

ABUSO SEXUAL A MENORES DE EDAD

ESTADO DEL ARTE DESDE LOS APORTES TEORICOS DE LA PSICOLOGIA
COGNITIVA PUBLICADOS EN ARGENTINA, CHILE, COLOMBIA, ESPAÑA Y PERÚ
ENTRE 2000-2015

YESICA FERNANDA OCAMPO PALACIO
LAURA SALDARRIAGA ESCOBAR

INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE ENVIGADO

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

PROGRAMA DE PSICOLOGÍA

OCTUBRE 2015

Abuso Sexual a menores de edad:

Estado del Arte desde los aportes teóricos de la psicología cognitiva publicados en Argentina,
Chile, Colombia, España y Perú entre 2000-2015

Yesica Fernanda Ocampo Palacio

Laura Saldarriaga Escobar

Trabajo de grado para optar al título de Psicóloga

Asesorado por:

Sofía Fernández Fuente

Magister en Ciencias Sociales

Énfasis en Psicoanálisis, Cultura y Vínculo Social

Institución Universitaria de Envigado

Facultad de Ciencias Sociales

Programa de psicología

Octubre 2015

Nota de aceptación:

Firma del presidente del jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

Envigado, 19 de Octubre de 2015

DEDICATORIA

A nuestros padres y amigos por confiar en nosotras y darnos todo su apoyo incondicional durante la carrera, especialmente a nuestros padres: Gerardo Saldarriaga A., Lourdes Saldarriaga y Sor Palacio, quienes dedicaron su tiempo para apoyarnos en nuestro caminar educativo, siendo fundamentales en nuestro crecimiento tanto personal como profesional.

A Dios por ser nuestro guía y fortaleza en cada paso de nuestras vidas.

AGRADECIMIENTOS

A la docente Sofía Fernández Fuentes, quien con sus conocimientos y experiencia nos guió y nos acompañó en este proceso investigativo.

A la Institución Universitaria de Envigado, Facultad de Ciencias Sociales, porque con ella nuestros sueños se han hecho realidad, especialmente a nuestra coordinadora de prácticas Adriana Orozco por su actitud de escucha y comprensión cuando lo requeríamos.

Contenido

LISTAS DE TABLAS	08
LISTA DE ANEXOS	08
GLOSARIO	09
RESUMEN	13
ABSTRACT	14
INTRODUCCIÓN	15
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	18
2. JUSTIFICACIÓN	22
3. OBJETIVOS	24
3.1 Objetivo General	24
3.2 Objetivos Específicos	24
4. MARCO REFERENCIAL	25
4.1 Antecedentes	25
4.1.1 Antecedentes Investigativos	25
4.2 Marco Teórico	32
4.2.1 Percepción del abuso sexual desde un enfoque cognitivo y algunas definiciones	32
4.2.2 El abuso y el maltrato infantil en Colombia desde la psicología social	37
4.3 Marco Legal	40
5. DISEÑO METODOLOGICO	42
6. ANALISIS GLOBAL	45
6.1 Relación de textos	46
6.2 Análisis año de publicación	51
7. ANALISIS DE LOS RESULTADOS	52
7.1 Cuadros categoriales	52
7.2 Procesamiento de la información	55
7.2.1 Esquema de clasificación por categorías	55
7.2.1.1 Abuso sexual como una forma de maltrato	55
7.2.1.2 Consecuencia del abuso sexual infantil (ASI)	55
7.2.1.3 Tratamiento del ASI desde el enfoque cognitivo-conductual	56
8. CATEGORIA: ABUSO SEXUAL INFANTIL COMO UNA FORMA DE MALTRATO	57
8.1 Definición Maltrato Infantil	57
8.1.1 Tipologías de Maltrato Infantil	58
8.1.2. Características del abuso sexual (ASI) como una forma de maltrato	60
8.2 Definición Abuso Sexual Infantil	63
8.2.1 Tipologías del Abuso Sexual Infantil	65
8.2.2 Prejuicios del concepto del ASI	66

9.	CATEGORIA: CONSECUENCIAS DEL ABUSO SEXUAL INFANTIL	68
	9.1 A nivel social	68
	9.1.1 Construcción social del ASI	69
	9.2 A nivel psicológico (a corto y largo plazo)	69
	9.2.1 Trastorno de Estrés Postraumático	70
	9.2.2 Dimensión comportamental	72
	9.2.3 Patologías del ASI en las victimas	73
	9.2.4 De acuerdo al desarrollo evolutivo (edad preescolar, edad escolar, edad adolescente y edad adulta)	74
	9.3 A nivel familiar	76
	9.3.1 Representaciones de apego	76
10.	CATEGORIA: TRATAMIENTO DEL ASI DESDE EL ENFOQUE CONGNITIVO CONDUCTUAL	78
	10.1 Enfoque cognitivo- conductual del ASI aplicado a la clínica	78
	10.1.1 Criterios clínicos de delimitación del ASI	79
	10.2 Factores o indicadores de detección del ASI	81
	10.2.1 Físicos	81
	10.2.2 Psicológicos	82
	10.2.3 Comportamentales	82
	10.2.4 De la esfera sexual	82
	10.3 Intervenciones terapéuticas	82
	10.3.1 Estrategias de afrontamiento	85
	10.3.2 Factores protectores	85
11.	CONCLUSIONES	87
12.	RECOMENDACIONES	89
13.	REFERENCIAS	90
14.	ANEXOS	94

Lista de Tablas

Tabla 1.1 Cuadro de categorización Abuso Sexual Infantil como una forma de maltrato

Tabla 1.2 Cuadro de categorización consecuencias del abuso sexual infantil (ASI)

Tabla 1.3 Cuadro de categorización tratamiento del ASI desde el enfoque cognitivo conductual

Anexos

Anexo 1: Anexo de esquemas de clasificación por categorías

Glosario

✚ **Abandono:** (Ingl. Slovenliness). Alejamiento físico, ausencia o ruptura afectiva respecto a una persona. Acostumbra a ocurrir en niños que lo sufren por parte de las personas más allegadas en su entorno – Maltrato por abandono -. Acarrea sentimientos de inseguridad, frustración, abatimiento e incluso llegar a provocar cuadros depresivos. Sus efectos pueden ser tanto a corto como a largo plazo y ser manifestados a lo largo de la vida (p. ej. sentimiento de inseguridad). (Saz Marín, A.I. (2006) Diccionario de Psicología. *Panamericana Editorial Ltda.* p. 17)

✚ **Abuso Sexual:** (Ingl. Sexual Abuse). Forma de presión o violencia sexual que se ejerce fundamentalmente sobre menores. Consiste en la serie de contactos que establece un adulto con un niño, al que utiliza para su propia estimulación sexual. El abuso también puede ser cometido por una persona menor de 18 años cuando es netamente mayor que la víctima (el agresor debe tener 5 años más si la víctima es menor de 12 años), o cuando tiene poder sobre la misma o capacidad para controlarla. En la mayoría de los casos el criterio para identificar el abuso sexual es la edad de la víctima, cuyo máximo se establece entre los 15-17 años. En edades superiores ya no se habla de abuso sexual a menores, sino de violación o acoso sexual. Se pueden identificar tres tipos de efectos, ya sean estos a corto o a largo plazo: cuadros psicopatológicos (trastornos de ansiedad y depresión, baja autoestima, toxicomanías), problemas sexuales (disfunciones, parafilias) y conflictos interpersonales (aislamiento social, trastornos de pareja, familia). El abuso sexual no tiene por qué ser cometido por una persona que padezca algún tipo de enfermedad mental o física, de hecho tan solo un 5% presenta evidencia clínica en este sentido. La mayoría de las veces, se trata de un familiar o de alguna persona cercana a la familia o conocida por ella.

Los ofensores pueden dividirse en dos grupos:

- Los que utilizan el engaño, la amenaza o presión psicológica para obtener sus fines. Este grupo se subdivide en pedofílicos o sujetos que solo en determinadas circunstancias cometen el abuso.
- El segundo tipo es el de los que utilizan la violencia.

El impacto del abuso sexual va a depender de una serie de factores entre los que se encuentran: duración del abuso, frecuencia, severidad, relación con el ofensor, las amenazas si las hubiera, la reacción de la familia, etc. (Saz Marín, A.I. (2006) Diccionario de Psicología. *Panamericana Editorial Ltda.* p. 18-19)

✚ **Adolescencia:** (Ingl. Yourth). Etapa de la vida que se extiende desde la niñez hasta la etapa adulta. Se prolonga desde que comienza a producirse la madurez sexual hasta que el sujeto alcanza la condición social de adulto independiente. Su inicio se sitúa entorno a los once o doce años y su finalización hacia los dieciocho años. El período de la adolescencia está marcado por la convergencia de tres hechos fundamentales:

- Una gran aceleración del crecimiento.
- La importancia de los cambios que se producen y que afectan al conjunto del organismo y de la persona.
- Una gran variabilidad individual, la velocidad de los cambios o la edad en la aparición, varían erróneamente de un año a otro, así como una gran variabilidad intra-individual, en un mismo individuo todos los cambios no se producen al mismo tiempo.

(Saz Marín, A.I. (2006) Diccionario de Psicología. *Panamericana Editorial Ltda.* p. 24)

✚ **Cognición:** (Ingl. Cognition). Conjunto de actividades y entidades que se relacionan con el conocimiento, el saber y la rememoración. La cognición subsume al conocimiento. El conocimiento es el objetivo o la función de la cognición. (Saz Marín, A.I. (2006) Diccionario de Psicología. *Panamericana Editorial Ltda.* p. 71)

✚ **Cognitiva, psicología:** (Ingl. Cognitive Psychology). Parte de la psicología que se refiere al estudio de los procesos y las estructuras de la cognición. La psicología cognitiva trata de los fenómenos de la percepción, la atención, la memoria, el lenguaje y las actividades intelectuales. (Saz Marín, A.I. (2006) Diccionario de Psicología. *Panamericana Editorial Ltda.* p. 72)

✚ **Cognitiva, terapia:** (Ingl. Cognitive Therapy). Breve terapia centrada en la toma de conciencia por parte del paciente de la distorsión con la que aprehende e interpreta los acontecimientos desdichados de su existencia. Entre las técnicas cognitivas destacan las siguientes: desensibilización sistemática imaginada, reestructuración cognitiva, detención del pensamiento, terapia racional-emotiva, solución de problemas, implosión y técnicas encubiertas. Al ser utilizadas en conjunto con modificaciones de conducta, las terapias cognitivas se engloban dentro del bloque conocido como terapias cognitivo-conductuales. (Saz Marín, A.I. (2006) Diccionario de Psicología. *Panamericana Editorial Ltda.* p. 72)

✚ **Depresión:** (Ingl. Depression). Enfermedad mental cuyas características son: una modificación profunda del estado anímico, un cambio de humor en el sentido de la tristeza, el sufrimiento moral y la disminución de la actividad psicomotriz (cansancio, pérdida de apetito, insomnio, descenso del deseo sexual). Así como una reducción de la actividad sexual.

- Depresión crónica o distimia, se caracteriza por tener una duración de dos o más años, de comienzo temprano, de escasa gravedad y de curso persistente o intermitente. Las mujeres son dos o tres veces más propensas a sufrirla.
- Depresión mayor: depresión cuyos síntomas predominantes son tristeza la mayor parte del día, disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en casi todas las actividades, trastornos del sueño y del apetito, alteraciones psicomotoras, pérdida de energía, sentimientos de culpa, falta de concentración y pensamientos de muerte y suicidio. Estos síntomas llevan a un deterioro de áreas de actividad como la social, laboral, etc. Cuando alterna con algún episodio maniaco se incluye en el trastorno bipolar. Es el trastorno mental más doloroso de todos.

(Saz Marín, A.I. (2006) Diccionario de Psicología. *Panamericana Editorial Ltda.* p. 93-94)

✚ **Infancia:** (Ingl. Childhood). Periodo de la vida que va desde el nacimiento hasta la pubertad, la cual marca el comienzo de la adolescencia. Se divide en primera y

segunda infancia separada por la aparición de los segundos dientes. Hay que destacar las aportaciones de J. Piaget, sobre la génesis de la inteligencia y la formación del pensamiento infantil. Establece cuatro estadios en el desarrollo de la inteligencia:

- a) Periodo sensorio-motriz, de cero a dos años, anterior al lenguaje y caracterizado por el desarrollo de las expresiones emocionales básicas (sonrisas, llantos, gritos, etc.);
- b) El estadio preoperacional, de dos a siete años, caracterizado por el egocentrismo, búsqueda de las propias necesidades;
- c) Estadio operatorio, de siete a doce años, aparece la capacidad para considerar los objetos en sí mismos;
- d) Periodo formal, de doce años en adelante, donde se desarrolla el razonamiento hipotético-deductivo.

(Saz Marín, A.I. (2006) Diccionario de Psicología. *Panamericana Editorial Ltda.* p. 152-153)

✚ **Violencia:** (Ingl. Violence). Fuerza bruta que una persona impone a otra, pudiendo llegar hasta la coerción ejercida mediante la intimidación o el terror. Modo de actuar a través del cual se expresa la ira de forma disfuncional contra otros. Es sobre todo, en las situaciones de crisis donde la violencia puede manifestarse particularmente – agresión -. (Saz Marín, A.I. (2006) Diccionario de Psicología. *Panamericana Editorial Ltda.* p. 279)

Resumen

El trabajo de grado es un acercamiento a aquella realidad compleja que se vivencia a nivel global: El Abuso Sexual Infantil (ASI) como una forma de Maltrato. Para ello, se empleó una metodología orientada al Enfoque Cognitivo grado es un acercamiento a aquella realidad compleja que se vivencia a nivel global: El Abuso Sexual Infantil (ASI) como – Conductual como referente teórico principal. Esta investigación corresponde a un enfoque cualitativo hermenéutico, utilizando la estrategia de análisis documental y la modalidad de estado del arte, por medio de información recolectada a través de diferentes Bases de Datos, artículos, investigaciones y teorías de los diferentes autores de dicho enfoque, encontradas de países tales como: Argentina, Chile, Colombia, España y Perú.

Por consiguiente, el presente trabajo de grado consta de varios momentos que van permitiendo el desarrollo de los objetivos esperados y, dando respuesta a la pregunta de investigación. Como primer momento se tiene que el Abuso Sexual Infantil es una forma de Maltrato, derivado este de las respectivas definiciones tanto del ASI como del Maltrato Infantil, sus tipologías y prejuicios; por otro lado, se tienen las consecuencias del Abuso Sexual Infantil y la forma como estas afectan a la víctima a nivel social, psicológico (a corto y largo plazo) y familiar; finalmente, aparece un tercer momento, que hace referencia al Tratamiento del ASI desde el Enfoque Cognitivo – Conductual, que conlleva los factores o indicadores de detección del ASI y las intervenciones terapéuticas, incluyendo en estas las estrategias de afrontamiento y aquellos factores protectores a utilizar para este tipo de Maltrato.

Palabras claves: Maltrato, Abuso, Abusador, Victima, Cognitiva

Abstract

This work is about a kind of abuse. For that, we used a methodology oriented to a degree of cognitive focus that will get us close to that complex reality that is being experienced at a global level: Child sexual abuse (CSA) as the main theoretical reference. This investigation corresponds to a hermeneutic qualitative focus, utilizing documental strategic analysis and state of the art mode, by recollected information from different data bases, articles, investigations and theories from different authors that are focused on this matter, this information is found in countries like Argentina, Chile, Colombia, Spain and Peru.

Therefore, the present thesis contains various moments that allow the expected results and giving an answer to the investigative question. At the first moment we have Child Sexual Abuse as a form of Abuse, from this abuse we find the respective definitions for the Child Sexual Abuse and its prejudice and typologies; on the other hand, we find the consequences of Child Sexual Abuse and the way it affects the victim at a social level, psychologically (long and short term) and family; finally a third moment appears, that makes reference to the way Child Sexual Abuse is treated from a cognitive – behavior approach, which bring factors and indicators that allow the detection of Child Sexual Abuse and its proper therapeutic interventions, including in these coping strategies and protective factors to be used to prevent this type of abuse.

Keywords: Abuse, Abuser, Victim, Cognitive.

Introducción

En el presente trabajo se realiza un Estado del Arte donde se tiene en cuenta los trabajos de investigación, artículos y estudios realizados dentro del campo de la psicología entre los años 2000-2014, sobre el Abuso Sexual Infantil (ASI) como una forma de maltrato desde el enfoque cognitivo.

Se entra en un proceso de construcción para hacer un abordaje metodológico propio de una monografía, haciendo posible dar una orientación ajustada a las necesidades de éste tipo de trabajo, ya que al interior de él se hizo el análisis de diferentes puntos de vista de los autores abordados, para luego entrar a plantear unas conclusiones generales y hacer unas recomendaciones, que enriquecerían este tipo de discusiones para sus posteriores abordajes, de hecho, se pone a consideración de los lectores un trabajo que no es el fin de la problemática, pero si la posibilidad de algunos horizontes para futuras investigaciones.

Se ha considerado la infancia como la más bella etapa de la evolución hacia la madurez. Sin embargo, también presenta una alta vulnerabilidad que debe ser protegida y es la familia la primera llamada para ayudar a proteger y reducir el riesgo del maltrato infantil. Por ende en el primer capítulo se hace referencia al *abuso sexual infantil como una forma de maltrato* desde la definición de varios autores.

El Maltrato Infantil es definido, por la OMS, como “los abusos y la desatención de que son objetos los menores de 18 años, e incluye todos los tipos de maltrato físico o psicológico, abuso sexual, desatención, negligencia y explotación comercial o de otro tipo que causen o puedan causar daño a la salud, desarrollo o dignidad del niño, o poner en peligro su supervivencia, en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder” (Organización Mundial de la Salud - OMS, 2014.).

Centrados en la definición anterior encontramos el tema a abordar sobre el abuso sexual infantil – ASI – que se cuenta entre una de las formas de maltrato infantil y como tal se habrá de abordar en el presente trabajo investigativo, para buscar alternativas de tratamiento a víctimas de esta forma de maltrato, desde la perspectiva psicológica, especialmente desde el enfoque cognitivo-conductual. .

El presente documento se dedica entonces a, primero, caracterizar el Maltrato Infantil y el Abuso Sexual Infantil como una forma del maltrato, sus factores de riesgo y caracterización; segundo, identificar sus consecuencias en todos los aspectos y, tercero, establecer el papel que puede desempeñar, en la recuperación de las víctimas el manejo del tratamiento psicológico desde el enfoque cognitivo-conductual.

En el primer capítulo se hace una revisión investigativa donde diversos autores hacen aportes desde su teoría, lo cual ha llevado a El Abuso Sexual Infantil, y el maltrato Infantil a constituirse como un acto que puede generar consecuencias de por vida en quienes son víctimas de dichos actos por parte de los agresores. Además, en este apartado se genera una dificultad investigativa ya que esta temática no se encuentra debidamente documentado y se carece de información para determinar el estado del abuso sexual infantil en varios países del mundo.

Para determinar las consecuencias del abuso sexual infantil, lo cual se encuentra descrito en el segundo capítulo del trabajo de grado, se pone todo un equipo de profesionales (pediatras, trabajadores sociales, enfermeros, médicos generales, microbiólogos, entidades legales, psicólogos, etc.) y se hace la intervención clínica y psicológica de la víctima. Sin embargo, dada la variabilidad existente entre las secuelas generadas en un menor y otro, la intervención psicológica no es requerida en todas las víctimas si no en aquellas que presenten síntomas psicopatológicos intensos como ansiedad, depresión, pesadillas, alteraciones sexuales o por un grado significativo de inadaptación a la vida cotidiana.

Debido a los resultados obtenidos encontrados en el segundo capítulo sobre *las consecuencias del ASI*, que conlleva a centrarse en la intervención de víctimas, por esta razón en el tercer capítulo se basa en *el tratamiento del ASI desde el enfoque cognitivo-conductual*

En el tercer capítulo se hace una relación de los diferentes estudios realizados, los cuales han dado como conclusión que la “terapia cognitivo-conductual logra cambios positivos a nivel cualitativo en la sintomatología, y permite modificar creencias respecto a la experiencia de abuso, ya que se enfoca en la reestructuración de la memoria traumática y la reducción de síntomas de ansiedad y depresión, mediante técnicas cognitivas y comportamentales, además, contribuye con cambios positivos a nivel de la percepción de culpa, confianza y relación con pares, y hubo reducciones significativas en los síntomas del TEPT, sobre todo en revivencia del trauma,

evitación e hipervigilancia. El modelo terapéutico ayuda a la persona a comprender mejor su funcionamiento psicológico y a desarrollar un nuevo repertorio cognitivo y conductual.

Al final del trabajo se dan conclusiones y recomendaciones, entorno a posibles horizontes de investigación, que pueden contribuir a que el rol del psicólogo y su enfoque dentro del sistema y con ello pueda realizar un mayor y mejor abordaje del Maltrato y Abuso Sexual Infantil para identificar la problemática que aún persiste y proponer alternativas de tratamiento, fenómeno que pese a las iniciativas legales se disemina cada vez más.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El Maltrato Infantil no solo se limitaba a la agresión física como muchos creían, así lo definió el Código de la Infancia y la Adolescencia en la Ley 1098 (2006), al haber planteado que por Maltrato Infantil:

Se entiende toda forma de prejuicio, 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 persona (p.7).

El Maltrato Infantil trajo consigo distintas magnitudes, entre ellas el Abuso Sexual, considerado este como una problemática social que se presenta a nivel mundial, porque se ha producido en todas las sociedades, culturas y en cualquier estrato social. Además, ha sido una forma activa de maltrato, afectando a la víctima, no solo en el momento del acto, sino también que los efectos pueden causar un profundo impacto en la edad adulta y secuelas que originan un malestar psicológico.

Se conocieron muchas definiciones de Abuso Sexual, las cuales fueron aceptadas internacionalmente. Entre estas se obtuvo la realizada por la Organización Mundial de la Salud - OMS- (2002), donde se formulaba el Abuso Sexual como:

Una acción en la cual se involucra a un menor en una actividad sexual que él o ella no comprende completamente, para la que no tiene capacidad de libre consentimiento o su desarrollo evolutivo (biológico, psicológico y social) no está preparado, o también, que viola las normas o preceptos sociales.(p. 98).

Por su parte, el Ministerio de Salud (1998), consideraba el Abuso Sexual como:

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 (Pág. 3).

De las definiciones anteriores, podría decirse que el acto sexual no solo se reduce al aspecto genital, sino también recoge todo acto o gesto por el cual el adulto (victimario o agresor) obtiene una satisfacción, que no cuenta con la aprobación del otro (víctima) para la realización de una actividad de carácter sexual. Además, reflejan la idea de que no existe relación sexual apropiada entre un niño y un adulto, donde el niño que está en el lugar de víctima, no tiene las condiciones de comprender estos actos que son inapropiados para su edad y desarrollo psicosexual y se ve afectado tanto a nivel psicológico como emocional y social.

El Instituto Colombiano de Bienestar Familiar -ICBF- (2007) percibe el Abuso Sexual Infantil - ASI - como una forma de violencia sexual a partir de las siguientes conductas:

El incesto, la violación, el tocamiento o manoseo a un niño o niña con ropa o sin ella, alentar o permitir a un niño o una niña que toque de manera inapropiada a un adulto y el abuso sexual sin contacto físico: seducción verbal, solicitud indecente, realizar actos sexuales en presencia de los niños o niñas, la masturbación, la pornografía, exhibición de los genitales o gestos sexuales para obtener gratificación sexual espiándolos mientras se visten, bañan o realizan sus necesidades de aseo (Pág. 6).

Por otro lado, cabe aclarar que las definiciones anteriormente mencionadas, incluyeron algún tipo de contacto de carácter sexual entre un adulto (agresor) y un menor de edad (víctima), en el que el adulto se vale de la incapacidad del menor para oponerse al encuentro; el agresor está en un lugar de superioridad para con el niño. Es así como una de las formas más ocultas de ejercer el poder y el Maltrato Infantil es el Abuso Sexual.

Son muchas las Instituciones existentes que son competentes en prevención, atención e intervención en el tema del ASI, entre las cuales cabe mencionar además del ICBF, la Defensoría del Pueblo, la Procuraduría Delegada para la Defensa del Menor y la Familia, las Instituciones de Vigilancia y Control, la Unidad de Delitos contra la Libertad Sexual y la Dignidad Humana de la Fiscalía General de la Nación, entre otras.

En Colombia, quien dirige las estrategias en la lucha contra la problemática del ASI, es el ICBF, el cual ha tenido como misión prioritaria trabajar por el desarrollo y la protección integral de la primera infancia, la niñez, la adolescencia y el bienestar de las familias colombianas, para así lograr ser ejemplo mundial en la construcción de una sociedad próspera y equitativa a partir del desarrollo integral de las nuevas generaciones y sus familias.

El ICBF es la entidad del Estado encargada de promover el restablecimiento de los derechos de las víctimas, y crear conciencia sobre las emanaciones de este fenómeno. Así mismo esta entidad a través de Caracol Noticias (2011), reveló preocupantes cifras sobre los casos de abuso sexual que se cometen en muchos hogares del país. Las cifras de maltrato infantil entre los años 2006 y 2011 son las siguientes: En 2006, 54.380; en 2007, 74.717; en 2008, 77.290; en 2009, 92.976; en 2010, 99.577 y, en 2011, 104.592. Estas cifras evidencian que el ASI es una problemática en ascenso y que antes de que termine cada año, dos mil menores más serán maltratados.

Por otro lado, Suarez & González (2003), constataron que la mayor frecuencia del ASI se da en la adolescencia, quienes reconocieron que no se puede generalizar, puesto que existen también casos en todas las edades, durante la infancia. Además, afirmaron que son muchas las personas que son cercanas al núcleo familiar las que cometen este tipo de abuso. (p. 132).

Con la información recopilada, se dedujo que existen indicadores a nivel físico, conductual, emocional, sexual y social de que un niño/a ha sido víctima de agresión sexual, los cuales identifican un posible abuso. Por lo tanto, es necesario que un profesional en esta área se ocupe de plantear el aspecto necesario de sensibilizar a la población para detectar a tiempo dicha problemática. El ASI trae consigo muchos matices, tanto físicos como psicológicos, los cuales generan sufrimiento en la infancia, y, por lo tanto, conllevan a la generación de secuelas a largo plazo en los niños en sus etapas de desarrollo.

En este marco de la realidad, es de esperarse que la psicología como ciencia especializada en el pleno desarrollo del individuo en su dimensión psíquica continúe encaminándose a la evaluación de las secuelas presentadas en los menores que han sido objeto de Abuso Sexual, con la intención de atenuar la crisis desencadenada. Por lo tanto, como futuros profesionales es de vital importancia conocer sobre el tema, por las implicaciones psicológicas que conlleva esta forma de abuso, y darle además, de este modo, una cobertura importante y poseer una preparación fundamental para manejar este tipo de situaciones, brindándole el apoyo necesario tanto al niño como a su familia; todo esto, con el fin de prevenir y atender las altas cifras de Abuso Sexual Infantil en el país, brindando ayuda a los niños que han sufrido maltrato físico o psicológico y buscando concientizar a la población sobre la violencia y el papel que esta ejerce en la misma, para que el número de casos de Abuso Sexual contra los niños disminuya.

A partir de la realidad presentada en algunos países, tales como: Argentina, Chile, Colombia, España y Perú, sobre el Maltrato y Abuso Sexual Infantil, surgió la idea de realizar un Estado del Arte, como propuesta investigativa, orientada a resolver la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuáles son los aportes teóricos realizados desde la Psicología Cognitiva en torno al Abuso Sexual a menores, publicados en Argentina, Chile, Colombia, España y Perú entre el 2000- 2014?

2. JUSTIFICACIÓN

La salud es un derecho fundamental mundial y es un campo bastante amplio, en el cual convergieron numerosas disciplinas para brindar soporte y bienestar a las personas desde diversos fundamentos. Según la OMS, la salud no solo se redujo a la ausencia de enfermedad, pues el ser humano siempre ha tendido a alcanzar un equilibrio de bienestar mental, físico, individual, social y ambiental para una mayor calidad de vida; esta premisa fue un patrón de partida con el cual surgió la práctica en búsqueda de mejorar una comunidad. Por esta íntegra y necesaria razón, la colectividad trabajo constantemente con ayuda de las personas, las cuales se interesaron en tan eximia labor.

El campo de la psicología reconoció la importancia del equilibrio que hay entre estos aspectos para mantener una armonía y estabilidad de la persona, y más aún, en los menores de edad que han sido vulnerables a todo ello; las buenas relaciones humanas contribuyeron a la salud social y mental, que ayudaban a mantener un buen proceso de aprendizaje y desarrollo en los niños, pero cuando en los hogares, la escuela o cualquier otro lugar en el que irrumpió el irrespeto verbal o físico afectaba el estado del menor, convirtiéndose en víctimas de diversas problemáticas, por lo que se consideró de mucho valor analizar una de ellas, en este caso sobre el Abuso Sexual a menores de edad.

En el presente abordaje teórico se recogió la información necesaria, para tener en cuenta la realidad de la problemática sobre el Abuso Sexual a menores de edad, que se ha vivenciado en países tales como: Argentina, Chile, Colombia, España y Perú entre los años 2000 y 2014, lo cual permitió dar cuenta de la cantidad de víctimas que se sumaban a un hecho que no debería ser común, debiendo enfrentar ésta problemática y, partiendo, en primera instancia, desde los aportes teóricos que contribuyeron a una información verídica y viable hacia una investigación en la que se propuso una mirada interna de la situación de Abuso Sexual Infantil que se presenta, para la concientización de los habitantes, donde el cambio comenzaba en el saber y la educación y en tomar medidas necesarias para enfrentar dicho problema.

Aunque cada vez se hacía más visible esta problemática, lo ideal fue generar una conciencia mayor sobre la importancia de impedir y proteger del Abuso Sexual Infantil, por lo que en el

presente Estado del Arte se buscó describir sus formas de manifestación o aptitudes indebidas, las cuales demostraron la evidencia del conflicto en diferentes contextos (hogar, escuela, entorno social, entre otros), de manera tal que los resultados arrojados mediante la información recogida, permitieron que futuros investigadores a partir del estado de arte que se realizó sobre esta problemática pudieran plantear nuevos horizontes de investigación y propuestas de prevención e intervención para las organizaciones. Del mismo modo, la investigación permitió que personas interesadas en el tema, pudieran hallar elementos claros para la comprensión e identificación de los menores que han sido víctimas.

