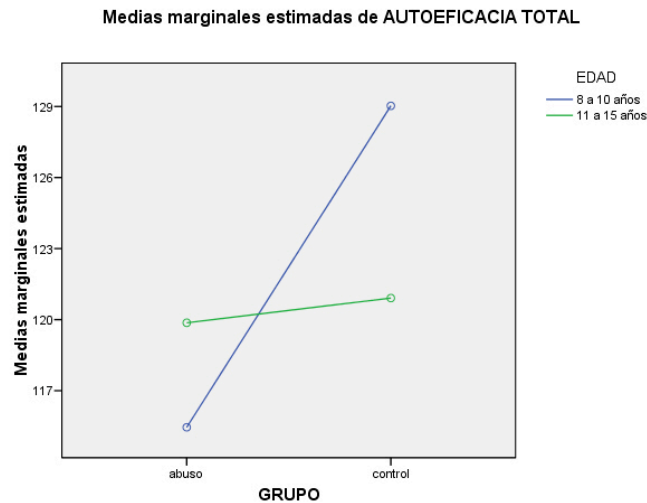


**Figura 4.9.** Interacción género y edad respecto a Autoeficacia académica.

**Tabla 4.14.**  
**Interacción de la Condición principal por la edad de los participantes.**

Variables	Condición								Interacción Condición por Edad	
	Abuso				Control					
	8 a 10 años		11 a 15 años		8 a 10 años		11 a 15 años		F	p
	Media	DT	Media	DT	Media	DT	Media	DT		
Vocabulario	81,25	(21,56)	78,16	(21,80)	88,51	(18,42)	82,60	(14,29)	0,663	0,416
Matrices	79,52	(18,52)	81,15	(19,49)	91,76	(13,18)	87,70	(13,91)	3,600	0,058
CI total	75,33	(19,48)	74,49	(20,66)	86,41	(15,78)	80,60	(14,14)	2,389	0,123
Ansiedad	36,92	(7,02)	38,94	(8,22)	36,53	(6,07)	36,97	(6,90)	1,489	0,223
Rasgo										
Ira rasgo	13,68	(3,86)	15,44	(3,70)	13,14	(3,67)	14,22	(3,57)	1,052	0,306
Temperamento de ira	6,17	(2,13)	7,10	(2,16)	5,78	(1,77)	6,34	(1,96)	1,054	0,305
Expresión interna de ira	7,67	(2,02)	8,37	(2,10)	7,26	(2,04)	7,69	(1,89)	0,560	0,455
Autoeficacia académica	58,96	(12,85)	60,75	(13,48)	67,64	(12,36)	60,52	(11,80)	15,119	<b>0,0001</b>
Autoeficacia social	35,51	(8,54)	37,52	(8,68)	39,37	(8,65)	39,17	(8,20)	2,063	0,152
Autoeficacia total	115,45	(23,14)	119,87	(24,39)	129,03	(22,18)	120,91	(21,72)	9,109	<b>0,003</b>
Animo alegría	15,94	(5,84)	17,70	(6,32)	15,59	(5,40)	16,05	(4,99)	1,607	0,205
Respuesta afectiva	22,35	(7,25)	24,10	(8,08)	20,49	(7,03)	21,43	(7,11)	0,372	0,542
Problemas sociales	23,38	(6,57)	25,44	(7,63)	21,25	(7,18)	21,95	(7,24)	1,095	0,296
Autoestima	21,66	(6,72)	23,77	(7,50)	18,98	(6,49)	20,47	(6,86)	0,244	0,622
Preocupación por la muerte	19,86	(6,32)	21,09	(6,02)	18,33	(6,18)	18,93	(6,08)	0,324	0,570
Sentimiento de culpabilidad	23,34	(6,52)	26,60	(6,31)	21,69	(6,59)	24,31	(6,45)	0,295	0,587
Positivos varios	24,61	(6,49)	25,81	(7,21)	22,58	(5,02)	23,05	(6,11)	0,410	0,522
Total positivos	40,56	(10,82)	43,51	(12,51)	38,18	(8,45)	39,10	(10,00)	1,108	0,293
Total depresivos	139,75	(33,50)	152,76	(35,52)	129,43	(34,40)	137,36	(34,26)	0,662	0,416
Apego con los padres	66,26	(11,26)	62,38	(14,00)	69,49	(8,61)	67,54	(10,02)	0,884	0,348
Apego total	231,83	(30,75)	224,48	(30,60)	238,66	(24,00)	228,33	(25,94)	0,343	0,558

Tanto respecto a la autoeficacia académica como la social, las diferencias más evidentes se producen en el grupo control respecto de los dos intervalos de edad, mientras que en el grupo de abuso las diferencias son menores. Esto se puede apreciar en las Figuras 4.9 y 4.10.



**Figura 4.10. Interacción género y edad respecto a Autoeficacia Total.**

#### **4.6. Variables relacionadas con el abuso y riesgo de abuso.**

Con el objeto de analizar la asociación entre las variables dependientes del estudio y el hecho de sufrir o no abuso sexual se establecieron los números y porcentajes de participantes en cada grupo que presentaban niveles patológicos (bajos o altos según las variables). El análisis se centró en las variables relacionadas con la inteligencia, depresión, autoeficacia y apego, ya que a partir de la valoración cuantitativa de la ira y ansiedad es difícil una categorización dicotómica de los sujetos. Para valorar la asociación entre estas variables se realizó el análisis a través de la Chi-cuadrado, así como se valoró el riesgo o razón de ventaja (*odds ratio* -OR). La OR se refiere a la probabilidad de que los participantes expuestos a la condición de abuso muestren un nivel patológico en las variables dependientes indicadas, en comparación con que lo estén los participantes no expuestos al abuso.

Los resultados se presentan en las Tablas 4.15, para las variables de estado de ánimo/depresión, y 4.16 para el resto de variables analizadas.



**Tabla 4.15.**  
**Riesgo y asociación entre variables de depresión y la condición de abuso.**

Variable	Nivel	Condición				Chi <sup>2</sup>	p	OR	Riesgo	
		Abuso		Control					Intervalo de Confianza al 95 %	
		n	%	n	%					
Animo Alegría	Clínico	34	13,7	17	6,8	6,313	<b>0,012</b>	2,158	1,171	3,976
	Normal	215	86,3	232	93,2					
Respuesta Afectiva	Clínico	66	26,5	36	14,5	11,096	<b>0,001</b>	2,134	1,358	3,352
	Normal	183	73,5	213	85,5					
Problemas Sociales	Clínico	51	20,5	31	12,4	5,840	<b>0,016</b>	1,811	1,114	2,945
	Normal	198	79,5	218	87,6					
Autoestima	Clínico	23	9,2	9	3,6	6,546	<b>0,011</b>	2,714	1,230	5,990
	Normal	226	90,8	240	96,4					
Preocupación Muerte	Clínico	38	15,3	20	8,0	6,323	<b>0,012</b>	2,062	1,163	3,657
	Normal	211	84,7	229	92,0					
Sentimiento Culpabilidad	Clínico	11	4,4	6	2,4	1,523	0,217	1,872	0,681	5,143
	Normal	238	95,6	243	97,6					
Depresivos Varios	Clínico	20	8,0	9	3,6	4,430	<b>0,035</b>	2,329	1,039	5,221
	Normal	229	92,0	240	96,4					
Positivos Varios	Clínico	47	18,9	20	8,0	12,572	<b>0,0001</b>	2,664	1,527	4,647
	Normal	202	81,1	229	92,0					
Total Positivos	Clínico	36	14,5	11	4,4	14,684	<b>0,0001</b>	3,657	1,816	7,365
	Normal	213	85,5	238	95,6					
Total Depresivos	Clínico	37	14,9	17	6,8	8,308	<b>0,004</b>	2,382	1,302	4,356
	Normal	212	85,1	232	93,2					

\* Chi-cuadrado g.l.=1

**Tabla 4.16. Riesgo y asociación entre variables de inteligencia, autoeficacia y apego, y la condición de abuso.**

Variable	Nivel	Condición				Chi <sup>2</sup>	p	OR	Intervalo de Confianza al 95 %
		Abuso		Control					
		n	%	n	%				
Vocabulario	Bajo	130	52,2	98	39,4	8,284	<b>0,004</b>	1,683	1,180
	Medio-Alto	119	47,8	151	60,6				
Matrices	Bajo	119	47,8	56	22,5	11,096	<b>0,001</b>	3,155	2,141
	Medio-Alto	130	52,2	193	77,5				
CI Total	Bajo	159	63,9	112	45,0	17,883	<b>0,0001</b>	2,161	1,509
	Medio-Alto	90	36,1	137	55,0				
Autoeficacia Académica	Bajo	33	13,3	19	7,6	4,209	<b>0,040</b>	1,849	1,021
	Medio-Alto	216	86,7	230	92,4				
Autoeficacia Social	Bajo	31	12,4	21	8,4	2,147	0,143	1,544	0,861
	Medio-Alto	218	87,6	228	91,6				
Autoef. Autorregulatoria	Bajo	35	14,1	30	12,0	0,442	0,506	1,194	0,708
	Medio-Alto	214	85,9	219	88,0				
Autoeficacia Total	Bajo	23	9,2	13	5,2	2,994	0,084	1,848	0,914
	Medio-Alto	226	90,8	236	94,8				
Apego Padres	Problemático	98	39,4	61	24,5	12,648	<b>0,0001</b>	2,000	1,361
	Positivo	151	60,6	188	75,5				
Apego Amigos	Problemático	212	85,1	220	88,4	1,118	0,290	0,755	0,448
	Positivo	37	14,9	29	11,6				
Apego Colegio	Problemático	119	47,8	121	48,6	0,032	0,858	0,968	0,681
	Positivo	130	52,2	128	51,4				
Apego Barrio	Problemático	30	12,0	28	11,2	0,078	0,780	1,081	0,625
	Positivo	219	88,0	221	88,8				
Apego Total	Problemático	134	53,8	119	47,8	1,808	0,179	1,273	0,895
	Positivo	115	46,2	130	52,2				

\* Chi-cuadrado g.l.=1

Los datos relativos a la depresión (Tabla 4.15) muestran como hay diferencias significativas en la distribución de los participantes de ambos grupos, en relación con todas las variables menos sentimiento de culpa. En todos los casos hay más sujetos con altos niveles de problemas depresivos en el grupo de abuso que en el grupo control. Además, el valor de OR indica que los participantes que presentan un nivel clínico de falta de emociones positivas tienen mayor riesgo de haber sufrido abuso (OR = 3,657), siendo este el efecto que más riesgo presenta. El valor más bajo corresponde al riesgo de que los participantes que muestran problemas sociales hayan sido abusados (OR = 1,811) frente a los que no tienen problemas sociales. En general, los niños, niñas y adolescentes abusados muestran el doble de riesgo que los componentes del grupo control de mostrar problemas de estado de ánimo.

Los datos de inteligencia se muestran en la Tabla 4.16, y muestran diferencias significativas en la distribución de los participantes de ambos grupos, en relación a todas las variables medidas con el K-BIT. En todos los casos hay más sujetos con baja inteligencia –verbal, matrices y total- en el grupo de abuso que en el grupo control. Los miembros del grupo de abuso tienen mayor riesgo de presentar baja inteligencia en la subescala de matrices que los miembros del grupo control (OR = 3,155).

También hay diferencias de distribución entre los grupos respecto de las variables autoeficacia académica y apego a los padres. En el primer caso los niños del grupo de abuso tienen mayor riesgo de presentar una baja autoeficacia académica que los niños del grupo control. En el caso del apego con los padres los niños del grupo de abuso tienen el doble de riesgo de manifestar un apego problemático con los padres (OR = 2).

#### **4.7. Descripción de las características de la condición de abuso sexual.**

A continuación se presenta un análisis detallado de algunas características relacionadas con la variable abuso sexual. De igual forma se presentan análisis de relaciones entre esta variable y las variables sociodemográficas como edad, sexo y estrato.

En la Tabla 4.17 se presentan los datos descriptivos referentes a la relación del abuso sexual intrafamiliar y extrafamiliar (contextos del abuso sexual) con los diferentes lugares donde ocurrió el hecho. El número más alto corresponde al abuso sexual intrafamiliar perpetrado en la casa de la víctima. En segundo lugar está el abuso sexual extrafamiliar también perpetrado en la

casa de la víctima. En estos datos hay una diferencia importante, lo anterior no se observa en las otras categorías donde los números de casos son similares. En el caso del abuso sexual intrafamiliar y extrafamiliar ocurrido en la casa compartida por la víctima y el agresor los datos son similares. Llama especial atención que de todos los lugares donde hay mayor riesgo para los niños es en su propia casa, mientras que los sitios desconocidos e incluso la casa del agresor muestran los números más bajos.

**Tabla 4.17.**  
**Relación entre contexto de abuso y lugar donde se produjo.**

Contexto	Lugar donde se produjo el Abuso Sexual					
	Casa de la víctima	Casa del agresor	Casa compartida con el agresor	Lugar conocido y cercano	Lugares no frecuentados	Lugar Desconocido
Intrafamiliar	76	13	24	2	2	23
Extrafamiliar	31	12	25	8	16	17

**Tabla 4.18.**  
**Relación entre contexto de abuso y clase de agresores.**

Contexto	Agresores					
	Hermanos	Padres	Padrastrros	Familiares	Conocidos de la familia o el niño	Desconocidos
Intrafamiliar	14	19	33	53	2	19
Extrafamiliar	0	0	2	8	71	28

En la Tabla 4.18 se observa que los contextos de abuso como el intrafamiliar es el que alberga el mayor número de abusadores sexuales de niños, niñas y adolescentes correspondientes a familiares en general, en donde se incluyen los abuelos, los tíos, los primos y en general personas con lazos de consanguinidad comprobados. En segundo lugar están los padrastrros pero vale la pena anotar que la diferencia entre familiares y padrastrros es importante. En tercer lugar están los padres biológicos y los hermanos es una categoría que se incluye porque el número es considerable en relación con el tamaño de la muestra. Se incluyen en este análisis los conocidos de la familia que suman 71 casos que utilizan la relación para lograr cometer el delito.

En cuanto al tipo de delito, la categoría acceso carnal violento se presenta en mayor proporción en la casa de la víctima seguido de la casa compartida entre el agresor y la víctima. Por su parte los actos sexuales abusivos se presentan en mayor número en las viviendas de las víctimas, en la casa compartida con el agresor y en lugares desconocidos. La casa de la víctima como en otros análisis sigue estando en primer lugar como sitio de inseguridad para los niños, niñas y adolescentes. Vale la pena resaltar que la casa del agresor es uno de los sitios donde se concentra un número importante de casos de actos sexuales abusivos siendo en menor proporción en este sitio el acto carnal violento, tal y como se observa en la Tabla 4.19.

**Tabla 4.19.**  
**Relación entre tipo de abuso y lugar donde se produjo.**

Tipo	Lugar donde se produjo el Abuso Sexual					
	Casa de la víctima	Casa del agresor	Casa compartida con el agresor	Lugar conocido y cercano	Lugares no frecuentados	Lugar Desconocido
<b>Acceso Carnal</b>	23	6	19	3	8	10
<b>Actos Sexuales Abusivos</b>	84	19	30	7	10	30

**Tabla 4.20.**  
**Relación entre tipo de abuso y clase de agresores.**

Contexto	Agresores					
	Hermanos	Padres	Padrastrros	Familiares	Conocidos de la familia o el niño	Desconocidos
<b>Acceso Carnal</b>	5	6	7	9	26	16
<b>Actos Sexuales Abusivos</b>	9	13	28	52	47	31

Los actos sexuales abusivos son cometidos en mayor proporción por familiares de los niños como se observa en la Tabla 4.20, de igual manera

existe un número considerable por los conocidos de la familia, seguidos de desconocidos, padrastos, padres y hermanos. El acceso carnal violento es cometido en mayor número por personas conocidas de las familias, seguidos por desconocidos, familiares, padrastos, padres y hermanos. Es de anotar que las proporciones van disminuyendo de manera similar en cada uno de las clases de agresores según el tipo de delito.

**Tabla 4.21.**  
**Relación entre tiempo transcurrido y lugar donde se produjo.**

Tiempo transcurrido	Lugar donde se produjo el Abuso Sexual					
	Casa de la víctima	Casa del agresor	Casa compartida con el agresor	Lugar conocido y cercano	Lugares no frecuentados	Lugar Desconocido
Menos de 6 meses	25	7	10	5	6	8
Más de 6 meses	82	18	39	5	12	32

**Tabla 4.22.**  
**Relación entre tiempo transcurrido y clase de agresores.**

Tiempo transcurrido	Agresores					
	Hermanos	Padres	Padrastos	Familiares	Conocidos de la familia o el niño	Desconocidos
Menos de 6 meses	3	5	11	9	17	16
Más de 6 meses	11	14	24	52	56	31

En la relación entre lugar donde se produjo el abuso sexual y el tiempo de notificación, se observa en la Tabla 4.21 que en los casos en donde el abuso ocurrió en la casa de la víctima las proporciones son mayores tanto para la notificación de más de seis meses y de menos de seis meses.

En relación con el tiempo transcurrido entre la notificación y la medición hay varios elementos a analizar. El tiempo que ha pasado hasta que se pueda llevar a cabo la aplicación tiene que ver con el proceso judicial que se da para

cada uno de los casos. Sin embargo, como se puede comprobar en la Tabla 4.22, los casos se concentran en la categoría de más de seis meses con el mayor número de casos cuando el agresor son los conocidos de la familia, los propios familiares o los desconocidos. La demora en la notificación y el proceso puede estar relacionado con el agresor si se observa que en los casos de menos de seis meses la frecuencia mayor corresponde a los conocidos de la familia.

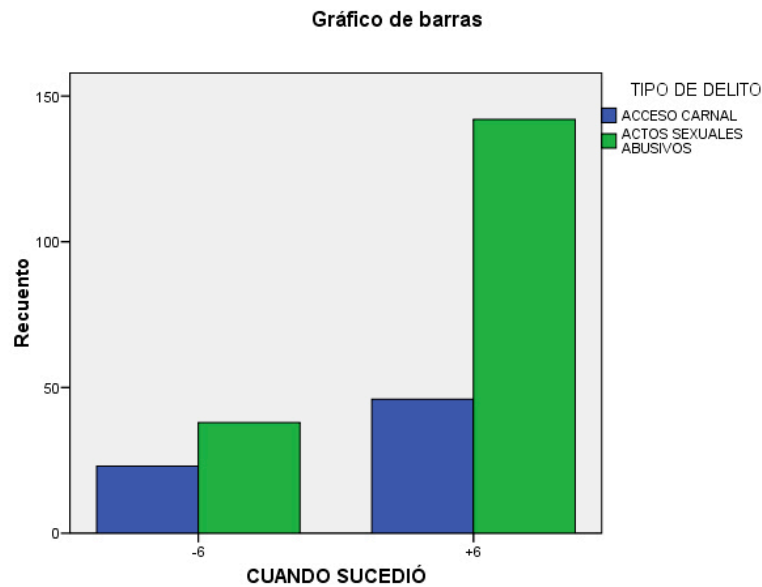
#### 4.8. Relación entre características de la condición de abuso sexual y otras variables.

En la Tabla 4.23 se muestra la relación entre el tiempo de notificación y medición con el tipo de delito. El análisis estadístico realizado mediante prueba Chi-cuadrado muestra diferencias significativas en la distribución de estas dos variables ( $\chi^2_{(1)} = 4,028$ ,  $p = 0.045$ ). Esto quiere decir que existen diferencias en cuanto al tiempo de notificación en función del delito ya que hay mayor concentración de casos en estas dos condiciones.

**Tabla 4.23.**  
**Relación entre tiempo transcurrido y tipo de Abuso.**

Tiempo transcurrido	Tipo de Abuso		Total
	Acceso Carnal	Actos Sexuales Abusivos	
<b>Menos de 6 meses</b>	46 24,5%	142 75,5%	188 100,0%
<b>Más de 6 meses</b>	23 37,7%	38 62,3%	61 100,0%
Total	69 27,7%	180 72,3%	249 100,0%

En la Figura 4.11 se muestran las dos condiciones de notificación en relación con el tipo de abuso. La mayor concentración se encuentra en los casos notificados y evaluados con tiempo superior a seis meses en la condición actos sexuales abusivos.