Igualmente, desde el campo de la psicología, pudo existir un interés por comprender las diferentes problemáticas que afectaron al ser humano, en este caso lo que acontecía en diferentes ámbitos (familiar, social, psicológico) cuando se presentaban situaciones de abuso al menor, lo cual contribuyó a ampliar los conocimientos a los profesionales en el área e igualmente al fortalecimiento del ejercicio profesional.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo General:

Describir algunos aportes teóricos que se han realizado sobre el Abuso Sexual Infantil desde la Psicología Cognitiva, publicados en Argentina, Chile, Colombia, España y Perú entre los años 2000-2014.

3.2 Objetivos específicos:

- Hallar algunas publicaciones de diferentes autores que han aportado sobre el tema del Abuso Sexual Infantil, desde los constructos teóricos de la Psicología Cognitiva, divulgados en Argentina, Chile, Colombia, España y Perú entre los años 2000-2014.
- Identificar los aportes teóricos sobre Abuso Sexual Infantil que se han evidenciado desde los postulados cognitivos, publicados en Argentina, Chile, Colombia, España y Perú entre los años 2000-2014.
- Proponer posibles temáticas de investigación para los profesionales interesados en el área, desde un Enfoque Cognitivo-Conductual.

4. MARCO REFERENCIAL

4.1 Antecedentes

4.1.1 Antecedentes Investigativos:

La recopilación de antecedentes se realizó en las diferentes bases de datos y revistas publicadas por las principales universidades de Colombia, lo cual permite analizar los resultados derivados de las investigaciones sobre el abuso sexual infantil, además, nos ayuda a visualizar nuevos horizontes investigativos sobre derivados del tema; que en la actualidad no se evidencia una información detalla, extensa y puntual sobre dicho fenómeno.

El fenómeno se ha reflejado en diferentes países y culturas y nadie se ha encontrado excepto de ser víctima de esta problemática. Se halló una investigación titulada: *Abuso sexual infantil intrafamiliar: prácticas culturales que sustentan el abuso sexual infantil intrafamiliar en Pereira*, realizada por Saldarriaga, E. (2012). Allí se encontró que el Abuso Sexual Infantil es una de las formas de violencia más recientemente estudiadas, y que las condiciones que posibilitaron y mantuvieron dicha práctica al interior de las familias aún son desconocidas. Fue de vital importancia el hecho de haber tenido en cuenta dicha investigación, ya que allí se buscó comprender las prácticas culturales que sustentan el Abuso Sexual Infantil al interior de las familias en la Ciudad de Pereira (Colombia), un lugar con características particulares en cuanto a ubicación, historia y creencias acerca de la sexualidad y el sexo; para ello se planteó una investigación cualitativa-descriptiva cuyo enfoque epistémico se sustentó en el construccionismo social y el enfoque de la seguridad humana. Por lo tanto, dicha investigación permitió conocer algunos aspectos que incidieron en su dinámica y comportamiento en la Ciudad de Pereira, para lo cual se llevaron a cabo entrevistas exploratorias dirigidas a agentes sociales y grupo de expertos, ambos considerados fuentes secundarias, así mismo se abordaron dos familias que vivenciaron Abuso Sexual Infantil intrafamiliar como fuentes primarias, los resultados obtenidos presentaron el Abuso Sexual Infantil como una construcción para el desarrollo infantil dadas las practicas existentes en los contextos, escenarios, lugares parentales, motivos e intenciones, así mismo se consideraba este tipo de prácticas como una vulneración severa que produjo efectos y

huellas a largo plazo que, si bien, fueron susceptibles de resinificarse, y las cuales jamás se podrán borrar.

Además se hallaron investigaciones sobre las medidas de protección y desenlace que han tenido los casos de Abuso Sexual que se han reportado o denunciado en los diferentes centros de atención sobre este fenómeno, lo cual se evidenció en el artículo *Abuso sexual infantil y administración de justicia en Colombia*, realizado por Uribe, N. (2011), el cual tuvo como objetivo hacer un análisis de las practicas investigativas que se adelantaban en Colombia para esclarecer hechos jurídicos referidos al fenómeno del Abuso Sexual Infantil, que permitió identificar problemáticas en la administración de justicia, referenciadas con la realización de las indagatorias jurídicas y evaluaciones psicológicas que a menudo fueron practicadas de forma inapropiada. Se buscó llamar la atención sobre la incidencia de estos hechos en la toma de decisiones judiciales que pudieron vulnerar los derechos de los ciudadanos. Se describieron algunas de las principales restricciones que obstaculizaban la labor de los actores judiciales, especialmente la del psicólogo forense, las cuales se explicaron en razón de la insuficiencia del Estado colombiano para aplicar, en la realidad, la Ley de Infancia y Adolescencia, pues los procedimientos y funciones que indicaba esta Ley frecuentemente han sido desatendidos. De otro lado, se señaló la incidencia que tuvo la enorme presión social que recaía sobre los actores judiciales, en estos casos, y que en ocasiones entorpeció su correcta actuación judicial.

Así pues, además de describir las consabidas dificultades propias de la evaluación del testimonio que ofrecieron los niños, asociadas al incipiente desarrollo cognitivo y la dependencia material y afectiva respecto de los adultos, se mostraron otras razones que dificultaron los procesos de investigación jurídica y psicológica en los casos de Abuso Sexual Infantil. Finalmente, se describieron algunos de los elementos clínicos mínimos que debieron considerarse en la indagación psicológica para tratar de superar las restricciones y problemáticas descritas, a partir de una articulación de los enfoques clínico y forense.

Los resultados variaban notablemente de acuerdo con la posición en la que se ubicaba el investigador y el contexto sociodemográfico en el que se realizaba el estudio. En algunas zonas de Colombia los resultados fueron bastante favorables en cuanto a las medidas y atención que se les proporcionaban a las víctimas y familiares que fueron partícipes del Abuso Sexual Infantil; esto se pudo evidenciar en la investigación: *Abuso Sexual Infantil: la potencia de los enfoques*

preventivos, realizada por Méndez, R. Montero L. & Rojas, M. (2012). Los autores abordaron el Abuso Sexual Infantil, las políticas y programas que buscaban su prevención entendiendo que ha sido un delito de alta sensibilidad social y una clara violación de la condición humana y de los derechos de niños, niñas y adolescentes. En esta investigación se analizaron diferentes orientaciones y se propuso la necesidad de hacer énfasis en los derechos, un enfoque diferencial y de perspectiva de género, considerando de manera especial el grupo poblacional de la infancia y la adolescencia. También se concluyó que los procesos de política examinados presentaban pérdida de energía, de recursos y de esfuerzo institucional en el tiempo de planificación de las políticas y los programas, lo que redujo las posibilidades de una mejor implementación.

En esta misma línea se halló una investigación que aportó al tema en cuanto a las medidas de castigo para los victimarios del Abuso Sexual Infantil, la cual se titulaba: *¿Se encuentra justificada la actual política criminal contra agresores sexuales?* Realizada por Vélez, L (2013). El autor de dicha investigación pretendía hacer una aproximación crítica a la problemática que planteaban las actuales tendencias político-criminales en materia de agresores sexuales. A través de la revisión de los argumentos con los cuales se han sustentado las más recientes medidas, de carácter extraordinario, frente a los actores sexuales que atentan contra menores de edad en el contexto colombiano, se muestra que las premisas que fundan tales argumentos no se encuentran justificadas.

En la mayoría de víctimas quedaban secuelas a nivel físico y psicológico, esto se pudo catalogar después de la realización de los debidos procesos por parte de los programas encaminados a la atención, prevención e intervención sobre el caso. En la *investigación Abuso Sexual Infantil: ¿territorio omitido o inadvertido en Colombia?* Realizado por Quintero, A. Bonilla, F. Ortero, A. Campo, G. Valencia, H. (2013), los autores citaron el marco del nuevo rumbo de la Revista Colombiana de Psiquiatría que ha tomado para incluir la participación de la comunidad científica dentro de los avances de investigación en materia de salud mental. Esta carta tuvo el propósito de señalar una oportunidad de investigación que no ha sido explotada en Colombia: el Abuso Sexual Infantil y especialmente sus consecuencias psiquiátricas y psicológicas. También pretendía invitar a los editores de la Revista a impulsar el trabajo en este campo y señalar brechas de conocimiento alrededor de este tema.

Hay varias enfermedades psiquiátricas asociadas al Abuso Sexual; el Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) y los trastornos de personalidad límite, esquizoides y paranoides son algunos de ellos. También los trastornos afectivos, de ansiedad y depresión están asociados a diversas intensidades del Abuso Sexual. Alrededor de esta prevalencia de enfermedades psiquiátricas debería existir un protocolo de manejo clínico orientado a la resiliencia de la víctima y la adecuada identificación de esta, integrando la información del examen físico y psiquiátrico. Hacía falta un inventario de hallazgos clínicos, psiquiátricos y físicos asociados al Abuso Sexual Infantil, en conjunto con un equipo de trabajo multidisciplinario que se centrara en evitar la culpabilización de la víctima acerca del abuso o sus consecuencias, inventario y disposición que se han realizado en distintos lugares del mundo y han tenido como fruto el protocolo de manejo clínico ideal antes descrito.

En ambas investigaciones los autores transmitieron que el ASI ha sido una problemática de tipo universal, y de gran impacto a nivel internacional, que ha dejado a su paso consecuencias y efectos que podrían ser perdurables a corto y largo plazo. Una persona que ha sido víctima de ASI podría presentar diversas secuelas a nivel psicopatológico. Las investigaciones acerca de la sintomatología enfatizaban en aspectos muy diferentes, por lo que la variedad de signos y síntomas relacionados con el abuso resulta muy amplia como se ha podido observar en este texto.

Lo anterior expresaba que el Abuso Sexual afecta fundamentalmente a niños de cualquier género y mujeres, dejando graves secuelas en las víctimas, y en su medio familiar y social. Esta investigación rastreó las publicaciones disponibles en materia de acciones encaminadas al apoyo de sobrevivientes de Abuso Sexual, por parte de los sistemas de salud pública en algunos países, y los tratamientos de origen psicológico más recomendados para la reparación de la salud mental de las víctimas. El Abuso Sexual en países de desarrollo debería ser un asunto de seguridad pública, más aun en Colombia, donde la violación de mujeres es un arma de guerra usada por los actores de la violencia sociopolítica.

Lo mencionado anteriormente también se ha contrastado con una secuela derivada del Abuso Sexual que afectaba al individuo a nivel psicológico, lo cual se vio reflejado en la investigación: *Estrés Postraumático y Abuso Sexual Infantil: factores asociados en víctimas que asisten al instituto nacional medicina legal y ciencias forenses, Bucaramanga 2007- 2009*, realizado por Ochoa, M. (2009). En esta indagación el autor expresaba que el Trastorno de Estrés

Postrauumático (TEPT) es la principal perturbación psíquica de Abuso Sexual. Existen asociaciones significativas entre la edad y el género de la víctima, relación con el victimario, penetración y el trastorno; sin embargo, la evidencia sobre el efecto de la mayoría factores de riesgo es aun controversial.

Para evaluar la asociación entre las características socio demográficas de la víctima, el tipo y la frecuencia de actos sexuales abusivos, la estrategia de coerción del agresor, su relación familiar y extra familiar entre víctima y agresor con el diagnóstico de TEPT, se realizó un estudio prospectivo de casos y controles . Un total de 217 denunciadas víctimas de Abuso Sexual Infantil (ASI) (102 casos y 115 controles) entre los 9 y 25 años fueron evaluados con una entrevista psiquiátrica estructurada. La mayoría de las víctimas eran mujeres; el 86% pertenecían a un estrato socioeconómico 1 y 2. Solo un tercio de las víctimas denunciaron desde el primer episodio. Todos los agresores eran hombres, principalmente familiares o allegados a la víctima. En un modelo logístico multivariado, la estrategia de coerción fue el principal factor asociado al diagnóstico. Siendo la violencia psicológica (OR=0,84) y la violencia física (OR=2,49) los que mostraron la mayor asociación positiva para el TEPT, cada uno por separado, por una asociación negativa, estando juntos, en un fenómeno de interacción. Las estrategias de coerción no violentas, (soborno, engaño y seducción) mostraron también una asociación negativa. Las características del acto sexual, la relación de parentesco entre agresor y víctima y el género de la víctima no mostraron asociaciones estadísticamente significativas. La estrategia de coerción del abusador tuvo una mayor asociación con el TEPT que la severidad del ASI, la relación con el abusador y las características socio demográficas de la víctima.

Fue de vital importancia resaltar que no solo quedaban secuelas en las víctimas del Abuso Sexual Infantil, los familiares y allegados al menor también le daban unas significaciones, las cuales se consideraron importantes a tener en cuenta para el momento de la intervención, lo cual debió haber sido una labor integral donde se hayan tenido en cuenta todas las posiciones de las víctimas, esto fue investigado y se encontró evidenciado en *Significados y respuesta de las madres al abuso sexual de sus hijas (os)*, realizado por Quiroz, M. & Peñaranda, F. (2009). En este trabajo se publicaron los resultados de una investigación dirigida a comprender los significados y las respuestas de madres frente al Abuso Sexual de sus hijas e hijos, para generar un conocimiento útil en la construcción de políticas y programas más pertinentes en la atención

de este fenómeno. Fue un estudio cualitativo que empleó como método los grupos de discusión con cinco madres de cuatro niñas y un niño, menores de 10 años, víctimas de Abuso Sexual, quienes asistían a consulta psicológica en dos centros de atención a la familia de la ciudad de Medellín, en el año 2005. Las voces de estas mujeres mostraron que el Abuso Sexual sucedió en familias vulnerables desde el punto de vista afectivo, comunicativo y socioeconómico, en las cuales este problema hacía parte de su cotidianidad.

El Abuso Sexual constituía una catástrofe que afectaba el precario equilibrio socioeconómico y afectivo que estas familias lograban construir para hacer frente a sus condiciones de vida angustiantes. En medio de la estigmatización que la sociedad hace de la situación, del silencio, con el cual soportan el trauma, y de un apoyo poco comprensivo y pertinente por parte de las instituciones encargadas de la atención de estas familias, las madres acometieron diferentes acciones para hacer frente a su realidad. La reconfiguración de su rol como madres se convirtió en un punto de partida clave para la superación del estado de impotencia en el cual quedaban sumidas, posterior al Abuso Sexual de sus hijas(os).

Existían muchas investigaciones sobre el tema, lo que nos permitió acceder a un antecedente muy importante que tiene como nombre *ASI: construcción de un instrumento de evaluación que mida el riesgo de abuso sexual en niños y niñas de Medellín*, realizado por López, H, Correa, C. Gil, J & Quiroz, E. (2012), esta investigación giraba en torno a la influencia del apego como característica etológica, en aspectos del desarrollo infantil y su incidencia en el surgimiento de la resiliencia como fenómeno psicosocial. Para ello, se hizo inicialmente una revisión histórica de la concepción de neonato, sujeto y desarrollo desde la psicología, el psicoanálisis, la teología y la filosofía antropológica. Después, se discutieron evidencias psicobiológicas de la importancia que tuvo el vínculo afectivo en el desarrollo infantil a través de los aportes de la psicología del desarrollo y de la neuropsicología infantil, para finalmente ilustrar la manera como dicho apego al potencializar el desarrollo humano, facilitó la incorporación psíquica de tutores de resiliencia en los niños aún en momentos de adversidad.

La evaluación del riesgo de Abuso Sexual Infantil (ASI) se sustentó sobre la base de entender la asociación entre los distintos factores de riesgo, Echeberúa y Guerrica Echevarría (2000) definieron los factores de riesgo en el ASI como aquellas circunstancias de diverso tipo que favorecieron que el niño o niña fuera víctima de Abuso Sexual. Bajo esta mirada, dichos

autores dijeron que no se trataba de establecer una relación directa causa-efecto, sino meramente una asociación probabilística, lo cual significó que cuando se hablaba de que un niño estaba en alto riesgo representaba el hecho de tener una mayor probabilidad de sufrir Abuso Sexual. En esta perspectiva, los factores de riesgo tocaron distintas dimensiones, algunas de estas fueron: características individuales y sociales y organización familiar. En el Abuso Sexual Infantil no hubo un solo factor causal, sino que fue el resultado de la conjunción de una serie de factores; por esto fue necesario para una adecuada prevención, el hecho de conocer cuáles fueron los principales factores de riesgo en un contexto específico, para enfatizar en los factores protectores que ayudarán a disminuir el riesgo de un posible abuso.

4.2 MARCO TEÓRICO

Después de realizar los antecedentes sobre las investigaciones relacionadas con el Abuso Sexual Infantil en Colombia, se procedió a la elaboración del Marco Teórico en el que se expusieron las teorías que desde la psicología social y la cognitiva se ocupan del fenómeno social a investigar.

4.2.1. PERCEPCION DEL ABUSO SEXUAL DESDE UN ENFOQUE COGNITIVO Y ALGUNAS DEFINICIONES

Desde los constructos teóricos de la psicología cognitiva se describió el preludio y la evolución social que ha tenido el Abuso Sexual Infantil a lo largo de la historia, además, se pretendía describir las estructuras, procesos y representaciones cognitivas que el menor instauró en su sistema. Al recopilar gran parte de la información acerca de este fenómeno se tuvo la validez y la confiabilidad de presentar una información detallada y clara que ya se encontraba sistematizada sobre el Abuso Sexual Infantil.

Según Rodríguez (2006) el concepto de Maltrato Infantil y Abuso Sexual a menores, fue conocido desde la antigüedad, y se comenzó a investigar este hecho desde que se obtuvieron medidas probatorias en medicina legal, basadas en casos de Abuso Sexual Infantil. Actualmente, el Maltrato Infantil y el Abuso Sexual se pueden abordar desde una amplia visión que comprendía todas las formas de violación de los derechos al menor, establecidos en la convención sobre los derechos del niño aprobada por la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas en 1989.

Uno de los pensadores que arrojó la investigación fue la valoración cognitiva que hacia el individuo sobre el entorno, el cual lo percibía como amenazante y que ponía en peligro su bienestar. De acuerdo con esto, dentro del concepto de Abuso Sexual Infantil, fue fundamental la relación y el cuidado que establecía el individuo con su entorno, ya que generaba una respuesta emocional y conductual en éste.

Rodríguez (2006) agregó que era posible clasificar el Maltrato Infantil de acuerdo a las formas como le inferían daño a la víctima desde una imposición de poder. Desde este aspecto dividió tres formas sobre el Maltrato y Abuso Infantil:

- Maltrato Infantil Familiar: siendo este el fenómeno más común que sucedía en la violencia familiar, el niño era la víctima de la violencia ejercida por otros integrantes.
- Maltrato Institucional: existía una forma de Maltrato Infantil en la que la violación de los derechos del niño y práctica de muy diversas formas de violencia, en su perjuicio venía ejercida desde el ámbito de la institución.
- Maltrato Social: no era frecuente que lo estipulado en la convención de los derechos del niño resultara vulnerado por las propias condiciones de existencia de los menores, cuando se tenía cuestionado el derecho a la alimentación, vivienda, la inmunización, la asistencia médica, la educación o el juego (p. 47).

De acuerdo con todo lo planteado por Rodríguez (2006) fue importante resaltar que el Maltrato Infantil, no sólo ha sido un hecho que sucedió en el contexto familiar como tal, sino que también se ha dado en otros espacios donde el niño ha permanecido, como es su entorno educativo, social; a veces no nos percatábamos y no nos dábamos cuenta que los niños habían sido vulnerados en sus derechos, siendo una problemática que se debía analizar desde todas sus variables.

Gisbert, (1995) definió los malos tratos en la infancia como una “variada gama de violencias de que han sido víctimas los niños de corta edad y que podía conducir a un estado de subdesarrollo físico y mental con gran invalidez y a veces hasta la muerte” (p. 37). Teniendo en cuenta este aporte, a la víctima (en este caso el menor abusado o maltratado), pudo haberle traído consecuencias graves en cuanto a su salud física y mental, lo cual era tomado de formas demasiado negativas que pudieron llevar al niño al suicidio o a causar la muerte a sus victimarios.

Para Sarason, & Sarason, (1996) “El Abuso Sexual ha tenido una respuesta negativa natural en los seres humanos ante situaciones amenazadoras o desconocidas” (p.7); sin embargo no todo lo que ha sido amenazador para una persona podría serlo para otra, esto dependía según el autor, de la valoración que cada individuo realizaba sobre determinada situación y de los

mecanismos que tuviese para afrontarla o controlarla, ha sido un asunto completamente subjetivo, en el cual cada individuo percibía la realidad desde una mirada y posición diferente.

Kendall (1994) se basó en cuatro (4) patrones de aprendizaje para proporcionar un enfoque integrado para la evaluación y la intervención en casos de Abuso Sexual y Maltrato Infantil; estos enfoques cognitivo-conductuales se derivaban filosófica, teórica y empíricamente de cuatro (4) teorías de aprendizaje: el condicionamiento del que responde (aprendizaje asociativo), el condicionamiento operante (el efecto del ambiente en los patrones de conducta, en particular refuerzo y castigo), el aprendizaje observacional (aprendizaje mediante imitación) y el aprendizaje cognitivo (la repercusión de los patrones del pensamiento en los sentimientos y las conductas).

Dichos enfoques, prestaban atención minuciosa a los contextos sociales y del desarrollo en los cuales ocurría el aprendizaje. En el tratamiento de los niños han sido maltratados sexualmente, los enfoques cognitivos-conductuales se centraban particularmente en el significado de los eventos para los niños y los padres no culpables, esforzándose en la identificación y abordaje de las cogniciones maladaptativas (p.ej. estar permanentemente "sucio"), las malatribuciones (p.ej. sentimientos de culpa y responsabilidad) y un autoestima baja. Además, las intervenciones extraídas de los paradigmas de aprendizaje del que responde, operantes y observacionales se utilizaban más para abordar problemas evidentemente conductuales como conductas de externalización (agresión o "exteriorización"), conductas de internalización (ansiedad, autculpa o desaprobación) o conducta sexualizada, generalmente mediante la implicación de un padre no responsable del abuso.

Otro autor como Peiró (2005), expresaba que luego de un evento de Abuso Sexual, podía quedar como secuela un problema de adaptación al medio; algunos individuos quedaban con la dificultad de seguir participando en sus actividades diarias, pero esto ha sido un fenómeno social que podría superarse a medida que surgía este restablecimiento de adaptación en el cual se traía consigo un adecuado desarrollo y desempeño eficaz en muchos entornos y esferas de su vida.

Por consiguiente, este autor consideraba que el Abuso Sexual generaba consecuencias graves en la salud del individuo, especialmente cuando las demandas del medio ejercían una gran presión y no se afrontaban de una manera adecuada, debido a que el individuo no había logrado superar el suceso traumático, es decir, esto sucedía cuando la persona no poseía los suficientes

recursos para afrontar sus problemáticas, donde las exigencias y las demandas del medio en el que se encontraba, se volvían en su contra.

Rodríguez (2006) definió el Abuso Sexual a menores como la utilización de un niño por un adulto mayor para su estimulación o la gratificación sexual de otras personas, ejemplo en pornografía o prostitución infantil. Para este autor, las conductas abusivas comprendían exhibicionismo, besos, caricias erotizadas, y contacto oral, rectal o genital.

Angus y Woodward (1995) subrayaron al respecto de la transgresión cultural que representaba el Abuso Sexual, como cualquier acto que exponía a un menor, o lo involucraba en procesos sexuales más allá de su entendimiento o contrarios a los estándares aceptados en la comunidad.

De acuerdo con los autores trabajados desde la psicología cognitiva, fue posible afirmar que el maltrato sexual a los niños ha sido un problema social crítico que ha afectado a un gran número de niños y jóvenes en todo el mundo. En la mayoría de niños podía provocar varios problemas psicológicos y conductuales, algunos de los cuales serían consecuentes hasta la edad adulta. Es importante conocer qué opciones podrían beneficiar más a los niños ya traumatizados por estos eventos.

Continuando con el enfoque teórico de la psicología cognitiva, Friedrich (1986) hizo referencia a que cada vez se documentaban más las consecuencias del Abuso Sexual sobre el bienestar social y emocional de los niños, así como sobre su desarrollo. Muchos niños, aunque no todos, que han sido maltratados sexualmente desarrollaban dificultades importantes en la salud mental, relacionadas con esta forma de abuso. Estudios transversales han señalado varios factores que parecían influir en el grado y la gravedad de estos efectos, como la edad del niño, la frecuencia, duración del abuso y la relación del niño con el agresor.

En esta misma vía, Pérez (2005) afirmó que el Abuso Sexual se manifestaba a nivel grupal o social, y esto se presentaba cuando las exigencias sociales no concordaban con la voluntad del individuo, y podía generar en el individuo una respuesta negativa o displacentera, a nivel físico y emocional. Por lo tanto, la desmotivación, insatisfacción, caída en la producción, hostilidad en las interacciones, eran variables que se presentan en las relaciones sociales de quienes son objeto de abuso.

Para este autor, los menores que fueron abusados sexualmente podrían quedar afectados en todos sus ámbitos: escolar, familiar, social, laboral, entre otros. También podía generarle el temor e inseguridad respecto del futuro, situaciones afectivas y familiares, depresión, problemas de salud propios o de algún familiar. Esto generaba la aparición de síntomas tanto psíquicos ya dichos, como físicos: las cefaleas, hipertensión, autoagresión, insomnio, trastornos digestivos, entre otros, los cuales eran formas de manifestación del sentimiento que se estaban efectuando en el en el individuo.

Lazarus y Folkman, citados por Peiró (2005), decían que una de las formas de trabajar con los niños que han sido víctimas de Abuso Sexual, era desde los procesos psicoterapéuticos basados en el estrés de los conflictos, que era un proceso dinámico, interactivo y reactivo, mediado por la apreciación y el afrontamiento. Dentro de la apreciación, se presentó un primer momento en el cual el individuo hacía una valoración de un determinado evento o situación, jugando un papel importante las características personales, creencias y experiencias que tenga este, ya que de acuerdo con estas variables personales consideraba esa situación como irrelevante, benigna o negativa. Si lo consideraba negativo, el individuo pasaba a un segundo momento, revisando sus recursos de afrontamiento que le permitían manejar dicha situación. El afrontamiento aludía a “los esfuerzos cognitivos y comportamentales para controlar, reducir o tolerar las demandas internas o externas creadas por una transacción traumática” (p. 16).

En síntesis, el Abuso Sexual ha llegado a un estado psicológico que ha sido parte y reflejo de un proceso de interacción entre la persona y su entorno (Velásquez, 2005), es decir, el resultado de una exposición a una amplia gama de exigencias o demandas sociales que podían contribuir igualmente a una amplio grado de consecuencias para la salud del individuo.

De acuerdo con lo planteado anteriormente se pudo concluir que el Abuso Sexual Infantil no se refiere a una enfermedad o a un trastorno médico, pero ha sido un evento o una serie de eventos traumáticos en la vida de un menor. Las percepciones de lo que ha constituido el Abuso Sexual difieren, al igual que las definiciones utilizadas por investigadores y no investigadores. A pesar de estas diferencias ha habido un consenso general entre los médicos e investigadores de que ha sido un problema social que afectaba a un gran número de niños de ambos sexos, de todas las edades, de diferentes culturas y clases sociales.

4.2.2 EL ABUSO Y MALTRATO INFANTIL EN COLOMBIA DESDE LA PSICOLOGIA SOCIAL

Para la presente investigación fue necesario definir el concepto de Abuso Sexual Infantil, ya que ha sido un hecho común en algunos países. Su recurrencia ha generado una respuesta negativa emocional en el individuo. De igual manera, el Abuso Sexual Infantil ha sido una problemática notable en nuestra sociedad, en la cual se ha visto afectada la salud física y mental de quien ha sido objeto de este tipo de maltrato.

Fueron Kempe y sus colaboradores (1962,) quienes describieron por primera vez el “Síndrome del Niño Maltratado”, con la intención de despertar la preocupación pública y alertar a los profesionales por esta problemática. Dicho síndrome consistía en la descripción de algunas consecuencias del maltrato físico a un menor. La OMS (1985) mostró interés en el síndrome y aportó al tema desde una posición pediátrica, donde remitían a considerar que este podía definirse como todo evento que desencadenaba síntomas reales o potenciales para la salud, el crecimiento, desarrollo o dignidad del menor, generando acontecimientos como Abuso Sexual, abandono, trato negligente, explotación infantil, maltrato físico o emocional.

El Maltrato Infantil ha sido una preocupante realidad que se ha presentado en nuestro día a día. Esta problemática ha conmovido y ha sido alarmante, no solo para gran parte de la sociedad sino también para una gran parte de profesionales relacionados con el ámbito social. En 1959 se declararon los Derechos del Niño en la ONU y es ahí cuando comenzó a considerarse un delito y un problema con profundas repercusiones psicológicas, éticas, legales, sociales y médicas para los niños. Además, el niño debería ser protegido contra toda forma de abandono, crueldad o explotación.

Para Moreno (2006), aquellos que se han interesado por el estudio del Maltrato Infantil han tratado de explicar su aparición y mantenimiento basados en diversos modelos o campos de la Psicología, tales como: el modelo sociológico (Psicología Social), considerado por Wolock y Horowitz (1984), como el abandono físico, consecuente de situaciones de carencia económica o de situaciones de aislamiento social; el modelo cognitivo, definido por Larrance (1983), como una situación de desprotección que se producía como consecuencia de distorsiones cognitivas, expectativas y percepciones inadecuadas de los progenitores/cuidadores en relación con los

menores a su cargo; el modelo psiquiátrico, en el que Polansky (1985), consideraba que el Maltrato Infantil era consecuencia de la existencia de psicopatología en los padres; el modelo del procesamiento de la información, planteado por Crittender (1993), como la existencia de un estilo peculiar de procesamiento en las familias con menores en situación de abandono físico o negligencia infantil; y por último, el modelo de afrontamiento del estrés de Hilson y Kuiper (1994), que hacía referencia a la forma de evaluar y percibir las situaciones y/o sucesos estresantes por parte de estas familias. (p 282-284)

En un estudio realizado desde la psicología social, se hizo referencia a que el ICBF como instituto del cuidado y restablecimiento de derechos de menores, se encontró con que el 90% de casos reportados por violencia o Maltrato Infantil en menores fueron perpetrados por sus padres o familiares. A nivel local, diariamente se hacía un reporte de 45 casos en promedio de niños, niñas y adolescentes, en total se estaría deduciendo una cifra de 16. 457 de individuos perjudicados.