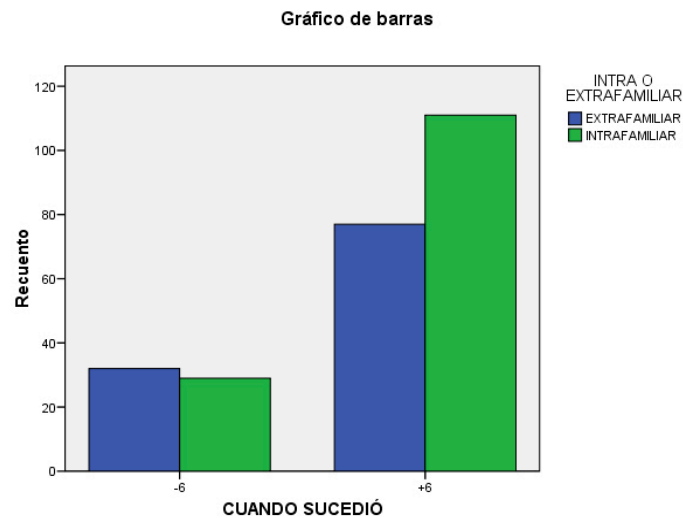
**Figura 4.11. Distribución del tipo de abuso en función del tiempo transcurrido.**

**Tabla 4.24. Relación entre tiempo transcurrido y contexto del Abuso.**

Tiempo transcurrido	Contexto		Total
	Intrafamiliar	Extrafamiliar	
<b>Menos de 6 meses</b>	77 41,0%	111 59,0%	188 100,0%
<b>Más de 6 meses</b>	32 52,5%	29 47,5%	61 100,0%
<b>Total</b>	109 43,8%	140 56,2%	249 100,0%

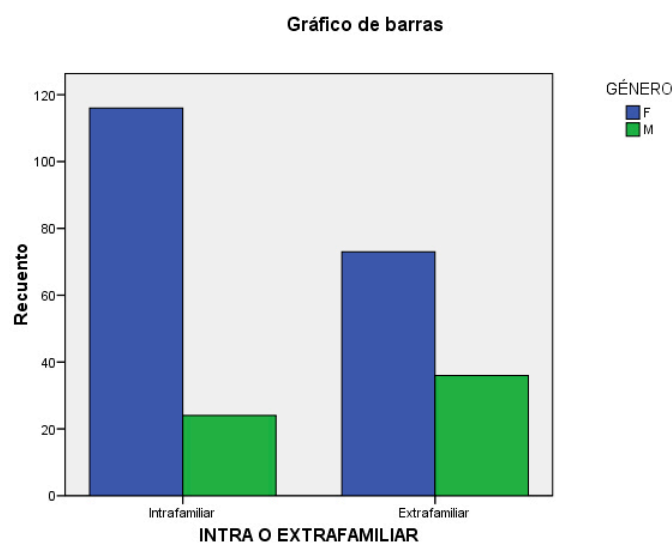
En la Tabla 4.24, y Figura 4.12, se recogen los datos sobre la relación entre el momento de la notificación y la medición y el contexto del abuso sexual intrafamiliar y extrafamiliar. El análisis de estos datos no mostró que hubiera diferencias significativas entre las condiciones creadas ( $\text{Chi}^2_{(1)} = 2,475$ ,  $p = 0.116$ ). Esto quiere decir que la distribución de los casos no varía en relación con la presencia de alguna de estas variables.





**Figura 4.12. Distribución del contexto en función del tiempo transcurrido.**

Respecto al análisis de la relación entre la variable de contexto del abuso sexual intrafamiliar extrafamiliar con el género muestra que la distribución del género de los participantes no es igual en los grupos creados en función del contexto del abuso sexual ( $\chi^2_{(1)} = 8,455, p = 0.004$ ). Los datos se presentan en la Tabla 4.25 y la Figura 4.13., y se evidencia que las proporciones del género femenino se presentan en las dos condiciones.



**Figura 4.13. Distribución del género en función del contexto de abuso.**

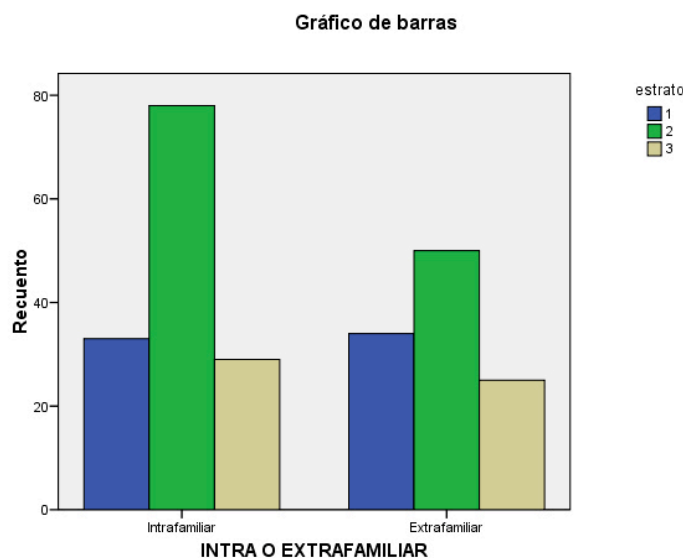
**Tabla 4.25.**  
**Relación entre género y contexto del Abuso.**

Contexto	Género		Total
	Niña	Niño	
Intrafamiliar	116	24	140
Extrafamiliar	73	36	109
Total	189	60	249

La Tabla 4.26 relaciona el contexto del abuso intrafamiliar y extrafamiliar con el estrato, sin que se hayan encontrado diferencias significativas en la distribución del estrato en función del contexto ( $\chi^2_{(2)} = 2,617, p = 0.270$ ). Sí es evidente a nivel descriptivo que existe mayor proporción de abuso sexual en la muestra perteneciente al estrato 2, como se ve en la Figura 4.14.

**Tabla 4.26.**  
**Relación entre estrato y contexto del Abuso.**

Contexto	Estrato			Total
	1	2	3	
Intrafamiliar	33	78	29	140
Extrafamiliar	34	50	25	109
Total	67	128	54	249



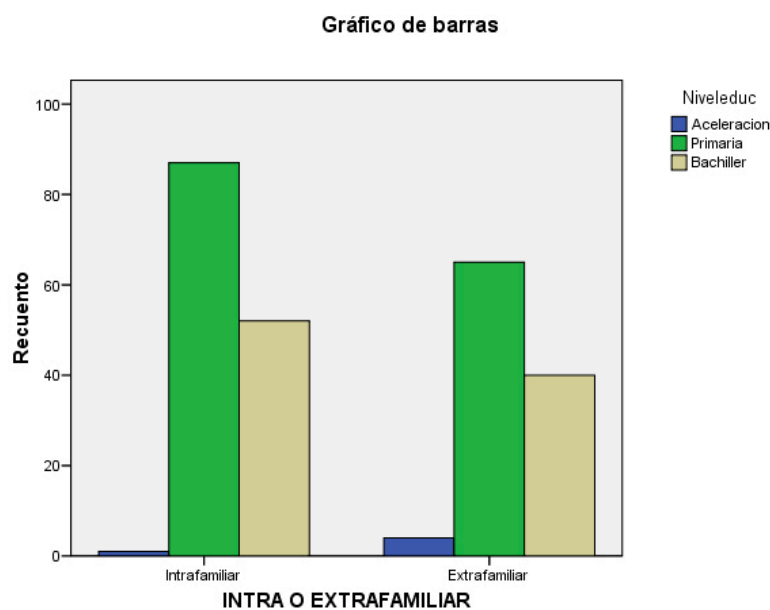
**Figura 4.14. Distribución de los estratos en función del contexto.**

Los datos de la Tabla 4.27 y Figura 4.15 muestran la relación entre el

contexto del abuso sexual y el nivel educativo de los niños, niñas y adolescentes. No hay diferencias significativas en la distribución de los niveles educativos en función del contexto de abuso ( $\chi^2_{(2)} = 2,732$ ,  $p = 0.255$ ).

**Tabla 4.27.**  
**Relación entre estrato y contexto del Abuso.**

Contexto	Nivel educativo			Total
	Aceleración	Primaria	Bachiller	
Intrafamiliar	1	87	52	140
Extrafamiliar	4	65	40	109
Total	5	152	92	249

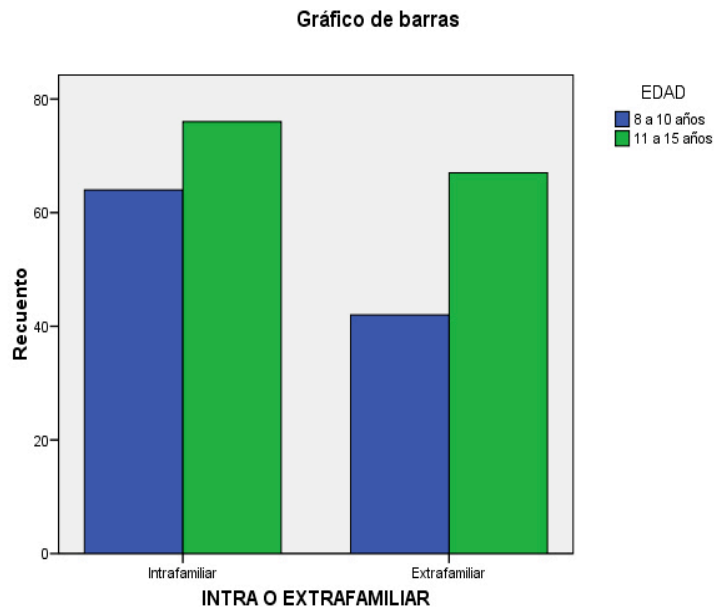


**Figura 4.15. Distribución de los niveles educativos en función del contexto.**

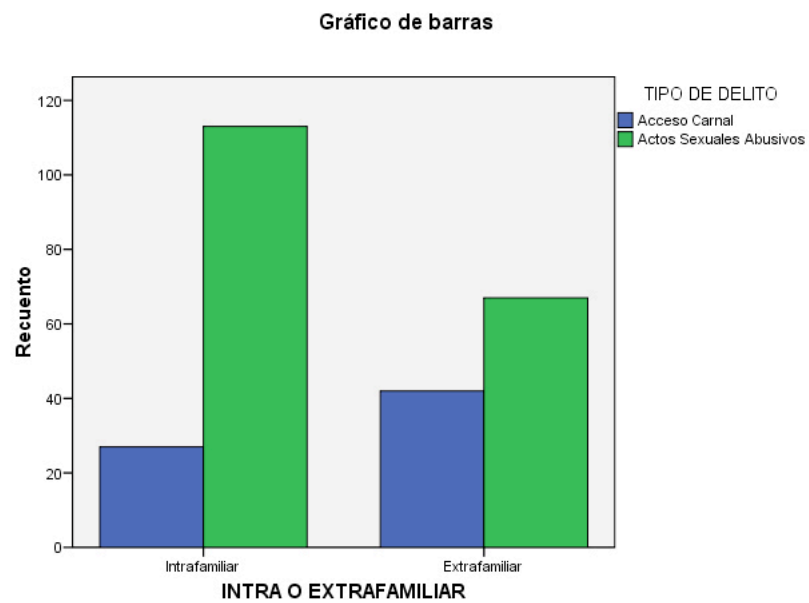
Desde el punto de vista estadístico no hay diferencias significativas entre los niveles de edad de los grupos de abuso según el contexto ( $\chi^2_{(1)} = 1,293$ ,  $p = 0.255$ ). En la Tabla 4.28 y la Figura 4.16 se observa la distribución de los niños según niveles de edad y contextos donde sufren el abuso sexual.

**Tabla 4.28.**  
**Relación entre niveles de edad y contexto del Abuso.**

Contexto	Niveles de edad		Total
	8 a 10 años	11 a 15 años	
Intrafamiliar	64	76	140
Extrafamiliar	42	67	109
Total	106	143	249



**Figura 4.16. Distribución de los niveles de edad en función del contexto.**



**Figura 4.17. Distribución de los tipos de abuso en función del contexto**

Finalmente, se presentan en la Figura 4.17 y la Tabla 4.29 los datos correspondientes a la distribución del tipo de abuso -acceso carnal y actos sexuales abusivos- en función del contexto. Los resultados del análisis estadístico muestran diferencias significativas en esta distribución ( $\text{Chi}^2_{(2)} = 11,333, p = 0.001$ ), ya que hay en el grupo de abuso intrafamiliar una diferencia mayor entre los casos de actos sexuales abusivos y los de abuso carnal que en el grupo de abuso extrafamiliar.

**Tabla 4.29.**  
**Relación entre tipos de abuso y contexto del Abuso.**

Contexto	Tipos de Abuso		Total
	Acceso Carnal	Actos Sexuales Abusivos	
Intrafamiliar	27	113	140
Extrafamiliar	42	67	109
Total	69	180	249

#### **4.9. Comparación entre grupos según el contexto de abuso de las variable psicológicas.**

El siguiente paso en el análisis de los resultados que se presenta es la comparación entre los subgrupos de abuso intrafamiliar y extrafamiliar en relación con las variables psicológicas. En la Tabla 4.30 se presentan los valores obtenidos por dichas variables dependientes en cada uno de los grupos, así como los resultados del análisis estadístico realizado. El análisis consistió en una prueba *t de Student* para muestras independientes.

Se observa en la tabla que no se encuentran diferencias significativas entre los niños divididos en función de la condición del contexto del abuso respecto a las medidas que se estudiaron en la investigación. Al analizar los datos directos en cada una de las variables es evidente que dentro del grupo de niños abusados sexualmente independiente del contexto en el que ocurra el abuso, los puntajes son bajos para aquellas variables que suponen un nivel de ejecución y son altos para aquellas variables que miden cuadros clínicos.

#### **4.10. Comparación entre grupos según el tipo de abuso de las variables psicológicas.**

También se analizaron los resultados de comparar entre los subgrupos de acceso carnal y actos sexuales abusivo en relación a las variables

psicológicas. En la Tabla 4.31 se presentan los datos de esta comparación.

**Tabla 4.30.**  
**Comparación entre las dos subcondiciones según contexto de abuso.**

Variables	Contexto del Abuso				t	p
	Intrafamiliar (n = 140)		Extrafamiliar (n = 109)			
	Media	DT	Media	DT		
Vocabulario	81,16	(20,72)	77,31	(22,84)	1,389	0,166
Matrices	80,80	(20,12)	80,02	(17,69)	0,320	0,749
CI Total	75,95	(20,45)	73,43	(19,71)	0,979	0,328
Ansiedad Rasgo	38,24	(7,87)	37,87	(7,70)	0,366	0,715
Ansiedad Estado	30,95	(8,02)	31,05	(7,96)	-0,094	0,925
Ira Estado	8,54	(1,76)	8,87	(2,19)	-1,279	0,202
Ira Rasgo	14,54	(3,98)	14,88	(3,71)	-0,684	0,495
Control de la Ira	16,96	(4,02)	17,00	(4,02)	-0,083	0,934
Sentimientos de Ira	4,32	(,89)	4,50	(1,39)	-1,200	0,232
Expresión de la Ira	4,22	(1,03)	4,37	(1,17)	-1,045	0,297
Temperamento de Ira	6,72	(2,28)	6,68	(2,09)	0,152	0,880
Reacción de Ira	7,82	(2,18)	8,20	(2,24)	-1,348	0,179
Expresión Externa de Ira	6,87	(1,95)	7,22	(2,17)	-1,334	0,183
Expresión Interna de Ira	8,06	(2,06)	8,08	(2,13)	-0,068	0,946
Control Externo de la Ira	8,14	(2,20)	8,47	(2,31)	-1,133	0,258
Control Interno de la Ira	8,81	(2,45)	8,53	(2,49)	0,896	0,371
Autoeficacia Académica	60,49	(13,15)	59,35	(13,34)	0,673	0,502
Autoeficacia Social	36,89	(8,80)	36,39	(8,51)	0,452	0,652
Autoeficacia Autorregulatoria	21,32	(5,29)	21,35	(5,43)	-0,040	0,968
Autoeficacia Total	118,69	(24,06)	117,08	(23,82)	0,526	0,599
Animo-Alegría	16,74	(6,47)	17,23	(5,77)	-0,626	0,532
Respuesta Afectiva	23,73	(8,33)	22,88	(7,01)	0,872	0,384
Problemas Sociales	24,58	(7,75)	24,54	(6,60)	0,040	0,968
Autoestima	22,89	(7,73)	22,84	(6,60)	0,053	0,958
Preocupación por la Muerte	20,37	(6,28)	20,82	(6,04)	-0,564	0,573
Sentimiento de Culpabilidad	25,20	(6,91)	25,23	(6,19)	-0,035	0,972
Depresivos Varios	30,70	(6,68)	30,59	(6,30)	0,136	0,892
Positivos Varios	24,79	(7,19)	25,96	(6,54)	-1,333	0,184
Total Positivos	41,52	(12,57)	43,19	(10,93)	-1,120	0,264
Total Depresivos	147,47	(37,58)	146,90	(32,06)	0,127	0,899
Apego con los Padres	63,91	(13,37)	64,20	(12,62)	-0,177	0,860
Apego con los Amigos	69,21	(12,59)	66,32	(12,26)	1,819	0,070
Apego en el Colegio	70,26	(11,49)	68,17	(12,82)	1,359	0,175
Apego en el Barrio	26,49	(3,89)	26,01	(4,18)	0,928	0,354
Apego Total	229,87	(31,15)	224,70	(30,28)	1,316	0,189

**Tabla 4.31.**  
**Comparación entre las dos subcondiciones según el tipo de abuso.**

Variables	Tipo de Abuso				t	p
	Acceso Carnal (n = 69)		Actos Sexuales Abusivos (n = 180)			
	Media	DT	Media	DT		
Vocabulario	72,30	(17,88)	82,22	(22,45)	-3,290	<b>0,001</b>
Matrices	75,49	(15,15)	82,36	(20,08)	-2,573	<b>0,011</b>
CI Total	67,94	(14,27)	77,49	(21,41)	-4,073	<b>0,0001</b>
Ansiedad Rasgo	38,97	(8,45)	37,73	(7,50)	1,124	0,262
Ansiedad Estado	32,03	(8,43)	30,59	(7,78)	1,272	0,205
Ira Estado	8,88	(2,25)	8,61	(1,84)	0,982	0,327
Ira Rasgo	14,84	(3,92)	14,63	(3,85)	0,378	0,706
Control de la Ira	17,36	(4,08)	16,83	(3,99)	0,941	0,348
Sentimientos de Ira	4,48	(1,26)	4,37	(1,09)	0,659	0,511
Expresión de la Ira	4,41	(1,30)	4,24	(1,00)	1,082	0,280
Temperamento de Ira	6,90	(2,17)	6,63	(2,20)	0,873	0,384
Reacción de Ira	7,94	(2,31)	8,01	(2,18)	-0,202	0,840
Expresión Externa de Ira	7,35	(2,16)	6,90	(2,00)	1,547	0,123
Expresión Interna de Ira	8,26	(2,29)	8,00	(2,01)	0,832	0,407
Control Externo de la Ira	8,41	(2,22)	8,24	(2,26)	0,524	0,601
Control Interno de la Ira	8,96	(2,47)	8,59	(2,46)	1,053	0,293
Autoeficacia Académica	59,84	(13,59)	60,04	(13,11)	-0,109	0,914
Autoeficacia Social	36,29	(9,32)	36,81	(8,42)	-0,424	0,672
Autoeficacia Autorregulatoria	21,55	(5,78)	21,25	(5,17)	0,397	0,691
Autoeficacia Total	117,68	(25,32)	118,11	(23,43)	-0,125	0,901
Animo-Alegría	17,78	(6,26)	16,63	(6,12)	1,318	0,189
Respuesta Afectiva	23,97	(7,44)	23,12	(7,91)	0,770	0,442
Problemas Sociales	25,46	(7,22)	24,22	(7,26)	1,215	0,225
Autoestima	24,48	(6,41)	22,26	(7,46)	2,336	<b>0,021</b>
Preocupación por la Muerte	21,71	(6,16)	20,13	(6,13)	1,821	0,070
Sentimiento de Culpabilidad	25,74	(6,41)	25,01	(6,67)	0,779	0,436
Depresivos Varios	31,28	(6,55)	30,41	(6,48)	0,939	0,349
Positivos Varios	26,57	(7,61)	24,82	(6,60)	1,791	0,075
Total Positivos	44,35	(12,61)	41,45	(11,53)	1,729	0,085
Total Depresivos	152,64	(33,97)	145,14	(35,54)	1,507	0,133
Apego con los Padres	61,49	(13,65)	65,01	(12,68)	-1,919	0,056
Apego con los Amigos	64,52	(12,56)	69,26	(12,27)	-2,710	<b>0,007</b>
Apego en el Colegio	67,81	(13,59)	69,93	(11,48)	-1,149	0,253
Apego en el Barrio	25,39	(4,54)	26,62	(3,76)	-2,170	0,031
Apego Total	219,22	(32,20)	230,82	(29,74)	-2,693	<b>0,008</b>