Así mismo, desde lo social el Maltrato Infantil no se limitaba solo a la agresión física, el Código de la Infancia y la Adolescencia (Ley 1098 de 2006) definió otros sucesos que podían considerarse significado de este fenómeno social como lo fueron el castigo, humillación y abuso físico o psicológico, así como el descuido y el trato negligente sobre el niño, la niña, el adolescente, aún desde la gestación. Fue denigrante conocer que sea un hecho tan común en muchos países, que en vez de enseñar a los abusadores deberían enseñar a no hacer que lo hagan, siendo un aporte simple y complejo. El ICBF tipificó algunas definiciones importantes sobre los tipos de maltrato que cualquier menor podría padecer:

- Maltrato Psicológico: insultos, agresiones verbales, amenazas, rechazo, desprecio y burlas.
- Maltrato Físico: golpes con cables, puñetazos, pellizcos, patadas, entre otros.
- Maltrato por abandono, negligencia o descuido: cuando los padres o cuidadores fueran incapaces de satisfacer necesidades básicas (alimentación, higiene, vestido) y emocionales.
- Maltrato en Gestación: cuando la madre gestante era agredida física, psicológicamente o cuando el niño era rechazado por la madre desde el momento de su concepción.

Partiendo de lo planteado, pudo determinarse que el maltrato es un precedente en algunos eventos de Abuso Sexual Infantil; este ha sido el factor primordial y creador de esquemas erróneos a veces insuperables en las víctimas de dicho suceso. A pesar de las diferencias en las percepciones de lo que constituía el Abuso Sexual a menores de edad un consenso general entre los médicos y los investigadores de que era un problema social que afectaba a un gran número de niños y jóvenes en todo el mundo, además, se pudo concluir de lo anterior que los efectos del Abuso Sexual se manifestaban desde en una amplia variedad de síntomas que incluían temor, ansiedad, Trastorno de Estrés Postraumático y problemas conductuales como externalización o internalización, o conductas sexuales inapropiadas. El Abuso Sexual Infantil se ha visto asociado con mayor riesgo de problemas psicológicos en la edad adulta.

4.3 MARCO LEGAL

Este trabajo investigativo contó con una temática de índole psicológico, por esto a continuación se referenciará la Ley 1090 de 2006 por la cual el Congreso de la República de Colombia, reglamentó el ejercicio de la profesión de Psicología, en la cual se dictó el Código Deontológico y Bioético y otras disposiciones, en concreto, lo que respectaba a la investigación científica, en los artículos 49 al 56, disponiendo que:

CAPITULO VII DE LA INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA, LA PROPIEDAD INTELECTUAL Y LAS PUBLICACIONES

Artículo 49. Los profesionales de la psicología dedicados a la investigación son responsables de los temas de estudio, la metodología usada en la investigación y los materiales empleados en la misma, del análisis de sus conclusiones y resultados, así como de su divulgación y pautas para su correcta utilización.

Artículo 50. Los profesionales de la psicología al planear o llevar a cabo investigaciones científicas, deberán basarse en principios éticos de respeto y dignidad, lo mismo que salvaguardar el bienestar y los derechos de los participantes.

Artículo 51. Es preciso evitar en lo posible el recurso de la información incompleta o encubierta. Este sólo se usará cuando se cumplan estas tres condiciones: Que el problema por investigar sea importante; que solo pueda investigarse utilizando dicho tipo de información; que se garantice que al terminar la investigación se les va a brindar a los participantes la información correcta sobre las variables utilizadas y los objetivos de la investigación.

Artículo 52. En los casos de menores de edad y personas incapacitadas, el consentimiento respectivo deberá firmarlo el representante legal del participante.

Artículo 55. Los profesionales que adelanten investigaciones de carácter científico deberán abstenerse de aceptar presiones o condiciones que limiten la objetividad de su criterio u obedezcan a intereses que ocasionen distorsiones o que pretendan darle uso indebido a los hallazgos.

Artículo 56. Todo profesional de la Psicología tiene derecho a la propiedad intelectual sobre los trabajos que elabore en forma individual o colectiva, de acuerdo con los derechos de autor establecidos en Colombia. Estos trabajos podrán ser divulgados o publicados con la debida autorización de los autores.

5. DISEÑO METODOLÓGICO

La siguiente investigación abarcó una metodología de enfoque cualitativo/hermenéutico, en la que se utilizó la modalidad de Estado del Arte sobre Abuso Sexual Infantil - ASI - a través de información recopilada por parte de algunos autores basados en la Teoría Cognitiva en países tales como: Argentina, Chile, Colombia, España y Perú, donde se planteó la problemática que han vivenciado dichos países durante los últimos 15 años (2000-2015), lo cual permitió dar cuenta de la cantidad de víctimas que se sumaban a este hecho, las causas que generaban este tipo de situaciones y los efectos que se producían durante sus diferentes etapas de desarrollo. Todo esto, con el fin de generar una conciencia mayor sobre la importancia de prevenir el ASI.

Para Vasilachis de Gialdino (2009):

Ambos autores realizaron una investigación de corte cualitativo, la cual tenía como propósito observar, analizar esas situaciones, esos procesos, esos sucesos y/o sus consecuencias, esas acciones, y tratan de captarlos, en toda su complejidad y tal como realmente ocurren, intentando no controlarlos, no influir sobre ellos, no alterarlos, no modificarlos (p. 28).

De igual manera, esta investigación fue de tipo documental, donde no solo se tuvo un acercamiento a la principal fuente del conocimiento social, que fue la experiencia y la cotidianidad, sino también se adquirió lo ya vivenciado, revisado, investigado y desde una propuesta hermenéutica, interpreta esa realidad. Es de gran apoyo para quienes elaboraron esta investigación, la información que puede recopilarse para adquirir una experiencia mayor. Lo plantea Jiménez (1994), cuando afirma que en la investigación documental:

Se problematiza lo que se conoce, y para conocer y problematizar un objeto de estudio es necesaria una aprehensión inicial mediada por lo ya dado, en este caso el acumulado investigativo condensado en diversos textos e investigaciones que antecedieron la inclinación temática. En efecto, lo que hace a la investigación documental cualitativa, es la apropiación de la realidad social, mediada por textos (p 32).

En un Estado del Arte, se ha pretendido obtener una noción crítica acerca del nivel de conocimiento que se tuvo al respecto del fenómeno de interés. Citado por Valbuena, Correa, Amórtegui & Hernández; Calvo (2003), enunció que: “desde esta perspectiva se buscaba establecer un objeto de estudio, la clasificación de la información que existía sobre el mismo, la

construcción de categorías a partir del saber acumulado y la formulación de hipótesis” (p 3). Es por esta razón que en el presente trabajo investigativo se contó con una clasificación por categorías del tema de interés u objeto de estudio: Abuso Sexual Infantil (ASI), a partir de la información recopilada de los diferentes autores basados en la Teoría Cognitiva, la cual quedó presentada de la siguiente manera: Abuso Sexual Infantil como una forma de Maltrato, Consecuencias del ASI, y, finalmente, Tratamiento del ASI desde el Enfoque Cognitivo-Conductual; en dichas categorías se expusieron los diversos pensamientos o aportes de los diferentes autores, así como se señaló la realidad vivenciada por algunos países, tales como: Argentina, Chile, Colombia, España y Perú, en el periodo 2000-2015.

En este sentido el investigador establecía relaciones, similitudes, diferencias, respecto del tema objeto de estudio. Morales (2003), planteó:

En dicho proceso se vive la lectura y la escritura como procesos de construcción de significados, vistos en su función social. En cuanto a la lectura, se tiene la posibilidad de elegir los textos que se desean leer y aquéllos que son pertinentes y significativos para las investigaciones. No se persigue un significado único; se busca la construcción de la propia comprensión del texto, la explicación de la realidad a la que se hace referencia (p 21).

El conocimiento se construyó a partir de la lectura, el análisis, la reflexión e interpretación de la información recopilada, con el fin de descubrir la naturaleza del problema, analizarla, sintetizarla e interpretarla, para así tener una apropiación de dicha información y poder intercambiar ideas que abarcaban dicho conocimiento. Aunque las fuentes del trabajo eran producidas por otros autores, la investigación apuntó al desarrollo crítico de la temática de interés: el ASI, con el fin de generar nuevas comprensiones que conllevaron al hecho de concientizar a quienes tuviesen un acercamiento con esta investigación.

FASES:

1. **Fase preparatoria:** En esta fase, se procedió a la búsqueda y recopilación de las fuentes de información, donde se hizo un rastreo de las investigaciones existentes y disponibles sobre el Abuso Sexual Infantil en Argentina, Chile, Colombia, España y Perú. Todo esto, partiendo de palabras claves que permitieron ubicar la información; tales como: abuso, víctima, infantil, secuelas, psicología cognitiva.

2. **Fase descriptiva:** Durante esta fase se hizo lectura, análisis y valoración de cada fuente de apoyo, de acuerdo con su pertinencia para el trabajo de investigación. Además, se indicaron los instrumentos para sistematizar la información bibliográfica. Para el caso de este trabajo se partió de fichas de trabajo o bibliográficas (ver tablas n°3 y 4).
3. **Fase interpretativa por núcleo temático:** En esta etapa se hizo una revisión más profunda de cada artículo, investigación o texto con el fin de identificar las categorías, haciendo uso de las fichas bibliográficas.
4. **Fase construcción teórica global:** Se hizo una lectura más analítica del contenido de la información recopilada seleccionada, con el fin de hacer una hermenéutica y evidenciarla en las fichas bibliográficas. Esta fase comprendió el planteamiento de afirmaciones en relación con aspectos como dificultades, tendencias, logros, limitaciones y vacíos evidenciados con el fin de sugerir futuros trabajos de investigación.
5. **Fase extensión y publicación:** Se realizó una comparación de la información seleccionada, centrando la atención en los hallazgos previos, con la intención de construir una síntesis sobre el Abuso Sexual Infantil. Esta fase implicó argumentar y formular las conclusiones y recomendaciones orientadas a generar algunas directrices y/o puntos de partida para establecer un nuevo recorrido que, como producto de lo obtenido, buscó dar respuestas novedosas e inéditas que desde el presente generaron posibilidades de un futuro amplio en el escenario investigativo.

6. ANÁLISIS GLOBAL (CUADROS DE PAÍSES)

PAIS	CANTIDAD DE INVESTIGACIONES
Argentina	1
Chile	3
Colombia	2
España	12
Perú	1

6.1 Relación de textos

TEMAS/CATEGORIAS	#	TITULO	AUTORES	PAIS	AÑO
Abuso Sexual Infantil como una forma de Maltrato	1	Abuso Sexual en la Infancia	Marta Maria Aguilar Cárceles	Colombia	2002
	2	El espectro del Abuso Sexual en la Infancia: Definición y Tipología	Noemí Pereda Beltrán	España	2011
	3	El Abuso Sexual Infantil	C. Redondo Figuero, y Mr. Ortiz Otero	Colombia	2005
	4	Abuso Sexual Infantil: ¿Qué deberíamos hacer?	Wendy Stainton Rogers	España	2004
	5	Abusos Sexuales a menores: Estado de la cuestión a nivel nacional e internacional	Maria Lameiras Fernández, Maria Victoria Carrera Fernández, y José Maria Failde Garrido	España	2008

Consecuencias del Abuso Sexual Infantil (ASI)	1	Maltrato Infantil como factor de riesgo de Trastorno por Estrés Postraumático en la adultez	Carolina Marty M. y Cesar Carvajal A.	Chile	2005
	2	Secuelas emocionales en víctimas de Abuso Sexual en la Infancia	E. Echeburua y P. de Corral	España	2006
	3	Los efectos del ASI sobre la depresión y autoestima y el papel de las estrategias de afrontamiento	David Cantón y Fernando Justicia	España	2009
	4	Abuso Sexual, su impacto en el desarrollo y la salud de los niños	Dra. Rosa Barrera J.	Chile	2012
	5	Consecuencias psicológicas iniciales del ASI	Noemí Pereda Beltrán	España	2009
	6	Actualización de las consecuencias físicas del ASI	Noemí Pereda Beltrán	España	2010
	7	Trastornos de	Noemí Pereda,	España	2011

		personalidad en victimas de ASI	David Gallardo-Pujol, y Rosa Jiménez Padilla		
	8	Abuso Sexual Infantil: Las secuelas en adultos	Claudia Rubins	Argentina	2006
	9	Un modelo de los efectos del ASI sobre el Estrés Postraumático: El rol mediador de las atribuciones de culpa y afrontamiento de evitación	David Cantón-Cortes, José Cantón, Fernando Justicia y Maria Rosario Cortes	España	2011
Tratamiento del ASI desde el Enfoque Cognitivo-Conductual	1	Maltrato Infantil y desarrollo: Hacia una revisión de los factores de resiliencia	Gabriela Morelato	Colombia	2011
	2	Factores protectores en la prevención del ASI	Sabina Deza Villanueva	Perú	2005
	3	Técnicas de Intervención en Abuso Sexual Infantil: Estrategias cognitivo-kconductuales, aceptación	Elena Feligreras Alcalá	España	2014

		y Mindfulness			
	4	The psychological treatment of sexual abuse in children and adolescents: A meta-analysis	Julio Sánchez Meca, Ana Isabel Rosa Alcázar and Concepción López Soler	España	201
	5	Tratamiento psicológico de las víctimas de Abuso Sexual Infantil Intrafamiliar: Un enfoque integrador	Enrique Echeburua y Cristina Guerrica Echevarría	España	2011
	6	Intervenciones cognitivo-conductuales para el Abuso Sexual de niños	Macdonald G.M., Higgins J.P.T., Ramchandani P.		2006
	7	Maltrato Infantil y representaciones de apego: Defensas, memoria y estrategias, una revisión	Andrés Fresno Rodríguez, Rosario Spencer Contreras y	Chile	2012

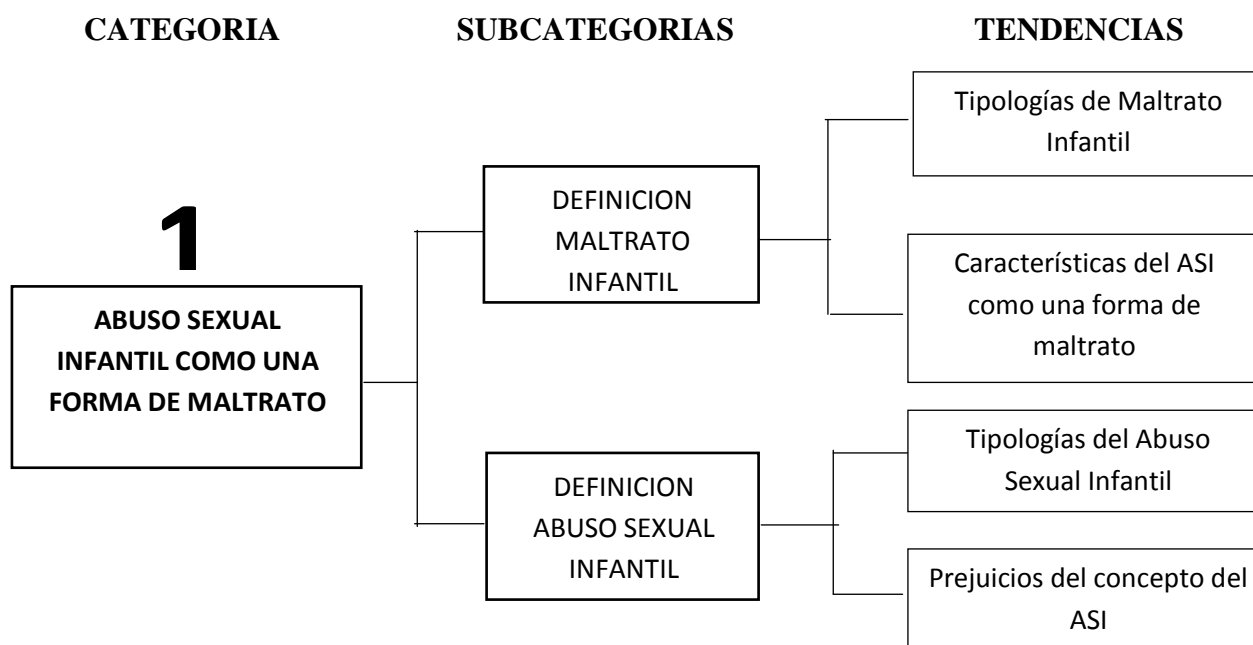
			Tania Retamal Castro		
	8	La evaluación del Abuso Sexual Infantil	Eugenio Garrido y Jaume Masip	España	2004

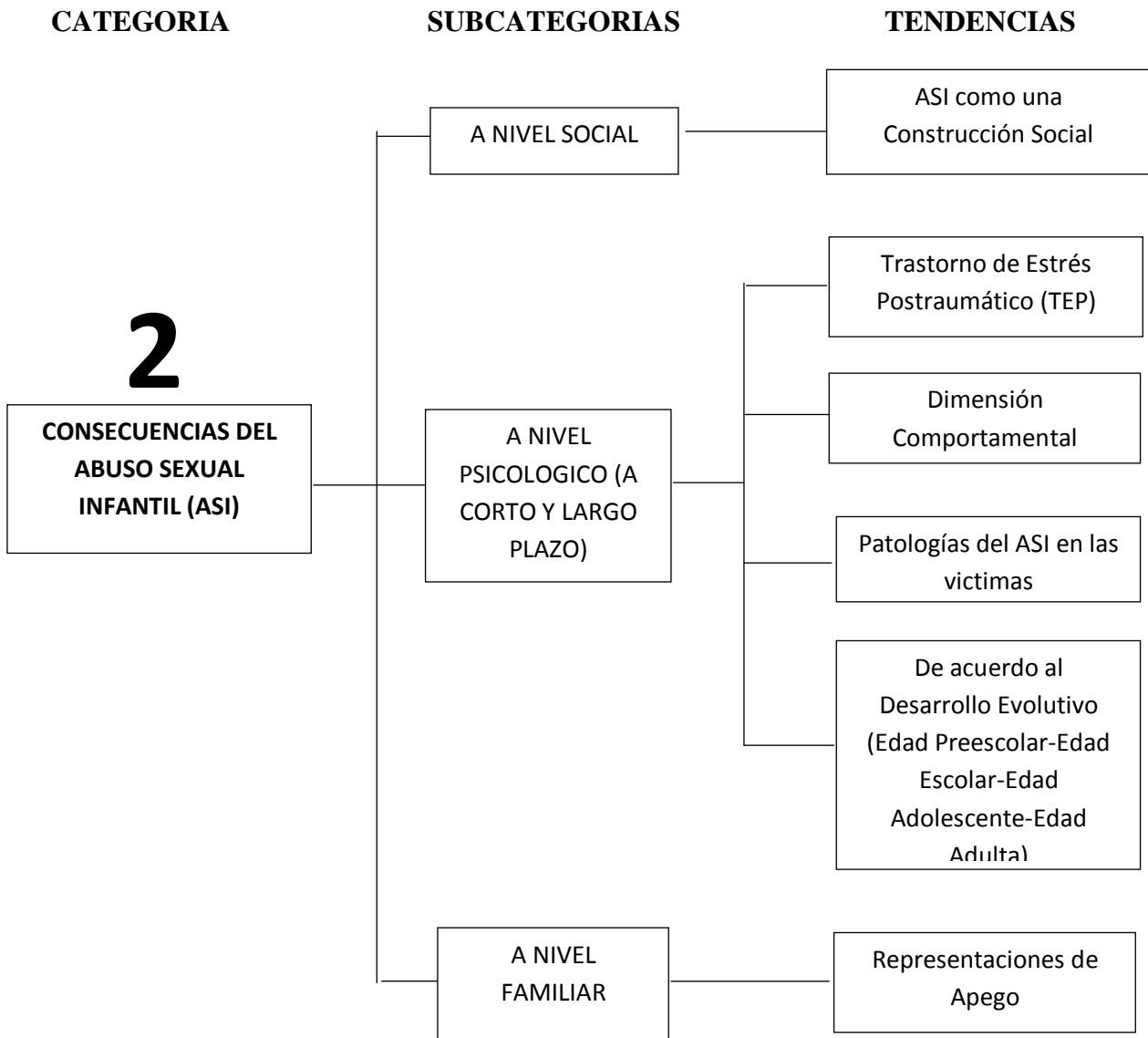
6.2. Año de publicación

AÑO DE PUBLICACIÓN	CANTIDAD DE PRODUCCIONES
2004	1
2005	3
2006	3
2008	1
2009	2
2010	1
2011	6
2012	2
2014	1

7. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

7.1. Cuadros categoriales



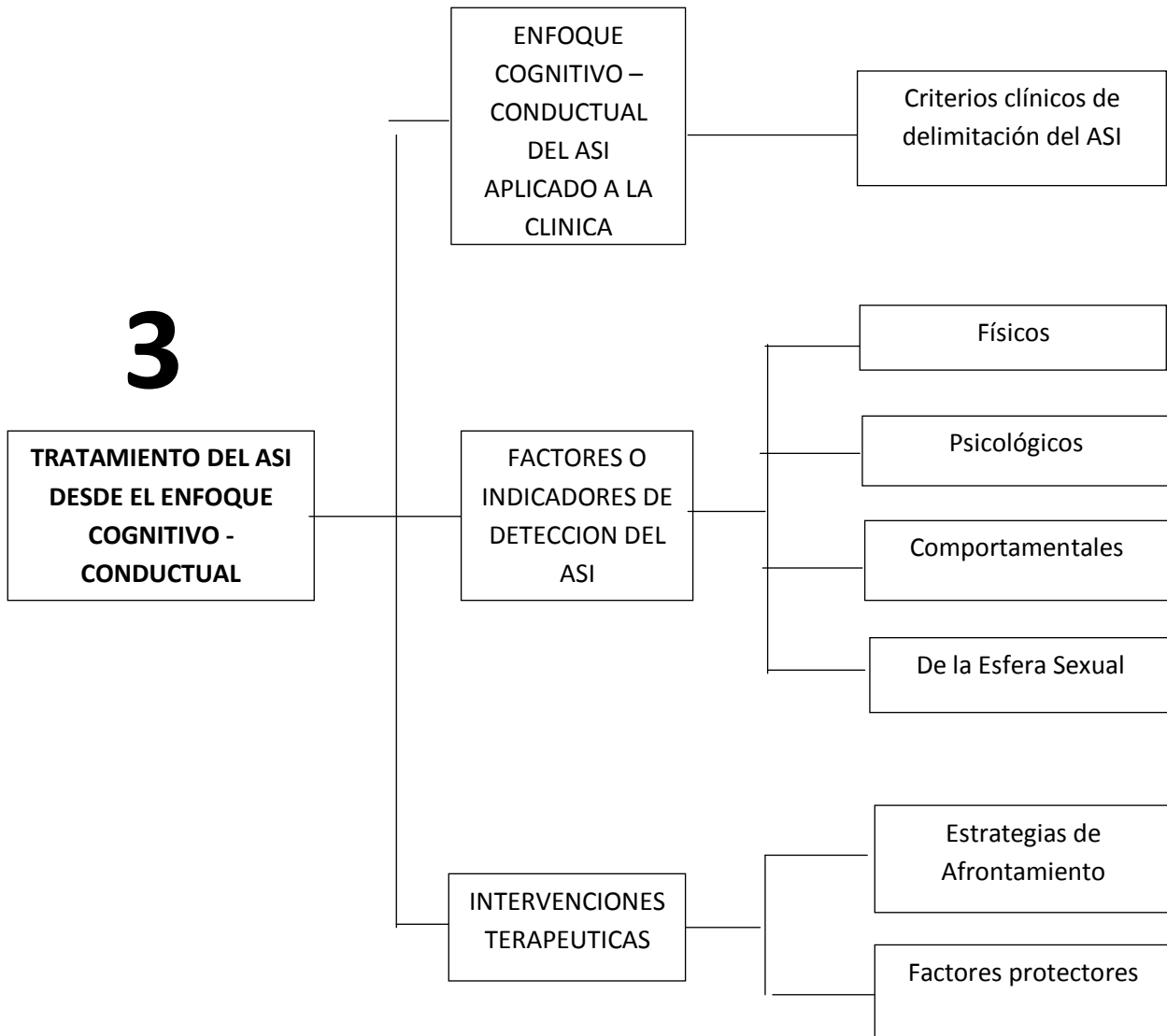


CATEGORIA

SUBCATEGORIAS

TENDENCIAS

3



7.2 PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

7.2.1 Esquema de clasificación por categorías

Se hace necesario mencionar que las categorías son los niveles donde es clasificada la información a analizar, clasificándose algunas subcategorías de las cuales se desprenden unas tendencias, que en esta investigación se referenciarán de la siguiente manera:

7.2.1.1. Abuso Sexual Infantil como una forma de Maltrato: El objetivo de esta categoría es dar cuenta de las definiciones y conceptos que desglosan al Abuso Sexual Infantil como una forma de Maltrato, además de la forma como estos se relacionan entre sí. Al interior de estas predominan las siguientes subcategorías.

- Definición Maltrato Infantil
- Definición Abuso Sexual Infantil

Las Tendencias que se desprenden de las Subcategorías anteriormente mencionadas son:

- Tipologías de Maltrato Infantil
- Características del ASI como una forma de Maltrato
- Tipologías de Abuso Sexual Infantil
- Prejuicios del concepto del ASI

7.2.1.2. Consecuencias del Abuso Sexual Infantil (ASI): En esta categoría se pretenden analizar las consecuencias del Abuso Sexual Infantil (ASI) y las implicaciones que estas conllevan en las diferentes etapas del desarrollo de la víctima. Las subcategorías son:

- A nivel social
- A nivel psicológico (a corto y largo plazo)
- A nivel familiar

De dichas subcategorías se clasificaron las tendencias, las cuales son:

- ASI como una construcción social
- Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT)
- Dimensión comportamental
- IPatologías del ASI en las victimas
- De acuerdo al Desarrollo Evolutivo (Edad Preescolar-Edad Escolar-Edad Adolescente-Edad Adulta)
- Representaciones de Apego-

7.2.1.3. Tratamiento del ASI desde el Enfoque Cognitivo-Conductual: En esta categoría se busca mostrar cuales han sido los diferentes enfoques y factores para el tratamiento del ASI desde el Enfoque Cognitivo-Conductual. Se tuvieron en cuenta las siguientes subcategorías:

- Enfoque Cognitivo-Conductual del ASI aplicado a la Clínica
- Factores e indicadores de detección del ASI
- Intervenciones Terapéuticas

Como Tendencias se desglosaron las siguientes:

- Criterios clínicos de delimitación del ASI
- Físicos
- Psicológicos
- Comportamentales
- De la Esfera Sexual
- Estrategias de Afrontamiento
- Factores Protectores

8 CATEGORÍA: ABUSO SEXUAL INFANTIL COMO UNA FORMA DE MALTRATO

8.1 Definición Maltrato Infantil:

El área de la salud es un campo bastante amplio en el cual convergen numerosas disciplinas para brindar soporte y bienestar a las personas desde diversos fundamentos. Según la OMS, la salud no se reduce solo a la ausencia de enfermedad, pues el ser humano siempre tiende a alcanzar un equilibrio de bienestar mental, físico, individual, social y ambiental para una mayor calidad de vida (OMS, 1948); sin esta premisa no habría un patrón de partida con el cual surge la problemática sobre lo que ha sido el abuso y el maltrato infantil, de forma prevalente a nivel mundial, por tal razón autores como Echeburúa (2011), Segura (2006) y la Organización Mundial de la Salud (2014), Aguilar (2009) y Habigzang (2008), consideran importante además de hacer una definición del Maltrato Infantil, precisar que este es un fenómeno complejo de estudio, que concierne a múltiples áreas y disciplinas vinculadas tanto a lo social, como a lo jurídico, histórico, psicológico y de salud en general. Para estos autores las consecuencias son de alto riesgo para el desenvolvimiento de los niños/as, quienes evidencian dificultades en casi todas sus dimensiones evolutivas. Según Halligan, el Maltrato Infantil se define como todo comportamiento o discurso adulto que transgreda los Derechos del Niño (p. 1-18).

Según Aguilar (2009), entiende el maltrato en la infancia como el conjunto de acciones provocadas al menor de edad, y que efectuadas de forma intencional y reiterada por familiares o cualquier otra persona de su entorno social cercano, propiciarían el desarrollo de graves secuelas en el desarrollo de su personalidad

Hay que destacar según lo mencionado en la definición de Aguilar, que el maltrato infantil está estrechamente ligado al abuso sexual infantil, ambas son formas de maltrato que suceden con frecuencia a nivel mundial, aunque no necesariamente un niño que sea maltratado quiere decir que sea abusado sexualmente, pero si hay un abuso de poder, ya que son vulnerables ante las malas acciones que pueden tomar algunos adultos aprovechándose de ello. El maltrato infantil puede ser tomado de forma negativa a nivel psicológico para el menor, puede provocarle daños no solo mental, también emocional y/o físico dependiendo del tipo de maltrato que sugieren algunos autores en este contexto.

Así pues, se entiende al abuso sexual infantil como una de las formas de maltrato infantil que sucede con más frecuencia a nivel mundial. Además, requiere de un equipo multidisciplinario para su tratamiento debido al amplio espectro de áreas de la persona que afecta. La psicología no es ajena a ello y lo ha estudiado desde diversos enfoques. Uno de estos enfoques es el cognitivo - conductual desde el cual se abordará el tema del abuso sexual infantil en este documento.

8.2.1 Tipologías de Maltrato Infantil:

Para Aguilar (2009) dentro de la definición del ASI se hace necesario realizar una clasificación de tipologías del Maltrato Infantil, y coinciden en componentes como: el maltrato físico, emocional, abuso sexual y abandono. A continuación se denota la clasificación de tipo de maltrato considerada por cada autor:

Halligan (2000) aporta las siguientes tipologías de Maltrato Infantil:

- **El maltrato físico:** es toda acción no accidental, por parte de un adulto, que provoque daño físico, lesión o enfermedad en el niño (es siempre activo).
- **El maltrato emocional:** que se expresa por medio de insultos, críticas permanentes, ridiculizaciones, rechazo, amenazas, constantes bloqueos de las iniciativas de los niños.
- **El Maltrato Infantil** se define como todo comportamiento o discurso adulto que transgreda los Derechos del Niño.
- **El Abuso Sexual:** definido como cualquier tipo de actividad sexual con un niño o niña en la cual el agresor está en una posición de poder y el niño se ve involucrado en actos sexuales que no es capaz de comprender o detener o cuidadores, estando en condiciones de hacerlo, no dan el cuidado y protección que los niños necesitan para su desarrollo. (p 34)

De acuerdo con lo anterior para Aguilar (Aguilar M. , 2009) se distinguen cuatro tipos de Maltrato Infantil iguales pero con una amplia deducción:

Maltrato físico: Cualquier acción que, ejercida desde un miembro de la familia y de manera intencional, provoque o pueda provocar daño físico al menor (golpear con distintos instrumentos, producir quemaduras, dar patadas, provocar torceduras, estrangular o asfixiar, envenenamiento, ahogamiento, encerrar o atar, exposición deliberada a la intemperie, infligir heridas con objetos cortantes o punzantes).

Maltrato psicológico / emocional: Cualquier acción que, ejercida desde un miembro de la familia y de manera intencional, provoque o pueda provocar daño emocional al menor, causando serios deterioros en el desarrollo emocional, social e intelectual del menor (rechazar, humillar, ridiculizar, ignorar, aterrorizar, chantajear, someter a actos crueles, presenciar violencia entre la pareja, aislarlo, privación de sentimientos de amor/ afecto/ seguridad). Hablamos de una de las formas más sutiles, pero no menos extendidas del maltrato en menores.

Abuso Sexual: Cualquier acción de un familiar que involucre a un menor en actividades de índole sexual. Dentro de este grupo diferenciamos las acciones que incluyen contacto físico de aquellas otras que carecen de este elemento. Dentro de esta tipología se citan el incesto (familiares cercanos), estimulación sexual (tocamientos, masturbación), vejaciones, violación, exhibicionismo, explotación sexual (pornografía infantil, prostitución).

Negligencia o abandono: Omisión del deber de supervisar y/o atender las necesidades del menor efectuada por aquella persona encargada legalmente de satisfacer tales aspectos, quedando afectados su desarrollo y bienestar por dicha carencia o cuidado mínimo requerido tanto a nivel físico como psicológico. Esta categoría englobaría los siguientes comportamientos: abandono temporal o permanente, desatención grave de necesidades médicas/ higiénicas/ nutricionales/ educacionales, permiso tácito de conductas desadaptativas (delincuencia, uso de drogas,...). Es muy frecuente que este tipo de maltrato se solape con el abandono emocional, desatendiendo de este modo las necesidades afectivas y emocionales del menor involucrado.”

Todas las tipologías del maltrato infantil descritas por los autores, demuestran actos y falencias que dañan al menor, atentando en contra de su integridad corporal, su desarrollo físico, afectivo, intelectual y moral. El abuso es realizado por alguien que abusa de su poder de manera consciente e inconsciente. Son adecuadas todas las definiciones como complemento de sus significados, las de Aguilar amplían la identificación de éstas categorías, dándoles más

especificidad a los conceptos que maneja Halligan sobre la repercusión de cada acto y dentro del maltrato infantil ubican al ASI como una forma de maltrato.

8.1.2 Características del Abuso Sexual Infantil (ASI) como una forma de Maltrato:

Dentro de los tipos de maltrato infantil definidos por Aguilar y Halligan en el punto anterior, se entiende que ha suscitado una mayor repercusión social, psicológica y política en los últimos años, a saber: el abuso sexual en la infancia; no se quiere decir con ello que las tres categorías restantes (Maltrato físico, Maltrato psicológico / emocional y Negligencia o abandono), no posean igual o mayor importancia, sino que la demanda social nos empuja a escribir unas palabras sobre una situación actual realmente conmovedoras. Las características que identifican al Abuso Sexuales Infantil, según Aguilar (2009) son:

- a). La ausencia de violencia o intimidación.
- b). La inexistencia de consentimiento o presencia de un consentimiento viciado en un acto que atente contra la libertad o indemnidad sexual de una persona.

Estas dos características para el mismo autor, definirían dicho tipo concreto de maltrato como la ejecución de actos que atenten contra la libertad sexual de la persona sin violencia ni intimidación, existe dentro de las características una víctima y un abusador dentro proceso de abuso sexual infantil. Además, para calificar dichas conductas hacia individuos menores de edad como abuso sexual, el autor menciona que han de existir varias diferencias entre la víctima y el abusador. La primera diferencia debería darse en el poder, que le otorga al abusador la posibilidad de controlar a la víctima tanto física como emocionalmente. Además, debería darse una diferencia de conocimientos que provocaría que la víctima no pudiese comprender, en su totalidad, el significado y las consecuencias potenciales de la actividad sexual propiamente dicha. Por último, debe darse una tercera diferencia en la satisfacción de las necesidades de ambas partes, ya que el agresor, buscaría satisfacer sus propios impulsos sexuales, mientras que la víctima no busca satisfacer ninguna necesidad, siendo éste uno de los objetivos de la coacción presente en dichas relaciones. (p. 38)

No obstante, de los criterios claves para delimitar el Abuso Sexual, la coerción o el carácter de imposición es, en palabras de Echeburúa, De Corral (2006) el que permite “recalcar la diferencia entre una agresión sexual y el sexo-juego entre menores de la misma edad o similares, de tal forma que se impida que el desarrollo sexual del menor se lleve a cabo en sintonía con su edad cronológica” (p.165). Además, (Echeburúa, 2011) amplía a estos criterios que es importante diferenciar entre los distintos comportamientos considerados como abuso sexual a menores, por un lado, se encontrarían aquellos comportamientos sexuales sin contacto físico tales como; interpretas sexualizadas hacia el infante, exposición de los órganos venéreos frente al menor incluyéndose la masturbación en representación de éste, voyeurismo, exhibición de materiales pornográficos al menor o inducción, por parte del agresor, a que el menor se desnude o se masturbe delante de él. Así mismo el autor menciona aquellos comportamientos en los que están presentes el contacto sexual tales como; tocamientos en las partes íntimas, inducción a que el menor ejecute palpaciones al agresor y frote de los órganos sexuales del agresor contra la figura o el vestido del infante (p. 43).

Cada uno de los comportamientos mencionados, según Redondo (2008) reúne una serie de características que ayudan a identificarlos mejor:

Víctima: Los factores de riesgo de Abuso Sexual son:

- a) Edad de 8 a 12 años, aunque en cualquier edad pediátrica se puede sufrir un abuso sexual
- b) Sexo femenino, las niñas los sufren más, pero los varones los denuncian menos
- c) Determinadas características de la víctima, como el aislamiento de otros niños de su edad y retraimiento, hacen al niño más vulnerable, aunque algunos autores opinan que más que un factor de riesgo es una consecuencia del abuso sexual
- d) Algunas características de la familia son también factores de riesgo, tales como la falta de padres protectores, los vínculos defectuosos de los padres con los hijos (y viceversa) y la presencia en el entorno del niño de un adulto sin parentesco biológico (padres adoptivos, cuidadores, entre otros.).

Abusador: Respecto a éste, es difícil entender cómo un adulto, y más si es el progenitor, pueden perder el control y maltratar a un niño, y, sobre todo, abusar sexualmente de él. Parece que hay

dos requisitos necesarios: que el abusador se excite sexualmente ante los niños y que desee actuar impulsado por esa excitación. La atracción sexual de los adultos por los niños no es rara: ya un estudio realizado en varones universitarios evidenció la existencia de esta atracción en el 21% de los mismos. Algunos perpetradores pueden concentrar su atención en niños de determinada edad, o de un sexo en especial; otros, sólo se ven excitados en determinadas circunstancias (p. 216)

Proceso del abuso: Los factores que hacen que el agresor abuse sexualmente del niño son:

- a) Falta de conciencia sobre tales comportamientos.
- b) Falta de empatía por los niños.
- c) Creencia de que esos comportamientos son aceptables y no causan daño al niño.
- d) Escaso control de sus impulsos.
- e) Uso de alcohol y otras drogas que, a su vez, disminuye aún más la capacidad de controlar sus propios comportamientos.
- f) La historia del perpetrador (haber sido víctima en su infancia).
- g) Las circunstancias que permiten un mayor contacto con el niño (hospitalización prolongada de la madre, etc.).
- h) Se aprovecha de la indefensión del niño como el retraso mental. (p. 229)

De acuerdo a lo enunciado por Redondo (2006), fundamentalmente se trata de alguien mayor que el abusado, sin ninguna empatía por los niños, que piensa que lo que hace no está mal, y la poca conciencia que tiene sobre la maldad de sus actos se la salta muchas veces ayudado por el consumo de alcohol u otras drogas. Siempre actúa desde su posición de poder sobre la víctima para cometer el abuso. El abuso sexual, generalmente, no es un hecho aislado, sino que tiende a reiterarse. El proceso de victimización suele ser siempre el mismo o muy similar. Primero se gana la confianza del niño, generalmente, no sometido a una supervisión estrecha de los adultos y además, tiene ansia de atención de un adulto. Después le seduce lentamente. Finalmente, le fuerza al silencio.

Sostiene Echeburúa,E (2000) que la persona abusada, sobre todo si es varón, suele sufrir el llamado síndrome de acomodación al abuso sexual del niño que consta de cinco (5) fases:

- 1) secretismo; 2) indefensión; 3) atrapamiento y acomodación; 4) revelaciones retrasadas y escasamente convincentes; y 5) retractación posterior del abuso revelado” (pág.6).

8.2 DEFINICIÓN ABUSO SEXUAL INFANTIL

Según Echeburúa citando su texto “Características psicopatológicos de los ofensores sexuales de 2000, se define el abuso sexual al menor como:

Una forma de violencia que atenta, no sólo contra la integridad física, sino también psicológica del/a menor. En este sentido, un abuso sexual constituye un acto sexual impuesto a un/a menor que carece del desarrollo emocional, madurativo y cognoscitivo para consentir en dicha actividad (p. 167).

Por otro lado, autores como Finkelhor & López definen al Abuso Sexual Infantil como:

Cualquier conducta sexual mantenida entre un adulto y un menor. Más que la diferencia de edad -factor, sin duda, fundamental que distorsiona toda posibilidad de relación libremente consentida-, lo que define el abuso es la asimetría entre los implicados en la relación y la presencia de coacción -explícita o implícita. (p.93)

Otro de los autores que aporta una definición del ASI es Pereda (2010), quien expone que: “El Abuso Sexual Infantil es un grave problema de salud pública que, en gran parte de los casos, interfiere en el adecuado desarrollo de la víctima que lo sufre y repercute negativamente en su estado físico y psicológico” (p. 46).

Teniendo en cuenta éstas definiciones realizadas por los anteriores autores, se puede entender que los menores abusados sexualmente o maltratados por adultos mayores, pueden traer consecuencias psicológicas graves para ellos, además ocurre con frecuencia en cualquier lugar del mundo, ya que los menores son vulnerables a este tipo de situaciones como por ejemplo del ASÍ, el más común de los maltratos. En el área cognitivo conductual del menor se pueden evidenciar conflictos internos o esquemas maladaptativos, lo anterior son algunas de las secuelas que se generan después de una eventualidad de maltrato o abuso, las cuales son difíciles de modificar y superar.

Para Echeburúa, E. (2000), el abuso sexual a menores también puede definirse como la actividad encaminada a proporcionar placer sexual, estimulación o gratificación sexual a un adulto, que utiliza para ello a un/a niño/a, aprovechando su situación de superioridad. Se considera igualmente que existe abuso sexual cuando se dan las circunstancias de asimetría:

- a) De edad entre víctima y agresor.
- b) De poder, cuando el abusador tiene algún tipo de autoridad con respecto a la víctima.
- c) De conocimientos o habilidades, cuando el que abusa utiliza su astucia y habilidades de manipulación.
- d) De gratificación, cuando se presiona al niño/a de forma sutil (regalos, viajes, etc.) para que consienta el abuso. (p.8)

Según estos autores no existe una definición única para el abuso infantil. Sin embargo, la más aceptada viene proporcionada por el National Center for Child Abuse and Neglect (NCCAN, 1988), que define el abuso infantil como:

Todas aquellas acciones que van en contra de un adecuado desarrollo físico, cognitivo y emocional del niño, cometidas por personas, instituciones o la propia sociedad". A su vez, esta definición engloba una serie de comportamientos, que son considerados de abuso, como maltrato físico, negligencia, maltrato psicológico o abuso sexual, tal y como señala el manual de psiquiatría DSM-IVTR en el 2001.

Para autores como Redondo (2008), el abuso sexual comprende la violación (penetración en vagina, boca o ano con el pene, dedo o con cualquier objeto sin el consentimiento de la persona), el contacto genital, oral, las caricias (tocar o acariciar los genitales de otro, incluyendo la masturbación forzada para cualquier contacto sexual sin penetración), el obligar a que el niño se involucre en contactos sexuales con animales, el obligar a los niños a ver actividades sexuales de otras personas, las peticiones sexuales, el voyerismo, el exhibicionismo (mostrar los genitales de manera inapropiada), y también incluye la explotación sexual infantil (implicar a menores en conductas o actividades que tengan que ver con la producción de pornografía o promover la prostitución infantil o el tráfico sexual). En ocasiones se habla de agresión sexual cuando se añade un componente de violencia al abuso sexual (p. 308).

Para el mismo autor, el abuso sexual siempre ha existido. Ocurre, tanto en las culturas más primitivas, como en las más desarrolladas y en cualquier nivel económico y sociocultural. En los países desarrollados, aproximadamente a partir de 1960, se comenzaron a promulgar leyes que exigían la denuncia de sospecha de maltrato infantil y negligencia y posteriormente se ampliaron a la sospecha de abuso sexual” (p.313)

De acuerdo con las definiciones planteadas por los autores, se puede considerar el abuso sexual infantil como forma de maltrato que puede generar en los niños incapacidad de desarrollar y promover la competencia psicosocial de éstos y desequilibrar el estado emocional y mental de los mismos. La población inmersa en ésta situación debe entrar en un análisis acerca de éste tipo de conductas abusivas hacia el menor, por ende es importante centrarse en ésta problemática, {para identificar la prevalencia de dichas conductas que ponen en riesgo la salud del menor; considerando las perspectivas expuestas, es un aspecto que se ha ido descuidando tradicionalmente en la investigación, lo que se intenta apoyar en éstos casos es constatar que a través del tiempo el problema del ASI como una forma de maltrato aún persiste en Colombia

8.2.1. Tipologías del Abuso Sexual Infantil

Así como hay tipologías de maltrato infantil en las que se incluye el ASI, autores como Macdonald (2009), Mitchell & Wolak (2001), Cantón & Cortes (2000), enuncian algunas tipologías específicas de este tipo de maltrato.

Macdonald (2009), dentro de las tipologías del abuso sexual infantil, circunscriben tanto las conductas que implican relación física como las caricias, la masturbación o la penetración oral, anal o vaginal; como aquellas que no implican directamente ese contacto, como las propuestas orales manifiestas, hacer alarde a los órganos eróticos a un niño o niña con la intención de lograr exaltación o subvención sexual, ejecutar el hecho sexual intencionadamente ante la apariencia de un menor, masturbarse en presencia de un niño o niña o el manejo del menor para la instauración de materia pornográfica (p. 87).

En esta misma trayectoria, para el autor, el abuso sexual puede ser de arquetipo intrafamiliar, que ocurre cuando cierto mayor de cierto grado de origen profana y maltrata al

menor que hace parte de su ambiente familiar, también puede ser extrafamiliar, cuando un adulto que no pertenece a la familia, sino alguien externo a ella, abusa y maltrata al menor (p.91).

Mitchell & Wolak, (2001), van a afirmar que existen tipos de abusos agudos, que sucede cuando el menor sufre la circunstancia una sola vez; o crónicos, que son abusos y maltratos al menor de forma frecuente, pueden perdurar largos períodos de tiempo y suelen ser cometidos por conocidos del menor. Además, para estos autores la tecnología con el uso de la interacción a través de ésta, por ejemplo las redes sociales han dado pie a nuevas formas de abuso en la que difícilmente se accede a tomar medidas drásticas para evitar que suceda; esta tipología de abuso sexual virtual aunque no haya un contacto físico con el menor se destaca por la exposición involuntaria a material sexual en internet en el que hay un contacto de exhibicionismo cibernético o explotación del menor utilizado como material pornográfico. (p. 44)

Según Cantón & Cortés (2000), el Abuso Sexual es una forma de Maltrato Infantil que se diferencia de las otras tipologías de maltrato en tres (3) aspectos:

a) El abuso sexual infantil sucede en la mayoría de los casos sin violencia física, pero sí emocional. Se emplea la manipulación y el engaño, o la amenaza y el soborno. b) Los niños, sobre todo los más pequeños viven el abuso con sorpresa, como algo ocasional, no intencionado, casi accidental puesto que para ellos es impensable que ocurra otra cosa. Poco a poco, irán percibiendo el abuso como algo más intrusivo e intencional. Al principio es difícil que se den cuenta de lo que está ocurriendo, por lo que es muy difícil la revelación. c) La victimización del niño en el abuso sexual es psicológicamente dañina, socialmente censurable y legalmente sancionable. Sin embargo, el componente sexual de esta forma de maltrato hace que su detección, la revelación e incluso la persecución de este tipo de delitos sean mucho más difíciles. (p.23).

8.2.2. Prejuicios del concepto del ASI

En los autores revisados, se encontró a Aguilar (2009) quien enuncia algunos prejuicios relacionados con el concepto del ASI que por su relevancia consideró pertinente ubicarlos como una de las subcategorías del ASI como una forma de maltrato. Por lo tanto, para este autor, lo que

normalmente se llamaría daño físico puede, en general, ser consensuado sin grandes problemas. Para decirlo de otra forma:

La mayoría de sistemas de conocimiento en nuestra sociedad nos llevan al mismo tipo de conclusiones, desde un extremo (la muerte de la víctima) al otro (que la criatura está físicamente ilesa por simple acoso). Sin embargo, el Abuso Sexual Infantil puede llevar evidentemente a efectos que en un sentido quedan abiertos a una definición física (pérdida de virginidad), al tiempo que no son claramente abuso sexual infantil y que normalmente no se consideran lesiones. Es más el sentido de la "pérdida de virginidad" y el significado de la forma en que se ha perdido (lo cual varía de individuo a individuo, de subgrupo a subgrupo, de entorno a entorno) lo que media el "daño" que percibimos como causado (pr. 3)

Este mismo autor, considera se debe hacer una breve distinción entre Abuso Sexual y los siguientes términos, con el fin de tener una mayor claridad conceptual y precisión al momento de situar una situación de ASI para un menor:

- **Agresión sexual:** toda forma de contacto físico, con o sin acceso carnal, con violencia o intimidación y sin consentimiento. La diferencia entre sendos conceptos radica en la violencia o intimidación que debe existir en la agresión sexual y que no hay en el abuso sexual, aunque ambos sean susceptibles de acceso carnal.
- **Exhibicionismo:** No se produce contacto físico, sino que según los artículos 185 y 186 de la constitución Política, se castigaría al que ejecutare o hiciere ejecutar a otra persona actos de exhibición obscena ante menores de edad o incapaces; del mismo modo se penalizaría la venta, difusión o exhibición de material pornográfico a tal audiencia.
- **Explotación sexual infantil:** actividad ilegal en la que el menor es sometido de forma forzosa y violenta a realizar actividades sexuales en contra de su consentimiento o voluntad. Como características cabe destacar que el abusador persigue un beneficio económico, y que dicha acción también englobaría aspectos como la prostitución y pornografía en la infancia, identificándose por ser especialmente degradante y vejatoria para la víctima (p. 218-219).

9. CATEGORIA: CONSECUENCIAS DEL ABUSO SEXUAL INFANTIL (ASI)

Para Redondo y Figueroa (2008) Cuando se da un caso de abuso sexual infantil, el acto repercute en la víctima en varios aspectos de su vida; tanto en lo emocional, familiar como en lo social. Diversos estudios revisados muestra el alcance de las consecuencias, a corto y largo plazo, que experimentan las víctimas de esta agresión. En las próximas secciones se tratarán acerca de estas consecuencias enfocadas en los diferentes aspectos que afectan.

Redondo (2008) el abuso sexual supone un impacto duradero y devastador para el desarrollo del niño y de su familia, sobre todo, cuando hubo penetración o se fue víctima de abuso fue duradero o realizado por un familiar cercano. Los varones que sufrieron abuso sexual en su infancia se convierten en potenciales abusadores sexuales. También serán con más frecuencia perpetradores de actos sexuales coercitivos (p.308).

9.1. A NIVEL SOCIAL

Según Pereda, (2010) de Redondo,(2008) ha encontrado que las víctimas de abuso sexual infantil en el área de las relaciones interpersonales suele quedar más afectada, tanto inicialmente como a largo plazo. Esto conlleva a problemas del orden social como la presencia de un mayor aislamiento, menor cantidad de amigos y bajos niveles de participación grupal. Otra característica que se observa es el desajuste en las relaciones de pareja, que deriva en parejas inestables o de evolución negativa.

Se presentan también varios problemas de conducta y adaptación social. Se cree que las víctimas de abuso sexual infantil presentan mayor tendencia a cometer actos de hostilidad y a sufrir trastornos de conducta Pereda, (2010) de Redondo,(2008) Aunque Kaufman (2007), determina estudios anteriores a estos, que ya habían arrojado como resultado que el ser víctima de abuso sexual infantil incrementaba el riesgo de delinquir y de ser arrestado por diferentes delitos (p. 347-370).

9.1.1. Construcción social del ASI

Redondo (2008) plantea que se han encontrado argumentos que hablan de la pérdida de objetividad en los resultados obtenidos al estudiar el ASI como una construcción social. Así se hace imposible averiguar lo extendido que está este fenómeno y se limita a la obtención de datos que simplemente reflejan la forma en que lo interpretamos y lo definimos y dónde lo buscamos. Se pierde la oportunidad de obtener medidas objetivos como su frecuencia. Taylor, apoya este argumento y plantea un modelo circular: “Los/as investigadores/as definen el "abuso infantil" de una forma concreta, y hacen suposiciones sobre dónde estará localizado. Posteriormente realizan estudios sobre su incidencia y sus causas, en los que buscan evidencia para apoyar sus hipótesis. Al buscar tan sólo ciertas cosas en ciertos sitios (y no otras cosas en otros sitios) confirman sus teorías. Y a continuación publican sus resultados. Estos son tratados como "los datos sobre el abuso infantil", que se enseñan a otros investigadores y profesionales” (pr 14)

9.2. A NIVEL PSICOLÓGICO (A CORTO Y LARGO PLAZO)

Entre los círculos se cree, de manera generalizada que los daños psicológicos y emocionales son consecuencias inevitables del abuso sexual infantil, siguiendo el camino de la psicodinámica humana (Stainton, 2005). Efectivamente se ha demostrado que al menos un 80% de las víctimas sufren consecuencias psicológicas negativas cuyo impacto va a depender del niño por parte de los padres, así como de las estrategias de afrontamiento de que disponga la víctima. En general, las niñas tienden a presentar reacciones ansioso-depresivas; los niños, fracaso escolar y dificultades inespecíficas de socialización, así como comportamientos sexuales agresivos (Corral, 2006).

Según Corral (2006), pueden diferenciar consecuencias a corto y a largo plazo. Las consecuencias a corto plazo son aquellas que aparecen inmediatamente después del abuso, prolongándose incluso hasta los dos años siguientes. Estas consecuencias abarcarían un rango muy amplio de trastornos, afectando a todas las áreas de desarrollo del individuo: física, incluyendo pesadillas, trastornos de la alimentación o pérdida del control de esfínteres, entre otros trastornos; conductual, desencadenando el abuso de sustancias tóxicas, fugas, hiperactividad o conductas autolesivas. A largo plazo, los abusos determinan una presencia significativa de los trastornos disociativos de la personalidad como son el alcoholismo, toxicomanías y conductas

delictivas, aparte de graves problemas en el ajuste sexual (p. 43-44). Dichas consecuencias también van a depender de si el abusador es un familiar o un extraño o de si la reacción es violenta o no. Se genera un trauma mayor en el caso del abuso por parte de un familiar pues siembra dudas y sentimientos contradictorios sobre la confianza y el apego hacia los propios familiares. Aunque si bien es bueno destacar, no todos los niños experimentan cuadros traumáticos y pueden mostrar su afección en otras formas de conducta- Villanueva, (2005). Se entiende por trauma como el resultado de un acontecimiento al que la persona no encuentra significado, y que experimenta como algo insuperable e insufrible. Es aquella dinámica traumagénica que altera el desarrollo cognitivo y emocional de la víctima, distorsionando su autoconcepto, la vista del mundo y las habilidades afectivas (p.19-24).

Aguilar (2000) afirma que con el paso del tiempo los efectos del abuso pueden verse disminuidos, lo que no quiere decir que desaparezcan; el tiempo puede apaciguar los efectos sufridos en la infancia pero no curarlos, pues lo que realmente sucede es el tránsito entre distintas patologías. Así pues, entre los efectos producidos a largo plazo, ya en la etapa adulta, las víctimas que han sufrido abuso sexual durante la infancia presentan una menor adaptación general, mayor aislamiento social, tienen más problemas de pareja y más comportamientos sexuales inadecuados. Los trastornos afectivos, el abuso de alcohol o drogas y los comportamientos antisociales suelen ser muchos más frecuentes. En los casos más graves pueden llegar a realizar conductas autodestructivas o autolesivas así como a tentativas de suicidio (p. 210-240).

9.2.1. Trastorno de Estrés Postraumático

Villanueva (2000) asevera que el trastorno de estrés postraumático se manifiesta en las personas después de un acontecimiento catastrófico e inhabitual; siendo el abuso sexual un acontecimiento de este tipo. Los síntomas más frecuentes del trauma son, vueltas al pasado y sueños con representación del suceso ocurrido, insomnio y depresión. Síntomas que suelen persistir durante mucho tiempo, años, y a veces, durante toda la vida (p.19-24).

“En el manual DSM-IV-TR (2001) se describen las características de los diferentes diagnósticos de TEPT. Estas, están basadas en los siguientes criterios:

Criterio A: La persona ha estado expuesta a un suceso traumático en el que la persona ha experimentado o ha sido testigo de un suceso que implica la muerte, la amenaza de muerte o

algún riesgo para la integridad física. Ante estas situaciones el individuo responde en forma de miedo, de indefensión o de horror.

Criterio B: El acontecimiento traumático se reexperimenta persistentemente en forma de: Recuerdos desagradables, recurrentes e intrusivos del suceso, sueños desagradables sobre el suceso, conductas o sentimientos que aparecen como si el suceso estuviera ocurriendo de nuevo, malestar psicológico intenso cuando el individuo se expone a estímulos internos o externos relacionados, de algún modo, con algún aspecto del suceso traumático, reactividad fisiológica cuando el individuo se expone a estímulos internos o externos que simbolizan el evento traumático.

Criterio C: Evitación persistente de los estímulos asociados al trauma.

Criterio D: Síntomas persistentes de hiperactivación (insomnio, explosiones de ira dificultades de concentración, hipervigilancia y respuesta de alarma exagerada.).

Criterio E: La duración del trastorno es superior a un mes.

Criterio F: El trastorno ocasiona una alteración significativa en el funcionamiento social, laboral o en otras áreas importantes de la vida”

Pereda (2011) Se ha analizado, en la literatura, la posible interacción entre la presencia de Trastorno por Estrés Postraumático, el uso de estrategias de afrontamiento evitativas y el diagnóstico de trastornos de la personalidad, principalmente trastorno por evitación, por dependencia, antisocial y límite, en víctimas de abuso sexual infantil. Los autores estudiados observaron que las víctimas de abuso sexual en la infancia que utilizaban estrategias evitativas para afrontar las dificultades, pero no aquellas que usaban estrategias de aproximación al problema, presentaban un mayor riesgo de desarrollar tanto Trastorno por Estrés Postraumático como Trastornos de Personalidad (p. 134).

Aún para Pereda (2011), la relación entre Trastorno por Estrés Postraumático y Trastornos de la Personalidad en víctimas de abuso sexual también ha sido estudiada. Se ha encontrado que las mujeres víctimas de abuso sexual que participaron en su estudio eran diagnosticadas tanto con trastorno por estrés postraumático como por trastorno límite de la personalidad y concluyeron que

tal vez debería hacerse un solo modelo del trastorno en el que el eje I (trastorno por estrés postraumático) fuese el estado, y el eje II (personalidad límite) fuera el rasgo (págs. 131-139).

Se constata según Fernández (2008), que a través de la búsqueda bibliográfica, que los sujetos con historia de abusos sexuales en la infancia presentaron mayores niveles de estrés postraumático, así como puntuaciones más altas en las escalas de reexperimentación del suceso traumático, evitación de estímulos asociados al trauma e hiperactivación. Además, se observan diferencias significativas entre los sujetos con y sin historia de abusos sexuales sobre diferentes áreas de la vida. De forma que, los sujetos con historia de abusos sexuales presentan mayores niveles de interferencia en aspectos relacionados con las relaciones de amistad y familiares y con la vida sexual. Asimismo, presentaron niveles más bajos de autoestima y de satisfacción con la vida (p.20).

9.2.2. Dimensión comportamental

Pereda (2010), incluye que a nivel de conducta, son varias las conductas que pueden observarse, tales como desorganizaciones en la conducta alimentaria y las conductas del riesgo para la salud. En lo referente a las conductas alimentarias, se hace habitual la presencia de perturbaciones de la conducta alimentaria en víctimas de abuso sexual infantil, como la obesidad, la bulimia y la anorexia nerviosa, si bien otros recientes trabajos relacionan más otros tipos de maltrato infantil con estos problemas. También se han observado problemas de sueño en mujeres víctimas de abuso sexual, al llegar a la adolescencia. Además, la autora añade con respecto a las conductas de riesgo para la salud, que la experiencia de abuso sexual se ha relacionado con una mayor propensión al abuso y la dependencia de sustancias nocivas (alcohol, tabaco, marihuana), incluso al ser confrontados con otras tipologías de maltrato, a un inicio prematuro de este trastorno y a un mayor riesgo de reincidencias y peor pronóstico en el procedimiento, tanto en mujeres, como en hombres. En correlación al cigarro, estos trances parecen aumentar al acrecentar la cifra de prácticas adversas existidas durante la niñez (p.46).

Para MG, M (2009) anexa que se pueden encontrar otros problemas en el desarrollo comportamental de los siguientes órdenes: Dificultades emocionales (de tipo internalizante, como miedos y fobias, así como, impresiones de culpa y pérdida de autoestima), problemas cognoscitivos (alteraciones de atención y concentración), inconvenientes de analogía (a la hora de

establecer relaciones con grupos de iguales, pertenecientes o no a la familia, dada la ruptura que la experiencia de abuso sexual implica en la confianza de la víctima, además, pueden llegar a originarse dificultades de aislamiento general en víctimas de este tipo de experiencias), problemas funcionales (alteraciones del sueño), dificultades conductuales (Conductas sexualizadas - placer solitario compulsivo, agresión sexual y conductas exhibicionistas - así como conductas disruptivas y belicosas, las cuales contienen discrepancia, irritación y furia).