**Tabla 4.32.**  
**Comparación entre las dos subcondiciones según el tiempo transcurrido.**

Variables	Tiempo Transcurrido				t	p
	Menos de 6 meses (n = 61)		Más de 6 meses (n = 188)			
	Media	DT	Media	DT		
Vocabulario	75,18	(16,70)	80,87	(22,97)	-1,785	0,075
Matrices	82,30	(15,89)	79,86	(19,99)	0,866	0,387
CI Total	73,51	(16,08)	75,28	(21,30)	-0,597	0,551
Ansiedad Rasgo	37,87	(7,58)	38,14	(7,86)	-0,239	0,811
Ansiedad Estado	29,72	(7,31)	31,40	(8,16)	-1,435	0,153
Ira Estado	8,67	(1,87)	8,69	(2,00)	-0,067	0,947
Ira Rasgo	14,54	(3,70)	14,74	(3,92)	-0,348	0,728
Control de la Ira	17,52	(3,79)	16,80	(4,08)	1,230	0,220
Sentimientos de Ira	4,39	(1,00)	4,40	(1,18)	-0,064	0,949
Expresión de la Ira	4,28	(1,02)	4,29	(1,12)	-0,053	0,958
Temperamento de Ira	6,44	(2,00)	6,79	(2,25)	-1,068	0,287
Reacción de Ira	8,10	(2,30)	7,95	(2,19)	0,448	0,655
Expresión Externa de Ira	7,03	(2,28)	7,02	(1,98)	0,038	0,970
Expresión Interna de Ira	7,97	(2,14)	8,11	(2,08)	-0,451	0,652
Control Externo de la Ira	8,52	(2,32)	8,21	(2,22)	0,957	0,339
Control Interno de la Ira	9,00	(2,27)	8,59	(2,52)	1,128	0,260
Autoeficacia Académica	62,05	(13,63)	59,32	(13,05)	1,404	0,162
Autoeficacia Social	36,08	(8,67)	36,86	(8,67)	-0,606	0,545
Autoeficacia Autorregulatoria	21,52	(5,81)	21,27	(5,19)	0,322	0,748
Autoeficacia Total	119,66	(25,44)	117,45	(23,45)	0,626	0,532
Animo-Alegría	16,23	(5,90)	17,19	(6,25)	-1,053	0,293
Respuesta Afectiva	23,15	(7,43)	23,43	(7,90)	-0,242	0,809
Problemas Sociales	24,46	(7,45)	24,60	(7,21)	-0,128	0,899
Autoestima	22,43	(6,92)	23,02	(7,36)	-0,552	0,582
Preocupación por la Muerte	19,77	(6,62)	20,82	(6,01)	-1,161	0,247
Sentimiento de Culpabilidad	25,66	(5,99)	25,07	(6,78)	0,603	0,547
Depresivos Varios	30,31	(6,51)	30,76	(6,51)	-0,468	0,640
Positivos Varios	25,43	(6,63)	25,26	(7,04)	0,162	0,871
Total Positivos	41,66	(10,98)	42,45	(12,19)	-0,451	0,652
Total Depresivos	145,77	(35,16)	147,69	(35,30)	-0,370	0,712
Apego con los Padres	64,85	(10,84)	63,77	(13,67)	0,563	0,574
Apego con los Amigos	66,31	(13,31)	68,48	(12,23)	-1,177	0,240
Apego en el Colegio	68,44	(12,34)	69,64	(12,05)	-0,669	0,504
Apego en el Barrio	25,92	(3,75)	26,39	(4,10)	-0,803	0,423
Apego Total	225,52	(30,05)	228,28	(31,11)	-0,606	0,545



De acuerdo con el análisis realizado existen diferencias significativas en cuanto al tipo de delito respecto a un número muy reducido de variables. Las dos condiciones estudiadas fueron el acceso carnal violento y los actos sexuales abusivos, y los hallazgos más representativos tienen que ver con el funcionamiento cognoscitivo (intelectual), autoestima y apego con los amigos y apego total. En todos estos casos el funcionamiento del niño está más deteriorado en el grupo que ha sufrido abuso sexual en forma de acceso carnal.

#### **4.11. Comparación entre grupos según el tiempo transcurrido desde el informe de abuso de las variables psicológicas.**

Finalmente, se analizaron los resultados de comparar entre los subgrupos definidos en función del tiempo transcurrido desde el reporte de abuso en relación a las variables cuanto al tipo de delito. Las condiciones estudiadas fueron menos de seis meses y más de seis meses, y no se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos en ninguna de las variables estudiadas, tal y como muestra la Tabla 4.32.

## **CAPÍTULO 5**

# **DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES**

### **1. Discusión.**

Se ha puesto en evidencia que el abuso sexual es un problema de gran magnitud en las diferentes regiones del mundo. En Colombia es un problema de alta ocurrencia como se ha mostrado a lo largo de este trabajo. Aunque se cuentan con datos a nivel general de la situación, es una realidad que los estudios sobre los efectos del abuso sexual, por lo menos en Colombia y la América Latina son escasos. La mayor parte de la evidencia es de origen anglosajón por lo que se consideró de vital importancia generar estudios y datos propios del contexto que permitan permear las políticas públicas y lograr la recuperación de las niñas y niños en edad escolar y adolescente, así como fomentar la restitución de los derechos como lo ordena la Ley colombiana.

Sin embargo, para lograr esta restitución no basta con que el aparato de justicia destine esfuerzos para tal fin, sino que además debe asegurar que los niños logren una atención adecuada y especializada que permita el logro de tal propósito. En este marco es una necesidad conocer las consecuencias que el abuso sexual ocasiona en el desarrollo de los niños, para así orientar los lineamientos y objetivos de los programas terapéuticos y enfatizar el daño psicológico que ocasiona no sólo en la infancia sino en la edad adulta. Estas consecuencias implican una reducción en el capital humano de una nación por lo que deben ser vistas con una perspectiva amplia.

El **objetivo general** de la presente investigación fue determinar las consecuencias psicológicas del abuso sexual en la infancia y la adolescencia. Específicamente, en la dimensión cognoscitiva (intelectiva) y socioemocional de un grupo de niñas y niños en edad escolar y adolescente de Bogotá y Medellín, Colombia.

Para alcanzar dicho objetivo se planteó un estudio empírico según un diseño cuasi-experimental, con dos grupos de niños, niñas y adolescentes seleccionados por sus características: experiencia de abuso sexual o no haber tenido dicha experiencia. Se seleccionaron 249 niños y niñas colombianos, de

8 a 15 años de edad, que habían sufrido abuso sexual, detectado por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar –ICBF-, y confirmado por dos servicios especializados de atención terapéutica. Este grupo se estableció admitiendo al estudio todos los niños que se encontraban dentro del rango de edad entre los remitidos por el ICBF a las dos instituciones colaboradoras durante los 10 meses que duró la recogida de datos del estudio. Así mismo se seleccionó una muestra de niños, niñas y adolescentes igualados en edad y género (sexo), y pertenecientes al mismo estrato y nivel educativo que el grupo de abuso, con el fin de establecer un grupo control para el estudio. Ambos grupos fueron sometidos a un proceso de evaluación común, para establecer las posibles consecuencias a nivel de inteligencia y socioemocional de la experiencia de abuso sexual.

A nivel general puede afirmarse que los resultados del estudio muestran que existen consecuencias importantes en cada una de las áreas estudiadas. Sin embargo, algunas dimensiones mostraron mayor variabilidad que otras en las mediciones llevadas a cabo. Lo cierto es que en cada una de las variables se encontraron datos que son necesarios para reorientar los procesos terapéuticos. Además algunos de los resultados están acordes con la evidencia y otros dan mayor amplitud al campo del conocimiento como es la psicología y más específicamente la psicopatología del desarrollo infantil.

Con el objeto de desarrollar más adecuadamente este objetivo inicial se plantearon una serie de **objetivos específicos**, el **primero** de los cuales fue el de *establecer las características demográficas y de la experiencia de abuso sexual vivida por los niños integrantes del estudio.*

A este nivel la primera pregunta que guió la investigación fue la de saber cuáles son las características demográficas de los niños colombianos que han pasado por una experiencia de abuso sexual. Los datos descriptivos de la muestra evidencian que el abuso sexual, sin lugar a dudas, se presenta con mayor frecuencia en el género femenino (75,9%) y en el grupo de escolares de enseñanza primaria (61,04). Lo anterior permite concluir adicionalmente que es en el nivel de primaria donde las niñas y los niños se encuentran en mayor riesgo de ser víctimas de abuso sexual. Esto puede deberse a que los padres consideran que los niños en esta edad ya tienen mayores capacidades para cuidarse solos y por lo tanto reducen el nivel de supervisión, o porque ya tienen mayores posibilidades para denunciar el hecho la concentración mayor se encuentra allí. Aunque los adolescentes tendrían también esta posibilidad

de denunciar en esta edad el sentimiento de culpa y la atribución del hecho juegan un papel importante lo cual limita la denuncia en este rango de edad. Por otro lado, aunque en el estudio no están representados todos los estratos de nivel socioeconómico, es en el estrato dos de donde provienen la mayoría de los casos que se estudiaron (51,41%).

En cuanto al tiempo transcurrido entre el reporte y la medición, la mayoría de los casos (75,5%) se habían denunciado con seis meses previos a la medición, lo cual es interesante porque este hecho posiblemente redujo la cantidad de participantes que podían incluirse en la condición de asintomáticos. Además eran niños que estaban en la lista de esperar para acceder a un cupo en el programa de atención terapéutica. Por otro lado el grupo que había reportado en los meses previos a la medición aunque menor representa una proporción importante de la muestra total.

Todos los niños, niñas y adolescentes habían sido reportados al sistema de protección de Colombia, por lo que habían sido remitidos a las instituciones de atención terapéutica destinadas para tal fin.

Otra pregunta de investigación relacionada con este primer objetivo requería conocer las características de la experiencia de abuso sexual que muestran los niños colombianos que han pasado por esa experiencia.

Respecto al tipo de delito, la mayoría de los niños habían sido víctimas de actos sexuales abusivos (72,3%) lo cual se refiere básicamente a tocamiento y conductas asociadas a actos masturbatorios. Por otro lado, el resto de niños había sido sometidos a actos sexuales con violencia. Es interesante comprobar que además en su gran mayoría estas situaciones se habían presentado al interior de la familia –abuso sexual intrafamiliar- (56,2%). Además, el abuso en el contexto intrafamiliar afecta más frecuentemente a niñas que a niños, mientras que el extrafamiliar se distribuye de manera más parecida entre ambos sexos.

Por otra parte, los agresores más frecuentes eran familiares y conocidos de la familia (24,5%), es decir muy cercanos al niño, y en menor proporción se encontraban los padrastros (14,1) y los padres biológicos (7,6%). Se debe destacar que el porcentaje de padrastros es casi el doble que el de padres biológicos, lo que parece indicar que la ausencia de lazos directos entre el menor y el abusador incrementa el riesgo en el ámbito familiar. Sin embargo, desconocemos cuantos de estos niños pertenecen a familias intactas o reconstituidas, y el peso específico de cada condición.

Los sitios donde ocurre el abuso sexual con mayor frecuencia son la casa del niño y la casa que comparten el niño y la víctima (43% y 19,7% respectivamente). También es muy frecuente encontrar sitios o lugares fuera de la casa como parques, canchas de fútbol en donde se supone que debe existir cierta protección de las agencias de seguridad como la policía. Como cabe esperar, el abuso intrafamiliar se produce con mayor frecuencia en la casa de la víctima, o compartida con el agresor, pero el extrafamiliar se reparte de una forma parecida por todas las localizaciones estudiadas. Aquí cabe destacar que el abuso extrafamiliar ocurrió tanto en casa de la víctima como en la casa compartida con el agresor, aunque estos agresores fueran principalmente conocidos del niño y extraños. Así, resulta llamativo el hecho de que los niños, niñas y adolescentes estudiados no puedan sentirse seguros en ninguno de los lugares donde se desenvuelven habitualmente, en especial en sus propios hogares.

En la muestra estudiada la proporción de casos de actos sexuales abusivos fue mayor en el subgrupo de niños cuyo abuso sexual se produjo más de 6 meses antes de la evaluación que en los de experiencia más reciente, sin que exista una explicación clara para este fenómeno.

El **segundo** de los objetivos específicos de este estudio era *delimitar las consecuencias de la experiencia de abuso sexual en el desarrollo psicológico intelectual y socioemocional de los niños, niñas y adolescentes*. Los resultados del presente estudio muestran que el abuso sexual infantil tiene consecuencias inmediatas, en los propios niños y adolescentes, tanto en la dimensión cognoscitiva como en la socioemocional a nivel general, y más específicamente y de manera robusta en ciertas variables estudiadas. Lo anterior confirma lo propuesto por Finkelhor y Browne (1986) quienes afirman que la dinámica traumatogénica del abuso sexual altera la orientación cognoscitiva y emocional de los niños que sufren esta experiencia.

A continuación se irá dando respuesta a las preguntas específicas planteadas sobre este primer objetivo, para el que de forma general se planteaba la pregunta de ¿cuáles son las características psicológicas que diferencian a los niños, niñas y adolescentes colombianos que han sufrido una experiencia de abuso sexual de aquellos que no las han sufrido, en las dimensiones intelectual, emocional y social? Además, se planteaba si estas diferencias, en caso de existir, estarían relacionadas con el sexo de los participantes, o con sus niveles de edad.

En relación a la pregunta de *si existen diferencias a nivel intelectual entre ambos grupos de niños*, los resultados obtenidos nos permiten afirmar que en la dimensión cognoscitiva evaluada (la inteligencia) existen diferencias significativas en el grupo de niños, niñas y adolescentes que han sido abusados sexualmente en comparación con el grupo que no ha sido victimizado. En las distintas categorías que evalúa la prueba de inteligencia utilizada los resultados son claros. En el área de vocabulario estos niños, niñas y adolescentes muestran diferencias significativas en comparación con el grupo de no abusados. Las diferencias también se presentan en el área de matrices y en la inteligencia –CI- total.

Los hallazgos más importantes son las diferencias tan marcadas en género. Mientras que los varones abusados sexualmente presentan diferencias con los no abusados sexualmente, las diferencias son aún mayores en el género femenino. Esto pone de presente la condición de mayor vulnerabilidad que presentan las niñas. En el grupo de niños, niñas y adolescentes que han sufrido abuso sexual se sabe que han mostrado un manejo del lenguaje y el vocabulario suficiente como para hablar y notificar la experiencia de abuso. Sin embargo, la dificultad en el manejo de conceptos es evidente en los resultados, ésta dificultad incide en el nivel de resiliencia ya que estos niveles son bajos en el grupo de abusados sexualmente en contraste con los que no.

Por otra parte, las diferencias en la categoría de matrices es importante porque podría estar relacionada con una incapacidad de los niños, niñas y adolescentes abusados sexualmente para resolver problemas nuevos y afrontar situaciones traumáticas. Estas dificultades cognoscitivas fueron encontradas por Einbender y Friedrich (1989), los efectos del trauma han sido estudiados de igual manera por Hazzard, Celano, Gould, Lawry y Web (1995) y por autores como Cohen y Mannarino (2002) quienes consideran que los déficits cognoscitivos presentados por los niños abusados sexualmente están asociados con la forma como se procesa la información relacionada con el trauma. Las diferencias en puntajes en pruebas de inteligencia de igual manera han sido reportados por Waterman y Lusk (1993) y Basta (1986). Sin embargo la mayoría de estos informes de investigación evidencian resultados que aunque son importantes se han obtenido con muestras pequeñas, situación que se supera en el presente estudio. La gran parte de evidencia de los problemas cognoscitivos de estos niños están asociados a estudios de tipo neuropsicológico donde se identifican alteraciones en procesos básicos como la atención, la memoria y la percepción (Putnam, 2003). En el funcionamiento

cognoscitivo, la memoria juega un papel determinante en la ejecución y al parecer en el momento del abuso sexual se presenta una detención del proceso el cual puede estar relacionado con los resultados en distorsiones que estos niños presentan y que han sido estudiados ampliamente.

Lo encontrado en el presente estudio respecto a la inteligencia, tanto en la subcategoría de matrices como de vocabulario, muestra que existe un impacto importante en este área que probablemente debe seguir siendo estudiada en distintos contextos y muestras.

Respecto a la pregunta de si existen *diferencias a nivel de ansiedad estado y rasgo entre ambos grupos de niños*, con y sin experiencia de abuso sexual, el presente estudio se muestra que las únicas diferencias significativas se produjeron en relación con la ansiedad rasgo. Vale la pena tener en cuenta que la aproximación teórica del instrumento divide la ansiedad en ansiedad de rasgo y de estado (Spielberger et al., 1998). La ansiedad como rasgo hace referencia a un estado si no permanente si estable de la psicología de la persona, mientras que la ansiedad estado es de carácter más situacional. Por ello, las diferencias encontradas en este estudio señalando que los niños que han sufrido abuso muestran niveles más altos de ansiedad estado, indica que el abuso sexual no es una condición de baja intensidad sino que es una condición, acontecimiento vital o trauma duradero. No es percibido por el niño como un evento temporal, sino que por el contrario es una condición crónica a la que es expuesto muy probablemente desde años anteriores al momento de la notificación por lo que la ansiedad se convierte en un estado permanente y no es una reacción transitoria a una situación amenazante.

Sin embargo, los estudios en este tema han sido inconsistentes hasta el momento. De hecho Cohen y Mannarino (1988) en uno de sus primeros estudios no encontraron diferencias significativas en este ámbito utilizando el mismo instrumento aplicado en este estudio. Posiblemente su fracaso pueda ser debido a que estos autores analizaron los datos de su muestra en función de parámetros normativos –el baremo de la prueba- y no con grupo control igualado. Muy curiosamente, y en contradicción con los hallazgos de esta tesis, Cohen, Mannarino y Gregory (1989) encontraron diferencias significativas en un grupo de niños abusados sexualmente en los puntajes en ansiedad de estado. En ese estudio se compararon los puntajes también con baremos y con datos provenientes de un grupo control. Sin duda, este es un aspecto que deberá ser considerado en futuras investigaciones.

Una de las preguntas que guiaban la investigación pedía valorar las posibles *diferencias entre niños con experiencias de abuso sexual y sin tales experiencias a nivel de expresión de la ira estado y rasgo*. En el presente estudio se esperaba que las diferencias en la variable de ira fueran mayores de las encontradas por lo menos a nivel general. Las únicas diferencias encontradas lo fueron respecto a la ira como rasgo, temperamento de ira y control externo de la ira. En todos los casos los niveles mostrados por los niños del grupo de abuso fueron significativamente superiores al grupo control. Estas diferencias son interesantes en la medida que podrían predecir el curso de la sintomatología de los casos de abuso sexual mientras que en unos niños la manifestación de ansiedad de rasgo puede ser mayor, al combinar ira de rasgo, temperamento y dificultad en el manejo externo de la ira quizás puede ser mas predictiva de futuros trastornos de comportamiento, variable que ha sido estudiada ampliamente en los casos de abuso sexual. Las expresiones de ira por lo general van acompañadas de otro tipo de comportamientos inadecuados, por lo que en algunos estudios se encontraron relaciones entre ira y conductas ansiosas e ira y conductas depresivas (Trickett y Putnam, 1998).