9.2.3. Patologías del ASI en las víctimas

Según Pereda, N (2010), la experiencia de Abuso Sexual en la Infancia es un problema que comporta, en la mayoría de los casos, serias repercusiones para la víctima que lo sufre, que interfieren en su adecuado desarrollo y tienen un efecto negativo en su estado físico. Las consecuencias en la salud que suelen acompañar a la vivencia del Abuso Sexual Infantil son frecuentes y diversas, tanto aquellas que se producen en la infancia como las que, en muchas ocasiones, perduran en la adolescencia hasta la edad adulta.

En la edad adulta, son múltiples los problemas físicos que se han relacionado de forma repetida con la experiencia de abuso sexual en la infancia. Algunos de los problemas físicos más estudiados, debido a su frecuente aparición en estas víctimas, son los dolores físicos sin razón médica, fatiga crónica idiopática y el trastorno de somatización, definido como la presencia de síntomas somáticos que requieren tratamiento médico y que no pueden explicarse totalmente por la presencia de alguna enfermedad conocida, ni por los efectos directos de una sustancia; el trastorno de conversión, las denominadas crisis no epilépticas, que cambian brevemente el comportamiento de una persona y parecen ataques epilépticos, si bien no son causados por cambios eléctricos anormales en el cerebro sino por la vivencia de acontecimientos fuertemente estresantes.

Se ha observado, por otro lado, que la experiencia de abuso en la infancia incrementa el riesgo de trastornos cardiovasculares en la mujer, reduciendo la protección biológica vinculada al sexo para este tipo de trastornos. Todo ello implica un importante gasto para los sistemas de salud, especialmente si estos problemas no se diagnostican ni tratan de forma adecuada.

Pereda, N (2010) Destaca por otro lado, los trastornos ginecológicos, particularmente dolores pélvicos crónicos, con alteraciones del ciclo menstrual, así como también un inicio significativamente temprano de la menopausia en mujeres víctimas de abuso sexual (pág.1-9).

Barrera, R (2012) anexa otros impactos en la salud física que incluyen (Lesiones anales o vaginales; infecciones de transmisión sexual; embarazo no deseado; pérdida del control de esfínteres; problemas del sueño: terrores nocturnos, pesadillas, insomnio; problemas de alimentación: anorexia, bulimia, obesidad.

Según la información anterior, los impactos psicológicos y comportamentales también harían parte de esta sección pues, como tal, son patologías manifiestas. Sin embargo, debido a que fueron tratadas de manera separada y se recomienda al lector dirigirse a cada apartado para leer acerca de ellos.

9.2.4. De acuerdo al Desarrollo Evolutivo (Edad Preescolar – Edad Escolar – Edad Adolescente – Edad Adulta)

Corral, P (2006), afirma que la edad es un factor influyente en la representación de las consecuencias del abuso sexual infantil. Por ejemplo, los niños muy pequeños (en la etapa de preescolar), al contar con un repertorio limitado de recursos psicológicos, pueden mostrar estrategias de negación de lo ocurrido. En los niños un poco mayores (en la etapa escolar) son más frecuentes los sentimientos de culpa y de vergüenza ante el suceso. El abuso sexual presenta una especial gravedad en la adolescencia porque el padre puede intentar el coito, existe un riesgo real de embarazo y la adolescente toma conciencia del alcance de la relación incestuosa. No son por ello infrecuentes en la víctima conductas como huidas de casa, consumo abusivo de alcohol y drogas, promiscuidad sexual e incluso intentos de suicidio.

Se ha visto que en la edad escolar (7-12 años): Los problemas de conducta tanto a nivel interno como externo se hacen más patentes, especialmente depresión y agresión respectivamente; descenso en la autovaloración personal y niveles de autoestima; miedos; pesadillas; neurosis; baja autoestima; hiperactividad; efectos en el funcionamiento y desarrollo cognitivo y socioemocional (sobre todo en el caso de las niñas víctimas de tales abusos); problemas escolares (funcionamiento académico global deteriorado y mayores problemas de aprendizaje); conductas sexuales inapropiadas (masturbación y preocupación sexual excesiva,

exhibicionismo y agresión sexual); comienza aparecer el sentimiento de culpabilidad, sintiéndose las víctimas responsables del abuso (p.43-44).

Mientras que Aguilar (2009), dice que en la etapa de la adolescencia (13-18 años) aparecen más fuertemente la depresión, el retraimiento social, la baja autoestima, las ideas repetitivas de suicidio y conductas autolesivas; trastornos somáticos; conductas antisociales (consumo de drogas y/ o alcohol, escapadas del hogar, falta de asistencia a la escuela,...); comportamiento sexual precoz (embarazo); problemas de identidad sexual.

“Cada vez se documentan más las consecuencias del abuso sexual sobre el bienestar social y emocional de los niños, así como sobre su desarrollo. Muchos niños, aunque no todos, que han sido maltratados sexualmente desarrollan dificultades importantes de la salud mental, relacionadas con esta forma de abuso”. (p. 210-240)

Varios profesionales como: Aguilar, M (2009), Redondo, C (2005) Corral, P (2006) & Villanueva, S (2005) y los ya mencionados a lo largo de cada capítulo, han dedicado esfuerzos para establecer la relación del grado y la gravedad de las consecuencias en relación a factores como la edad del niño, la frecuencia y duración del abuso, la gravedad del abuso y la relación del niño con el autor. Los síntomas comunes a los autores vistos, incluyen temor, ansiedad y estado de ánimo abatido, que con frecuencia son el centro de las intervenciones; es de utilidad usar una perspectiva de desarrollo al considerar los efectos del abuso sexual, ya que se manifestarán problemas diferentes según la edad del niño afectado. Por ejemplo Corral (2006), dice que es probable que los niños en edad preescolar presenten ansiedad, pesadillas y externalización, así como conductas sexuales inapropiadas. En los niños en edad escolar las dificultades se pueden manifestar como problemas escolares, hiperactividad y pesadillas, mientras que los adolescentes tienen mayor probabilidad de sufrir depresión, ansiedad importante, conductas suicidas o autolesivas o abuso de sustancias. Es importante recordar que al parecer un número significativo de niños no demuestra estas secuelas psicológicas. Una proporción de estos niños puede desarrollar problemas posteriores en su funcionamiento psicológico o social (denominados "efectos dormidos"). Es posible que algunos nunca presenten problemas” (p.43-44).

Autores como Barrera, R, (2012), afirma que el abuso sexual interrumpe, distorsiona y desorganiza el normal proceso de desarrollo de los niños, niñas y adolescentes afectado. Al

contactarlos con una sexualidad adulta, inapropiada a su etapa de desarrollo, el esfuerzo evolutivo se desvía a procesar la experiencia traumática y no se logra resolver las tareas propias de cada etapa.

9.3. A NIVEL FAMILIAR

Se decía, al inicio del capítulo que el abuso sexual puede suponer un impacto duradero y devastador para el desarrollo del niño y de su familia, sobre todo, cuando hubo penetración, el abuso fue duradero y realizado por un familiar cercano (Redondo C. , 2008). Este impacto va a depender, también, de si el abusador es un familiar o un extraño o de si la reacción es violenta o no. Se genera un trauma mayor en el caso del abuso por parte de un familiar pues siembra dudas y sentimientos contradictorios sobre la confianza y el apego hacia los propios familiares. Aunque si bien es bueno destacar, no todos los niños experimentan cuadros traumáticos y pueden mostrar su afección en otras formas de conducta (Villanueva, 2005). En las relaciones familiares es el apego hacia los adultos lo que queda, por decirlo de alguna manera, más afectado. Dicho concepto de apego es algo antiguo y es descrito, ampliamente, por Bowlby en varias de sus obras como la de *Fresno y platea*.

9.3.1. Representaciones de Apego

La apreciación de Bowlby (1969) es detallada en un artículo de Fresno, A (2012) donde plantea que los individuos desarrollan representaciones mentales o “Modelos Internos Operantes” (MIOs) de sí mismos, de su cuidador y de la relación entre ambos. Su construcción se realiza a partir de las características de las respuestas del cuidador a las necesidades de apego expresadas por el niño.

El desarrollo del MIO de sí mismo y de la figura de apego es complementario, los dos extremos de un mismo vínculo. Los MIOs comprenden aspectos afectivos y cognitivos que permiten evaluar las experiencias y comportamientos del individuo. Estos modelos permitirían predicciones y simulaciones de situaciones a nivel mental respecto de los comportamientos del cuidador y de los otros, como también las conductas, pensamientos y emociones del self. Cuando un niño cuenta con figuras de apego que responden a sus comportamientos de apego desarrollará representaciones del

self, de los cuidadores y del entorno seguras, positivas y benignas. Con el tiempo los MIOs se vuelven estables y resistentes a los cambios, sin embargo pueden modificarse producto de vivencias traumáticas como el maltrato” (p. 829-838).

La indagación de información ejecutada asevera que “el maltrato perturba denegadamente el progreso de los niños y la eficacia del apego infantil no es la excepción. Casi la totalidad de los niños víctimas de maltrato despliegan un apego inseguro-desorganizado, lo que impacta categóricamente en su desarrollo posterior. No obstante, las investigaciones sobre el dominio del maltrato en el apego infantil se centralizan en su dimensión comportamental, existiendo escasa literatura sobre la relación entre maltrato y las representaciones del apego en niños

10. CATEGORIA: TRATAMIENTO DEL ASI DESDE EL ENFOQUE COGNITIVO-CONDUCTUAL

En este apartado los autores investigados apuntan al enfoque cognitivo- conductual como el tratamiento más eficaz para contrarrestar o modificar los esquemas y efectos que quedan como secuelas en las victimas del abuso o maltrato infantil.

10.1. ENFOQUE COGNITIVO-CONDUCTUAL DEL ASI APLICADO A LA CLÍNICA

Para Macdonald, (2009) de Watson (1913)“el condicionamiento del que responde (aprendizaje asociativo), el condicionamiento operante (el efecto del ambiente en los patrones de conducta, en particular refuerzo y castigo), el aprendizaje observacional (aprendizaje mediante imitación) y el aprendizaje cognitivo (la repercusión de los patrones del pensamiento en los sentimientos y las conductas)” Watson explica que el condicionamiento del que responde, que consiste en asociar un estímulo neutro con una respuesta en particular, de manera que cada vez que se presente el estímulo también se va a presentar la respuesta.

Ambas teorías anteriores distinguidas, pero seguidas del surgimiento del tratamiento conductista de pavlov, quién dio origen a que todo estímulo se obtiene una respuesta, pero no nos centraremos en éste ejercicio que hizo Pavlov con los canes sobre sus investigaciones que llamó *teoría del aprendizaje* publicado en 1897. Pero fue el primer autor en dictaminar tratamientos sobre comportamientos conductuales, a partir de allí surgen los tratamientos cognitivo-conductual, que complementarían los sugeridos por Pavlov.

Continuando con los tratamientos, Skinner (1938) denota que el condicionamiento operante, el efecto del ambiente en los patrones de conducta, en particular refuerzo y castigo, es decir que la asociación se hace a partir del resultado de una conducta en función de las consecuencias que esta tuvo sobre el organismo, si las consecuencias fueron apetitivas o disminuyeron una sensación aversiva se les llama refuerzo positivo y negativo respectivamente y aumentan la probabilidad de que dicha conducta se presente nuevamente, mientras que si por el contrario el resultado tiene se torna aversivo o disminuye una sensación apetitiva se le conoce como castigo positivo y negativo respectivamente. Tanto castigo como refuerzo modulan la conducta por lo tanto entran en una categoría global y se les conoce como reforzadores.

Bandura (1977) anexa que el aprendizaje observacional (aprendizaje mediante imitación) también conocido como aprendizaje indirecto, es aquel que se da a partir de la observación de una conducta en alguien y se refuerza o se castiga a partir de la consecuencia que dicha conducta haya tenido para esa persona, lo cual lleva a que esta se replique o se evite en el futuro, también se le conoce como aprendizaje vicario, el aprendizaje cognitivo (la repercusión de los patrones del pensamiento en los sentimientos y las conductas).

10.1.1. Criterios clínicos de delimitación del ASÍ

Redondo (2008) en su escrito *atención al adolescente*, atribuye que en el marco clínico, al hacerse la evaluación de un posible caso de abuso sexual infantil, es necesaria la realización de una historia clínica minuciosa, tanto a los padres como al niño. Esta debe acompañarse de una exploración física, la realización de pruebas de laboratorio adecuadas y el rastreo y la cuidadosa documentación de los hallazgos. También se deben recoger otros datos de diferentes profesionales, como psicólogos trabajadores sociales, pediatras, enfermeros, policía y abogados. De ahí que la atención debe ser realizada por un equipo multidisciplinar. Debido a la, inclusión en el caso de sistemas legales, es importante ofrecer una información sin prejuicios y comprensible por profesionales no pertenecientes al área de la salud. Al presentarse la sospecha de un caso de abuso sexual hay que considerar otros factores una posible lesión accidental, un problema médico de otra etiología, e incluso una falsa alegación, que en ocasiones es creada por los padres.

Debido a lo anterior, el profesional hace su exploración teniendo presente que el correcto diagnóstico de un caso de ASÍ es sumamente complicado ya que se hace basado en el relato del niño. La sintomatología varía de uno a otro. Algunos pueden, incluso mostrarse completamente asintomáticos. En las niñas, aunque la mayoría de ellas no presentan lesiones en los genitales, probablemente debido al retraso de semanas o meses en denunciarlo, algunas niñas pueden presentar lesiones agudas: tales como laceraciones, abrasiones, o hematomas (Redondo C. , 2008).

También para el mismo autor referido, comenta que hay tres situaciones en las cuales la valoración de la persona que ha sufrido un abuso sexual, debe realizarse con carácter de urgencia: cuando la persona agredida necesita tratamiento físico y psíquico; cuando la víctima {necesita

protección con carácter inmediato. Y también cuando la agresión ha ocurrido antes de 72 horas (para evitar la pérdida de evidencias) (Redondo C. , 2008).

Se hablaba, al comienzo de este apartado, de la necesidad imperiosa de una historia clínica. Esto, pues su finalidad es comprender lo que le ha pasado al menor, su estado de salud, su nivel de desarrollo y las fuerzas y debilidades de la familia. La historia clínica incluye los siguientes elementos: Historia familiar, historia de la víctima, exploración física y la documentación (en ella debe ser escrita la agresión con las mismas palabras de la víctima, ya que la historia clínica es un documento legal sujeto a posible examinación como cualquier otra prueba. La valoración también puede ser documentada a través de fotografías debidamente rotuladas.

Cuando se tiene presente los anteriores elementos, el profesional se encuentra en capacidad de emitir un diagnóstico diferencial realizado con diferentes entidades dermatológicas, anomalías congénitas, uretrales, anales, infecciones, lesiones de diferente etiología y otro tipo de enfermedades (págs. 800-837).

Para Fernández (2008) en la Revista de *Estudios de la violencia*, agrega, sabiendo la relevancia de la parte legal en un caso de ASÍ ajustada al marco clínico, se ha establecido una especie de consenso entre la comunidad científica sobre las delimitaciones de lo que es un caso de abuso sexual infantil. Dicha delimitación está basada en tres criterios: “El primer criterio hace referencia a la asimetría de edad, que entre agresor y agredido debe ser de mínimo cinco años. Si el menor, tiene más de 12 años dicha diferencia debe ser de 10 años. Este aspecto está sujeto a controversia dada la incidencia de los abusos sexuales cometidos por adolescentes sobre otros menores. El segundo criterio se basa en las estrategias de coerción que pone en juego el agresor para someter a la víctima. Dichas estrategias abarcan la utilización de presión o engaño, la sorpresa e incluso la seducción, y en un menor número de casos, la fuerza física. El tercer criterio hace referencia al tipo de conductas sexuales que se mantienen, en estas deben incluirse “todas las formas manifiestas de conducta sexual con o sin contacto físico, incluyendo contacto anal, genital u oral, caricias sexuales, peticiones sexuales, pornografía o exhibicionismo” (pág. 6).

Villanueva (2005) en revista *Factores protectores en la prevención del abuso sexual infantil* , menciona que ante un caso de Abuso Sexual, el profesional o terapeuta debe actuar en

tres frentes: **1)** proporcionar al niño atención médica adecuada; **2)** denunciar ante los servicios de protección; y **3)** asegurar los servicios de salud mental al niño y a su familia”.

El menor, además debe contar con cuatro elementos clave; el apoyo de los padres, la adaptación escolar, el apoyo de los amigos íntimos y la intervención profesional temprana. El primero implica ser creído por los padres, especialmente, por la madre. La sensación de ser creído es uno de los mejores mecanismos para asegurar una evolución a la normalidad. El segundo tiene efecto positivo en la autoestima. El apoyo de los amigos íntimos o la pareja amortigua el impacto de la victimización y la intervención profesional temprana favorece la protección y valoración de la necesidad de tratamiento” (p. 19-24).

10.2 Factores o indicadores de detección del ASI

De las recurrencias y similitudes que poseen los autores referentes a las temáticas desde sus diferentes teorías, se puede decir que en raras ocasiones, el abuso sexual a un menor es presenciado por una tercera persona pues el abuso, por lo general, se da en la intimidad. Sumado esto al hecho del retraso que existe habitualmente en ser visto por el médico y con la tendencia a que no haya lesiones, hacen que sea difícil ponerlo en evidencia. Por tanto, el profesional de la salud debe estar atento a pequeñas pistas que puedan existir, como manifestaciones verbales inespecíficas del niño, cambios de comportamiento y trastornos clínicos evidentes. Los factores que evidencian un caso de ASI, se puede clasificar en diferentes categorías como se muestra a continuación.

10.2.1. Físicos

Entre estos subrayan el sufrimiento, golpes, quemaduras o heridas en la zona genital o anal; cérvix o vulva hinchadas o rojas; apariencias de semen en la boca o en los genitales o en la ropa; ropa interior rasgada, manchada y ensangrentada; Padecimientos de enfermedades Transmisión Sexual (ETS) en genitales, ano, boca u ojos; dificultad para andar o sentarse; enuresis o encopresis. Todos éstos signos físicos demuestran el maltrato y abuso que ha recibido el menor por parte del adulto, de tal manera, que las entidades de salud podrían detectar y dar un diagnóstico cuando ha habido éste tipo de situaciones, sea a nivel familiar, escolar, social, entre otros.

10.2.2. Psicológicos

Varios de estos van asociados a los indicadores comportamentales y comprenden actos como la conducta agresiva o delincuente, fugas del hogar; cambios bruscos de carácter; retraimiento y aislamiento de las relaciones sociales con iguales; fantasías; conductas regresivas; también cuentan la depresión crónica, el miedo, fobias, histeria, falta de control emocional, tendencia al secretismo; intentos de suicidio u otras conductas autolesivas; problemas escolares o rechazo a la escuela (puede derivar en fobia)

10.2.3. Comportamentales

Como se decía anteriormente los indicadores comportamentales dependen de los factores psicológicos, aquí se incluye la pérdida de apetito; llantos frecuentes, el miedo a estar solo o a un determinado miembro de la familia; rechazo al padre o a la madre de forma repentina, resistencia a desnudarse o bañarse, aislamiento y rechazo de las relaciones sociales; problemas escolares o rechazo a la escuela. Incluso pueden presentarse intentos de suicidio. Los indicadores psicológicos pueden variar de persona a persona (los menores), los más comunes han sido los ya nombrados, aunque sería factible agregar el comportamiento agresivo o miedo extremo hacia los demás.

10.2.4. De la Esfera Sexual

En el ámbito sexual puede darse el rechazo de las caricias, de los besos y del contacto físico; conductas seductoras, especialmente en niñas; se presentan conductas precoces o se demuestran conocimientos sexuales inadecuados para su edad; se da un interés exagerado por los comportamientos sexuales en los adultos; agresión sexual de un menor hacia otros menores y confusión sobre la orientación sexual

10.3. INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS

Las aproximaciones terapéuticas que se han investigado científicamente para tratar a menores víctimas de abuso sexual provienen de diferentes modelos psicológicos. De todos ellos, los tratamientos más investigados son los basados en el modelo cognitivo-conductual, de entre los cuales cabe destacar el tratamiento cognitivo-conductual centrado en el trauma, o específico

de abuso. Este modelo de tratamiento implica la aplicación de diversas técnicas terapéuticas, de entre las que se incluyen el modelado, el entrenamiento en habilidades de afrontamiento, la exposición gradual, el procesamiento cognitivo y afectivo y la educación sobre el abuso sexual, sexualidad sana y habilidades de seguridad personal.

En este apartado Sánchez, J (2011) añade que:

Que en el modelo psicodinámico, se han utilizado programas basados en el psicodrama y la terapia de juego. Desde el modelo humanista los tratamientos más utilizados han sido los basados en la terapia centrada en el cliente, desde los que se intenta potenciar la autoaceptación y autorrealización del menor. Se han propuesto también programas denominados de soporte o de apoyo al menor y a la familia, que son los ofrecidos de forma rutinaria desde los servicios de atención del menor y la familia. También se han utilizado programas eclécticos, cuyas técnicas proceden de diferentes orientaciones teóricas (pr 5).

De acuerdo a algunos autores, de los diferentes modelos de tratamiento evaluados en los estudios, los más beneficiosos para mejorar el bienestar del menor y que este logre superar el trauma son los basados en el modelo cognitivo-conductual y focalizados en el trauma. Se obtienen mejores efectos de estos tratamientos cuando se combinan con terapia de apoyo o terapias psicodinámicas.

Desde el enfoque de la psicología basada en la evidencia, se entiende que los tratamientos tienen que poseer apoyo empírico para que pueda ser recomendada su utilización de forma rutinaria en la práctica profesional. En lo referente al tratamiento de víctimas de abuso sexual infantil, actualmente, el programa cognitivo-conductual específico de abuso es considerado como el único que ha recibido un claro apoyo empírico, por lo que debiera ser uno de los protocolos más utilizados por los profesionales. Este programa ya está cuenta ya con un manual de procedimiento y ha sido utilizado en grupo, en familia e individualmente en distintos contextos. Sin embargo, este programa, debe ser aplicado de forma individualizada en la práctica clínica atendiendo a los resultados obtenidos tras la evaluación inicial del menor.

Fresno (2012) afirma que:

En el tratamiento de los niños que han sido maltratados sexualmente, los enfoques cognitivos-conductuales se centran particularmente en el significado de los eventos para los niños y los padres no culpables, esforzándose en identificar y abordar las cogniciones maladaptativas, las malatribuciones y la autoestima baja. Además, las intervenciones extraídas de los paradigmas de aprendizaje del que responde, operantes y observacionales se utilizan más para abordar problemas evidentemente conductuales como conductas de externalización (agresión o "exteriorización"), conductas de internalización (ansiedad, autculpa o desaprobación) o conducta sexualizada, generalmente mediante la implicación de un/el padre no responsable del abuso. Los enfoques cognitivos-conductuales también tienen un registro alentador de pruebas experimentales de su efectividad al tratar con una gama amplia de problemas emocionales y conductuales, muchos de los cuales caracterizan la sintomatología de los niños que han sido maltratados sexualmente, p.ej. la ansiedad conducta de internalización y externalización y síntomas de estrés postraumático. Conceptualmente ellos proporcionan un marco amplio, basado en pruebas, para evaluar los efectos del abuso sexual sobre las relaciones personales, interpersonales y familiares e intervenciones de planificación adaptadas a las circunstancias individuales. Debido a que es una forma de intervención centrada, con tiempo limitado, también puede ser una manera coste-efectiva de ayudar a un mayor número de niños que actualmente reciben ayuda (p. 830)

Otro de los aspectos de este tipo de tratamiento es la elaboración de programas de prevención. Los objetivos principales de dichos programas se dirigen hacia la evitación del abuso y a la detección temprana del abuso, estimulando su revelación Villanueva (2005) deduce que la de estos programas corresponden pensar los contrariedades que pueden surgir en su atención ligado a la edad de los niños, la provocación de un turbación prolija, la posible inhibición de las expresiones afectivas, y la intromisión en las funciones de los padres.

El marco conceptual utilizado preferentemente es el fortalecimiento en aspectos como el grado conocimiento que posee sobre el abuso sexual, el sentido de control de propiedad de sí mismos, la información sobre los recursos de apoyo y protección disponibles. Los contenidos de priorizan temas como la naturaleza del abuso sexual, propiedad sobre su cuerpo, sistemas de apoyo y culpabilidad y las habilidades de afrontamiento

Para una intervención preventiva eficaz es necesario razonar los componentes de conflicto que acrecientan la posibilidad de aparición del abuso y los elementos de defensa que ayudan a reducir o controlar los factores de riesgo reduciéndose la contingencia del abuso sexual. En el

bosquejo de una propuesta de intervención se deberá tener en cuenta la interrelación de estos dos grupos de factores.

10.3.1. Estrategias de Afrontamiento

La revisión en la literatura hallada respecto al papel de las estrategias de afrontamiento, se muestra que los adultos jóvenes con historia de abuso sexual infantil que habían utilizado estrategias de afrontamiento por evitación presentan un mayor riesgo de desarrollar problemas depresivos o de autoestima. Sin embargo, no se halló una relación significativa entre el empleo de las estrategias de afrontamiento aproximativo y el ajuste psicológico a largo plazo de las víctimas, puesto que no se ha encontrado relación significativa alguna entre dicho estilo de afrontamiento y el nivel de depresión o autoestima, lo que es coherente con algunas investigaciones realizadas fuera de España

Redondo, C (2008) se ha dedicado a realizar los intentos de prevención, sobre todo, a desarrollar programas en la escuela para enseñar a los niños a protegerse, como por ejemplo cuáles son las formas de tocar buenas y malas. Esto ya se puede aprender desde los 4-6 años de edad. Y aunque hay estudios que demuestran efectos positivos en la prevención, aún no está demostrado si estos programas han ayudado a prevenir el abuso sexual; de hecho, algunos autores dicen que no hay un efecto claro de los programas de prevención. Otros meta análisis demuestran que los programas educativos mejoran el conocimiento de los niños sobre el ataque sexual, pero no demuestran que se reduzca en número de ataques, pero sí son importantes los programas preventivos en los niños, como, por ejemplo, la detección de niños en riesgo durante el período de posparto, e incluso la detección en la visita prenatal de posible abuso en la madre adolescente, para evitar el círculo vicioso intergeneracional de violencia (p. 76)

10.3.2. Factores protectores

Los factores protectores encontrados en la literatura para un menor frente al abuso sexual infantil pueden dividirse en conocimientos (sobre derechos y responsabilidades, límites en la relación con pares y adultos, partes del cuerpo, Reconocer los distintos tipos de caricias por las partes del cuerpo en que se dan, diferenciación entre la información que debe guardarse y la que no), habilidades necesarias (Sentido de humor, resolución de problemas y estrategias de salida frente a posibles situaciones de abuso, Cuidado del cuerpo y habilidad de expresión corporal) y

actitudes y sentimientos (Sentimiento de aceptación incondicional de una o más personas significativas, Conciencia de sus derechos y determinación para defenderlos).

La familia desempeña un papel importante en el desarrollo de factores protectores. En relación a la sexualidad los padres deben considerar: informarse sobre la sexualidad y sus manifestaciones en la infancia, brindar a sus hijos información adecuada sobre su cuerpo, sexualidad, y riesgos y reaccionar con comprensión ante las actitudes y manifestaciones sexuales de los niños, sin censura, ni violencia, tratando de entender que están indicando con su conducta. Se hace necesario en familia promover diálogo y comunicación, Incentivar intercambio de ideas y experiencias cotidianas. Diseñar estrategias de disciplina y normas que no se basen en castigos. Enseñar que respeto no es sumisión, que pueden decir no a los adultos cuando las propuestas que les hagan no son claras, los disgusten o incluyan guardar secretos. No es recomendable diferenciar entre las tareas que se encomiendan y las oportunidades que se brindan y tratar de que la relación de pareja sea el modelo de una relación igualitaria, respetuosa, solidaria y cariñosa.

Por último Villanueva (2009) añade que aparece la escuela donde, desde los primeros años, se debe educar a los niños/as a cuidarse para que no se hagan daño y no les hagan daño (Ministerio de Educación - MINEDU, 1999). Los docentes y padres deben tener presente que un niño informado tiene menos posibilidades de ser abusado y que si cuenta, además, con seguridad personal, cariño, amor o lazos afectivos estables con un ambiente familiar de confianza podrá salir adelante ante situaciones de peligro. Es importante dar mensajes claros y precisos: que su cuerpo es suyo, que debe quererlo y cuidarlo y que nadie, sea conocido o desconocido, puede imponerle acciones que no desea hacer. Se debe enseñar al menor que las caricias y los abrazos son muy agradables, siempre y cuando estas no les incomoden y si es así deben rechazarlos. Los niños deben aprender a expresar sus emociones y sentimientos. Esto será posible si confiamos en ellos, los escuchamos y ayudamos a reflexionar sobre sus sentimientos y dudas. Los maestros deben conocer y analizar las situaciones en las que los niños pueden desenvolverse por sí mismos sin riesgo y tomar medidas en aquellas donde aún necesiten cuidado.

11. CONCLUSIONES

- El Abuso Sexual ha existido desde tiempos remotos y en diversas culturas. Sus consecuencias más alarmantes trascienden en el área conductual y mental. Los menores que han vivenciado este tipo de maltrato, tienden en la edad adulta a presentar mayor riesgo de padecer de esta clase de secuelas, llevando consigo el hecho de incurrir en actos de violencia, caer en estados de depresión o ansiedad, consumir tabaco o practicar conductas sexuales de alto riesgo. Por otro lado, cabe aclarar que el Abuso Sexual Infantil no solo está limitado al acto de la penetración, sino también incluye conductas coercitivas como el voyerismo o el exhibicionismo, además del uso recurrente de la tecnología, el cual ha dado pie a la aparición de nuevas formas de abuso y/o maltrato que no están claramente definidas ni delimitadas en el contexto legal.
- Las consecuencias se ven en todos los aspectos de la vida: emocional, comportamental, físico, psicológico, escolar, etc., y se derivan en gran cantidad de patologías y manifestaciones físicas, provocando en el menor Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT), que es común denominador en las víctimas de ASI. Se busca un tratamiento orientado desde esta perspectiva. El abuso por parte de un familiar, afecta negativamente la imagen de los apegos del niño pues siembra dudas y sentimientos contradictorios en él acerca de la confianza en sus familiares y el modo de relacionarse con ellos. Los niños víctimas de ASI tienen mayor riesgo de convertirse en personas violentas (como víctima o victimario) en la edad adulta; así como a incurrir en actos delictivos, aunque no todos los niños presentan las mismas manifestaciones de TEPT por lo que deben identificarse debidamente las manifestaciones de trauma en cada individuo.
- En el estado de arte se concluye desde la intervención de víctimas de abuso sexual que la terapia cognitivo conductual busca en alto grado, las manifestaciones del estrés postraumático, la superación del trauma y la prevención de nuevos casos de abuso, pero es de vital importancia promover la prevención del abuso sexual infantil. Es la familia y la buena comunicación entre padres e hijos – la primera llamada a desarrollar estrategias de prevención de estos casos, además, los maestros, como formadores de los niños, desempeñan un papel importante en el desarrollo en la conciencia del niño de los conceptos que puedan convertirse en factores protectores para ellos. En caso de atención es importante brindar a la víctima estrategias de afrontamiento acordes para ayudar al tratamiento de su caso y la superación del trauma, en este caso hay que tener en cuenta

que la intervención en la atención de víctimas hacerse desde la perspectiva psicológica y desde el componente físico del niño. Se pone a disposición del abusado un equipo multidisciplinario que tratará el caso. Aunque se generen costos en los sistemas de salud, derivados de pruebas de laboratorio, tratamiento farmacológico de patologías asociadas y personal psiquiátrico y psicológico se debe realizar ya que estos elementos y factores son esenciales en la superación del trauma desencadenante de la situación, para concluir El apoyo familiar y la reanudación paulatina de la vida cotidiana son suficientes como factores protectores del menor y el papel del psicólogo se limita a servir de orientador y apoyo y a evaluar, de manera periódica, el desarrollo psicológico del menor , ya que los menores que han sido víctimas de ASI, presentan respuestas de miedo intenso, indefensión y horror y tienden a desarrollar el denominado trastorno de estrés postraumático – TEPT – caracterizado por síntomas que se agrupan en tres categorías diferentes así: (1) reexperimentación cognitiva y emocional del suceso, (2) evitación cognitiva y conductual de eventos asociados al trauma, y (3) síntomas de hiperactivación.

12. RECOMENDACIONES

Es importante contar con la iniciativa por parte de los docentes, directivos o autores interesados en el tema del Abuso Sexual y Maltrato Infantil, para impulsar a las futuras generaciones a profundizar y buscar nuevos horizontes de investigación acerca de la problemática planteada, ya que a partir de la información recolectada se evidenció no mucha información desde el referente teórico cognitivo conductual sobre el ASI. Por lo tanto, se hace necesario que desde este enfoque se realicen investigaciones sobre esta temática.

Finalmente, es de saberse que el Abuso Sexual y Maltrato Infantil es una problemática vivenciada en diferentes países y culturas, más no alarmante a nivel mundial, lo cual es un aspecto preocupante, ya que poco a poco genera disminución en el interés de estudio de la problemática en los futuros investigadores. Por ende, se recomienda la realización de campañas publicitarias donde se informe la crisis de esta problemática y se promueva la investigación de dicho fenómeno social, dando incentivos que impulsen a los futuros investigadores a profundizar más sobre el mismo.

13. REFERENCIAS

- Aguilar, M. (2009). abuso sexual en la infancia. *anales de derecho*, 210-240.
- Aguilar, M. (2009). Abuso sexual en la infancia. *Anales de Derecho*, 210-240.
- Aguilar, m. (2009). abuso sexual infantil. *Anales de Derecho*, 210-240.
- Arruabarena, M. (1996). *Manual de protección infantil*. Barcelona: Masson.
- B Foa, B. R. (1998). *Treating the trauma of rape. Cognitive-behaviorial therapy for PTSD*. Nueva York: The Guilford Press.
- Barrera, R. (01 de 07 de 2012). *Buen trato Chile*. Recuperado el 07 de 05 de 2015, de Buen trato Chile: http://www.buentrato.cl/pdf/Abuso_sexual_su_Impacto_en_el_Desarrollo.pdf
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss. Vol. 1. Attachment*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss. Vol. 2. Separation: Anxiety and anger*. . New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss. Vol. 3. Loss: Sadness and depression*. New York: Basic Books.
- Cantón, J. (2000). *Guía para la Evaluación del Abuso Sexual Infantil*. Madrid: Pirámide.
- Canton, J. Y. (1999). *Malos Tratos y Abuso Sexual Infantil. Causas, Consecuencias e Intervención*. Madrid, España.
- Cantón, J. y. (2000). *Guía para la Evaluación del Abuso Sexual Infanti*. Madrid: pirámide.
- Corral, P. d. (2006). Secuelas emocionales en víctimas de abuso sexual en la infancia. *Cuadernos de medicina forense*, 43-44.

- Echeburúa, E. D. (1997). *Características psicopatológicas de los ofensores sexuales*. (t. edicions, Ed.) Madrid.
- Echeburúa, E. y. (2011). Tratamiento psicológico de las víctimas de abuso sexual infantil intrafamiliar: Un enfoque integrador. *Behavioral Psychology*, 19(2), 469-486.
- Fernández, M. L. (07 de 2008). Abusos sexuales a menores: Estado de la cuestión a nivel nacional e internacional. *Revista d'estudis de la violencia* (6), 1-23.
- Fernández, M. L. (2008). Abusos sexuales a menores: Estado de la cuestión a nivel nacional e internacional. *Revista de Estudios de la violencia*, 1(6).
- Fresno, A. (2012). Maltrato infantil y representaciones de apego: defensas, memoria y estrategias, una revisión. *Universitas Psychologica*, 11(3), 829-838.
- Habigzang, L. (2008). Avaliacao de um modelo de intervencao psicológica para meninas vitimas de abuso sexual. *Psicología: Teoría e Pesquisa*, 24(1), 67-76.
- Habigzang, L. (2009). Grupoterapia comportamental para crianças adolescentes vítimas de abuso sexual. *Revista de Saúde Pública*, 43, 70-78.
- Halligan, s. (2000). factores de riesgo. *PTSD research quarterly*, 11, 1-18.
- Kaufman, J. (1999). Childhood victimization, running away and delinquency. *Journal of Research in Crime and Delinquency*, 36(4), 347-370.
- Lucaina, E. (2009). Intervencao cognitivo comportamental en violencia sexual: estudo do caso. *Psicología en Estudio*, 14(4), 817-826.
- Macdonald, G. (21 de Enero de 2009). *cochrane*. Recuperado el 7 de mayo de 2015, de cochrane: <http://www.cochrane.org/es/CD001930/intervenciones-cognitivo-conductuales-para-el-abuso-sexual-de-ninos>
- Ministerio de Educación - MINEDU. (1999). *Jornadas de Educación Sexual "Yo se cuidar mi cuerpo"*. Lima.

- Movimiento cristiano juntos por la niñez. (2005). *La iglesia rompiendo el silencio frente al abuso sexual en niños, niñas y adolescentes*. Lima.
- OMS. (1948). *exteriores*. Recuperado el 8 de mayo de 2015, de exteriores: <http://www.exteriores.gob.es/RepresentacionesPermanentes/OficinadelasNacionesUnidas/es/quees2/Paginas/Organismos%20Especializados/OMS.aspx>
- Organización Mundial de la Salud - OMS. (12 de 2014). *Organización Mundial de la Salud*. Recuperado el 06 de 05 de 2015, de Organización Mundial de la Salud: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/es/>
- Pasarela, C. (2010). Revisao sistemática para estudar a eficácia da terapia cognitivo comportamental para crianças e adolescentes abusadas sexualmente con trastorno de estresse post-traumático. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 37(2), 60-65.
- Pereda, N. (2010). actualización de las consecuencias físicas del abuso sexual infantil. *Revista Pediatría de Atención Primaria*, 12, 46.
- Pereda, N. (2010). Actualización de las consecuencias físicas del abuso sexual infantil. *Revista Pediatría de Atención Primaria*, 12(46).
- Pereda, N. (2011). Trastornos de personalidad en víctimas de abuso sexual infantil. *Acta Española de Psiquiatría*, 39(2), 131-9.
- Redondo, C. (2008). *Atención al adolescente*. Santander: Universidad de Cantabria.
- Redondo, C. F. (2008). *atención al adolescente*. Cantabria, España: publican.
- Sánchez, M. J. (2011). The psychological treatment of sexual abuse in children and adolescents: A meta-analysis. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 11, 67-93.
- Sánchez-Meca, J. (2011). The psychological treatment of sexual abuse in children and adolescents: A meta-analysis. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 11, 67-93.
- Sanmartín, J. (2005). *Violencia contra los niños*. 3ª edición. Barcelona: Ariel.

- Secretaría de Educación pública - Gobierno federal. (2011). *Educación de la sexualidad y prevención del abuso sexual infantil*. México D.F: Secretaría de Educación Pública.
- Segura, C. (2006). El síndrome de alienación parental: una forma de maltrato infantil. *Cuaderno de Medicina Forense*, 12((43-44)), 117-128.
- SENAME, G. d. (s.f.). *scielo*. Obtenido de maltrato infantil:
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272005000300002
- Stainton, W. (2005). Abuso sexual infantil: ¿qué deberíamos hacer?
- Vallejo, Á. (2012). Abuso sexual: tratamientos y atención. *Revista de Psicología (Lima)*, 30(1), 19-46.
- Vera Guerrero, M. (2004). Tratamiento cognitivo-conductual del trastorno de estrés postraumático crónico en na víctima de abusos sexuales en la infancia. *Avances en Psicología latinoamericana*, 22, 89-103.
- Villanueva, S. D. (2005). Factores protectores en la prevención del abuso sexual infantil. *Liberabit*, 19-24.

14. ANEXOS

Tabla 1.1 Cuadro de categorización Abuso Sexual Infantil como una forma de maltrato

CATEGORÍA N°1				
ABUSO SEXUAL INFANTIL COMO UNA FORMA DE MALTRATO				
AUTOR	EMERGENTES	CATEGORÍA	SUBCATEGORÍAS	TENDENCIAS
<p>Aguilar Cárceles. M.M. Abuso sexual en la infancia. Disponible en: file:///C:/User s/usuario/Do wnloads/118 031-468131- 1-PB.pdf</p>	<p>“Entendería el maltrato en la infancia como el conjunto de acciones provocadas al menor de edad, y que efectuadas de forma intencional y reiterada por familiares o cualquier otra persona de su entorno social cercano, propiciarían el desarrollo de graves secuelas en el desarrollo de su personalidad. En este sentido, se hace mención a seis aspectos imprescindibles a considerar en la definición de maltrato, estos son: a, conjunto de acciones llevadas a cabo, ya sean por comisión u omisión, con consecuencias tanto físicas como psicológicas o emocionales; b, la víctima es el menor de dieciocho años, al cual se le consideraría indefenso y desprovisto de mecanismos de defensa ante estas situaciones; c, intencionalidad, pues no existe accidentalidad en cuanto a la conducta efectuada entendiendo así la deliberación del autor; d, reiteración o frecuencia del comportamiento que se realiza; e, contexto del maltrato, incluyendo en ello</p>	<p>Abuso Sexual Infantil como una forma de Maltrato</p>	<p>Definición Maltrato Infantil</p>	

tanto el ámbito familiar como extrafamiliar (que incluiría el maltrato institucional) y f, se amenaza el desarrollo e integridad del menor, propiciando el desarrollo de conductas desadaptadas e inmaduras para su edad y afectando el desarrollo de su personalidad”. (Págs. 212-213)

Por otro lado, se encuentra una unanimidad entre los distintos profesionales, cuando se clasifica el Maltrato Infantil en tipologías, teniendo en cuenta que la mayoría de autores aquí mencionados, distinguen cuatro (4) tipos de Maltrato Infantil:

“**A) Maltrato físico:** Cualquier acción que, ejercida desde un miembro de la familia y de manera intencional, provoque o pueda provocar daño físico al menor (golpear con distintos instrumentos, producir quemaduras, dar patadas, provocar torceduras, estrangular o asfixiar, envenenamiento, ahogamiento, encerrar o atar, exposición deliberada a la intemperie, infligir heridas con objetos cortantes o punzantes).

B) Maltrato psicológico / emocional: Cualquier acción que, ejercida desde un miembro de la familia y de manera intencional, provoque o pueda provocar daño emocional al menor, causando serios deterioros en el desarrollo emocional, social e intelectual del menor (rechazar, humillar, ridiculizar, ignorar, aterrorizar, chantajear, someter a actos crueles, presenciar violencia entre la pareja, aislarlo, privación de sentimientos de amor/ afecto/

Tipologías de
Maltrato Infantil

seguridad). Hablamos de una de las formas más sutiles, pero no menos extendidas del maltrato en menores.

C) Abuso Sexual: Cualquier acción de un familiar que involucre a un menor en actividades de índole sexual. Dentro de este grupo diferenciamos las acciones que incluyen contacto físico de aquellas otras que carecen de este elemento. Dentro de esta tipología se citan el incesto (familiares cercanos), estimulación sexual (tocamientos, masturbación), vejaciones, violación, exhibicionismo, explotación sexual (pornografía infantil, prostitución), etc.

D) Negligencia o abandono: Omisión del deber de supervisar y/o atender las necesidades del menor efectuada por aquella persona encargada legalmente de satisfacer tales aspectos, quedando afectados su desarrollo y bienestar por dicha carencia o cuidado mínimo requerido tanto a nivel físico como psicológico. Esta categoría englobaría los siguientes comportamientos: abandono temporal o permanente, desatención grave de necesidades médicas/higiénicas/nutricionales/educacionales, permiso tácito de conductas desadaptativas (delincuencia, uso de drogas,...). Es muy frecuente que este tipo de maltrato se solape con el abandono emocional, desatendiendo de este modo las necesidades afectivas y emocionales del menor involucrado.” (Págs. 213-214)

Por consiguiente, cabe resaltar, que en el presente trabajo, se manifiesta la definición de Abuso Sexual como una forma de maltrato en la infancia: “Dentro de los tipos de maltrato infantil se advertirá aquel que se entiende ha suscitado una mayor repercusión social, psicológica y política en los últimos años, a saber: el abuso sexual en la infancia. No se quiere decir con ello que las tres categorías restantes no posean igual o mayor importancia, sino que la demanda social nos empuja a escribir unas palabras sobre una situación actual realmente conmovedora.

Las características que identifican a los abusos sexuales son:

□ La ausencia de violencia o intimidación.

□ La inexistencia de consentimiento o presencia de un consentimiento viciado en un acto que atente contra la libertad o indemnidad sexual de una persona.

Estas dos características definirían dicho tipo concreto de maltrato como la ejecución de actos que atenten contra la libertad sexual de la persona sin violencia ni intimidación”. (Págs. 215-216)

Teniendo en cuenta la repercusión legal que atañe al Abuso Sexual Infantil, y con base a las aportaciones de su conceptualización, la autora presenta: “Se entenderá el abuso sexual como cualquier actividad de índole sexual practicada con un menor, incluyendo el contacto sexual acompañado por la fuerza o la

<p>amenaza de utilizarla y cualquier contacto sexual entre un adulto y un niño, con independencia de que haya engaño o de que la víctima comprende la naturaleza de la actividad sexual; esto es, se equipararía los conceptos jurídicos de agresión y abuso sexual. Así pues, han de referirse dos aspectos necesarios e indispensables para poder catalogar una acción como abuso sexual infantil: a, relación de desigualdad (edad, madurez, poder) entre abusador y abusado; y b, la utilización del menor como objeto sexual; es decir, mantener contactos e interacciones con un menor siendo este utilizado con el fin de estimular y/o satisfacer sexualmente al agresor o a un tercero. Otros autores desglosan este último aspecto; esto es, la utilización del menor como objeto, en dos aspectos: i, conductas que el agresor pone en juego para someter a la víctima; y ii, tipo de conductas sexuales que tienen lugar entre ambos”. (Pág. 217)</p> <p>Por consiguiente, se hace una breve distinción entre Abuso Sexual y los siguientes términos:</p> <p>- Agresión sexual: toda forma de contacto físico, con o sin acceso carnal, con violencia o intimidación y sin consentimiento. La diferencia entre sendos conceptos radica en la violencia o intimidación</p>		<p>Definición Abuso Sexual Infantil</p>	<p>Características del ASI como una forma de Maltrato</p>
--	--	---	---

que debe existir en la agresión sexual y que no hay en el abuso sexual, aunque ambos sean susceptibles de acceso carnal.

- **Exhibicionismo:** No se produce contacto físico, sino que según los artículos 185 y 186 CP se castigaría al que ejecutare o hiciere ejecutar a otra persona actos de exhibición obscena ante menores de edad o incapaces; de mismo modo se penalizaría la venta, difusión o exhibición de material pornográfico a tal audiencia.

Desde una perspectiva psicológica, el DSM-IV-TR entendería el exhibicionismo como un tipo de parafilia caracterizada por la presencia de fantasías sexuales recurrentes y altamente excitantes, impulsos sexuales y comportamientos que implican la exposición de los propios genitales a un extraño que no lo espera, y que provocarían malestar clínicamente significativo para aquel que la padece. Respecto a esto último añadimos la angustia que podría resultar en el menor de la exposición a tal comportamiento; consecuencias que pueden resultar en trastornos clínicos severos.

- **Explotación sexual infantil:** actividad ilegal en la que el menor es sometido de forma forzosa y violenta a realizar actividades sexuales en contra de su consentimiento o voluntad. Como características destacar que el abusador persigue un beneficio económico, y que dicha acción

Prejuicios del concepto del ASI

	también englobaría aspectos como la prostitución y pornografía en la infancia, identificándose por ser especialmente degradante y vejatoria para la víctima. (Págs. 218-219)			
<p>Carolina Marty M. & César Carvajal A. (2005). Maltrato infantil como factor de riesgo de Trastorno por Estrés Postraumático en la adultez. En <i>Revista chilena de neuro – psiquiatría</i>. v.43. n.3. p.p. 180-187. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272005000300002</p>	<p>El Maltrato Infantil se define como todo comportamiento o discurso adulto que transgreda los Derechos del Niño. Dentro de los tipos de maltrato se encuentra:</p> <p>El Abuso Sexual: definido como cualquier tipo de actividad sexual con un niño o niña en la cual el agresor está en una posición de poder y el niño se ve involucrado en actos sexuales que no es capaz de comprender o detener.</p> <p>El maltrato físico: es toda acción no accidental, por parte de un adulto, que provoque daño físico, lesión o enfermedad en el niño (es siempre activo).</p> <p>El maltrato emocional: que se expresa por medio de insultos, críticas permanentes, ridiculizaciones, rechazo, amenazas, constantes bloqueos de las iniciativas de los niños.</p> <p>Abandono – negligencia: se refiere a situaciones en que los padres o cuidadores, estando en condiciones de hacerlo, no dan el cuidado y protección que los niños necesitan para su desarrollo.</p>	Abuso Sexual Infantil como una forma de Maltrato	Definición Maltrato Infantil	<p>Tipologías de Maltrato Infantil</p> <p>Características del ASI como una forma de Maltrato</p>

<p>Gabriela Morelato (2011). Maltrato infantil y desarrollo: hacia una revisión de los factores de resiliencia. En <i>Pensamiento Psicológico</i>. vol .9 no.17. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1657-89612011000200008&script=sci_arttext</p>	<p>“El maltrato infantil, como fenómeno complejo de estudio, atañe a múltiples áreas y disciplinas vinculadas tanto a lo social, como a lo jurídico, histórico, psicológico y de salud en general. Sus consecuencias son de alto riesgo para el desenvolvimiento de los niños/as, quienes evidencian dificultades en casi todas sus dimensiones evolutivas.” (Párr. 1)</p> <p>Clásicamente, el maltrato se divide en cuatro grandes tipos: físico - emocional - por negligencia y/o abandono y abuso sexual (Kempe y Kempe, 1985); sin embargo, más allá de ellas, las consecuencias generales del maltrato señalan la presencia de depresión, baja autoestima, agresividad, desesperanza, escasas habilidades de afrontamiento, dificultades en el control de impulsos y regulación emocional y peor desempeño académico en comparación con niños no maltratados. También, se ha señalado que los niños maltratados tienden a incorporar un modelo negativo de representación interna de las figuras de apego, lo cual puede afectar el desarrollo del sentido del sí mismo y las relaciones con otros, escasa socialización y déficit en sus habilidades sociales.” (Párr. 2)</p> <p>“Según Melillo y Suárez-Ojeda (2001), durante mucho tiempo, el estudio de poblaciones en riesgo estuvo centrado básicamente en la investigación de los efectos</p>	<p>Abuso Sexual Infantil como una forma de Maltrato</p>		<p>Tipologías de Maltrato Infantil</p>
---	---	--	--	--

producidos por diferentes tipos de condiciones sobre la conducta de los niños, adolescentes o adultos inmersos en ellas.” (Párr. 6)

“Rutter (1995) define la resiliencia como un conjunto de procesos sociales e intrapsíquicos que se construyen en el tiempo, a partir de las interacciones entre los atributos del niño y su ambiente familiar, social y cultural, para posibilitar una vida sana en un medio insano. Por su parte, Infante (2000) concibe la resiliencia como una respuesta global de mecanismos de protección a muchos factores de riesgo o una situación específica, que le permiten al individuo salir fortalecido de la adversidad. Para Grotberg (1995) la resiliencia hace referencia a la capacidad del ser humano para hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas, e inclusive, ser transformados por ellas. En este mismo orden de ideas, Luthar, Cicchetti y Becker (2000) señalan que se refiere a un dinámico proceso de adaptación a un contexto de adversidad significativa, que debe cumplir dos condiciones críticas: 1) la exposición a una amenaza significativa o adversidad severa y 2) el logro de una adaptación positiva en el proceso de desarrollo.” (Párr. 7)

“Cicchetti, Rogosch, Lynch y Holt (1993) sostienen que no todos los niños son afectados del mismo modo por estas experiencias de maltrato infantil, pues éstas dependen de la edad y período de

desarrollo que viva el/la niño/a, así como a los contextos y formas de maltrato que reciba.” (Párr. 16)

“Con base en lo planteado y haciendo una breve síntesis de lo expuesto, entendemos que la resiliencia en el maltrato infantil es un proceso que se manifiesta en un buen nivel de competencias a pesar de las circunstancias de maltrato. Es posible que se hallen dificultades en algún área de desarrollo, pero éstas no impiden poner en marcha recursos cognitivos y/o afectivos, ayudados por factores contextuales que den lugar a una recuperación de la continuidad del desarrollo (o a algunos aspectos del mismo) y a la ausencia de un trastorno psicopatológico (Morelato, 2009).” (Párr. 22)

Factores internos de la resiliencia en el Maltrato Infantil:

a- Importancia de las relaciones primarias: el vínculo de apego: Bolen (2005) vincula el concepto de cohesión familiar con el de apego. Considera que en los primeros momentos del desarrollo infantil es de fundamental importancia la presencia de adultos que ejerzan funciones de apoyo y calidez en la vinculación social del niño. Por ello, uno de los vínculos afectivos más importantes en la primera infancia es el vínculo de apego seguro. Este vínculo podría pensarse, por un lado, como un factor interno, debido a que permite la constitución del

modelo operatorio interno (internal working model), de la representación mental inconsciente que el niño/a construye de la figura de apego y de sí mismo. Este esquema interno de vinculación se establece con base en las respuestas dadas por el cuidador a las necesidades biológicas y afectivas del niño. Si este modelo se sustenta en relaciones de apego adecuadas, brinda seguridad y confianza para la exploración del entorno y se constituye como base del desarrollo emocional y autoestima del niño/a. Los niños maltratados están más predispuestos a desarrollar un apego inseguro o desorganizado. (Párr. 23-24)

b-
Aspectos cognitivos: Cichetti et al. (1993) manifiesta que recursos tales como la *inteligencia y la madurez cognitiva* son particularmente importantes en la adaptación de los niños maltratados. Los niños que poseen un repertorio amplio de recursos cognitivos pueden desarrollar una variada gama de estrategias de afrontamiento frente a las circunstancias de sus vidas. El coeficiente intelectual ha sido explicado, por diferentes estudios, como relevante para la resiliencia, ya que permite amortiguar moderadamente los resultados negativos que tienden a presentar los niños que han pasado por experiencias de maltrato. Masten, et al. (1999), señalan que el coeficiente intelectual y las características parentales forman parte de un sistema de

adaptación fundamental que permite proteger a los niños en contextos de adversidad. La inteligencia relacionada con los sucesos académicos puede crear una sensación de competencia y autoconcepto positivo que contribuye a implementar mejores estrategias de afrontamiento en niños víctimas de maltrato infantil (Cicchetti *et al.*, 1993). (Párr. 25-26)

c- Las habilidades cognitivas de solución de problemas:

Es conocido que los niños con historia de maltrato presentan mayor dificultad en su desarrollo social cognitivo, por ello, interesa destacar el papel de las habilidades cognitivas de solución de problemas como factor adaptativo en los niños maltratados (Nears, 2004). Los niños resilientes muestran una mejor capacidad de control de impulsos, utilizando el pensamiento como mediador, lo cual les permite codificar e interpretar la situación, buscar posibles soluciones y seleccionar la respuesta adecuada. (Párr. 27)

d- El sí mismo: Para Flores, Cicchetti y Rogosch (2005) el estudio de la resiliencia en el maltrato infantil requiere del abordaje de variables, tales como la autoestima, autoconfianza y autoeficacia social, entendidas como elementos protectores relacionados a la disminución de las conductas problema. La percepción de autoeficacia social parece tener un rol protector en los niños maltratados y estar relacionada con un menor nivel de

internalización de síntomas tales como ansiedad o depresión. Asimismo, la autoestima y la competencia social resultan variables mediadoras de los mecanismos de ajuste de los niños en riesgo (Kim y Cicchetti, 2003, 2004). La sensación de valoración de sí mismo en forma positiva es considerada un factor que disminuye la posibilidad de presentar síntomas de depresión en niños víctimas de maltrato familiar. Además, la autoestima es una variable que se relaciona con la resiliencia en la medida en que permite lograr mayor resistencia a sucumbir a los mensajes negativos de las experiencias de maltrato. (Párr. 30 – 31)

Factores contextuales o externos de la resiliencia en el maltrato infantil:

a- Factores familiares: La resiliencia, comprendida en el contexto familiar, abarca procesos interactivos que fortalecen la resiliencia individual. La resiliencia familiar es un constructo relacionado con las habilidades de la familia para minimizar el impacto perturbador de la situación estresora, a través de diversos recursos. En este sentido, una familia puede incrementar la resiliencia o la vulnerabilidad en todos sus miembros según su organización. (Párr. 36)

b- Soportes extrafamiliares: Otro factor asociado a la resiliencia en niños que han sufrido violencia son los soportes extra-familiares. Éstos hacen referencia a contar con un entorno que brinde sostén desde el contexto

	<p>comunitario del niño (escolar, familiar, religioso, etc.) Un entorno familiar estructurado (con pautas claras y organización relativa), la presencia de actividades extracurriculares, las experiencias positivas en la escuela, la posibilidad de tener un entorno estable y/o una comunidad religiosa, posibilita el desarrollo de resiliencia en niños y adolescentes. Es importante tener en cuenta, que este factor se combina con la presencia de ciertos aspectos individuales tales como adecuadas habilidades cognitivas y autoestima. (Párr. 37)</p>			
<p>Sabina. D (2005). Factores protectores en la prevención del Abuso Sexual Infantil Disponible en: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-48272005000100003</p>	<p>En el presente artículo se define el Abuso Sexual Infantil como: “La actividad encaminada a proporcionar placer sexual, estimulación o gratificación sexual a un adulto, que utiliza para ello a un niño/a, aprovechando su situación de superioridad”.</p> <p>Además, la autora hace relevancia a la definición de Abuso Sexual de Cantón (1999), en la que se considera que el Abuso Sexual puede ser también cometido por una persona menor de 18 años, cuando esta es significativamente mayor que la víctima (cinco o más años) o cuando el agresor está en una posición de poder o control sobre el niño.</p> <p>Por otro lado, también se basa en los dos (2) criterios básicos para tipificar el abuso, establecidos por Cantón y Cortes (2000):</p> <p>1. Coerción: El agresor utiliza</p>	<p>Abuso Sexual Infantil como una forma de Maltrato</p>	<p>Definición Abuso Sexual Infantil</p>	

la situación de poder que tiene para interactuar sexualmente con el menor.

2. Asimetría de edad: El agresor es significativamente mayor que la víctima (no necesariamente mayor de edad). La asimetría de edad determina muchas otras asimetrías: asimetría anatómica, asimetría en el desarrollo y especificación del deseo sexual (se especifica y consolida en la adolescencia), asimetría de afectos sexuales, asimetría en las habilidades sociales, asimetría en la experiencia sexual. Ante una diferencia de edad significativa no se garantiza la verdadera libertad de decisión (consentimiento informado) y representa en sí misma una coerción (López, 1997).

Seguido a esto, se argumenta que el Abuso Sexual es una forma de Maltrato Infantil que se diferencia de las otras tipologías en tres (3) aspectos:

1. El abuso sexual infantil sucede en la mayoría de los casos sin violencia física, pero sí emocional. Se emplea la manipulación y el engaño, o la amenaza y el soborno.