Otras de las preguntas planteadas hacían referencia a *si existen diferencias a nivel de estado de ánimo depresivo entre ambos grupos de niños* así como a *nivel de estado de ánimo positivo*. Precisamente los resultados más claros de este estudio hacen referencia a las diferencias de estado de ánimo entre niños, niñas y adolescentes abusados sexualmente con sus controles. Teniendo en cuenta que la depresión se evaluó con base en las distintas dimensiones de una prueba psicológica, vale la pena mencionar que las que los niños que habían sufrido abuso sexual mostraron niveles mayores de estado de ánimo deprimido en todas las subescalas que mide el CDS. Pero, además, los niños abusados mostraban también niveles peores de sentimientos positivos (mayor nivel de problemas) que los niños controles, como sucede en la categoría ánimo-alegría que se refiere a la capacidad del niño de sentir alegría y felicidad frente a los eventos positivos que tiene. En relación con la respuesta afectiva, la diferencia entre niños abusados sexualmente y el control muestran que el abuso trae como consecuencia la incapacidad de los niños de identificar los sentimientos y emociones que experimentan frente a personas o situaciones específicas. Esto hace que no reaccionen frente a las señales y a los contenidos afectivos que les muestran



otros adultos y otros pares. Otras áreas que son afectadas y que mostraron ser diferentes entre ambos grupos tiene que ver con las habilidades sociales. Es evidente que estos niños están atemorizados, por la misma situación de abuso desarrollan temor y desconfianza hacia los adultos, por lo que sus habilidades y competencias en este campo no están en un nivel adecuado. En otras áreas que muestran una alta relación tiene que ver con la preocupación por la muerte, la autoestima y en general los síntomas depresivos. La autoestima se puede ver afectada en el grupo de niños abusados sexualmente porque la experiencia genera la estigmatización de la situación. El niño víctima en esta condición puede sentir que es diferente a otros precisamente por lo sucedido y esta sensación no es positiva sino que va en detrimento de la percepción que tiene de sí mismo. En la categoría de preocupación por la muerte hay dos elementos importantes: uno que tiene que ver con la preocupación por la salud relacionado con la percepción del cuerpo y del daño del mismo. Otro se relaciona con “la trampa emocional” en la que se encuentra el niño, ya que no puede ponerle fin al abuso y el único camino es terminar con esto de una manera dramática, el suicidio es la alternativa y por esto las ideas de muerte son recurrentes y están presentes en los pensamientos de los niños que han sufrido abuso sexual. Finalmente como categoría independiente las diferencias en sentimientos de culpabilidad muestran que en la situación de abuso sexual uno de los efectos mayores tiene que ver con la confusión que se produce en el niño que ha sido sometido. Esto se relaciona con el manejo del secreto y con toda la situación de encubrimientos y chantaje que utiliza el agresor. En la combinación de síntomas depresivos que no están incluidos en otras categorías también existen diferencias significativas entre ambos grupos lo cual es consistente con los demás resultados. Con lo anterior era de esperarse que en los puntajes que resumen los síntomas depresivos, es decir el total depresivo, fuera coherente con lo anterior y muestra que verdaderamente en los niños abusados sexualmente la consecuencia emocional más importante se vea reflejada en un cuadro depresivo.

Los resultados en este aspecto corroboran los obtenidos en la mayoría de los estudios realizados con muestras de niños abusados sexualmente (Lipovsky, Saunders y Murphy, 1989; Wozencraft, Wagner y Pellegrin, 1991; Koverola y Pound, 1993; Danielson, Arellano, Kirkpatrick, Saunders y Resnick, 2005). En esos estudios la presencia de síntomas depresivos es evidente. En la mayoría de esos estudios se ha utilizado el CDI (*Child Depression Inventory*) encontrándose los mismos resultados que en esta tesis con el CDS, que es un

instrumento bastante más completo a la hora de establecer las diferentes categorías que están asociadas con la depresión.

La respuesta a la pregunta de *si existen diferencias a nivel de autoeficacia* entre niños que han sufrido abuso sexual, y aquellos que no lo han sufrido, es que la autoeficacia total, así como la autorregulatoria y social, presentan niveles significativamente peores en los niños abusados. Hasta el momento no había mayor evidencia empírica sobre la relación entre la autoeficacia con el tema del abuso, por lo menos en la literatura revisada. La primera evidencia sobre esta relación es la reportada por Ramírez (2007) en la cual se trabajó con una muestra de 36 niñas abusadas sexualmente en las cuales se encontraron diferencias significativas en esta variable, en comparación con el grupo control, a nivel global. Es interesante porque las diferencias encontradas en el grupo de abuso en comparación con el control son bastante claras lo que puede ser un elemento muy importante a nivel terapéutico y para predecir el curso del desarrollo en estos niños. El considerar que no se tiene la capacidad de lograr las metas que se traza en un lapso de tiempo, y que las expectativas sobre su propia capacidad son cortas y limitadas, puede mantener un patrón de funcionamiento a corto término que se relaciona con los problemas del comportamiento.

Finalmente, en relación a las diferencias entre ambos grupos definidos por la condición del abuso sexual, se planteó la pregunta de *si hay diferencias a nivel de apego entre ambos grupos de niños*. En cuanto a la calidad del vínculo, que es la medida que se podía obtener del instrumento utilizado, es evidente que los datos muestran unas diferencias significativas particularmente con los padres y con los amigos, mientras que en el colegio y el barrio los vínculos no muestran diferencias entre el grupo de abuso sexual y el control. En el caso del primer grupo lo que se encontró es que los niños abusados tienden más a tener vínculos desorganizados con sus padres que el grupo de control. No hay vínculos positivos y esto incide de manera importante en el desarrollo del niño, además porque la mayoría de los niños de la muestra estudiada muy probablemente no estaban cerca del agresor en el momento de la medición, lo que muestra que este es una condición en los padres no agresores que se convierte en un factor de riesgo en el abuso sexual.

Respecto al tema del vínculo afectivo quizás sea conveniente volver atrás, y considerar los datos sobre el contexto del abuso y los agresores. Mientras son evidentes las diferencias en el caso del tipo de abuso, en la clase o contexto del abuso no se encontraron diferencias en este estudio. El efecto del abuso sexual es igual tanto extrafamiliar como intrafamiliar en la muestra estudiada esto se encuentra en discrepancia con otros hallazgos encontrados en la literatura. Esto se puede deber a la forma de la definición de esta categoría o que por otro lado las relaciones de los agresores están mediadas por el factor confianza, y no por la relación de consanguinidad que tenga el niño que ha sido victimizado con el agresor. Si se tiene en cuenta que la mayor proporción de los casos estudiados el agresor con mayor frecuencia era una persona conocida por el niño, ya fueran familiares o amigos cercanos al entorno del niño y en menor proporción desconocidos. Es decir que la relación no predice los cambios sino es el acto en sí el que sería más predictor de consecuencias negativas en el desarrollo psicológico de los niños. Los estudios sobre apego en muestras de niños abusados sexualmente son escasos pero los reportados comparan muestras de niños que han sufrido diferentes formas de maltrato. De todas formas se han encontrado diferencias importantes en esta variable (Canetti, Bachar, Galili-Weisstub, Kaplan y Shalev, 1997). Lo más interesante son los estudios de los efectos a largo término donde el apego es predictor de relaciones adecuadas en la edad adulta y las personas que han sido victimizadas en la infancia muestran grandes dificultades en este área como resultado del abuso sexual temprano (Morrison, Goodlin-Jones y Urquiza, 1997; Leifer, Kilbane, Jacobsen y Grossman, 2004; Aspelmeier, Elliot y Smith 2007).

El segundo objetivo también planteaba la posibilidad de que las diferencias entre grupos respecto a las variables psicológicas estudiadas estuvieran relacionadas con el sexo o edad de los participantes. En este sentido, se realizaba la pregunta de si *podría existir una **interacción** entre las características psicológicas que diferencian a los niños, niñas y adolescentes colombianos que han sufrido una experiencia de abuso sexual de aquellos que no las han sufrido, en función del **sexo o género***. Y ciertamente se han encontrado este tipo de interacciones, respecto a algunas variables específicas. En el funcionamiento intelectual por ejemplo la interacción es clara en las dimensiones que se evaluaron. En el caso de las niñas abusadas sexualmente su ejecución en las pruebas de vocabulario son inferiores si las

comparamos con los niños en esta misma condición. Los mismos resultados se observan para matrices y para CI total, esto significa que la condición de ser niña y abusada sexualmente influyen de manera importante en el desarrollo y funcionamiento intelectual. Es posible que lo anterior se convierta en un antecedente para desarrollar cuadros clínicos en la edad adulta, y para aumentar el riesgo o la vulnerabilidad incluso a ser victimizadas nuevamente porque la capacidad intelectual es inferior. Esto no le permite al niño generar estrategias ni alternativas de solución a problemas y mucho menos de enfrentar una situación de indefensión como sucede con el abuso sexual. El funcionamiento intelectual adecuado es un factor de protección para el mantenimiento de la salud mental y la adaptación.

Otra de las interacciones significativas entre abuso sexual y el género (sexo) de los niños se produce respecto a la variable autoeficacia en dos dimensiones, la autoeficacia académica y social, y la puntuación total. En este caso el área académica en las niñas se ve más afectada por la experiencia de abuso que los niños, de igual manera la competencia de interacción social se ve más disminuida en las niñas que en los niños, lo que se confirma en el resultado total de autoeficacia. En general los efectos del abuso sexual en las niñas son más graves en comparación con los niños.

Por otro lado, también se encuentran interacciones entre la variable género y la condición de abuso sexual respecto a algunas categorías relacionadas con la depresión, como la respuesta afectiva, los problemas sociales, la autoestima, la preocupación por la muerte, el sentimiento de culpabilidad y el total para síntomas depresivos. Esto significa que en las niñas el efecto del abuso sexual en la capacidad emocional es más grave que en los niños, particularmente en el estado de ánimo y en la forma como sienten y expresan las emociones. De igual manera se puede afirmar que la capacidad par relacionarse con las personas se ve afectada de manera más dramática en las niñas, así como los pensamientos de muerte y la sensación de ser responsables de la situación de abuso sexual. Es evidente que las niñas abusadas sexualmente muestran mayores niveles de depresión que los niños.

La otra pregunta de investigación sobre *posibles interacciones se centraba en la posible relación entre la experiencia de abuso sexual y el nivel de edad*. Sin embargo, la edad en este estudio no se encontró tan determinante como señalaban algunas investigaciones previas. Las interacciones que vale la pena mencionar en este aspecto son la de

autoeficacia académica y la autoeficacia total. Estos resultados indican que los niños más pequeños (8 a 10 años) se afectan más que los más grandes como consecuencia del abuso sexual en la capacidad para lograr cumplir las expectativas de resultados. Es probable que piensen que no son competentes en las tareas académicas por lo que su sentido de eficacia es disminuido. Mientras que Coulborn Faller (1988) considera que la edad determina las consecuencias del abuso y afirma que cuanto más grande es el niño se afecta más. En el presente estudio se encuentra lo contrario, es decir los niños más pequeños se afectan de manera más severa que los mayores cuando han sido victimizados. Estos resultados están más acordes con lo reportado por Wolfe, Gentile y Wolfe (1989).

El **tercer** objetivo específico era el de establecer el **riesgo que supone el abuso sexual** para el desarrollo psicológico intelectual y socioemocional de los niños, niñas y adolescentes colombianos estudiados. Coherente con todos los datos anteriores, se puede señalar que el abuso sexual supone un mayor riesgo para el desarrollo de problemas en el desarrollo psicológico, al menos en aquellos ámbitos en los que se ha podido establecer esta relación. Así, no sólo hay diferencias entre los grupos respecto a las variables de inteligencia, sino que el abuso sexual constituye un riesgo elevado para bajas puntuaciones en matrices, CI total y vocabulario, por ese orden. Esto es importante porque, si bien ya se había demostrado que había diferencias significativas entre los grupos, las puntuaciones medias de cada uno de ellos son muy cercanas entre sí e implican diferencias mínimas cuando se considera el rango total posible para estas variables. Un análisis de riesgo, a través de la OR, indica que no sólo hay diferencias numéricas en la cuantificación de la variable, sino que el número de sujetos del grupo de abuso sexual que tenían puntuaciones bajas en inteligencia es significativamente superior al que se encuentra en el grupo control. Y ese dato es significativo también desde un punto de vista clínico.

Así mismo, el abuso sexual supone un riesgo significativo, aunque más bajo, de desarrollar problemas de apego con los padres. En este caso el apego fue problemático –vínculo negativo o desorganizado- en un porcentaje mayor de sujetos del grupo de abuso sexual. Pero, sobre todo, se puede afirmar que el abuso sexual implica un mayor riesgo de desarrollar problemas de estado de ánimo en todas las variables de depresión valoradas, con la única excepción del sentimiento de culpabilidad. En este último caso el riesgo es claro (OR = 1,872), pero no resulta significativo. En definitiva, hay más sujetos del grupo de

abuso sexual con niveles elevados de problemas de estado de ánimo, en la casi totalidad de las subcategorías evaluadas mediante el CDS.

El **cuarto** objetivo específico perseguía **comparar los efectos de actos sexuales abusivos y actos de acceso carnal violento** en el estado psicológico de niños, niñas y adolescentes. Al hacer la comparación entre los niños que han sido víctimas de acceso carnal violento y actos sexuales abusivos las diferencias son importantes particularmente en el funcionamiento intelectual, donde se ven claras diferencias en las tres medidas de esta variable tanto a nivel de vocabulario y matrices como en los puntajes correspondiente al CI total. Por otro lado se ven diferencias entre estas dos condiciones de la variable abuso sexual en relación con la autoestima y la preocupación por la muerte. Este resultado parece significar que los niños que han sido sometidos a acceso carnal violento están en mayor riesgo de cometer suicidio. Por una parte no tienen buena imagen de sí mismos y tienen pensamientos recurrentes sobre la muerte. Esta combinación, sumada a las diferencias en apego con los padres, con los amigos y en general, resultan en un cuadro emocional mucho más deteriorado en aquellos niños que han sufrido el abuso de manera violenta en comparación con los que han sido sometidos a tocamientos. Lo anterior confirma lo planteado por Glaser y Wiseman (2000) quienes afirman que las consecuencias del abuso sexual están en función de la naturaleza del acto de abuso. Esto sin lugar a dudas pone en evidencia la necesidad de generar estrategias terapéuticas de mayor impacto y diferenciadas para estos casos.

El **quinto** objetivo planteaba la necesidad de establecer las posibles **diferencias entre las víctimas de abuso sexual extrafamiliar en intrafamiliar**. Sin embargo, no se encontraron diferencias en las consecuencias psicológicas de los niños abusados sexualmente en las condiciones extrafamiliar o intrafamiliar en este grupo estudiado. Glaser y Wiseman (2000) afirman que el hecho de ser abusado por el propio padre o por un desconocido tiene relación con los efectos que puede ocasionar el abuso sexual. A pesar de eso, los estudios muestran inconsistencia al respecto, y los resultados de este estudio abundan en esas inconsistencias. Vale la pena anotar que es una variable que se debe seguir investigando. En este caso, mejorar la definición de la propia variable, ajustando de forma más precisa el

tipo de contexto, podría dar lugar a unos resultados diferentes a los encontrados en la presente investigación.

Por último, el **sexto** objetivo consistía en establecer las posibles **diferencias entre las víctimas de abuso en función del tiempo transcurrido desde el reporte** (más de seis meses o menos). Aunque para Berliner y Elliot (2002) el tiempo transcurrido en el abuso sexual aumenta el riesgo de presentar más síntomas psicológicos, en la presente investigación no se llegó a establecer la posibilidad de que hubiera diferencias entre el grupo que había reportado el abuso antes de seis meses con el que el reporte había sido posterior. Es verdad que durante la recogida de información sobre esta variable no llegó a quedar claro cuál era el lapso de tiempo transcurrido entre notificación y medición. De hecho, el abuso pudo haber sucedido con mucha anterioridad a la notificación por lo que no parece que el momento de notificación pueda ser considerado, en principio, una variable relevante. Los hallazgos respecto a la variable tiempo de abuso tampoco son claros en la literatura existente, como informan Berliner y Elliot (2002), lo que debería convertir este aspecto en objeto de análisis posteriores, una vez que la medición y asignación a los grupos se realice con una mayor precisión. En este caso la diferencia entre el momento de notificación y el de reporte puede ser responsable de la ausencia de diferencias significativas entre los grupos, pero tampoco hay que descartar que el límite de tiempo establecido –los 6 meses– no sea un criterio adecuado.

En la gran mayoría de estudios realizados hasta el momento las mediciones más frecuentes se refieren a los problemas de comportamiento (evaluados utilizando el CBCL) tal y como se mostró en el capítulo 3. En el presente estudio se decidió trabajar con procesos psicológicos más básicos que pueden explicar los cambios de comportamiento en los niños. Por tal razón se llevó a cabo la evaluación de la dimensión cognoscitiva y otras condiciones en procesos como la ira que puede explicar la presencia de comportamientos desadaptativos (Berliner y Elliot, 2002; *ISPCAN Mental Health Task Force*, 2008). Resulta evidente cuando se analizan los resultados que aunque las puntuaciones globales de algunas pruebas muestren diferencias significativas entre los grupos de abuso y no abuso, los datos más interesantes hacen referencia a las subcategorías, particularmente en las pruebas de depresión, ansiedad, ira y apego. Esas diferencias en áreas específicas son muy claras, y

posiblemente puedan ser útiles para orientar el curso de estudios próximos, y de señalar aquellas áreas necesitadas de mayor profundización también a nivel de tratamiento.

Los resultados de este estudio señalan, por una parte, la necesidad de que las variables incluidas en este estudio formen parte de los protocolos de evaluación de los niños, niñas y adolescentes abusados sexualmente. Por otra parte, indican la necesidad de que las intervenciones psicológicas dirigidas al tratamiento de los efectos psicológicos del abuso sexual tomen en consideración también las variables aquí estudiadas, incluyendo aquellas como la inteligencia, la autoeficacia y el vínculo afectivo, que hasta ahora no han sido consideradas.

Sin duda alguna, este estudio viene a añadir a la investigación realizada hasta el momento sobre las consecuencias del abuso sexual en la infancia y adolescencia, nuevos datos. Algunos corroboran lo ya sabido o son una nueva aportación al estado actual de la investigación, y otros plantean nuevas preguntas para estudios futuros. Pero sobre todo este estudio resulta especialmente relevante por cuatro razones: (1) es uno de los primeros estudios realizados en Colombia y América Latina sobre los efectos a corto plazo del abuso sexual infantil y juvenil; (2) se basa en una muestra de una magnitud infrecuente, no ya en estudios realizados en el ámbito hispano, sino en todo el mundo; (3) incluye un número considerable de niños en la muestra, frente a la mayoría de los estudios realizados hasta el momento con muestras exclusivamente femeninas; y (4) toma en consideración variables sobre las cuales la investigación era hasta el momento escasa, si no inexistente.

Naturalmente, un estudio de esta magnitud muestra también debilidades metodológicas que se deben tener en cuenta en el momento de hacer considerar los resultados presentados. Una de las dificultades tiene que ver con la determinación de algunas condiciones como el contexto de abuso (intrafamiliar o extrafamiliar), el tiempo de reporte, o la división de la muestra en grupos en función de la edad. Las dificultades encontradas en este estudio, y señaladas anteriormente, deberían ser tenidas en cuenta en futuras investigaciones.

Otro problema metodológico está relacionado con los instrumentos de evaluación utilizados en esta investigación. Concretamente, la investigación se encontró desde un principio con la importante limitación de que son muy pocos los instrumentos de evaluación psicológica adaptados para población



colombiana. El uso frecuente de instrumentos adaptados o desarrollados en España no deja de presentar problemas. Así sucede con la prueba K-BIT, que por una parte presenta algunos ítems problemáticos a nivel de comprensión, así como la necesidad de utilizar el baremo español para su valoración. También ha habido algunos problemas con el CDS, en parte debido al contenido de algunos ítems que puede llegar a atemorizar a los evaluados mediante esta prueba. A pesar de todo, parte de los problemas de valoración e interpretación de los resultados obtenidos mediante estos instrumentos han podido reducirse mediante la utilización de un grupo control apareado, cuya semejanza con los niños del otro grupo se ha puesto a prueba en los análisis previos.

En todo caso, futuras investigaciones deberán determinar hasta que punto los resultados obtenidos en este estudio se pueden generalizar con mayor o menor grado de precisión a otros contextos y poblaciones.

## **2. Conclusiones.**

Los estudios sobre consecuencias psicológicas del abuso sexual muestran múltiples efectos en los niños, niñas y adolescentes. En particular los síntomas que más se han reportado tienen que ver con la conducta sexualizada, en particular en etapas tempranas del desarrollo, con síntomas asociados al estrés postraumático, con problemas de comportamiento externalizante como el trastorno disocial, conductas delictivas o trastorno de la conducta negativista desafiante, o problemas de abuso sexual en pares o en la edad adulta. También hay estudios que que los niños abusados sexualmente no muestran ningún síntoma clínico. El presente estudio incrementa la evidencia sobre las consecuencias del abuso sexual en el desarrollo psicológico del niño. Así se ha demostrado que el abuso sexual vivido en la infancia afecta al funcionamiento intelectual de los niños abusados sexualmente, y en particular en el género femenino y en el grupo de edad de 8 a 10 años. Por otro lado las variables más afectadas que muestra el estudio corresponden al área socioemocional en la que se evidencia la presencia de comportamientos depresivos de gran magnitud que tienen que ver con el estado de ánimo de los niños, los pensamientos asociados a la muerte, la baja autoestima, los sentimientos de culpa y los problemas sociales. Muchos de estos problemas no necesariamente se expresan abiertamente, pero si se

mantienen a lo largo del tiempo pueden dar como resultado el desarrollo de alteraciones aún mayores. Por otro lado, la autoeficacia muestra una disminución importante en una variable que clínicamente podría llegar a ser un factor de protección, potenciador de la resiliencia y mediador en los efectos del abuso sexual. La capacidad de apego también se muestra claramente afectada, aunque sería necesario determinar si actúa como variable antecedente o resultante de la situación de abuso. El hecho es que está presente de una manera muy clara en los grupos de niños abusados sexualmente en comparación con aquellos que no han vivido tal experiencia.

La conclusión general de esta investigación, es que se han podido demostrar consecuencias psicológicas significativas del abuso sexual en el desarrollo de los niños y su posterior adaptación y ajuste. El abuso sexual en la infancia supone un riesgo importante para el desarrollo de problemas psicológicos a corto plazo. Esto se ha demostrado para una población poco atendida por la investigación previa, como es la colombiana. Así, resulta claro que el abuso sexual no sólo supone una situación traumática, adversa y altamente dolorosa para los niños, niñas y adolescentes que lo sufren, sino también es responsable de problemas psicológicos numerosos que afectan a los niños que han pasado por esta experiencia. La investigación que se realice en el futuro tendrá que determinar no sólo si los resultados de este estudio se replican en otros ámbitos geográficos y culturales, sino también las implicaciones que para el tratamiento psicológico de los niños, niñas y adolescentes que han sufrido abuso sexual, tienen los hallazgos de esta investigación. En este trabajo se ha podido demostrar que el abuso sexual en la infancia y adolescencia afecta el desarrollo intelectual de los niños, su estado emocional a nivel de ansiedad, ira y estado de ánimo, y su autoeficacia y calidad del vínculo. Es por tanto necesario que estas dimensiones de la psicología de los menores abusados sean tomadas en consideración.



## REFERENCIAS

- Aber, J.L. y Ziegler, E.F. (1981). Developmental considerations in the definition of child maltreatment. En D. Cicchetti y R. Rizley (Ed.) *New Directions for Child Development*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Achenbach, T. M. y Edelbrock, C.S. (1983). *Manual for The Child Behavior Checklist and Revised Child Behavior Profile*: Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Adams, R. E., y Bukowski, W. M. (2007). Relationship with mothers and peers moderate the association between childhood sexual abuse and anxiety disorders. *Child Abuse and Neglect*, 31, 645-656.
- Ainsworth, M.D.S. (1979). Attachment to related to mother-infant interaction. En J.S. Rosenblatt, R.A. Hinde, C. Beer, y M. Busnel (Ed.) *Advances in the study of Behavior* (págs. 1-51). New York: Academic Press.
- Ainsworth, M.D.S. (1985). Patterns of infant-mother attachments: antecedents and effects on development. *Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 61, 9, 771-791.
- Ainsworth, M. (1989). Attachments beyond infancy. *American Psychologist*, 44, 709-716.
- Alexander, P. C. (1992). Application of attachment theory to the study of sexual abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 60, 2, 185-195
- Alter-Reid, K., Gibbs, M.S., Rasic Lachenmeyer, J., Sigal, J. y Massoth, N.A. (1986). Sexual Abuse of children: a review of the empirical findings. *Clinical Psychology Review*, 6, 249-266.
- American Psychiatric Association (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. (4ª edición revisada). Washington: Autor.
- Ammerman, R. T. (1998). Methodological issues in child maltreatment research. En: J.A. Lutzker (Ed.) *Handbook of child abuse research and treatment*. (págs. 117-132). New York. Plenum Press.
- Ammerman, R. T., Cassisi, J. E., Hersen, M., y Van Hasslet, V. B. (1986). Consequences of physical abuse and neglect in children. *Clinical Psychology Review*, 6, 291-310.
- Aspelmeier, J. E., Elliot, A. N., y Smith, C. H. (2007). Childhood sexual abuse, attachment, and trauma symptoms in college females: The moderating role of attachment. *Child Abuse and Neglect*, 31, 549-566.

- Azar, S.T., Povilaitis, T.Y., Lauretti, A.F., y Pouquette, C.I. (1998). The current status of etiological theories in intrafamilial child maltreatment. En J.A., Lutzker (Ed.) *Handbook of child abuse research and treatment* (págs. 3-28). New York. Plenum Press.
- Bae, H-O., Solomon, P. L., y Gelles, R. J. (2007). Abuse type and substantiation status varying by recurrence. *Children and Youth Services Review*, 29, 856-869.
- Bandura, A., (1977) *Social Learning Theory*. New Jersey: Englewood Cliffs
- Bandura, (1986). *Pensamiento y acción*. Barcelona: Martínez Roca.
- Bandura, A., (1997). *Self-efficacy: the exercise of control*. New York: W.H. Freeman and company.
- Barceló, E., Lewis, S. y Moreno, M. (2006). Funciones ejecutivas en estudiantes universitarios que presenta bajo y alto rendimiento académico. *Psicología desde el Caribe*, 18, 109-138.
- Barlow, D. (2002). Unraveling the mysteries of anxiety and its disorders from the perspective of emotion theory. *American Psychologist*, 55, 1247-1259.
- Barlow, D. (2008). Protocolo Unificado de Trastornos Emocionales. Seminario Taller *Universidad de Los Andes*, Noviembre 11, 2008. Bogotá.
- Barnett, D., Manly, J. T. y Cicchetti, D. (1993). Defining child maltreatment: The interface between policy and research. En D. Cicchetti y S. L. Toth (Eds.), *Child abuse, child development, and social policy* (págs. 7-74). Norwood, NJ: Ablex.
- Barnett, D. (1994). The effects of early intervention on maltreating parents and their children. In M.J. Guralnick (Ed.), *The effectiveness of early intervention* (págs. 143-173). Baltimore, MD: Brookes.
- Bassi, M., Steca, P., Delle Fave, A., y Caprara, G. V. (2007) Academic Self-Efficacy Beliefs and Quality of Experience in Learning. *Journal Youth and Adolescence*, 36, 301-312.
- Basta, S. M. (1986). *Personality Characteristics of Molested Children*. Reno: University of Nevada.
- Belsky, J. (1980). Child maltreatment: an ecological integration. *American Psychologist*, 35, 320-335.
- Belsky, J. (1993). Etiology of maltreatment: a developmental- ecological analysis. *Psychological Bulletin*, 11, 413-434.
- Belsky, J., Bakermans-Kranenburg, M. J., y van IJzendoorn, M.H. (2007). For better and for worse: differential susceptibility to environmental influences. *Current Directions in Psychological Science*, 16, 300-304.

- Belsky, J., Jaffee, S., Sligo, J., Woodward, L., y Silva, P.A. (2005). Intergenerational Transmission of warm sensitive stimulating parenting: a prospective study of mothers and fathers o 3 years old. *Child Development*, 76, 384-396.
- Belsky, J., y Straton P. (2000). An ecological analysis of the etiology of child maltreatment. En Browne, K., Hanks, H., Stratton, P. & Hamilton C. (2002). *Early prediction and prevention of child abuse. A Handbook* (págs. 95-110). England: John Wiley and Sons.
- Berliner, L. (1991). Reporting child abuse: helping or hurting? *Journal of Interpersonal Violence*, 6, 110-111.
- Berliner, L. (2002). The traumatic impact of abusive experiences: treatment issues. En Browne, K., Hanks, H., Stratton, P. & Hamilton C. (2002). *Early prediction and prevention of child abuse. A handbook* (págs. 203-216). England: John Wiley and Sons.
- Berliner, L. y Conte, J. (1993). The effects of disclosure and intervention of child sexually abused children. *Child Abuse and Neglect*, 19, 371-384.
- Berliner, L. y Elliot, D.M. (2002). Sexual abuse of children. En J. E., Myers, L. Berliner, J. Briere, C. T. Hendrix, C. Jenny, y T. A. Reid (Eds.). *The APSAC Handbook on child maltreatment* (págs. 55-78). A thousand Oaks: Sage.
- Berns, R. (2004). *Child family school community: Socialization and support*. Belmont, California: Thomson Learning.
- Bijou, S.W. (1993). *Behavior analysis of child development*. 2ª Edición. Reno: Context Press.
- Bolen, R.M. (2001). *Child sexual abuse: its scope our failure*. Hingham, MA.: Kluwer Academic Publishers.
- Bolen, R.M. (2005). Attachment and family violence: Complexities in knowing. *Child Abuse and Neglect*, 29, 845-852
- Boney-McCoy, S., y Finkelhor, D. (1995). Psychosocial sequelae of violent Victimization In a national youth sample. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 726-736.
- Bowlby, J. (1993). *El vínculo afectivo*, Barcelona: Editorial Paidós.
- Brewin, C., Andrews, B., y Gotlib, I. H. (1993). Psychopathology and early experience: A reappraisal of retrospective reports. *Psychological Bulletin*, 113, 82-98.
- Briere, J. (1992). *Child abuse trauma: theory and treatment of the lasting effects*. California: Sage Publications.
- Briere, J., y Rickards, S. (2007). Self-awareness, affect regulation, y relatedness: diferencial sequels of childhood versus adult victimization experiences. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 195, 497-503.

- Browne, C., y Winkelman, C. (2007). The effect of childhood trauma on later psychological adjustment. *Journal of Interpersonal Violence*, 22, 684-697.
- Buckle, S. K., Lancaster, S., Powell, M. B., y Higgins, D. J. (2005). The relationship between child sexual abuse and academic achievement in a sample of adolescent psychiatric inpatients. *Child Abuse and Neglect*, 29, 1031-1047.
- Bugental, D., y Shennum, W. (2002). Gender, Power and Violence in the family. *Child Maltreatment*, 7, 55-63
- Camargo, S. Mejía, G., Herrera, N., y Carrillo, S. (2007). Adaptación del cuestionario personas en mi vida en niñas y niños bogotanos entre 9 y 12 años de edad. *Acta Colombiana de Psicología*, 10, 83-93.
- Canetti, L. Bachar, E. Galili-Weisstub, E., Kaplan, A., y Shalev, A. (1997). Parental bonding and mental health in adolescence, *Adolescence*, 32, 381-394
- Cantón, D., y Justicia, F. (2008). Afrontamiento del abuso sexual infantil y ajust psicológico a largo plazo. *Psicothema*, 20, 509-515.
- Carrasco Ortiz, M. A., y Barrio Gándara, M. V. (2002). Evaluación de la autoeficacia en niños y adolescentes. *Psicothema*, 14, 323-332.
- Carter, J.C., Bewell, C., Blackmore, E., y Woodside, D.B. (2006). The impact of childhood sexual inn anorexia nervosa. *Child Abuse and Neglect*, 30, 257-269.
- Castrillón Moreno, D.A., y Borrero Copete, P.M. (2005). Validación del inventario de ansiedad estado-rasgo (STAIC) en niños escolarizados entre los 8 y los 15 años. *Acta Colombiana de Psicología*, 13, 79 - 90.
- Cawson, P., Wattam, C. Brooker, S., y Kelley, G. (2000). *Child maltreatment in the United Kingdom. A study of the prevalencenof child abuse and neglect*. London: NSPCC.
- Cicchetti, D., y White, J. (1990). Emotion and developmental psychopathology. En N. Stein, B. Leventhal y T. Trebasso (Eds.) *Psychological and biological approaches to emotion* (págs. 359-382). Hillsdale, New Jersey: Earlbaum.
- Cicchetti, D., y Barnett, D. (1991). Toward the development of a scientific nosology of child maltreatment En D. Cicchetti and W. Grove (Ed.) *Thinking clearly about psychology: Essays in honor of Paul E. Meehl* (pags. 346-377). Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Cicchetti, D., y Carlson, V. (1989). *Child Maltreatment: Theory and research on the causes and consequences of child abuse and neglect*. New York: Cambridge University Press.
- Cicchetti, D., y Lynch, M. (1993). Toward an ecological/transactional model of community violence and child maltreatment: Consequences for children's development. *Psychiatry*, 53, 96-118.

- Cicchetti, D., y Lynch, M. (1995). Failures in the expectable environment and their impact on individual development: The case of child maltreatment. En D. Cicchetti y D.J. Cohen (Eds.), *Developmental Psychopathology, Volume 2: Risk, Disorder, and Adaptation* (págs.. 32-71). New York: John Wiley & Sons.
- Cicchetti, D., y Rizley, R. (1981). Developmental perspectives on the etiology, intergenerational transmission and sequelae of child maltreatment. *New Directions for Child Development, 11*, 31-56.
- Cicchetti, D. y Toth, P. (1995). *A developmental psychopathology perspective on child abuse and neglect*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Cieslak, R., Benight, C. C., y Lehman, V. C., (2008). Coping self-efficacy mediates the effects of negative cognitions on posttraumatic distress. *Behavior Research and Therapy, 46*, 788-798.
- Clark, D.A., Beck, A.T. y Alford, B. (1999). *Scientific foundations of cognitive theory and therapy of depression*. New York: John Wiley & Sons.
- Clark, L. y Watson, D. (1991). Tripartite model of anxiety and depression psychometric evidence and taxonomic implications. *Journal of Abnormal Psychology, 100*, 316-336.
- Clark, L., Watson, D. y Mineka, S. (1994). Temperament, personality, and the mood and anxiety disorders. *Journal of Abnormal Psychology, 103*, 103-116.
- Cohen, J., y Mannarino, A.P. (1988). Psychological symptoms in sexually abused girls, *Child Abuse and Neglect, 12*, 571-577.
- Cohen, J., y Mannarino, A.P. (1994). *Trauma-focused CBT treatment manual for children and adolescent unpublished treatment manual*. Pittsburgh, Pennsylvania: MCP Hahnemann University School of Medicine, Allegheny General Hospital.
- Cohen, J., y Mannarino, A. P. (1998). A treatment study for sexually abused Preschool children: outcome during one-year follow-up. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 36*, 1228-1235
- Cohen, J., y Mannarino, A.P. (2002). *Addressing Attributions in Treating Abused Children. Child maltreatment, 7*, 82-86
- Cohen, J., Mannarino, A. P., Murria, L., e Igelman, R. (2006). Psychosocial interventions for maltreated and violence-exposed children. *Journal of Social Issues, 62*, 737-766.
- Colomer-Revuelta, C. , Colomer-Revuelta, J. Mercer, R., Peiró-Pérez, R. y Rajmil, L. (2004). La salud en la infancia. *Gaceta Sanitaria, 18*, 8-18.
- Conte, J. (1993). Sexual abuse evaluations: conceptual and empirical obstacles. *Child Abuse and Neglect, 17*, 1-25.



- Conte, J. (2008) *Concept Paper on Child Abuse. ISPCAN Global Summit on child Protection*. Chicago: ISPCAN.
- Conte, J., y Schuerman, J. (1987). The effects of sexual abuse on children: a multidimensional view. *Journal of Interpersonal Violence*, 2, 380-390.
- Cook, E.T. Greenberg, M.T., y Kusche, C.A. (1995) People in my life: attachment relationships in middle childhood. *Journal of Family Psychology*, 14, 11-124.
- Cordero, A., y Calonge, I. (2000). *Test Breve de Inteligencia de Kaufman (K-BIT). Adaptación Española*. Madrid: TEA.
- Cortés, A. M., Saltzman, K.M., Wemms, C.F., Regnault, H.P. Reiss, A.L. y Carrion, V.G. (2005). Development of anxiety disorders in a traumatized pediatric population: a preliminary longitudinal evaluation. *Child Abuse and Neglect*, 29, 905-914.
- Costello, E. J. Angold, A. Burns, B. J., Stangl, D. L., Twedd, D.L., Alaatin, E., y Worthman, C. (1996). The Great Smoky Mountains Study of Youth: goals, design, methods, and the prevalence of DSM-III-R disorders. *Archives of General Psychiatry*, 53, 1129-1136.
- Coulborn Faller, K. (1988). *Understanding child sexual abuse*. London: Sage Publications.
- Coulborn Faller, K. (1989). Why sexual abuse? An exploration of the intergenerational hypothesis. *Child Abuse and Neglect*, 13, 543-548.
- Coulborn Faller, K. (2003). *Understanding and assessing child sexual maltreatment*. London: Sage Publications.
- Coulton, C.J., Crampton, D. S., Molly, I., Spilsbury, J. C. y Korbin, J. (2007). How neighborhoods influence child maltreatment: A review of the literature and alternative pathways. *Child Abuse and Neglect*. 31, 1117-1143.
- Crittenden, P.M. (1989). *Nuove prospettive sull'attaccamento: teoria e pratica in famiglia ad alto rischio*. Milan: Edizione Angelo Guerini e Associati.
- Crouley, M. S. (2007). Memories of childhood sexual abuse. *Journal of Interpersonal Violence*, 22, 1095-1113.
- Chorpita, B. y Barlow, D. (1998). The development of anxiety: the role of control in the early environment. *Psychological Bulletin*, 124, 3-21.
- Danielson, C. K., de Arellano, M. A., Kilpatrick, D. G., Saunders, B. E., y Resnick, H. S. (2005). Child maltreatment and depressed adolescents: differences in symptomatology based on history of abuse. *Child Maltreatment*, 10, 37-48.
- DANE (2005). *Dirección de censos y demografía. Censo general 2005. Colombia*. Bogotá: DANE.

- Davies, P. y Windle, M. (2001) Interparental discord and adolescent adjustment trajectories: the potentiating and protective role of intrapersonal attributes. *Child Development*, 72, 1163-1178.
- De Becker, E., Chapelle, S., y Chatelle, N. (2008). L'enfant et le pedophile. *L'évolution Psychiatrique*, 73, 319-330.
- De Bellis, M. Baum, A. y Birmaher, B. (1999) Developmental traumatology, part I: biological stress systems. *Biological Psychiatry*, 45,1259–1270.
- Del Barrio, V., Spielberger, C.D. y Aluja, A. (2005). *STAXI-NA Inventario de Expresión de ira estado-rasgo en niños y adolescentes*. Madrid: TEA ediciones
- Deblinger, E., Mannarino, A.P., Cohen, J., y Steer, R.A. (2006). Follow-up Study of a Multisite, Randomized, Controlled Trial for Children With Sexual Abuse Related PTSD Symptoms, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45, 1474-1484.
- Drake, B., y Pandey, S. (1996). Understanding the relationship between neighborhood poverty and specific types of child maltreatment. *Child Abuse and Neglect*, 20, 1003-1018.
- Díaz Curiel, J. (2000). Acontecimientos vitales estresantes: relación con las enfermedades físicas en la infancia y la adolescencia. *Psiquis*, 21, 75-80.
- Echeburúa, E. y Corral, P. (2006). Secuelas emocionales en víctima de abuso sexual en la infancia. *Cuaderno Médico Forense*, 12, 43-44.
- Einbender, A., J y Friedrich, W. N. (1989). Psychological Functioning and behavior of sexually abused girls. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 155-157.
- Elliot, N., Heath, Madden, A.C., Cooper, P.A., Dinwiddie, S.H., Bucholz, K.K. Glowinsky, A., McLaughlin, T., Dunne, M. P., Statham, D.J. y Martin, N.G. (2002). Association between self reported childhood sexual abuse and adverse psychosocial outcomes: results from a twin study. *Archives of General Psychiatry*, 59, 139-145.
- English, D., Bangdiwala, S., y Runyan D. K. (2005). The dimensions of maltreatment: introduction. *Child Abuse and Neglect*, 29, 441-460.
- English, D. J. y The LONGSCAN Investigators (1997). Modified maltreatment classification system, from <http://www.iprc.unc.edu/longscan/>
- Ernst, J. S. (2000). Mapping child maltreatment: Looking at neighborhoods in a suburban county. *Child Welfare*, 79, 555-572.
- Estudio Nacional de Salud Mental (2003). Recuperado el 11 de enero, (2006). <http://www.minproteccionsocial.gov.co>.