2. Los niños, sobre todo los más pequeños viven el abuso con sorpresa, como algo ocasional, no intencionado, casi accidental puesto que para ellos es impensable que ocurra otra cosa. Poco a poco, irán percibiendo el abuso como algo más intrusivo e intencional. Al principio es difícil que se den cuenta de lo que está ocurriendo, por lo que

Características del
ASI como una
forma de Maltrato

	<p>es muy difícil la revelación</p> <p>3. La victimización del niño en el abuso sexual es psicológicamente dañina, socialmente censurable y legalmente sancionable. Sin embargo, el componente sexual de esta forma de maltrato hace que su detección, la revelación e incluso la persecución de este tipo de delitos sean mucho más difícil.</p>			
<p>E. Echeburúa y P. de Corral (2006). Secuelas emocionales en víctimas de abuso sexual en la infancia. En <i>Cuadernos de Medicina Forense</i>, pp. 43-44. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-76062006000100006&script=sci_arttext#back</p>	<p>“Cualquier conducta sexual mantenida entre un adulto y un menor. Más que la diferencia de edad -factor, sin duda, fundamental que distorsiona toda posibilidad de relación libremente consentida-, lo que define el abuso es la asimetría entre los implicados en la relación y la presencia de coacción -explícita o implícita-.”(párrafo introductorio)</p>	<p>Abuso Sexual Infantil como una forma de Maltrato</p>	<p>Definición Abuso Sexual Infantil</p>	
<p>E. Feligreras (2014). <i>Técnicas de Intervención en Abuso Sexual Infantil: estrategias cognitivo-conductuales, aceptación y mindfulness.</i></p>	<p>“No existe una definición única para el abuso o maltrato infantil. Sin embargo, la más aceptada viene proporcionada por el National Center for Child Abuse and Neglect (NCCAN, 1988), que define el abuso infantil como “todas aquellas acciones que van en contra de un adecuado desarrollo físico, cognitivo y emocional del niño, cometidas por personas, instituciones o la</p>	<p>Abuso Sexual Infantil como una forma de Maltrato</p>	<p>Definición Abuso Sexual Infantil</p>	

<p>Disponible en: http://tauja.ujae.n.es/bitstream/10953.1/866/1/TFG_FeligrerasA1%2cElena.pdf</p>	<p>propia sociedad”. A su vez, esta definición engloba una serie de comportamientos, que son considerados de abuso, como maltrato físico, negligencia, maltrato psicológico o abuso sexual, tal y como señala el manual de psiquiatría DSM-IVTR (2001)”.</p>			
<p>Sánchez-Meca, J., Rosa-Alcázar, A. I. y López-Soler, C. (2011). The psychological treatment of sexual abuse in children and adolescents: A meta-analysis. <i>International Journal of Clinical and Health Psychology</i>, 11, 67-93.</p>	<p>El abuso sexual a menores puede definirse como la actividad encaminada a proporcionar placer sexual, estimulación o gratificación sexual a un adulto, que utiliza para ello a un/a niño/a, aprovechando su situación de superioridad. Se considera igualmente que existe abuso sexual cuando se dan las circunstancias de asimetría: (a) de edad entre víctima y agresor, (b) de poder, cuando el abusador tiene algún tipo de autoridad con respecto a la víctima, (c) de conocimientos o habilidades, cuando el que abusa utiliza su astucia y habilidades de manipulación, y (d) de gratificación, cuando se presiona al niño/a de forma sutil (regalos, viajes, etc.) para que consienta el abuso.</p>	<p>Abuso Sexual Infantil como una forma de Maltrato</p>	<p>Definición Abuso Sexual Infantil</p>	
<p>N. Pereda (2011) El espectro del abuso sexual en la infancia: definición y tipología. Disponible en: http://www.infocop.es/view_article.asp?id=3263</p>	<p>Dentro de las tipologías del abuso sexual infantil, se incluyen tanto las conductas que implican <i>contacto físico</i> como las caricias, la masturbación o la penetración oral, anal o vaginal; como aquellas que <i>no implican directamente ese contacto</i>, como las proposiciones verbales explícitas, exhibir los órganos sexuales a un niño o niña con el propósito de obtener excitación o gratificación sexual, realizar el</p>	<p>Abuso Sexual Infantil como una forma de Maltrato</p>		<p>Tipologías del Abuso Sexual Infantil</p>

acto sexual intencionadamente ante la presencia de un menor, masturbarse en presencia de un niño o niña o la utilización del menor para la creación de materiales pornográficos.

Por otro lado, el abuso sexual puede ser *intrafamiliar*, también denominado incesto, y que se produce cuando el contacto físico sexual es realizado por un pariente o por figuras adultas que estén cubriendo de manera estable el papel de figuras parentales; o *extrafamiliar*, que se produce cuando hay contacto sexual entre un adulto y un menor exceptuando los casos señalados para el incesto (Fischer y McDonald, 1998).

Tendríamos también abusos *agudos*, que el menor sufre en una única ocasión; o *crónicos*, aquellos que se producen en más de una ocasión, pueden perdurar largos períodos de tiempo y suelen ser cometidos por conocidos del menor.

Los cambios sociales y tecnológicos dan lugar, a su vez, a nuevas tipologías que los profesionales deben conocer para su correcta detección, diagnóstico y tratamiento. Dentro del abuso sexual sin contacto físico, destaca la *exposición involuntaria a material sexual en Internet* (Mitchell, Finkelhor y Wolak, 2001), que cabe diferenciar de aquellos casos en los que el menor, voluntariamente, accede a este tipo de materiales. Mencionar el denominado *on-line sexual grooming* o abuso sexual a través de Internet, referido a aquellos casos en los que un adulto se conecta a

Internet y establece relación con un menor, iniciando una relación sexual virtual, que empieza por conversaciones y puede acabar con fotografías, vídeos sexuales, así como en los casos más graves, con abusos en el mundo real (Craven, Brown y Gilchrist, 2006). Otros estudios han analizado las características y efectos psicológicos de las *llamadas telefónicas obscenas* (Leander, Granhag y Christianson, 2005) o del reciente *sexting*, en referencia al uso de teléfonos móviles con cámaras incorporadas para producir y distribuir imágenes de uno mismo, u otros, en una postura o actitud provocativa que manifiestan una clara intención sexual (Agustina, 2010).

Finalmente, es importante destacar, por sus características y efectos específicos en sus víctimas, la *explotación sexual infantil*, considerada una de las violaciones más severas de los derechos humanos de niños, niñas y adolescentes y una forma de esclavitud contemporánea, basada en el abuso sexual del menor y en su remuneración económica o en especie, ya sea para la propia víctima o para terceras personas (UNICEF, 2006).

La explotación sexual de niños, niñas y adolescentes puede tomar varias formas entre las que destaca la *pornografía infantil*, los *espectáculos sexuales* en los que se utilizan menores, la *explotación de niños y niñas a través de la*

	<p><i>prostitución o prostitución infantil, la trata de niños, niñas y adolescentes con fines de explotación sexual, la explotación sexual comercial infantil en los viajes o turismo sexual infantil, entre otras. En los matrimonios precoces y/o forzados, el efecto de la cultura se hace patente, conllevando una gran controversia su consideración como forma de maltrato infantil y, específicamente, de abuso sexual en la infancia. Destacar que, sin importar la edad del menor, en el momento que éste o ésta contrae matrimonio pasa a asumir un rol adulto, privándosele de todo aquello que le corresponde a su edad y violándose sus derechos (UNICEF, 2001).</i></p>			
<p>Cantón, D. y Justicia, F. (2008). Afrontamiento del abuso sexual infantil y ajuste psicológico a largo plazo. <i>Psicothema</i>, vol. 20, 509-515. (Trabajo original). Artículo disponible en: http://www.infocop.es/view_article.asp?id=2154</p>	<p>Inicialmente, se hace énfasis a la definición de Abuso Sexual Infantil, el cual puede ser definido como: “Los contactos e interacciones sexuales entre un menor de edad y un adulto o entre menores de edad si existe una diferencia de cinco años entre ellos, o bien si el niño/adolescente agresor se encuentra en una posición de poder o control sobre la víctima, aunque no haya dicha diferencia de edad”</p>	<p>Abuso Sexual Infantil como una forma de Maltrato</p>	<p>Definición Abuso Sexual infantil</p>	

<p>C. Redondo Figuero, M.R. Ortiz Otero (2005). El abuso sexual infantil. Disponible en: https://www.sccalp.org/documentos/0000/1023/BolPediatr2005_45_003-016.pdf</p>	<p>Se trata de un artículo de revisión que pretende una puesta al día en este problema tan frecuente y tantas veces silenciado y que todos los que trabajan con niños deben conocer:</p> <p>“De ahí que se haya intentado, a lo largo de los últimos años, una definición del Abuso Sexual, siendo la más difundida la proporcionada por el National Center for Child Abuse and Neglect, que define al Abuso Sexual como los contactos o interacciones entre un niño y un adulto, cuando el primero se utiliza para estimulación sexual del segundo o de otra persona. También puede cometerse por un menor de 18 años cuando es mayor que la víctima o cuando está en una situación de poder o control sobre la víctima.</p> <p>El abuso sexual comprende la violación (penetración en vagina, boca o ano con el pene, dedo o con cualquier objeto sin el consentimiento de la persona), el contacto genital, oral, las caricias (tocar o acariciar los genitales de otro, incluyendo la masturbación forzada para cualquier contacto sexual sin penetración), el obligar a que el niño se involucre en contactos sexuales con animales, el obligar a los niños a ver actividades sexuales de otras personas, las peticiones sexuales, el voyerismo, el exhibicionismo (mostrar los genitales de manera inapropiada), y también incluye la explotación sexual infantil (implicar a menores en</p>	<p>Abuso Sexual Infantil como una forma de Maltrato</p>	<p>Definición Abuso Sexual Infantil</p>	
--	--	--	---	--

conductas o actividades que tengan que ver con la producción de pornografía o promover la prostitución infantil o el tráfico sexual). En ocasiones se habla de agresión sexual cuando se añade un componente de violencia al abuso sexual.

El abuso sexual siempre ha existido. Ocurre, tanto en las culturas más primitivas, como en las más desarrolladas y en cualquier nivel económico y sociocultural. En los países desarrollados, aproximadamente a partir de 1960, se comenzaron a promulgar leyes que exigían la denuncia de sospecha de maltrato infantil y negligencia y posteriormente se ampliaron a la sospecha de abuso sexual”. (Pág. 4)

También, por otro lado, fue de gran importancia para los autores del presente artículo, hacer énfasis a la Etiología del Abuso Sexual Infantil, ya que en esta se analizan tres (3) componentes importantes:

“Víctima, abusador y proceso de abuso. Cada uno de ellos reúne una serie de características que ayudan a identificarlos mejor.

Víctima: Los factores de riesgo de Abuso Sexual son: **a)** edad de 8 a 12 años, aunque en cualquier edad pediátrica se puede sufrir un abuso sexual; **b)** sexo femenino, las niñas los sufren más, pero los varones los denuncian menos; **c)** determinadas características de la víctima, como el aislamiento de otros niños de su edad y retraimiento, hacen al niño más vulnerable, aunque algunos autores opinan que

Prejuicios del concepto del ASI

más que un factor de riesgo es una consecuencia del abuso sexual; **d)** algunas características de la familia son también factores de riesgo, tales como la falta de padres protectores, los vínculos defectuosos de los padres con los hijos (y viceversa) y la presencia en el entorno del niño de un adulto sin parentesco biológico (padres adoptivos, cuidadores, etc.).

Abusador: Respecto a éste, es difícil entender cómo un adulto, y más si es el progenitor, pueden perder el control y maltratar a un niño, y, sobre todo, abusar sexualmente de él. Parece que hay dos requisitos necesarios: que el abusador se excite sexualmente ante los niños y que desee actuar impulsado por esa excitación. La atracción sexual de los adultos por los niños no es rara: ya un estudio realizado en varones universitarios evidenció la existencia de esta atracción en el 21% de los mismos. Algunos perpetradores pueden concentrar su atención en niños de determinada edad, o de un sexo en especial; otros, sólo se ven excitados en determinadas circunstancias.

Proceso del abuso: Los factores que hacen que el agresor abuse sexualmente del niño son:

- Falta de conciencia sobre tales comportamientos.
- Falta de empatía por los niños.
- Creencia de que esos comportamientos son aceptables y no causan daño al niño.
- Escaso control de sus impulsos.
- Uso de alcohol y otras drogas

que, a su vez, disminuye aún más la capacidad de controlar sus propios comportamientos.

- La historia del perpetrador (haber sido víctima en su infancia).

- Las circunstancias que permiten un mayor contacto con el niño (hospitalización prolongada de la madre, etc.).

- Se aprovecha de la indefensión del niño (retraso mental, etc.).

Fundamentalmente se trata de alguien mayor que el abusado, sin ninguna empatía por los niños, que piensa que lo que hace no está mal, y la poca conciencia que tiene sobre la maldad de sus actos se la salta muchas veces ayudado por el consumo de alcohol u otras drogas. Siempre actúa desde su posición de poder sobre la víctima para cometer el abuso.

El abuso sexual, generalmente, no es un hecho aislado, sino que tiende a reiterarse. El proceso de victimización suele ser siempre el mismo o muy similar. Primero se gana la confianza del niño, generalmente, no sometido a una supervisión estrecha de los adultos y que, además, tiene ansia de atención de un adulto. Después le seduce lentamente. Finalmente, le fuerza al silencio.

La persona abusada, sobre todo si es varón, suele sufrir el llamado síndrome de acomodación al abuso sexual del niño que consta de cinco (5) fases:

- 1) secretismo;
- 2) indefensión;
- 3) atrapamiento y acomodación;
- 4) revelaciones retrasadas y

	<p>escasamente convincentes; 5) retractación posterior del abuso revelado". (Pág. 6)</p>			
<p><i>Abuso sexual infantil: ¿qué deberíamos hacer?</i> Disponible en: http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/social/1994/vol3/arti4.htm</p>	<p>En este artículo se hace un análisis del Abuso Sexual Infantil desde la perspectiva construccionista a partir de la cual se considera que todo cuanto observamos, decimos y hacemos en nuestra vida cotidiana es un producto de la forma en que los construimos. Esta construcción tiene un profundo contenido ideológico y sus propios valores y postura moral. En otras palabras, el objetivo de este artículo es doble: argumentar que el "abuso sexual infantil" no es una "cosa" que se produce naturalmente sino una construcción social; y, dada esta suposición, hacer algunas sugerencias sobre lo que se debería hacer.</p> <p>Además, se hace énfasis al ASI como una construcción social, donde se dice que este difiere de los enfoques más comunes que tiene la Psicología, donde “se cuestiona la idea de que se pueda ser completamente objetivo. Aunque se intente, hagamos lo que hagamos, nuestras decisiones, nuestros juicios -incluso la misma forma en que vemos el mundo e intentamos entenderlo-, siempre será un producto de la forma en que lo construimos. Esta afirmación se basa en la noción filosófica de que cada idea que tengamos, cada definición que utilicemos, todo lo que observamos, obtiene su "realidad" para nosotros/as al darle sentido a posteriori. Las cosas no tienen "sentido" en sí</p>	<p>Abuso Sexual Infantil como una forma de Maltrato</p>	<p>Definición Abuso Sexual Infantil</p>	

	<p>mismas, se lo damos”.</p> <p>“En su libro La construcción social de la realidad (1967), los sociólogos Berger y Luckmann argumentan que las cosas que observamos, decimos y hacemos en nuestra vida cotidiana generalmente se dan por supuestas, con lo cual pueden parecer objetivamente "reales", pero de hecho no lo son. Berger y Luckmann utilizaron las cosas hechas en nombre de la "medicina" como ejemplo de la naturaleza construida de la realidad. Visto por alguien que no entiende qué es la medicina (como un niño), gran parte de las formas de la práctica médica pueden parecer rituales extraños, en los que a algunas personas se les dan poderes especiales para, por ejemplo, causar dolor, acceder a aquellas partes de nuestro cuerpo que convencionalmente consideramos privados y exigir que rompamos tabúes.</p> <p>De este modo, lo que puede ser para nosotros como adultos una cosa perfectamente normal (aunque agobiante) -ir al médico para una "revisión"- puede ser una experiencia terrorífica para un/a niño/a, ya que su visión de la "realidad" es distinta de la nuestra”.</p>			<p>Prejuicios del concepto del ASI</p>
<p>Lameiras Fernandez M., Carrera Fernandez M., & Failde Garrido J. (2008). Abusos sexuales a menores: estado</p>	<p>En este trabajo se evidencia una aproximación conceptual a la problemática del Abuso Sexual Infantil partiendo de los criterios que delimitan la conducta abusiva.</p> <p>Inicialmente, se hace una breve definición de Abuso Sexual: “El abuso sexual es una forma de violencia que</p>	<p>Abuso Sexual Infantil como una forma de Maltrato</p>		

<p>de la cuestión a nivel nacional e internacional Nùm. 6, julio-noviembre 2008 Revista D'estudis de la Violència. Disponible en: http://www.bienestaryproteccioninfantil.es/imagenes/tablaContenidos03SubSec/articulo_Maria%20Lameiras%20sobre%20abusos%20sexuales.pdf</p>	<p>atenta, no sólo contra la integridad física, sino también psicológica del/a menor. En este sentido, un abuso sexual constituye un acto sexual impuesto a un/a menor que carece del desarrollo emocional, madurativo y cognoscitivo para consentir en dicha actividad” (pág. 5).</p>		<p>Definición Abuso Sexual Infantil</p>	
<p>Rosa Barrera J. (2012). Abuso sexual, su Impacto en el Desarrollo y la Salud de los Niños. Disponible en: http://www.buentrato.cl/pdf/Abuso_sexual_su_Impacto_en_el_Desarrollo.pdf</p>	<p>En el presente trabajo, se hace introducción a las definiciones de los términos: Desarrollo, Salud, Salud Mental y Abuso Sexual, para así poder hacer una distinción entre estos y, por consiguiente, hacer énfasis en el impacto de este en la salud de los niños abusados sexualmente.</p> <p>Principalmente, se tiene que: “Desarrollo es el proceso por el cual cada individuo único adapta e integra su propia naturaleza con las oportunidades y limitaciones de su experiencia a través del tiempo. Es producto de la transacción recíproca entre las características del niño, el ambiente de cuidados y el contexto ecológico más amplio (M.Lewis)” (Pág. 2) Salud es un estado de completo bienestar físico,</p>	<p>Abuso Sexual Infantil como una forma de Maltrato</p>	<p>Definición Abuso Sexual Infantil</p>	<p>Prejuicios de concepto del ASI</p>

	<p>mental y social y, no solamente la ausencia de afecciones enfermedades. Es un derecho humano fundamental (OMS). (Pág. 3)</p> <p>Salud Mental se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad (OMS). (Pág. 4)</p> <p>Luego, se llega a la definición de Abuso Sexual, y se tiene que: “Abuso Sexual es el involucramiento de un niño, niña o adolescente menor de 15 años en actividades sexuales no acordes a su nivel evolutivo, es decir, al desarrollo emocional, cognitivo o social esperado para la edad (Guía Clínica MINSAL 2011). (Pág. 5)</p>			
<p>Pereda Beltrán, Noemí (2009). Consecuencias psicológicas iniciales del abuso sexual infantil. Disponible en: http://www.redalyc.org/pdf/778/77811726004.pdf</p>	<p>“El Abuso Sexual Infantil es un grave problema de salud pública que, en gran parte de los casos, interfiere en el adecuado desarrollo de la víctima que lo sufre y repercute negativamente en su estado físico y psicológico. La experiencia de abuso sexual infantil puede considerarse una situación extrema que, tal y como exponen Lazarus y Folkman (1984), suele resultar en un elevado nivel de estrés y malestar en la gran mayoría de individuos”. (Pág. 135)</p>	<p>Abuso Sexual Infantil como una forma de Maltrato</p>	<p>Definición Abuso Sexual Infantil</p>	
<p>Enrique</p>	<p>“El abuso sexual infantil es un fenómeno que</p>	<p>Abuso Sexual</p>	<p>Definición Abuso</p>	

<p>Echeburúa1, y Cristina Guerrica Echevarría (2011). Tratamiento psicológico de las víctimas de Abuso Sexual Infantil intrafamiliar: un enfoque integrador. Disponible en: http://www.ehu.eus/echeburua/pdfs/asi.pdf</p>	<p>tradicionalmente se ha mantenido oculto y que, aunque en la actualidad despierta un creciente interés y una enorme preocupación, aún permanece invisible en la gran mayoría de los casos". (Pág. 470)</p>	<p>Infantil como una forma de Maltrato</p>	<p>Sexual Infantil</p>	
---	--	---	------------------------	--

Tabla 1.2 Cuadro de categorización consecuencias del abuso sexual infantil (ASI)

CATEGORIA N°2				
CONSECUENCIAS DEL ABUSO SEXUAL INFANTIL (ASI)				
AUTOR	EMERGENTES	CATEGORÍA	SUBCATEGORÍAS	TENDENCIAS
<p>Sabina. D (2005). Factores protectores en la prevención del abuso sexual infantil Disponible en: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-48272005000100003</p>	<p>Podemos distinguir consecuencias a corto y a largo plazo. ADIMA (1993) indica que a largo plazo, los abusos determinan una presencia significativa de los trastornos disociativos de la personalidad como son el alcoholismo, toxicomanías y conductas delictivas, aparte de graves problemas en el ajuste sexual</p> <p>Las consecuencias son diferentes si el abusador es un familiar, un extraño u otro niño mayor, también es diferente si la relación sexual ha sido violenta o no. Los abusos sexuales intrafamiliares suelen ser más traumáticos, ya que para el niño suponen además sentimientos contradictorios en cuanto a la confianza, la protección, y el apego que esperamos y sentimos con relación a nuestros propios familiares.</p> <p>No todos los niños manifiestan el mismo grado de afectación, para algunos, el abuso, puede significar un trauma y para otros las consecuencias pueden ser diferentes. En algunas ocasiones, puede suceder que el grado de sufrimiento no esté relacionado o en proporción con el suceso en el que el niño ha estado involucrado.</p> <p>El trauma es el resultado de un acontecimiento al que la persona no encuentra significado, y que experimenta como algo insuperable e insufrible.</p>	<p>Consecuencias del Abuso Sexual Infantil (ASI)</p>	<p>A nivel psicológico (a corto y largo plazo)</p>	

Finkelhor y Browne (1985) definen la dinámica traumagénica como aquella que altera el desarrollo cognitivo y emocional de la víctima, distorsionando su autoconcepto, la vista del mundo y las habilidades afectivas. El trastorno de estrés postraumático se manifiesta en las personas después de un acontecimiento catastrófico e inhabitual. Ullmann y Werner (2000) presentan los distintos tipos de traumas que pueden sufrir los niños por causas muy diferentes como pueden ser la separación de los padres, la muerte de estos, la vivencia de una guerra o el abuso sexual. Los síntomas más frecuentes del trauma son, vueltas al pasado y sueños con representación del suceso ocurrido, insomnio y depresión. Síntomas que suelen persistir durante mucho tiempo, años, y a veces, durante toda la vida. Sobre el tratamiento del trauma, Malacrea (2000) hace una amplia disertación acerca de niños que han sido víctimas de abuso y expone su larga experiencia en este tipo de tratamiento.

Topper (1988), indica que Félix López, catedrático de Sexología de la Universidad de Salamanca en sus investigaciones, ha llegado a la conclusión de que no todas las víctimas necesitan terapia, pero todas necesitan ayuda. La víctima puede necesitar una terapia, el agresor la necesita siempre.

Arruabarrena (1996) y Cantón y Cortés (2000) expresan que las manifestaciones negativas de los menores suelen ser: confusión, tristeza, irritabilidad, ansiedad, miedo, impotencia, culpa y autorreproche, vergüenza,

Trastorno de
Estrés
Postraumático
(TEPT)

estigmatización, dificultad tanto en las relaciones de apego como déficit en las habilidades sociales, aislamiento social, desconfianza hacia todos, o a veces, hacia personas del sexo del agresor, baja auto-estima, impulsividad, trastornos del sueño o de la alimentación, miedo, problemas escolares, fugas del hogar, depresión, labilidad, conductas autodestructivas y/o suicidas, etc. Según Arruabarrena (1996) los menores víctimas de abuso pueden convertirse en potenciales agresores; suelen manifestar además, conductas hipersexualizadas como la masturbación compulsiva, conductas seductoras, o un exceso de curiosidad por los temas sexuales. López (1995) indica que existen diferencias en cuanto a edad y género. Si las víctimas son niñas suelen manifestar depresión y ansiedad. En el caso de los niños puede ocurrir, que se manifiesten más agresivos o que se conviertan en abusadores de otros niños. Finkelhor (2000), afirma que existe una mayoría de abusadores menores, de sexo masculino; estos menores a los que nos referimos suelen imitar el abuso que ya han sufrido. Es posible que tengan una historia de rechazo social y de estigmatización sin que ellos mismos sepan el motivo o la causa inicial de estos problemas. De los diferentes modelos que investigan las causas del del abuso sexual infantil, uno de los más aceptado es el elaborado por Finkelhor y Krugman, en él se describen las cuatro condiciones para que el abuso sexual se produzca:

1. Motivación del agresor para

A nivel social

cometer el abuso. En este sentido, los estudios establecen distintas categorías de motivaciones en los agresores sexuales, cada uno de los cuales desarrolla un “modus operandi” diferente:

- Por repetición transgeneracional de experiencias previas de abuso en la infancia.
- Por un componente psicopático de personalidad.
- Por trastorno de control de impulsos.

• Pedófilo exclusivo, por fijación obsesiva con un objeto sexualizado.

2. Habilidad del agresor para superar sus propias inhibiciones y miedos. Razones individuales de la desinhibición son el alcohol, la psicosis, la senilidad o el fracaso en la represión del incesto dentro de la dinámica familiar. Entre los motivos socioculturales se encuentran la tolerancia social y la debilidad de las sanciones por el abuso sexual, una ideología defensora de las prerrogativas patriarcales sobre los hijos, la pornografía infantil y la incapacidad de los adultos para identificarse con las necesidades de los niños.

3. Capacidad del agresor para superar las barreras externas o los factores de protección del niño (ausencia, enfermedad o distanciamiento de la madre o que esté dominada a sea maltratada por su compañero, el aislamiento social de la familia, la existencia de oportunidades de estar a solas con el niño, la falta de vigilancia etc.)

4. Capacidad del niño para evitar o resistirse al abuso sexual. Aumentan la probabilidad de los abusos la inseguridad emocional del niño, su

	<p>ignorancia acerca del tema, y una relación de confianza entre el niño y el agresor.</p>			
<p>C. Redondo Figuero, M.R. Ortiz Otero (2005). El abuso sexual infantil. Disponible en: https://www.sccalp.org/documentos/0000/1023/BolPediatr2005_45_003-016.pdf</p>	<p>“Consecuencias a corto plazo (en los dos primeros años): miedo, cefalea, trastornos del sueño, trastornos de la alimentación, depresión, culpa, vergüenza, enojo, problemas escolares, delincuencia, agresión, hostilidad, comportamiento antisocial, comportamiento sexual inadecuado, tendencias suicidas, huida del hogar.</p> <p>Consecuencias a largo plazo: ansiedad, cefalea, trastornos del sueño, trastornos de la alimentación, depresión, culpa, vergüenza, aislamiento, baja autoestima, problemas de relaciones interpersonales, tendencia a la re-victimización, abuso de drogas, comportamiento sexual inadecuado, tendencias suicidas.</p> <p>El abuso sexual puede suponer un impacto duradero y devastador para el desarrollo del niño y de su familia, sobre todo, cuando hubo penetración, el abuso fue duradero y realizado por un familiar cercano. Los varones que sufrieron abuso sexual en su infancia corren el riesgo de ser en un futuro</p>	<p>Consecuencias del Abuso Sexual Infantil (ASI)</p>	<p>A nivel psicológico (a corto y largo plazo)</p> <p>A nivel social</p> <p>A nivel familiar</p>	<p>Patologías del ASI en las víctimas</p>

	abusadores sexuales. También serán con más frecuencia perpetradores de actos sexuales coercitivos”. (Pág. 13)			
<p><i>Abuso sexual infantil: ¿qué deberíamos hacer?</i></p> <p>Disponible en:</p> <p>http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/social/1994/vol3/arti4.htm</p>	<p>“Una de las consecuencias de considerar el Abuso Sexual Infantil como una construcción social es que hace imposible averiguar lo extendido que está. Este caso lo argumenta sólidamente Taylor (1989), afirmando que los datos obtenidos sobre abuso infantil no nos dan unas medidas objetivas (por ejemplo, su frecuencia), sino que simplemente reflejan la forma en que lo interpretamos y lo definimos y dónde lo buscamos. Taylor describe un modelo circular. Los/as investigadores/as definen el "abuso infantil" de una forma concreta, y hacen suposiciones sobre dónde estará localizado. Posteriormente realizan estudios sobre su incidencia y sus causas, en los que buscan evidencia para apoyar sus hipótesis. Al buscar tan sólo ciertas cosas en ciertos sitios (y no otras cosas en otros sitios) confirman sus teorías. Y a continuación publican sus resultados. Estos son tratados como "los datos sobre el abuso infantil", que se enseñan a otros/as investigadores/as y profesionales”.</p> <p>Por otro lado, y en términos objetivos y científicos, se encontró en este artículo una noción referente a los prejuicios que operan en torno al concepto de ASI:</p>	<p>Consecuencias del Abuso Sexual Infantil (ASI)</p>	<p>A nivel social</p>	<p>ASI como una Construcción Social</p>

“Lo que normalmente se llamaría daño físico puede, en general, ser consensuado sin grandes problemas. Para decirlo de otra forma, la mayoría de sistemas de conocimiento en nuestra sociedad nos llevan al mismo tipo de conclusiones, desde un extremo (la muerte de la víctima) al otro (que la criatura está físicamente ileso por simple acoso).

Sin embargo, el Abuso Sexual Infantil puede llevar evidentemente a efectos que en un sentido quedan abiertos a una definición física (pérdida de virginidad), al tiempo que no son claramente abuso sexual infantil y que normalmente no se consideran lesiones. Es más el sentido de la "pérdida de virginidad" y el significado de la forma en que se ha perdido (lo cual varía de individuo a individuo, de subgrupo a subgrupo, de entorno a entorno) lo que media el "daño" que percibimos como causado.