- Feerick, M. M., Haugaard, J. J., y Hien, D. A. (2002). Child maltreatment and adulthood violence: the contribution of attachment and drug abuse. *Child Maltreatment*, 7, 226-240.
- Feiring, C., y Cleland, C. (2007). Childhood sexual abuse and abuse-specific attributions of blame over 6 years following discovery. *Child Abuse and Neglect*, 31, 11-12, 1169-1186.
- Feiring, C., Taska, L. y Chen, K. (2002). Trying to understand why horrible things happen: attribution, shame and symptom development following sexual abuse. *Child Maltreatment*, 7, 25-39.
- Feldman-Summers, S., y Pope, K.S. (1994). The experience of "forgetting" childhood abuse: A national survey of psychologists. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 636-39.
- Felitti, V., Anda, F.R., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A., Edwards, V., Koss, M. P., y Marks, J. M. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14, 245-258
- Fernández Parra, A. (1997). Trastornos del Comportamiento en la Infancia. Fundamentos teóricos y prácticos. Granada: Grupo Editorial Universitario.
- Finkelhor, D. (1979). What's Wrong with Sex Between Adults and Children: Ethics and the Problem of Sexual Abuse". *American Journal of Orthopsychiatry*, 49, 692-697.
- Finkelhor, D. (1984). *Child Sexual Abuse: New Theory and Research*. New York: Free Press.
- Finkelhor, D. (1986). Preventing Approaches to Child Sexual Abuse. En M. Lystad (Ed.), *Violence in the Home: Interdisciplinary Perspectives*. New York: Brunner/Mazel.
- Finkelhor, D. (2007). Developmental Victimology: *the comprehensive study of childhood victimizations*. En R.C. Davis, A.J. Luirigio, y S. Herman (Ed) *Victims of crimes* (págs., 9-34). Thousands Oaks: Sage Publications.
- Finkelhor, D. (1994). The International Epidemiology of Child Sexual Abuse. *Child Abuse and Neglect*, 18, 409-417.
- Finkelhor, D. (2008). Lessons from the Decline in Child Maltreatment in the USA. Paper presentado en el *XVIIth ISPCAN International Congress on Child Abuse and Neglect*. Hong Kong SAR, China.
- Finkelhor, D., y Browne, A. (1985). The traumatic impact of child sexual abuse: a conceptualization. *American Journal of Orthopsychiatry*, 55, 530-541.

- Finkelhor, D., y Browne A. (1986). Initial and long-term effects: a conceptual framework. En D. Finkelhor (Ed), *A sourcebook on a child sexual abuse* (págs. 180-198). Newbury Park, CA: Sage publications.
- Finkelhor, D., Hotaling, G. T., Lewis, I. A. y Smith, C. (1990). Sexual abuse in a national survey of adult men and women: prevalence, characteristics, and risk factors. *Child Abuse and Neglect, 14*, 19-28.
- Finkelhor, D., Ormrod, R. K., y Turner, H. A. (2007). Revictimization patterns in a national longitudinal sample of children and youth. *Child Abuse and neglect. 31*, 479-503.
- Finkelhor, D., Ormrod, R.K., Turner, H.A., y Hamby, S. L. (2005). Measuring polivictimization using the juvenile victimization questionnaire. *Child Abuse and Neglect, 29*, 1297-1313.
- Finkelhor, D., Ormrod, R. K., Turner, H. A., y Hamby, S. L. (2005). The victimization of children and youth a comprehensive, national survey. *Child Maltreatment, 10*, 5-25.
- Filipas, H. H., y Ullman, S, E. (2006). Child sexual abuse, coping responses, self-blame posttraumatic stress disorder, and adult sexual revictimization. *Journal of Interpersonal Violence, 21*, 652-672.
- Finzi, R., Cohen, O. Sapir, Y., y Weisman, A. (2000). Attachment Styles in Maltreated Children: A Comparative Study. *Child Psychiatry and Human. Development, 31*, 113-128.
- Finzi, R., Dotan, E., Manor, I., y Tyano, S. (2006). ADHD, Temperament, and parental style as predictors of the child's attachment pattern. *Child Psychiatry Human Development, 37*, 103-114.
- Finzi, R. Ram, A. Har-even, D., Schnit, D. y Weismann, A. (2001). Attachment styles and aggression in physically abused and neglected children. *Journal of Youth and Adolescence, 30*, 769-786.
- Fiscalía General de la Nación (2007). Informe cuarto trimestre. Boletín estadístico No. 22.
- Forensis (2005) *Datos para la Vida*. Bogotá: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses.
- Forensis (2006) *Datos para la Vida*. Bogotá: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses.
- Forensis (2007) *Datos para la Vida*. Bogotá: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses.
- Forensis (2008) *Datos para la Vida*. Bogotá: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses.

- Fry, A. F., y Hale, S., (1996) Processing speed, working memory, and fluid intelligence Evidence for developmental cascade. *Psychological Science*, 7, 237-241.
- Gagne, M-H., Lavoie, F., y Hébert, M. (2005). Victimization during childhood and revictimization in dating relationships in adolescent girls. *Child Abuse and Neglect*, 29, 1155-1172.
- Garbarino, J. (1977). The human ecology of child maltreatment: a conceptual model for research. *Journal of Marriage and the Family*, 39, 721-736
- Garbarino, J. (2008). *Children and the dark side of human experience*. New York. Springer.
- Garbarino, J. (2008). Seminario: Trauma y Resiliencia. Universidad de San Buenaventura – Bogotá, Universidad de la Sabana – Chía. Colombia.
- García, R. E. (2006). Notas sobre la noción de salud y la reflexión cultural en psicología. *Athenea Digital*, 9, 1-17.
- Giovannoni, J.M. (1989) Definitional issues in child maltreatment. En D. Cicchetti y V. Carlson (Eds). *Child maltreatment: Theory and research on the causes and consequences of child abuse and neglect*. New York: Cambridge University Press.
- Giovannoni, J. M. y Becerra R. M. (1979). Defining child abuse. New York: Free Press.
- Glaser, D. (2008). *Concept Paper on Child Abuse. ISPCAN Global Summit On child Protection*. Chicago.
- Glaser, D., y Wiseman, M. (2000). Child sexual abuse. *Biological Psychiatry*, 357-378.
- Gomes-Schwartz, B., Horowitz, J. M., Cardarelli, A. P. y Sauzier, M. (1990). The aftermath of child sexual abuse: 18 months later. En: B. Gomes-Schwartz, J. M. Horowitz, y A. P. Cardarelli (Eds.), *Child sexual abuse: The initial effects*. (pags.. 132-152). Newbury Park: Sage.
- Goodman, S.H. (2002). Depression and early adverse experiences. En I.H. Gotlib, y C.L. Hammen (Ed.), *Handbook of depression*. Nueva York: Guilford.
- Gross, J.J. (1998). The emerging field of emotion regulation: an integrative review. *Review of General Psychology*, 2, 271-299.
- Guarín, L., Camacho, G., y Vargas, E. ( 2001). *Panorama del Maltrato y Abuso Sexual en América del Sur*. Bogotá: La Imprenta Editores.
- Hall, G. C., y Hirschman, R. (1991). Towards a theory of sexual aggression: a quadripartite model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 662-669.
- Hamby, S. L., y Finkelhor, D. (2000). The victimization of children: recomendations for assesment and instrument development. *Journal American Academy of Child Adolescent Psychiatry*, 39, 829- 840.

- Hartmann, C., y Burgess, A. (1993). Information processing of trauma. *Journal of Interpersonal Violence*, 3, 443-457
- Hazzard, A., Celano, M., Gould, J., Lawry, S., y Webb, C. (1995). Predicting symptomatology and self-blame among child sex abuse victims. *Child Abuse and Neglect*, 19, 707-714.
- Hébert, M., Collin-Vezina, D., Daigneault, I., Parent, N., y Tremblay, C. (2006). Factor linked to outcomes in sexuality abuse girls: a regression tree analysis. *Comprehensive Psychiatry*, 47, 443-455.
- Hébert, M., Parent, N., Daignault, I. V., y Tourigny, M. (2006). A typological analysis of behavioral profiles of sexually abused children. *Child Maltreatment*, 11, 203-216.
- Hessler, D. M., y Katz, L.F. (2007). Children's emotion regulation: self-report and physiological response to peer provocation. *Developmental Psychology*, 4, 27-38.
- Hewitt, S. (1999). *Assessing child sexual abuse allegations in preschoolers*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Hobbs, C., y Wynne, J. (2002). Predicting sexual child Abuse and Neglect. En K. D. Browne, H. Hanks, P. Stratton y C. Hamilton (Ed.) *Early Prediction and prevention of child abuse: a Handbook*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Holmes, W. C. (2008). Men's self definitions of abusive childhood sexual experiences, and potentially related risky behavioral and psychiatric outcomes. *Child Abuse and Neglect*, 32, 83-97
- Holt, M. K., Finkelhor, D., y Kaufman Kantor, G. (2007). Multiple victimization experiences of urban elementary school students: Associations with psychosocial functioning and academic performance. *Child Abuse and Neglect*, 31, 503-515.
- Howells, K. (1981). Adult sexual interest in children: Considerations relevant to theories of etiology. En M. Cook y K. Howells (Eds.) *Adult Sexual Interest in Children*. New York: Academic Press.
- Howells, K. (1994). Child sexual abuse: Finkelhor's precondition model revisited. *Psychology, Crime & Law*, 1, 201-214.
- Horno, P., Del Marino, A. C., López, F., Giménez, S., y Román, B. (2006). *Explotación Sexual Infantil: Análisis de la situación en España*. Madrid: Save the Children.
- Hughes, T.L., Johnson, T.P., Wilsnack, S. C., y Szalacha, L.A. (2007). Childhood risk factors for alcohol abuse and physiological distress among adult lesbians. *Child Abuse and Neglect*, 31, 769-789.
- Ingram, R. E., Odom, M., y Mitchusson, T. (2002). Secondary prevention of depression: risk, vulnerability, and intervention. En D. J. Dozois y K. S. Dobson (Eds.), *The prevention of anxiety and depression: Theory, research, and practice* (págs. 205-231). Washington, DC: American Psychological Association.

- Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (2006). *Código de la Infancia y la Adolescencia. Ley 1098 de 2006*. Ministerio de la Protección Social. Bogotá, Imprenta Nacional de Colombia.
- ISPCAN (2008). *Global Summit on child abuse and neglect*. Chicago: ISPCAN.
- ISPCAN (2008). *Mental Health curriculum task force*. Hong Kong S.A.R. ISPCAN.
- Izard, C. E., Haynes, M., Chisholm, G., y Baak, K. (1991). Emotional determinants of infant-mother attachment. *Child Development, 62*, 906-917.
- Jehu, D. (1989). Long term correlates of child sexual abuse. Occasional Papers No. 3. Association for child psychology and psychiatry. J. Ouston (Ed.) Papers presented at the ACP study day, 21<sup>st</sup> February 1989 Robens Suite, Guy's Hospital, London SE1.
- Jonzon, E., Lindblad, F. (2006). Risk factors and protective factors in relation to subjective health among adult female victims of child sexual abuse. *Child Abuse and Neglect, 30*, 127-143.
- Jumper, S.A. (1995). A meta-analysis of the relationship of child abuse to adult psychological adjustment. *Child Abuse and Neglect, 19*, 715-728.
- Kaufman, A. S., y Kaufman, N. L. (1997). Kaufman Brief Intelligence Test manual. Circle Pines, MN: American Guidance Service.
- Keller, M.B. (2003). Past, present, and future directions for defining optimal treatment outcome in depression: remission and beyond. *JAMA, 289*, 3152-3160.
- Kendall-Tackett, K. A., Williams, L. M., y Finkelhor, D. (1993). Impact of sexual abuse on children: A review and synthesis of recent empirical studies. *Psychological Bulletin, 113*, 164-180.
- King, N., Heyne, T. y Ollendick, T. (2005). Cognitive-Behavioral Treatments for Anxiety and Phobic Disorders in Children and Adolescents: A Review. *Behavioral Disorders, 30*, 241-258.
- Koverola, C., Pund, J., Heger, A., y Lytle, C. (1993). Relationship of child sexual abuse and depression. *Child Abuse and Neglect, 17*, 393-400.
- Lakdawalla, Z., Benjamin L., Hankin, R., y Mermelstein, R. (2007). Cognitive Theories of Depression in Children and Adolescents: A Conceptual and Quantitative Review. *Clinical Child and Family Psychology Review, 10*, 1-24.
- Lang, M. y Tisher, M. (2000). *CDS Cuestionario de depresión para niños*. Madrid: TEA ediciones.
- Lang, P., Davis, M. y Ohman, A. (2000). Fear and Anxiety: Animal models and human cognitive psychophysiology. *Journal of Affective Disorders, 61*, 137-159

- Leeb, R. T., Barker, L. E., y Strine, T. W. (2007). The effect of childhood physical and sexual abuse on adolescent weapon carrying. *Journal of Adolescent Health, 40*, 551-558.
- Leifer, M., Kilbane, T., Jacobsen, T., y Grossman, G. (2004). A three generational study of transmission of risk for sexual abuse. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 33*, 662-672.
- Leitenberg, H., Gibson, L.E., y Novy, P. L. (2004). Individual differences among undergraduated woman in methods of coping with stressful events: the impact of cumulative childhood stressors and events. *Child Abuse and Neglect, 28*, 181-192.
- Lewinsohn, P.M., y Essau, C.A. (2002). Depression in adolescents. En I.H. Gotlib C.L.Hammen (Eds.). *Handbook of depression*. Nueva York: Guilford.
- López, F., Carpintero, E., Hernández, A., Martín, M.J., y Fuertes, A. (1995). Prevalencia y consecuencias del abuso sexual al menor en España. *Child Abuse and Neglect, 19*, 1039-1050.
- Lutzker, J.A. (1998). *Handbook of child abuse research and treatment*. New York. Plenum Press.
- Lipovsky, J. A., Saunders, B. E., y Murphy, S. M. (1989). Depression, anxiety, and behavior problems among victims of father—child sexual assault and nonabused siblings. *Journal of Interpersonal Violence, 4*, 452-468.
- Littleton, H., Radecki Breitkopf, C., y Berenson A. (2007). Sexual and physical abuse history and adult sexual risk behaviors: Relationships among women and potential mediators. *Child Abuse and Neglect, 31, 7*, 757-768.
- Maddux, J.E., Norton, L.W., y Stoltenberg, C.D. (1986) Self-efficacy expectancy, outcome and outcome value: relative effects on behavioral intentions. *Journal of Personality and Social Psychology, 51*, 783-789.
- Manly, J., T. (2005). Advances in research definitions of child maltreatment. *Child Abuse and Neglect, 29*, 425-439
- Manly, J. T., Kim, J., E., Rogosch, F. A., y Cicchetti, D. (2001). Dimensions of child maltreatment and children's adjustment: contributions of developmental timing and subtype. *Development and Psychopathology, 13*, 759-782.
- Mannarino, A.P., y Cohen, J. A. (1986). A clinical-demographic study of sexually abused children. *Child Abuse and Neglect, 10*, 17-23.
- Mannarino, A.P., Cohen, J.A., y Berman, S. (1994). The relationship between preabuse factors and psychological symptomatology in sexually abused girls. *Child Abuse and Neglect, 18*, 63 71.



- Mannarino, A.P., Cohen, J.A., y Gregor, M. (1989). Emotional and behavioral difficulties in sexually abused girls. *Journal of Interpersonal Violence*, 4, 437-451.
- Mannarino, A. P., Cohen, J.A., Smith, J.A., y Moore-Motily, S. (1991). Six and twelve month follow-up of sexually abused girls. *Journal of Interpersonal Violence*, 6, 494-511.
- Marshall, W. L. (1999). Current status of North American assessment and treatment programs for sexual offenders. *Journal of Interpersonal Violence*, 14, 221-239.
- Marshall, W. L., y Barbaree (1999). Current status of North American assessment and treatment programs for sexual offenders. *Journal of Interpersonal Violence*, 14, 221-239.
- Marshall, W. L., y Barbaree (1999). An integrated theory of the etiology of sexual offending. In W. L. Marshall, D. R. Laws and H. E. Barbaree (Eds.) *Handbook of sexual assault: Issues, theories, and treatment of the offender* (págs. 257-275). New York: Plenum Press.
- Marshall, W.L., Anderson, D., y Fernández, Y.M. (1999). *Cognitive behavioral treatment of sexual offenders*. Chichester: John Wiley and sons.
- Marx B. P., Heidt, J., y Gold, S. (2005). Perceived uncontrollability and unpredictability, self regulation, and sexual revictimization. *Review of General Psychology*, 9, 67-90.
- Mazure, C.M. (1998). Life stressors as risk factors in depression. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 5, 91-313.
- McGee, R., Wolfe, D., y Olson, J. (1991). Multiple maltreatment, attribution of blame, and adjustment among adolescents. *Development and Psychopathology*, 13, 827-846
- Merrill, M. M., Guimond, J. M., Thomsen, C. J., y Milner, J. S. (2003). Child sexual abuse and number of sexual partner in young women the role of abuse severity, coping style and sexual functioning. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 987-996.
- Mezulis, A. H., Shibley Hyde, J., Abramsom, L. (2006). The developmental origins of cognitive vulnerability to depression: temperament, parenting, and negative life events in childhood as contributors to negative cognitive style. *Developmental Psychology*, 42, 1012-1025.
- Millán, S., García, E., Hurtado, J. A., Morilla, M., y Sepúlveda, P. (2006). Victimology in children. *Cuaderno Médico Forense*, 12, 7-19.
- Mineka, S., y Zinbarg, R. (2006). A Contemporary Learning Theory perspective on the Etiology of Anxiety Disorders: It's not what you thought it was. *American Psychological Association*, 61, 10-26.

- Moore, M., y Carr, A. (2000). Depression and grief. En: A. Carr (Ed.). *What works for children and adolescent* (págs. 203-232). London: Routledge.
- Muela Aparicio, A. (2008). Hacia un sistema de clasificación nosológico de maltrato infantil. *Anales de Psicología*, 24, 77-87.
- Moreno, C., y Del Barrio, V. (1996). Evaluación de la ansiedad y depresión infantil. *Ansiedad y Estrés*, 2, 131-158.
- Morrison, T.L., Goodlin-Jones, B., y Urquiza, A. (1997). Attachment and the representation of intimate relationship in adulthood. *The Journal of Psychology*, 1, 57-71
- Morton, N. y Browne, K.D. (1998). Theory and observation of attachment and its relation to child maltreatment: A review. *Child Abuse and Neglect*, 22, 1093-1104.
- Murray, C., y Greenberg, M. T. (2001). Relationships with teachers and bonds with school: social emotional adjustment correlates for children with and without disabilities. *Psychology in the Schools*, 38, 25-41
- Murthi, M., y Espelage, D. L. (2005). Childhood sexual abuse, social support, and psychological outcomes: A loss framework. *Child Abuse and Neglect*, 29, 1215–1231.
- Namjan, J., Dunne, M. Purdie, D.M. Boyle, F.M., y Coxeter, P.D. (2006). Sexual abuse in childhood and sexual dysfunction in adulthood: An Australian population-base study. *Journal of Paediatrics and Child Health*. 42,112–117
- National Research Council: Commission on Behavioral and Social Sciences and Education (1993). *Understanding child abuse and neglect*. Washington: National Academy Press.
- Navalta, C.P., Polcari, A., Webster, D.M., Boghossian, A., y Teicher, M.H. (2004). Effects of childhood sexual abuse on neuropsychological and cognitive function in college women. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 18, 45-53.
- Negrao, C., Bonanno, G.A., Noll, J.G., Putnam, F.W., y Trickett, P.K. (2005). Shame, humiliation, and childhood sexual abuse: distinct contributions and emotional coherence. *Child Maltreatment*, 10, 350-363.
- Nelson, E.C., Heath, A.C., Madden, P.A.F., Cooper, M.L., Dinwiddie, S.H., Bucholz, K.K., Glowinski, A., McLauhlin, T., Dunne, M.P., Statham, D.J., y Martin, N. (2002). Association between self-report childhood sexual abuse and adverse psychological outcomes: results from a twin study. *Archives of General Psychiatry*, 59, 139-145.

- Noll, J. G., Trickett, P. K., y Putnam, F. W. (2003). A prospective investigation of the impact of childhood sexual abuse on the development of sexuality. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*, 575-586.
- Noll, J. G., Trickett, P. K., Susman, E. J., y Putnam, F. W. (2005). Sleep disturbances and childhood sexual abuse. *Journal of Pediatric psychology, 31*, 469-480.
- Núñez Rodríguez, S. I. (2008). *Pensando sobre si mesmos: o que adolescentes em situação de vulnerabilidade social aprendem ao enfrentar adversidade*. Tesis de maestría no publicada, Universidad Federal de Paraná, Curitiba, Brasil.
- Pajares, F. (1997). Current directions in self-efficacy research. En M. Maehr y P. Pintrich (Eds.) *Advances in Motivations and achievement 10* (págs. 1-49). Greenwich, CT: JAI Press
- Pallitto, C.C., y Murillo. V. (2008). Childhood abuse as risk factor for adolescent pregnancy in Salvador. *Journal of Adolescent Health, 42*, 580-586.
- Pereda, N., Polo, P. y Navales, N. (2004). Estudio descriptivo de víctimas de abuso sexual infantil. *Boletín Criminológico, 76*, 1-4.
- Pereda, N., Polo, P., Grau, N., Navales, N., y Martínez, M. (2007). Víctimas de abuso sexual en la infancia. Estudio descriptivo. *Revista d'Estudis de la Violencia, 1*, 1-18.
- Pereda, N., y Forns, M. (2007). Prevalencia y características del abuso sexual infantil en estudiantes universitarios españoles. *Child Abuse and Neglect, 31*, 417-426.
- Perry, B.D., y Azad, I. (1999). Post-traumatic stress disorders in children and adolescents. *Current Opinion in Pediatrics, 11*, 121-132,
- Piaget, J. (1985). *Equilibration of cognitive structures*. Chicago: University of Chicago Press.
- Pineda, D. (2000). La función ejecutiva y sus trastornos. *Revista de Neurología, 30*, 764-768.
- Porter, F.C., Blick, L.C., y Sgroi, S.M. (1982). Treatment of the sexually abused child. En S.M. Sgroi (Ed.), *Handbook of clinical intervention in child sexual abuse* (págs. 109-145). Lexington: Lexington Books.
- Post, R.M., y Weiss, S.R.B (1999). Weiss, Neurobiological models of recurrence in mood disorders. En D.S. Charney, E.J. Nestler and B.S. Bunney (Eds.), *Neurobiology of Mental Illness*, (págs., 365–384). New York: Oxford University Press.
- Programa Internacional para la erradicación del trabajo infantil – IPEC Sudamérica (2002). *Análisis de la política nacional frente al trabajo infantil en Colombia 1995-2002*, Oficina internacional del trabajo, Cooperación española.

- Putnam, F.W. (2003). Ten-Year Research Update Review: Child Sexual Abuse. *Journal of American Academy Child Adolescent Psychiatry*, 42, 269-278.
- Putnam, F. W. y Carlson, B. (1993). An update on the Dissociative Experiences Scale. *Dissociation*, 6, 16-27
- Putnam, F. W., y Trickett, P.K. (1993). Child sexual abuse: a model of chronic trauma. *Psychiatry*, 58, 82-95.
- Pynoos, R.S., Steinberg, A.M., y Goenjian, A. (1996). Traumatic Stress in childhood and adolescence. En Van Der Kolk, B.A., McFarlane, C., y Weisath L. (Ed.) *Traumatic Stress: the effects of overwhelming experience on mind* (págs. 155-181). New York: Guilford Press.
- Ramírez, C., Cuadros, M.I., García, C.I., Orjuela, L., Mojica, R., y Dávila, R. (2005). *Current status of child sexual abuse and exploitation in children*. Oslo: Save the Children Publication.
- Ramírez, C. (2006). El impacto del maltrato en los niños y niñas en Colombia. *Revista Infancia, Adolescencia y Familia*, 1, 287-301.
- Ramírez, C. y Pinzón, A. (2005). Prevalencia y factores asociados al maltrato infantil en la costa atlántica y el litoral pacífico colombiano. Informe Técnico (Publicado posteriormente en la revista *Saludarte*, 5, 4-36).
- Ramírez, C., Navarrete, G. Vejarano, M. y Hewitt, N. (2005). *A social cognitive intervention and prevention strategy in child abuse in Colombia*. Paper presented at the 13th Annual APSAC Colloquium on child abuse and neglect, New Orleans.
- Ramírez, C. (2007). *Consecuencias cognoscitivas y emocionales del abuso sexual en niñas de la ciudad de Bogotá, Colombia*. Investigación tutelada. Manuscrito no publicado: Universidad de Granada.
- Renacer (2005). Estudio sobre Explotación sexual infantil en seis regiones del País. *Informe Técnico Plan Internacional*, oficina para Colombia, Bogotá.
- Reynolds, W. M. (2006). Depression. En M. Hersen (Ed.) *Clinician's handbook of child behavioral assessment* (págs. 291-311). San Francisco: Academic Press.
- Rodríguez de Kissac, M., y Martínez, R.M. (2001). Trastorno de ansiedad generalizada y trastorno de pánico en niños y adolescentes. En: V. Caballo (Ed.) *Manual de psicopatología infantil* (págs. 93-120). Madrid: Pirámide.
- Romero, S., Birmaher, B., Axelson, D., Goldstein, B. I., Gill, M. K., Iosif, A. M., Strober, M. A., Hunt, J., Esposito-Smythers, C., Ryan, N. D., Leonard, H., y Keller, M., (2008). Prevalence and correlates of physical and sexual abuse in children and adolescents with bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, Jun 5. [Epub ahead of print].

- Roodman, A. A., y Clum, G. A. (2001). Revictimization rates and method variance: a meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 21, 183-204.
- Rosas, A. (2003). Child Sexual Abuse. En M. Strachan Peterson y M. Durfee (Eds.). *Child Abuse and Neglect: guidelines for identification, assessment and case management*. Volcano, CA: Volcano Press, Inc.
- Rowan, E. (2006). *Understanding sexual abuse*. Mississippi: University Press of Mississippi.
- Runyan, D., Cox, C., Dubowitz, H., Newton, R., Upadhyaya, M., Kotch, J., Leeb, R., Everson, M. y Knight, E. (2005). Describing maltreatment: Do child protective service reports a research definitions agree? *Child Abuse and Neglect*, 29, 5, 461-478.
- Russell, D. E. (1983). The incidence and prevalence of intrafamilial and extrafamilial sexual abuse of female children. *Child Abuse and Neglect*, 7, 133-146.
- Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal Orthopsychiatry*, 57, 316-331.
- Rutter, M., y Soufre, L.A. (1984). The domain of developmental psychopathology. *Child Development*, 55, 17-29.
- Rutter, M., y Soufre, L.A. (2000). Developmental psychology: Concepts and challenges. *Development and Psychology*, 12, 265-296.
- Salvador Porcar, M. (2008) La investigación de los sucesos vitales como marco de referencia para el cambio evolutivo. Recuperado el 1 de agosto de 2008 de: <http://www.uji.es/bin/publ/edicions/jfi1/invest.pdf>
- Sameroff, A. J. (1993). Models of development and developmental risk. En C. H. Zeanah, Jr. (Ed.) *Handbook of infant mental health* (págs. 3-20). New York: The Guilford Press.
- Sameroff, A. J. y Fiese, B.H. (2000). Models of development and developmental risk. En C. H. Zeanah, Jr. (Ed.) *Handbook of infant mental health* (págs. 3-20). New York: The Guilford Press.
- Sartor, C., Lynskey, M.T., Bucholz, K.K., McCutcheon, V.V., Nelson, E.C., Waldron, M., y Heath, A.C. (2007). Childhood sexual abuse and the course of alcohol dependence development: Findings from a female twin sample. *Drug and Alcohol Dependence*, 89, 139-144.
- Secretaría de Integración Social (2005). *Sistema de información de la violencia intrafamiliar*. Bogotá Distrito Capital.
- Secretaría de Integración Social (2006). *Sistema de información de la violencia intrafamiliar*. Bogotá Distrito Capital.

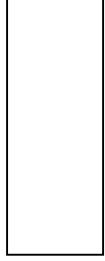
- Secretaría de Integración Social (2007). *Sistema de información de la violencia intrafamiliar*. Bogotá Distrito Capital.
- Sistema de Registro de Beneficiarios – Sirbe (2005). *Estadísticas Distritales*. Secretaría de Integración Social. Bogotá
- Sistema de Registro de Beneficiarios – Sirbe (2008). *Estadísticas Distritales*. Secretaría de Integración Social. Bogotá.
- Schoon, I., Bynner, J., Joshi, H., Parsons, S., Wiggins, R., y Sacker, A. (2002). The influence of context, timing, and duration of risk experiences for the passage from childhood to midadulthood. *Child development*, 73, 1486-1504.
- Schunk, D.H. (1991). Self-efficacy and academia motivation. *Educational Psychologist*, 26, 201-231.
- Sedlack, A.J., y Broadhurst, D.D. (1996). *Third national incidence study of child and neglect*. Washington, D.C. United States Department of health and Human Services.
- Smith Slep, A.M., y Heyman, R.E. (2006). Creating and field testing child maltreatment definitions: improving the reliability of substantiation determinations. *Child Maltreatment*, 1, 217-236.
- Spielberger, C.D., Edwards, C.D., Lushene, R.E., Montuori, J., y Platzek, D. (1998). *Cuestionario de autoevaluación ansiedad estado/rasgo en niños. Adaptación española*. Madrid: TEA Ediciones.
- Stoltz, J-A., Shannon, K., Kerr, T., Zhang, R., Montaner, J.S., y Wood, E. (2007). Associations between childhood maltreatment and sex work in a cohort of drug-using youth. *Social Science & Medicine*, 65, 1214-1221.
- Stoolmiller, M., Hyoun, K. y Capaldu, D. (2005). The course of depressive symptoms in men from early adolescence to young adulthood: identifying latent trajectories and early predictors. *Journal of Abnormal Psychology*, 114, 331-345.
- Strauss, M., y Gelles, R.J. (1986). Societal change and change in family violence from 1975 to 1985 as revealed by two national surveys», *Journal of Marriage and the Family*, 48, 465-479.
- Stuewing, J., y McCloskey, L. A. (2005). The relationship of child maltreatment to shame and guilt among adolescents: psychological routes to depression and delinquency. *Child Maltreatment*, 10, 324-336.
- Teasdale, J. D., Segal, Z.V., y Williams, J. (1995). How does cognitive therapy prevent depressive relapse and why should attentional control (mindfulness) training help? *Behaviour Research and Therapy*, 33, 25-39.

- Tinsley Li, S., y Rogers, S. (2006). Developmental considerations En M. Hersen (Ed). *Clinician's handbook of child behavioral assessment* (págs. 25-61). San Francisco: Academic Press.
- Trickett, P. K., y Putnam, F. (1990). Patterns of symptoms in prepubertal and pubertal sexually abused girls. *Paper presented at the annual meeting of the American Psychological Association*, San Francisco, CA.
- Trickett, P.K., y Putnam, F., (1998). Developmental consequences of child sexual abuse. En P.K. Trickett y C.J. Schellenbach (1998). *Violence against children in the family*. Washington: American Psychological Association.
- Trickett, P. K., McBride-Chang, C., y Pumam, F. W. (1994). The classroom performance and behavior of sexually abused females. *Development and Psychopathology*, 6, 183-194.
- Trowell, J., Ugarte, B., Kolvin, I., Berelowitz, M., Sadowski, H., y Le Couteur, A., (1999). Behavioral psychopathology of child sexual abuse in schoolgirls referred to a tertiary center: a north London study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 8, 107- 116.
- Tong, L., Oates, K., y McDowell (1987). Personality development following sexual abuse. *Child Abuse and Neglect*, 11, 371-383 .
- Van der Kolk (2004) Trauma bodily effects. *Conference on Child & Family Maltreatment*, San Diego, California
- Van der Hart, O., Van der Kolk, B. A. y Boon, D. (1996). En D. Bremner y C. Marmar (Eds.) *Trauma, memory and dissociation*. Washington, D. C., American Psychiatric Press.
- Van der Kolk, B., McFarlane, A., y Weisaeth, L. (1996). *Traumatic stress: the Effects of overwhelming experience on mind, body and society*. New York: The Guilford Press.
- Van der Mey, B.J. y Neff, R., L. (1982). Adult-incest: a review of research and treatment. *Adolescence*, 17, 717-738.
- Vargas, E., y Ramírez, C. (1999). *Maltrato infantil*. Bogotá, Colombia: Editorial Planeta.
- Vecchio, S. (2007). *Lo sviluppo delle Life Skills negli adolescenti: Autoefficacia e Competenza*. Tesis doctoral no publicada, Università di Roma "La Sapienza", Roma, Italia.
- Vejarano, M. (1998). *Adaptación de la Entrevista clínico forense*. Manuscrito no publicado. Bogotá: Asocreemos en ti.
- Vejarano, M. (2006). *Validación de la Entrevista clínico forense*. Manuscrito no publicado. Bogotá: Asocreemos en ti.

- Vejarano, M., y Ramírez, C. (2007) *Apoyo para la implantación del código de la infancia y adolescencia en el marco del sistema penal acusatorio y para la reparación integral de los menores víctimas de abuso sexual*. Grant no.1043001-fiu-003. Documento Técnico final. Bogotá.
- Wang, C.T., y Daro, D. (1997). *Current Trends in Child Abuse Reporting and Fatalities the Results of the 1997 Annual Fifty State*. Center on Child Abuse Prevention Research, NCPA.
- Ward, T. (2001). A critique of Hall Hirsman's quadripartite model of child sexual abuse. *Psychology, Crime & Law*, 7, 333-350.
- Ward, T. (2002). Marshall and Barbaree's integrated theory of child abuse: a critique. *Psychology, Crime & Law*, 8, 209-228.
- Ward, T., y Hudson, S. M. (2001). Finkelhor's precondition model of child sexual abuse: a critique. *Psychology, Crime & Law*, 7, 291-307.
- Ward, T., y Siegert, R. J. (2002). Toward a comprehensive theory of child sexual abuse: a theory knitting perspective. *Psychology, Crime & Law*, 8, 319-351.
- Waterman, J., y Lusk, R. (1993). Psychological testing in evaluation of child sexual abuse. *Child Abuse and Neglect*, 17, 145-159.
- Wells, R. D., McCann, J., Adams, J., Voris, J., y Ensign, J. (1995). Emotional, behavioral, and physical symptoms reported by parents of sexually abused, nonabused, and allegedly abuse prepubescent females. *Child Abuse and Neglect*, 19, 155-163.
- Whitaker, D. J., Le, D. J., Hanson, R. K., Baker, C. K., McMahon, P. M., Ryan, G., Klein, A., y Donovan Rice, D. (2008). Risk factors for the perpetration of child sexual abuse: A review and meta-analysis. *Child Abuse and Neglect* 32, 529-548.
- Wicks-Nelson, R., e Israel, A. C. (1997). *Psicopatología del niño y el adolescente*. Madrid: Prentice Hall.
- Widom, C. S., y Ames, M. A. (1994). Criminal consequences of childhood sexual victimization. *Child and Abuse and Neglect*, 18, 303-318.
- Williams, S., MacMillan, H., y Jamieson, E. (2006). The potential benefits of remaining in school on the long term mental health functioning of physically and sexually abused children: Beyond the academic domain. *American Journal of Orthopsychiatry*, 76, 18-22.
- Wolfe, D., y Birt, J. (1995). The psychological sequelae of child sexual abuse. En T.H. Ollendick y R.J. Prinz (Eds.) *Advances in clinical child psychology*. New York: Plenum Press.
- Wolfe, D. (1991). *Preventing Physical and Emotional Abuse of Children*. Guilford, New York.



- Wolfe, V.V. Gentile, C., y Wolfe, D.A. (1989) The impact of sexual abuse on children: A PTSD formulation. *Behavior Therapy*, 20, 215-228.
- Woodruff-Borden, J., y Leyfer, O.T. (2006). Anxiety and fear. En M. Hersen (Ed.) *Clinician's handbook of child behavioral assessment* (págs. 267-289). Burlington: Elsevier Academic Press.
- World Health Organization (2002). *Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud.
- Wozencraft, T., Wagner, W., y Pellegrin, A. (1991). Depression and suicidal ideation in sexually abused children. *Child Abuse and Neglect*, 15, 505-511.
- Wyatt, G. E. (1985). The sexual abuse of Afro-American and White American women in childhood. *Child Abuse and Neglect*, 9, 507-519.
- Wyatt, G., Burnsloeb, T., Solis, B., Vargas Carmona, L. y Romero, G. (1999). The prevalence and circumstances of child sexual abuse: changes across a decade. *Child Abuse and Neglect*, 23, 45-60.
- UNICEF (2003). *Informe anual de la Situación de la niñez en Colombia*. Bogotá: UNICEF.
- Young, M. S., Harford, K-L., Kinder, B., and Savell, J. (2007). The relationship between childhood sexual abuse and adult mental health among undergraduates: victim gender doesn't matter. *Journal of Interpersonal Violence*, 22, 1315-1331.
- Zeanah Jr., C.H., y Boris, N.W. (2000) Disturbances and disorders of attachment in early childhood. En C. H. Zeanah, Jr. (Ed.), *Handbook of infant mental health* (págs. 353-368). New York: The Guilford press.
- Zuravin, S. J. (1986). Residential density and urban child maltreatment: An aggregate analysis. *Journal of Family Violence*, 1, 307-323.
- Zuravin, S. J. (1991) Unplanned childbearing and family size: their relationship to child Neglect and abuse. *Family Planning Perspective*, 23, 4, 155-61.
- Zuravin, S., McMillan, C., DePanfilis, D., y Risley-Curtiss, C. (1996). The intergenerational cycle of child maltreatment: continuity versus discontinuity. *Journal of Interpersonal Violence*, 11, 315-334.



UNIVERSIDAD DE GRANADA  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA  
Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico  
Doctorado en Psicología Clínica y de la Salud

### FICHA DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRE: \_\_\_\_\_ SEXO: F  M

EDAD : \_\_\_\_\_ (años cumplidos) GRUPO ASIGNADO : \_\_\_\_\_

Dirección : \_\_\_\_\_ Barrio : \_\_\_\_\_

Teléfono : \_\_\_\_\_ Procedencia : \_\_\_\_\_

Padre : \_\_\_\_\_ Madre : \_\_\_\_\_

Edad : \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_ Edad : \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_

Cuidador : \_\_\_\_\_

FECHA DE INGRESO : \_\_\_\_\_ REMITIDO POR : \_\_\_\_\_

Tipo de Delito: \_\_\_\_\_ Lugar: \_\_\_\_\_

Ubicación: \_\_\_\_\_ Agresor: \_\_\_\_\_

<b>EVALUADO POR:</b> _____ <b>No. de Sesiones:</b> _____
--

**Observaciones:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**ASOCIACIÓN CREEMOS EN TI  
(Vejarano y Ramírez,2007)**

**INTRODUCCION A LA ENTREVISTA:**

**1.PRESENTACIÓN DEL/LA PROFESIONAL:** El/la profesional debe presentarse ante el/la niño/a diciéndole su nombre y su profesión.

**2.ESTABLECER EMPATÍA CON EL/LA NIÑO/A:** Durante los primeros 10 ó 15 minutos de la sesión deben ser orientados a establecer empatía con el/la niño/a, para cómodo/a con el/la entrevistador/a durante la sesión, durante esta parte puede preguntar sobre mascotas, juegos, comida preferida, entre o competencia del/la niño/a como por ejemplo: ¿Cómo te va en el colegio?; el/la niño/a puede estar teniendo problemas; También evite preguntas sobre programas de televisión.

**3.EXPLICACIÓN DEL ROL DEL PSICÓLOGO:** Le explicamos al niño o la niña que nos dedicamos a oír cosas difíciles, tristes o dolorosas que les han pasado a los niños y la

**4.REGLAS DE LA ENTREVISTA:** **4.1.**Sea amistoso, y no autoritario con el niño. **4.2.** Explique al niño que usted desconoce los hechos del caso. **4.3.** Informe al niño preguntas se repitan no significa que la respuesta anterior del niño sea incorrecta. **4.4.** Dé permiso al niño para que se abstenga a contestar e comprenda. **4.5.** Aliente al niño para que admita su falta de memoria o de conocimiento, en vez de que adivine. **4.6.** / niño para que no esté de acuerdo con usted y para que lo corrija cuando equivoque los hechos

**5.CATEGORIAS DE LA ENTREVISTA:**

No.	CATEGORÍAS	VARIABLES	PREGUNTAS	MATERIAL
1	CARACTERÍSTICAS DEL NIÑO NIÑA O ADOLESCENT	1.1.	1.1.1.1. ¿CÓMO TE LLAMAS?	
		1.2.	1.2.1. ¿CUÁNTOS AÑOS TIENES?	
		1.3.	1.3.1. SE LLENA SI ES FEMENINO O MASCULINO	
		1.4.	1.4.1. ¿EN QUÉ CURSO ESTÁS?	
			1.4.2. ¿EN QUÉ COLEGIO ESTUDIAS?	
		1.5.	1.5.1. TENER EN CUENTA QUE PUEDEN SER: 1.5.2. EL SISTEMA LEGAL: LA FISCALÍA 1.5.3. SISTEMA DE PROTECCIÓN: ICBF O COMISARÍA DE FAMILIA	
1.6.	1.6.1. DESCRIPCIÓN DEL COMPORTAMIENTO DEL NIÑO O NIÑA DURANTE SESIÓN EN CONTEXTO DE VALORACIÓN			
2	FAMILIA DEL NIÑO O DE LA NIÑA	2.1	2.1.1. SE HACE LA REPRESENTACIÓN GRÁFICA DE LA COMPOSICIÓN FAMILIAR (GENOGRAMA), EL CUAL APORTA INFORMACIÓN IMPORTANTE SEXUAL.	
			2.1.2. ¿CÓMO SE LLAMA TU MAMÁ?	
			2.1.3. ¿A QUÉ SE DEDICA TU MAMÁ?	
			2.1.4. ¿CÓMO SE LLAMA TU PAPÁ?	
			2.1.5. ¿A QUÉ SE DEDICA TU PAPÁ?	
			2.1.6. ¿TIENES HERMANOS O HERMANAS?	
			2.1.7. ¿CÓMO SE LLAMAN?	
			2.1.8. ¿SON MAYORES O MENORES QUE TÚ?	
			2.1.9. ¿CUÁNTOS AÑOS TIENE CADA UNO?	
			2.1.10. ¿TODOS TUS HERMANOS O HERMANAS VIVEN CONTIGO?	
			2.1.11. ¿TU VIVES CON TU MAMÁ Y TU PAPÁ?	
			2.1.12. ¿QUIÉN MÁS VIVE EN TU CASA?	
			2.1.13. ¿CÓMO ES LA RELACIÓN CON TUS HERMANOS?	
			2.1.14. ¿CÓMO ES LA RELACIÓN CON TU MAMÁ?	
			2.1.15. ¿CÓMO ES LA RELACIÓN CON TU PAPÁ?	
2.2	CALIDAD DE LAS RELACIONES FAMILIARES	2.2.1. ¿QUIÉN ES LA PERSONA QUE MÁS TE GUSTA DE TU FAMILIA?		
		2.2.2. ¿QUÉ TE GUSTA HACER CON ESA PERSONA?		
		2.2.3. ¿QUÉ NO TE GUSTA HACER CON ESA PERSONA?		
		2.2.4. ¿QUIÉN ES LA PERSONA QUE MENOS TE GUSTA DE TU FAMILIA?		
2.2.5. ¿QUÉ TE GUSTA HACER CON ESA PERSONA?				

		2.2.6. ¿QUÉ NO TE GUSTA HACER CON ESA PERSONA?	
		2.3.1. ¿CUÁNTAS HABITACIONES HAY EN TU CASA?	
		2.3.2. ¿CUÁNTAS CAMAS HAY EN CADA HABITACIÓN?	
		2.3.3. ¿QUIÉN DUERME EN CADA CAMA?	
		2.3.4. (SI ALGUIEN DIFERENTE A HERMANOS O PADRE/MADRE VIVEN EN CADA CAMA) ¿DÓNDE DUERME ESA PERSONA? ¿EN QUÉ HABITACIÓN?	
		2.3.5. ¿CUÁL ES TU LUGAR FAVORITO DE TU CASA?	
		2.3.6. ¿CUÁL ES EL LUGAR QUE NO TE GUSTA DE TU CASA?	
		2.3.7. REPRESENTACIÓN GRÁFICA DE LA DISTRIBUCIÓN DE LOS ESPACIOS DE LAS HABITACIONES, MOSTRANDO LA DISTRIBUCIÓN DE LAS CAMAS Y LA ACOMODACIÓN DE CADA PERSONA QUE HABITA EN LAS CAMAS.	
		3.1.1. ¿TÚ SABES QUÉ DÍA ES HOY?	
		3.1.2. ¿TÚ SABES DÓNDE ESTÁS?	
		3.1.3. SI YO PONGO ESTO ACÁ, ¿ESTÁ ADENTRO O AFUERA?	
		3.1.4. SI YO PONGO ESTO ACÁ, ¿ESTÁ ENCIMA O DEBAJO?	
		3.1.5. SI YO PONGO ESTO ACÁ, ¿ESTÁ ATRÁS O ADELANTE?	
		"NADIE LO SABE TODO ¿O SÍ? HOY VOY A HACERTE CANTIDAD DE PREGUNTAS. ALGUNAS SERÁN FÁCILES Y OTRAS DIFÍCILES. VECES NO SABRÁS CUÁL ES LA RESPUESTA CORRECTA O SIMPLEMENTE NO LA SABES. RESPUESTA CORRECTA, POR FAVOR NÓME DIME LO QUE SABES Y LO QUE NO SABES. RESPUESTA O SE TE OLVIDÓ", POR FAVOR HAZLO.	
	3.1. SENSOPERCEPCIÓN	3.1.6.	
		3.2.1.	
	3.2. MEMORIA (EJERCICIO DE RECALLING)		
		3.3.1.	
	3.3. LENGUAJE		
	3.4. HABILIDADES DE COMUNICACIÓN	3.4.1.	
3	EXPLORACIÓN BÁSICA DEL NIVEL DE DESARROLLO		

			<p>2.5.1. SI YO TE MUESTRO ESTA LÁMINA, CUÁL DE LOS DOS NIÑOS TIENES MÁS PENSAMIENTO VERDADERO CON RESPECTO A LA FIGURA DE UN NIÑO QUE UN NIÑO QUE HA JUGADO A UN VIDEOJUEGO?</p> <p>(SE LE MUESTRA LA LÁMINA DE LOS NIÑOS JUGANDO FUTBOL Y UN NIÑO QUE HA JUGADO A UN VIDEOJUEGO)</p> <p>2.5.2. SI TU AMIGO O AMIGA TE MUESTRA LA LÁMINA DE UN NIÑO QUE HA JUGADO A UN VIDEOJUEGO, ¿CÓMO LE MUESTRA LA LÁMINA?</p> <p>ESOS NIÑOS Y SALE UN ADULTO Y PREGUNTA QUÉ LE MUESTRA LA LÁMINA DE LOS NIÑOS COMIENDO GALLETAS</p> <p>DICE ¿SI TU FUERAS EL NIÑO QUE SE LE ACABAN LAS GALLETAS, ¿CÓMO LE MUESTRAS LAS GALLETAS?</p> <p>3.5.4. SI TU AMIGO O AMIGA TE MUESTRA LA LÁMINA DE UN NIÑO QUE SE LE ACABAN LAS GALLETAS, ¿CÓMO LE MUESTRAS LAS GALLETAS?</p> <p>3.6.1. ¿CONOCES LAS PARTES DEL CUERPO?</p> <p>EN ESTA FIGURA DEL CUERPO HUMANO, TE VOY A SEÑALAR LAS PARTES DEL CUERPO Y TU ME VAS DICIENDO EL NOMBRE DE CADA UNA DE LAS PARTES DEL CUERPO.</p> <p>3.6.2. ¿CÓMO SE LLAMA ESTO? (Y ASÍ CON CADA UNA DE LAS PARTES DEL CUERPO POR DELANTE Y POR DETRÁS)</p> <p>3.6.3. ¿CÓMO SE LLAMA ESTO? (Y ASÍ CON CADA UNA DE LAS PARTES DEL CUERPO POR DELANTE Y POR DETRÁS)</p> <p>3.6.4. ¿SABES CUÁLES SON LAS PARTES PRIVADAS?</p> <p>3.6.5. (SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA) ¿CÓMO SE LLAMAN?</p> <p>3.6.6. ¿ME LAS PUEDES SEÑALAR?</p> <p>3.6.7. (SI LA RESPUESTA ES NEGATIVA SE LE MUESTRAN LAS PARTES PRIVADAS) ¿CÓMO SE LLAMAN?</p>
		DESARROLLO MORAL	<p>4.1.1. ¿ALGUNA VEZ LE HA PASADO ALGO A TUS PARTES PRIVADAS?</p> <p>(SI EL NIÑO O NIÑA CONTESTA AFIRMATIVAMENTE PREGÚNTELE) ¿CÓMO PASÓ?</p> <p>4.1.2. ¿ME PUEDES COLOREAR EN ESTA FIGURA EN QUE PARTES TE PASÓ?</p> <p>(SI EL NIÑO O NIÑA CONTESTA NEGATIVAMENTE) ¿HAY ALGÚN JUEGO QUE TE GUSTE COLOREAR EN ESTA FIGURA?</p> <p>4.1.3. ¿CÓMO ES ESE JUEGO?</p> <p>4.1.4. ¿CÓMO ES ESE JUEGO?</p> <p>4.1.5. (SI EL NIÑO O NIÑA CONTESTAN AFIRMATIVAMENTE) ¿QUIÉN? ¿QUÉ PARTE DE TU CUERPO TE TOCÓ?</p> <p>4.1.6. ¿QUÉ PARTES DEL CUERPO DE ÉL ESTUVIERON EN CONTACTO CONTIGO?</p> <p>4.1.7. ¿ME PUEDES MOSTRAR EN ESTA FIGURA EN QUÉ PARTE DE TU CUERPO TE TOCÓ?</p> <p>4.1.8. ¿ME PUEDES MOSTRAR EN ESTA FIGURA QUÉ PARTES DEL CUERPO ESTUVIERON EN CONTACTO CONTIGO?</p> <p>4.1.9. ¿DÓNDE ESTABAS CUANDO TE TOCÓ?</p> <p>4.1.10. ¿CÓMO TE TOCÓ?</p> <p>4.1.11. ¿CUÁNDO TE TOCÓ?</p> <p>4.1.12. ¿TE HIZO HACER ALGO A TI?</p> <p>4.1.13. ¿FUERA DE TOCAR TUS PARTES PRIVADAS TE HIZO ALGO MÁS?</p> <p>4.1.14. ¿TE HAN OFRECIDO ALGO A CAMBIO DE HACER COSAS QUE TE GUSTEN?</p>
4	SITUACIÓN Y DETALLES DE HECHO DEL ACTO ABUSIVO	4.1.	CON CONTACTO

			<p>¿RECUERDAS ALGO ESPECÍFICO CUANDO ESTO OCURRÍA? POR EJEMPLO SI ERA DE DÍA, SI ERA DE NOCHE, ALGÚN OLORES O SONIDO ESPECÍFICO, LA ROPA QUE LLEVABAS PUESTA O TENÍA PUESTA LA PERSONA QUE TE TOCÓ, O MIENTRAS TE TOCABA.</p> <p>¿CUANDO TE ESTÁS VISTIENDO O DESVIISTIENDO ALGUIEN TE HA MIRADO DE UNA FORMA QUE TE HACE SENTIR INCÓMODA?</p> <p>¿ALGUIEN TE HA OBLIGADO A MIRARLO CUANDO SE ESTÁ VISTIENDO?</p> <p>¿ALGUIEN SE HA TOCADO SUS PARTES PRIVADAS DELANTE TUYO?</p> <p>¿ALGUIEN TE HA OBLIGADO A TOCARTE TUS PARTES PRIVADAS DELANTE DE ESA PERSONA?</p> <p>¿ALGUIEN TE HA PUESTO PELÍCULAS DE SEXO O PORNOGRÁFICAS?</p> <p>¿ALGUIEN TE HA MOSTRADO REVISTAS O FOTOGRAFÍAS DE SEXPORNOGRÁFICAS?</p> <p>¿ALGUIEN HA TENIDO RELACIONES SEXUALES EN FRENTE TUYO?</p> <p>¿ALGUIEN TE HA TOMADO FOTOGRAFÍAS QUITÁNDOTE LA ROPA?</p>
		4.1.15	
		4.2.1.	
		4.2.2.	
		4.2.3.	
		4.2.4.	
		4.2.5.	
		4.2.6.	
		4.2.7.	
		4.2.8.	
	4.2. SIN CONTACTO		
		5.1.1.	
		5.1.2.	
		5.1.3.	
		5.1.4.	
	5.1. RELACIÓN CON EL AGRESOR		
		5.2.1.	
		5.2.2.	
		5.2.3.	
		5.2.4.	
	5.2. FRECUENCIA DEL CONTACTO		
		5.3.1.	
		5.3.2.	
		5.3.3.	
		5.3.4.	
		5.4.1.	
		5.4.2.	
		5.4.3.	
		5.4.4.	
		5.4.5.	
		5.4.6.	
		5.4.7.	
5	CARACTERÍSTICAS DEL AGRESOR		

				<p>5.5.1. ¿ALGUNA VEZ TE DIJO QUE SI CONTABAS NADIE TE IBA A CREER?</p> <p>5.5.2. ¿ALGUNA VEZ TE DIJO QUE SI CONTABAS ÉL IBA A DECIR QUE T QUIEN LO PERSEGUÍAS?</p> <p>5.5.3. ¿ALGUNA VEZ TE DIJO QUE LO QUE HACÍA ERA PORQUE TE Q MUCHO?</p> <p>5.5.4. ¿ALGUNA VEZ TE DIJO QUE ERA LA ÚNICA PERSONA QUE TE QUERÍA?</p> <p>5.6.1. ALGÚN MIEMBRO DE TU FAMILIA SABE LO QUE ESTABA PASANDO?</p> <p>5.6.2. ¿DESDE HACE CUÁNTO TIEMPO QUE SABE?</p> <p>5.6.3. ¿CÓMO SE ENTERÓ TU FAMILIA O ESA PERSONA?</p> <p>5.6.4. ¿QUÉ HIZO ESA PERSONA DESPUÉS DE ENTERARSE DE LO QUE E PASANDO?</p>
	5.5.	CHANTAJE EMOCIONAL		
	5.6.	CONOCIMIENTO POR OTRO MIEMBRO FAMILIAR		
6	6.1.	EXPLORACIÓN DE SENTIMIENTOS	6.1.1.	¿PUEDES MOSTRARME CON ESTAS CARITAS LO QUE SENTÍAS C
			6.1.2.	ESTA PERSONA TE HACÍA LO QUE ME ACABAS DE CONTAR? DESPUÉS QUE ESO PASABA, ¿CÓMO TE SENTÍAS? PUEDES MOST CON ESTAS CARITAS
	6.2.	SINTOMAS ASOCIADOS AL ESTRÉS POSTTRAUMÁTICO	6.2.1.	¿HAZ TENIDO MALOS SUEÑOS AL DORMIR?
			6.2.2.	¿TE HAZ MOJADO EN LA CAMA O EN TUS PANTALONCITOS?
			6.2.3.	¿HAZ TENIDO OTRO TIPO DE ACCIDENTE EN TUS PANTALONCITOS?







**UNIVERSIDAD DE GRANADA**  
**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**  
**Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento**  
**Psicológico**  
**Doctorado en Psicología Clínica y de la Salud**

**Formato de Consentimiento Informado**  
**Padres de Familia**

Su hijo/a ha sido seleccionado(a) a participar en un proyecto de investigación. Usted decide si quiere que participe o no participar en el mismo, el negarse a que participe no va a ocasionarle ningún problema ni a usted ni a su hijo/a. La participación consiste en acceder a la aplicación de unas pruebas psicológicas que ayudarán a su hijo/a en el futuro y a otros niños/as y adolescentes que necesiten atención terapéutica. La información que se obtenga y la identidad de los participantes es confidencial, esto quiere decir que nadie diferente al personal del estudio puede conocerla. Es por esto que usted al firmar este documento se está comprometiendo a no revelar los detalles.

Si usted después de haber firmado este documento o incluso cuando su hijo/a se encuentre en la actividad de investigación, se arrepiente de la participación en el estudio, puede retirar a su hijo/a del mismo en el momento que desee. El personal del estudio también podrá solicitarle que se retire del mismo si lo consideran conveniente.

La investigadora encargada del estudio es la doctora Clemencia Ramírez Herrera y está bajo la dirección del Dr. Antonio Fernández Parra de la Universidad de Granada - España. Este estudio fue aprobado por la Asociación Creemos en Ti/Fundación Lucerito o la Institución Educativa a la que pertenece. Tiene propósitos exclusivamente científicos. Los resultados de la investigación serán divulgados en Seminarios Nacionales e Internacionales.

Yo, \_\_\_\_\_, confirmo que he leído y entiendo la información arriba consignada, que las personas encargadas del estudio han respondido mis preguntas a satisfacción y que deseo voluntariamente que mi hijo/a participe en el estudio.

---

**Participante**

Nombre:

Documento de identidad:

Firma:

Fecha:

---

**Persona que diligencia**

Nombre:

Documento de identidad



**UNIVERSIDAD DE GRANADA**  
**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**  
**Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento**  
**Psicológico**  
**Doctorado en Psicología Clínica y de la Salud**

**Formato de Asentimiento para niños, niñas y adolescentes**

Te estamos invitando a participar en una investigación. Tu puedes decidir si aceptas o no esta invitación. Si no quieres aceptar **NO PASA NADA**.

Lo que tienes que hacer si aceptas la invitación es contestar unas preguntas de varios cuestionarios que las psicólogas te harán durante la consulta en la ASOCREEMOS EN TI/Fundación Lucerito o la Institución Educsativa a la que pertenezcas. En estas preguntas no hay respuestas ni buenas ni malas.

Si durante la investigación te arrepientes de participar puedes hacerlo. Debes decirlo al profesional encargado y nadie te va a obligar a hacerlo.

Haz todas las preguntas que tengas sobre la investigación y si después de que te contesten todas tus dudas decides que quieres participar firma o escribe tu nombre abajo.

Todo lo que tú contestes será guardado y ninguna persona que no sea el investigador y sus colaboradores podrá saber lo que tú contestaste. La investigadora encargada es la Dra. Clemencia Ramírez Herrera y todos los datos se utilizarán para ayudarte a ti y a otros niños, niñas y adolescentes que lo necesiten.

Ya me contaron de qué se trata la investigación y deseo participar en ella

Nombre \_\_\_\_\_ o \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

Evaluador: \_\_\_\_\_