Sin embargo, cuando hablamos de nociones de daño psicológico o emocional, la situación no está tan clara. Una de las razones es que, para competir por recursos para perseguir y, quizá, abordar el abuso sexual infantil, el trabajo debe presentarse como merecedor de recursos en comparación con otros males (abuso físico, negligencia, privación, preocupaciones infantiles más globales). Puede sufrir entonces la tentación de presentar el Abuso Sexual Infantil en el peor escenario posible de maltrato infantil. No obstante, aparte de los casos más extremos, para la mayoría de las víctimas de abuso sexual infantil, los indicios físicos

	<p>disponibles de lesión directa son visualmente triviales en comparación con criaturas a las que se ha privado de comida o se les ha golpeado. Así que, en comparación con otros campos de protección infantil, hay una fuerte presión para encontrar evidencia de otras formas de daño.</p> <p>En círculos profesionales -desde luego, en estos momentos en el Reino Unido, España y Estados Unidos- se cree de forma bastante generalizada (pero es imposible de demostrar, por todas las razones ya mencionadas) que los daños psicológicos y emocionales son consecuencias inevitables del abuso sexual infantil, siguiendo concienzudamente el camino de la psicodinámica humana. Vale entonces la pena tener en mente que incluso dentro del criterio normalmente aplicado a los datos empíricos, no hay ni mucho menos tanta "evidencia" que apoye esta creencia como a menudo se supone".</p>			
<p>E. Echeburúa y P. de Corral (2006). Secuelas emocionales en víctimas de abuso sexual en la infancia. En <i>Cuadernos de Medicina Forense</i>, pp. 43-44. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-76062006000100006&script=sci_arttext#back</p>	<p>“Al menos un 80% de las víctimas sufren consecuencias psicológicas negativas. El alcance del impacto psicológico va a depender del grado de culpabilización del niño por parte de los padres, así como de las estrategias de afrontamiento de que disponga la víctima. En general, las niñas tienden a presentar reacciones ansioso-depresivas; los niños, fracaso escolar y dificultades inespecíficas de socialización, así como comportamientos sexuales agresivos. Respecto a la edad, los niños muy pequeños (en la etapa de preescolar), al contar con un repertorio limitado de recursos</p>	<p>Consecuencias del Abuso Sexual Infantil (ASI)</p>	<p>A nivel psicológico (a corto y largo plazo)</p>	<p>De acuerdo al Desarrollo Evolutivo: Edad Preescolar</p>

psicológicos, pueden mostrar estrategias de negación de lo ocurrido. En los niños un poco mayores (en la etapa escolar) son más frecuentes los sentimientos de culpa y de vergüenza ante el suceso. El abuso sexual presenta una especial gravedad en la adolescencia porque el padre puede intentar el coito, existe un riesgo real de embarazo y la adolescente toma conciencia del alcance de la relación incestuosa. No son por ello infrecuentes en la víctima conductas como huidas de casa, consumo abusivo de alcohol y drogas, promiscuidad sexual e incluso intentos de suicidio”
Por otro lado, se analizan las consecuencias del abuso sexual a largo plazo, donde se manifiesta:

“Los efectos a largo plazo son menos frecuentes y más difusos que las secuelas iniciales, pero pueden afectar, al menos, al 30% de las víctimas. Los problemas más habituales son las alteraciones en la esfera sexual -disfunciones sexuales y menor capacidad de disfrute, especialmente-, la depresión y el Trastorno de Estrés Postraumático, así como un control inadecuado de la ira (en el caso de los varones, volcada al exterior en forma de violencia; en el de las mujeres, canalizada en forma de conductas autodestructivas). En otros casos, sin embargo, el impacto psicológico a largo plazo del abuso sexual puede ser pequeño (a menos que se trate de un abuso sexual grave con penetración) si la víctima no cuenta con otras adversidades

Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT)

Edad Escolar

adicionales, como el abandono emocional, el maltrato físico, el divorcio de los padres, una patología familiar grave, etc. Desde el punto de vista del trauma en sí mismo, lo que predice una peor evolución a largo plazo es la presencia de sucesos traumáticos diversos en la víctima, la frecuencia y la duración de los abusos, la posible existencia de una violación y la vinculación familiar con el agresor, así como las consecuencias negativas derivadas de la revelación del abuso (por ejemplo, romperse la familia, poner en duda el testimonio del menor, etc.).

Edad Adolescente

<p>Macdonald gm, higgins jpt, ramchandani p. (2006). Intervenciones cognitivo-conductuales para el abuso sexual de niños. Disponible en: http://www.update-software.com/bcp/bcpgetdocu mentforprint.asp?documentid=cd001930</p>	<p>“Cada vez se documentan más las consecuencias del abuso sexual sobre el bienestar social y emocional de los niños, así como sobre su desarrollo. Muchos niños, aunque no todos, que han sido maltratados sexualmente desarrollan dificultades importantes de la salud mental, relacionadas con esta forma de abuso”.</p> <p>“Estudios transversales han señalado varios factores que parecen influir en el grado y la gravedad de estos efectos, como la edad del niño, la frecuencia y duración del abuso, la gravedad del abuso y la relación del niño con el autor”.</p> <p>“Los síntomas comunes incluyen temor, ansiedad y estado de ánimo abatido, que con frecuencia son el centro de las intervenciones; es de utilidad usar una perspectiva de desarrollo al considerar los efectos del abuso sexual, ya que se manifestarán problemas diferentes según la edad del niño afectado. Por ejemplo, es probable que los niños en edad preescolar presenten ansiedad, pesadillas y externalización, así como conductas sexuales inapropiadas. En los niños en edad escolar las dificultades se pueden manifestar como problemas escolares, hiperactividad y pesadillas, mientras que los adolescentes tienen mayor probabilidad de sufrir depresión, ansiedad importante, conductas suicidas o autolesivas o abuso de sustancias. Es importante recordar que al parecer un</p>	<p>Consecuencias del Abuso Sexual Infantil (ASI)</p>	<p>A nivel psicológico (a corto y largo plazo)</p>	<p>De acuerdo al Desarrollo Evolutivo:</p> <p>Edad Preescolar</p> <p>Edad Escolar</p> <p>Edad Adolescente</p>
---	---	---	--	---

número significativo de niños no demuestra estas secuelas psicológicas. Una proporción de estos niños puede desarrollar problemas posteriores en su funcionamiento psicológico o social (denominados "efectos dormidos"). Es posible que algunos nunca presenten problemas".

	<p>emociones del self (Bretherton, 1990; Bretherton & Munholland, 2008). Cuando un niño cuenta con figuras de apego que responden a sus comportamientos de apego desarrollará representaciones del self, de los cuidadores y del entorno seguras, positivas y benignas (Bowlby, 1973, 1980; Bretherton, 1990, 2005; Bretherton & Munholland, 2008; Main & Hesse, 1990). Con el tiempo los MIOs se vuelven estables y resistentes a los cambios (Bowlby, 1969, 1980; Bretherton & Munholland, 2008), sin embargo pueden modificarse producto de vivencias traumáticas como el maltrato (Bowlby, 1980; Weinfield, Sroufe & Engeland, 2000)". (p. 830)</p>			
<p>E. Feligreras (2014). Técnicas de Intervención en Abuso Sexual Infantil: estrategias cognitivo-conductuales, aceptación y mindfulness. Disponible en: http://tauja.ujae.n.es/bitstream/10953.1/866/1/TFG_FeligrerasAlical%C3%A1%2cElena.pdf</p>	<p><u>Problemas emocionales:</u> Aquellos de tipo internalizante, como miedos y fobias, así como, sentimientos de culpa y pérdida de autoestima. <u>Problemas cognitivos:</u> Alteraciones de atención y concentración. <u>Problemas de relación:</u> Problemas a la hora de establecer relaciones con grupos de iguales, pertenecientes o no a la familia, dada la ruptura que la experiencia de abuso sexual implica en la confianza de la víctima. Pueden llegar a producirse problemas de aislamiento social en víctimas de este tipo de experiencias. <u>Problemas funcionales:</u> Alteraciones del sueño (pesadillas) y alteraciones de la conducta alimentaria. <u>Problemas conductuales:</u> Conductas sexualizadas</p>	<p>Consecuencias del Abuso Sexual Infantil (ASI)</p>	<p>A nivel psicológico (a corto y largo plazo)</p>	<p>Dimensión comportamental</p>

(masturbación compulsiva, agresión sexual y conductas exhibicionistas), así como conductas disruptivas y agresivas, las cuales incluyen hostilidad, agresividad, ira y rabia”.

“En muchos casos, las víctimas de ASI son diagnosticadas de TEPT, cuyas características se describen a partir de una serie de criterios recogidos en el manual DSM-IV-TR (2001):

Criterio A: La persona ha estado expuesta a un suceso traumático en el que la persona ha experimentado o ha sido testigo de un suceso que implica la muerte, la amenaza de muerte o algún riesgo para la integridad física. Ante estas situaciones el individuo responde en forma de miedo, de indefensión o de horror.

Criterio B: El acontecimiento traumático se reexperimenta persistentemente en forma de:

- Recuerdos desagradables, recurrentes e intrusivos del suceso.
- Sueños desagradables sobre el suceso.
- Conductas o sentimientos que aparecen como si el suceso estuviera ocurriendo de nuevo.
- Malestar psicológico intenso cuando el individuo se expone a estímulos internos o externos relacionados, de algún modo, con algún aspecto del suceso traumático.
- Reactividad fisiológica cuando el individuo se expone a estímulos internos o externos que simbolizan el evento traumático.

Criterio C: Evitación persistente de los estímulos (pensamientos,

Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT)

	<p>sentimientos, lugares, actividades, personas, etc.) asociados al trauma.</p> <p><u>Criterio D:</u> Síntomas persistentes de hiperactivación (insomnio, explosiones de ira dificultades de concentración, hipervigilancia y respuesta de alarma exagerada.).</p> <p><u>Criterio E:</u> La duración del trastorno es superior a un mes.</p> <p><u>Criterio F:</u> El trastorno ocasiona una alteración significativa en el funcionamiento social, laboral o en otras áreas importantes de la vida.</p>			
<p>N. Pereda (2010). Actualización de las consecuencias físicas del Abuso Sexual Infantil. En Revista Pediatría de Atención Primaria • Vol. XII. N.º 46. 12: 273-85. Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/pap/v12n46/revision2.pdf</p>	<p>“La experiencia de Abuso Sexual en la Infancia es un problema social grave que comporta, en la mayoría de los casos, serias repercusiones para la víctima que lo sufre, que interfieren en su adecuado desarrollo y tienen un efecto negativo en su estado físico y psicológico. Las consecuencias en la salud que suelen acompañar a la vivencia del Abuso Sexual Infantil son frecuentes y diversas, tanto aquellas que se producen en la infancia como las que, en muchas ocasiones, perduran en la adolescencia hasta la edad adulta”. (Pág. 274)</p> <p>En la edad adulta, son múltiples los problemas físicos que se han relacionado de forma repetida con la experiencia de abuso sexual en la infancia (recientes revisiones son las de J. Leserman²⁴ o la de PA. Hulme²⁵). (Pág. 276)</p> <p>“Algunos de los problemas físicos más estudiados, debido a su frecuente aparición en estas</p>	<p>Consecuencias del Abuso Sexual Infantil (ASI)</p>	<p>A nivel psicológico (a corto y largo plazo)</p>	<p>De acuerdo al Desarrollo Evolutivo:</p> <p>Edad Preescolar</p> <p>Edad Adulta</p>

víctimas, son los dolores físicos sin razón médica que los justifique fatiga crónica idiopática y el trastorno de somatización, definido como la presencia de síntomas somáticos que requieren tratamiento médico y que no pueden explicarse totalmente por la presencia de alguna enfermedad conocida, ni por los efectos directos de una sustancia; el trastorno de conversión que incluye la afectación de alguna de las funciones motoras o sensoriales de la víctima, o las denominadas crisis no epilépticas, que cambian brevemente el comportamiento de una persona y parecen ataques epilépticos, si bien no son causados por cambios eléctricos anormales en el cerebro sino por la vivencia de acontecimientos fuertemente estresantes.

Se ha observado, por otro lado, que la experiencia de abuso en la infancia incrementa el riesgo de trastornos cardiovasculares en la mujer, reduciendo la protección biológica vinculada al sexo para este tipo de trastornos. Todo ello implica un importante gasto para los sistemas de salud, especialmente si estos problemas no se diagnostican ni tratan de forma adecuada.

Destacan, por otro lado, los estudios sobre trastornos ginecológicos, particularmente dolores pélvicos crónicos, con alteraciones del ciclo menstrual, así como también un inicio significativamente temprano de la menopausia en mujeres víctimas de abuso sexual.

Un reciente estudio realizado en los países nórdicos muestra que, en gran parte de los casos, el

profesional desconoce la historia de abuso de la paciente y no reconoce los posibles signos físicos asociados, imposibilitando que la víctima reciba un tratamiento adecuado. Es importante también tener en cuenta por su gravedad las conductas autolesivas que pueden acompañar o no a ideas suicidas e intentos de suicidio. Entre las conductas autolesivas más frecuentes se observan los cortes y las quemaduras en antebrazos y muñecas, que aparecen ya en la adolescencia y se encuentran tanto en muestras de víctimas provenientes de clínicas psiquiátricas, como en víctimas de población general y en las revisiones realizadas de diversos estudios”. (Pág. 277)

“Son diversos los estudios que demuestran la frecuente presencia de trastornos de la conducta alimentaria en víctimas de abuso sexual infantil, como la obesidad, la bulimia y la anorexia nerviosa, si bien otros recientes trabajos relacionan más otros tipos de maltrato infantil con estos problemas. También se han observado problemas de sueño en mujeres víctimas de abuso sexual, al llegar a la adolescencia.

Respecto a las conductas de riesgo para la salud, la experiencia de abuso sexual se ha relacionado en múltiples y diferentes estudios con una mayor propensión al abuso y la dependencia de sustancias nocivas (alcohol, tabaco, marihuana), incluso al ser comparados con otros tipos de maltrato, a un inicio temprano de este trastorno y a un mayor riesgo de recaídas y peor

Edad Adolescente

	<p>pronóstico en el tratamiento, tanto en mujeres, como en hombres. En relación al tabaco, estos riesgos parecen incrementarse al aumentar el número de experiencias adversas vividas durante la infancia.</p> <p>En el área sexual, se observan con frecuencia las denominadas conductas sexuales promiscuas vinculadas a un precoz inicio de la sexualidad y un mayor número de parejas y disfunciones sexuales (una reciente revisión de este tema es la de TE. Senn et al.84) en víctimas de ambos sexos; una mayor tendencia al mantenimiento de relaciones sexuales sin protección, con el consiguiente riesgo de VIH y de otras enfermedades de transmisión sexual, tanto en varones como en mujeres; una mayor frecuencia de embarazos y abortos en edades tempranas, tanto en varones como en mujeres; así como nuevos embarazo en un corto periodo de tiempo en adolescentes; una mayor tendencia a experimentar sentimientos negativos y de rechazo hacia el embarazo, así como depresión postparto. Estas mismas conductas de riesgo se han observado también en estudios llevados a cabo en culturas no occidentales, como la china o la de tribus nativas americanas”. (Pág. 278)</p>			
<p>(2011). Trastornos de personalidad en víctimas de abuso sexual infantil.</p>	<p>El presente trabajo tiene como objetivo revisar los diferentes estudios publicados a nivel internacional sobre la relación existente entre la experiencia de Abuso Sexual en la Infancia y el desarrollo de Trastornos de</p>	<p>Consecuencias del Abuso Sexual Infantil (ASI)</p>	<p>A nivel psicológico (a</p>	

Disponible en:
<http://www.actasespanolasdepneurologia.es/revista/13/70/ESP-13-70-ESP-131-139-359461.pdf>

Personalidad en la edad adulta. Se presenta una clasificación basada en tres grupos de Trastornos de la Personalidad, que permita a los profesionales conocer aquellos trastornos que han sido repetidamente vinculados con el Abuso Sexual desde el ámbito científico.

Grupo A: El grupo A se caracteriza por reunir aquellos trastornos que consideran que el sujeto tiene una personalidad extraña o excéntrica. Se incluyen el trastorno paranoide, el trastorno esquizoide y el trastorno esquizotípico de la personalidad.

Grupo B: El grupo o cluster B de trastornos de la personalidad incluye los trastornos antisocial, límite, histriónico y narcisista. Precisamente éste ha sido uno de los grupos de Trastornos de Personalidad que ha recibido más atención, tanto en la práctica profesional como en la investigación, debido a su relevancia clínica y social.

Grupo C: Los trastornos del grupo C se caracterizan por una alta incidencia de los síntomas relacionados con la ansiedad y el retraimiento social. Así, el trastorno por evitación se caracteriza por un patrón general de inhibición social, sentimiento de inadecuación y una hipersensibilidad a la evaluación negativa que comienza al principio de la edad adulta. Por su parte, el trastorno de personalidad por dependencia se caracteriza por una necesidad general y excesiva de que se ocupen de uno, que ocasiona un comportamiento de sumisión y adhesión y temores de separación. El último de los trastornos de este grupo, el

corto y largo plazo)

Trastorno Obsesivo-Compulsivo de la Personalidad se caracteriza por una preocupación por el orden, el perfeccionismo y el control mental e interpersonal, a expensas de la flexibilidad, la espontaneidad y la eficiencia.

“La experiencia de Abuso Sexual en la Infancia constituye un importante factor de riesgo para el desarrollo de una gran diversidad de trastornos psicopatológicos en la edad adulta, aunque los estudios realizados hasta el momento no permiten confirmar la existencia de una relación causal entre esta experiencia y la presencia de psicopatología”. (Pág. 132)

Por ejemplo, Johnson, Sheahan y Chard analizaron la posible interacción entre la presencia de Trastorno por Estrés Postraumático, el uso de estrategias de afrontamiento evitativas y el diagnóstico de trastornos de la personalidad, principalmente trastorno por evitación, por dependencia, antisocial y límite, en víctimas de abuso sexual infantil. Los autores observaron que las víctimas de abuso sexual en la infancia que utilizaban estrategias evitativas para afrontar las dificultades, pero no aquellas que usaban estrategias de aproximación al problema, presentaban un mayor riesgo de desarrollar tanto Trastorno por Estrés Postraumático como Trastornos de Personalidad.

La relación entre Trastorno por Estrés Postraumático y Trastornos de la Personalidad en víctimas de abuso sexual también se ha observado en otros estudios. McLean y Gallop comprobaron que las mujeres víctimas de abuso sexual que

Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT)

	participaron en su estudio eran diagnosticadas tanto con trastorno por estrés postraumático como por trastorno límite de la personalidad y concluyeron que tal vez debería hacerse un solo modelo del trastorno en el que el eje I (trastorno por estrés postraumático) fuese el estado, y el eje II (personalidad límite) fuera el rasgo.			
<p>Aguilar Cárceles. M.M. Abuso sexual en la infancia. Disponible en: file:///C:/Users/usuario/Downloads/118031-468131-1-PB.pdf</p>	<p>“Para definir con mayor claridad los efectos que produce el Abuso Sexual en la infancia, he querido destacar las diferentes consecuencias provocadas en el sujeto atendiendo a la edad en que dicho maltrato se experimenta. Si bien no puede hablarse de una clasificación tajante sobre tal asunto, pues son muchos los factores que a nuestro modo de ver condicionan semejante circunstancia, si podemos decir que existe una mayor probabilidad de presentar determinadas adversidades en ciertas etapas del ciclo vital. En términos generales el alcance de las consecuencias va a depender del grado de sentimiento de culpa y estigmatización, así como la revictimización del niño por parte de otros familiares o conocidos y de las estrategias que posea para afrontar con éxito tales efectos. Dichas consecuencias son diferentes atendiendo a la edad en que el menor es víctima del abuso sexual:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Edad Preescolar (3-6 años): Expresión de algún tipo de conducta considerada como anormal, ansiedad, pesadillas, desórdenes del trastorno de estrés postraumáticos, 	<p>Consecuencias del Abuso Sexual Infantil (ASI)</p>	<p>A nivel psicológico (a corto y largo plazo)</p>	<p>De acuerdo al Desarrollo Evolutivo:</p> <p>Edad Preescolar</p>

	<p>verse mitigados, lo que no quiere decir que sean inexistentes; esto es, el tiempo puede apaciguar los efectos sufridos en la infancia pero no curarlos, pues lo que realmente sucede es el tránsito y/ o comorbilidad entre distintas patologías. Así pues, entre los efectos producidos a largo plazo, es decir, ya en la etapa adulta, las víctimas que han sufrido abuso sexual durante la infancia presentan una menor adaptación general, mayor aislamiento social, tienen más problemas de pareja y más comportamientos sexuales inadecuados. A su vez, las quejas somáticas, los trastornos afectivos, el abuso de alcohol o drogas y los comportamientos antisociales suelen ser muchos más frecuentes. En los casos más graves pueden llegar a realizar conductas autodestructivas o autolesivas así como a tentativas de suicidio. Como puede apreciarse muchos de los efectos pueden acaecer tanto a corto como a largo plazo (aislamiento, trastornos de somatización,...), diferenciándose tanto cuantitativa como cualitativamente a la hora de su manifestación. (Págs. 229-232)</p>			<p>Edad Adulta</p>
<p>Lameiras Fernandez M., Carrera Fernandez M., & Failde Garrido J. (2008). Abusos sexuales a menores: estado de la cuestión a nivel nacional e</p>	<p>“En relación a las consecuencias que sufre la víctima, en el trabajo de Fernández, Lameiras y Failde (28) se constata que los sujetos con historia de abusos sexuales en la infancia presentaron mayores niveles de estrés postraumático, así como puntuaciones más altas en las escalas de reexperimentación del suceso traumático, evitación de estímulos asociados al trauma e hiperactivación.</p>	<p>Consecuencias del Abuso Sexual Infantil (ASI)</p>	<p>A nivel psicológico (a corto y largo plazo)</p>	<p>Trastorno de Estrés Postraumático</p>

<p>internacional Nùm. 6, julio- noviembre 2008 Revista D'estudis de la Violència. Disponible en: http://www.bienestaryproteccioninfantil.es/imagenes/tablaContenidos03SubSec/articulo_Maria%20Lameiras%20sobre%20abusos%20sexuales.pdf</p>	<p>Además, se observan diferencias significativas entre los sujetos con y sin historia de abusos sexuales sobre diferentes áreas de la vida. De forma que, los sujetos con historia de abusos sexuales presentan mayores niveles de interferencia en aspectos relacionados con las relaciones de amistad y familiares y con la vida sexual. Asimismo, presentaron niveles más bajos de autoestima y de satisfacción con la vida.</p> <p>En general, las consecuencias para las víctimas de abusos sexuales pueden clasificarse en dos tipos: a corto y a largo plazo. Las consecuencias a corto plazo son aquellas que aparecen inmediatamente después del abuso, prologándose incluso hasta los dos años siguientes. Siguiendo a Echeburúa y Guerricaechevarría (1) estas consecuencias abarcarían un rango muy amplio de trastornos, afectando a todas las áreas de desarrollo del individuo: física, incluyendo pesadillas, trastornos de la alimentación o pérdida del control de esfínteres, entre otros trastornos; conductual, desencadenando el abuso de sustancias tóxicas, fugas, hiperactividad o conductas autolesivas; emocional, desarrollando agresividad, ansiedad, baja autoestima o síndrome de estrés postraumático; sexuales, llevando a cabo conductas sexuales inapropiadas socialmente como exhibicionismo, masturbación compulsiva, así como problemas de identidad sexual; y sociales, como déficit de habilidades sociales o retraimiento social.</p> <p>Por otra parte, las consecuencias a largo plazo son aquellas que</p>			<p>(TEPT)</p> <p>De acuerdo al Desarrollo Evolutivo</p>
---	---	--	--	---

	<p>aparecen después de transcurridos dos años desde el abuso, por lo que es más difícil establecer una relación de causa-efecto, ya que pueden darse otras experiencias que produzcan la revictimización, aunque éstas también pueden ser la consecuencia de haber sufrido los abusos. Dentro de estas consecuencias a largo plazo destacan alteraciones físicas, tales como alteraciones del sueño, dolores crónicos, hipocondría y trastornos de la alimentación; conductuales, tales como consumo de sustancia tóxicas, trastornos disociativos de identidad o intentos de suicidio; emocionales, incluyendo depresión, ansiedad, baja autoestima, alexitimia y síndrome de estrés postraumático; sexuales, destacando las fobias y disfunciones sexuales, así como las alteraciones de la motivación sexual; y sociales, a través de problemas de relación interpersonal, dificultades de vinculación afectiva con los hijos/as y mayor probabilidad de sufrir revictimización” (págs. 14-15).</p>			
<p>Carolina Marty M. & César Carvajal A. (2005). Maltrato infantil como factor de riesgo de Trastorno por Estrés Postraumático</p>	<p>“El Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) fue descrito por primera vez en 1980, en la tercera edición del <i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i> (DSM III), aunque debe tenerse en cuenta que las primeras descripciones clínicas</p>	<p>Consecuencias del Abuso Sexual Infantil (ASI)</p>	<p>A nivel psicológico (a corto y largo plazo)</p>	<p>Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT)</p>

<p>en la adultez. En <i>Revista chilena de neuro – psiquiatría</i>. v.43. n.3. p.p. 180-187. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272005000300002</p>	<p>proviene de la Grecia clásica. Surge como respuesta a un acontecimiento estresante que causaría, por sí mismo, malestar generalizado en gran parte de las personas expuestas a catástrofes, combates, violaciones, accidentes graves o que son testigos de una muerte violenta. (Párr. 1)</p> <p>“En general, se presenta la tríada sintomatológica de fenómenos invasores, conductas de evitación y síntomas de hiperalerta por al menos un mes.” (Párr. 2)</p> <p>Briggs y Joyce se investigaron que experiencias de maltrato en la infancia se asociaban con mayor sintomatología de TEPT en la adultez. (Párr. 28)</p> <p>Concluyeron que el TEPT es uno de los efectos a largo plazo del Abuso Sexual Infantil, y que las mujeres que informan haber sufrido múltiples episodios de abuso que implicaron relación coital presentaban un incremento en los síntomas de TEPT. (Párr. 29)</p>			<p>De acuerdo al Desarrollo Evolutivo:</p> <p>Edad Adulta</p>
<p>Rosa Barrera J. (2012). Abuso sexual, su Impacto en el Desarrollo y la Salud de los Niños. Disponible en: http://www.buenrtrato.cl/pdf/Abuso_sexual_su_impacto_en_el_Desarrollo.pdf</p>	<p>“El abuso sexual interrumpe, distorsiona y desorganiza el normal proceso de desarrollo de los niños, niñas y adolescentes afectados. Al contactarlos con una sexualidad adulta, inapropiada a su etapa de desarrollo, el esfuerzo evolutivo se desvía a procesar la experiencia traumática y no se logra resolver las tareas propias de cada etapa”. (Pág. 10)</p> <p>Por otro lado, se señalan las</p>	<p>Consecuencias del Abuso Sexual Infantil (ASI)</p>	<p>A nivel psicológico (a corto y largo plazo)</p>	<p>De acuerdo al Desarrollo Evolutivo:</p>

<p>ansiedad, ideación suicida, culpa y vergüenza, baja autoestima y sentimiento de estigmatización, rechazo al propio cuerpo, miedo generalizado, hostilidad y agresividad, desconfianza y rencor hacia los adultos. (Pág. 18) □</p> <p><u>Conductuales:</u> Bajo rendimiento académico, hiperactividad, déficit en atención y concentración, conductas autolesivas y suicidas, huidas del hogar, consumo de sustancias. (Pág. 19)</p> <p>□ <u>Conductuales:</u> Bajo rendimiento académico, hiperactividad, déficit en atención y concentración, conductas autolesivas y suicidas, huidas del hogar, consumo de sustancias. (Pág. 20)</p> <p>Impactos en la sexualidad: (corto plazo) Conocimiento sexual precoz o inapropiado para la edad; excesiva curiosidad sexual; conductas exhibicionistas; masturbación compulsiva; problemas de la identidad sexual. (Pág. 21)</p> <p>Impactos del Abuso Sexual: (A largo plazo):</p> <p>Físicos: dolores crónicos generales, trastornos de somatización, trastornos del sueño, molestias gastrointestinales, trastornos de la alimentación, especialmente bulimia). Conductuales: intentos de suicidio, consumo de drogas, trastorno disociativo de</p>			<p>Edad Adolescente</p> <p>Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT)</p> <p>Edad Adulta</p>
--	--	--	--

	<p>identidad.</p> <p>Sociales: aislamiento social, problemas en las relaciones interpersonales.</p> <p>En la sexualidad: creencia de ser valorado(a) sólo por el sexo, falta de satisfacción sexual, trastornos de la activación sexual y el orgasmo. (Pág. 22)</p>			
<p>C. Rubins (). Abuso sexual infantil: las secuelas en adultos. Disponible en: http://comunidadsbv.bligoo.com/media/users/31/1562833/files/566982/Abuso sexual infantil.pdf</p>	<p>Rubins desarrolla diferentes apartados en dicha praxis, entre los cuales cabe mencionar, desde un enfoque cognitivo/psicoanalista/forense, las patologías generadas en la víctima:</p> <p>“Esquizofrenia, trastorno bipolar, trastornos de personalidad, del estado de ánimo y graves enfermedades psicosomáticas (de hecho, a algunos de los pacientes los conocí en interconsulta, internados por graves afecciones orgánicas digestivas). Perturbaciones menos específicas incluyen: alteraciones en la vida sexual (desde anhedonia a promiscuidad y prostitución) y presentaciones polimorfas, al modo de neurosis que, fundamentalmente, se relacionan con problemáticas de la autoestima, identidad ó autoimagen. Aparecen "como si " fueran trastornos alimentarios, crisis de pánico, fobias, ideación pseudo-obsesiva o histeriforme y abuso de sustancias”. (Pág. 7)</p>	<p>Consecuencias del Abuso Sexual Infantil (ASI)</p>	<p>A nivel psicológico (a corto y largo plazo)</p>	<p>Patologías del ASI en las víctimas</p>
<p>Pereda Beltrán, Noemí (2009).</p>	<p>“Las consecuencias psicológicas que suelen acompañar a la</p>	<p>Consecuencias del Abuso Sexual</p>		

<p>Consecuencias psicológicas iniciales del abuso sexual infantil. Disponible en: http://www.redalyc.org/pdf/778/77811726004.pdf</p>	<p>vivencia del Abuso Sexual Infantil son frecuentes y diversas, tanto aquellas que se producen en la infancia como las que, en muchas ocasiones, perduran hasta la edad adulta. Los indicadores psicológicos del Abuso Sexual Infantil o consecuencias iniciales, son aquellos efectos que suelen situarse en los dos años siguientes al abuso (Browne y Finkelhor, 1986; López, 1993) y que, por tanto, suelen encontrarse presentes en la infancia y la adolescencia”. (Pág. 136)</p> <p>Se seleccionaron aquellos estudios en inglés o español centrados en las consecuencias psicológicas iniciales o a corto plazo del abuso sexual infantil a través de una búsqueda en las principales bases de datos, incluyendo Psycinfo y Social Sciences Citation Index de la Web of Science. Con la intención de cubrir la mayoría de artículos publicados en esta área, se adoptaron dos estrategias más: (a) búsqueda manual a partir de las listas de referencias bibliográficas de los artículos más relevantes sobre el tema y (b) búsqueda manual en las dos revistas más relevantes dentro de esta temática (Child Abuse & Neglect y Journal of Child Sexual Abuse).</p> <p>“Para facilitar la comprensión de los resultados de los estudios, las distintas problemáticas a corto plazo que la bibliografía ha encontrado presentes con mayor frecuencia en víctimas de abuso sexual infantil se han agrupado en los siguientes apartados:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>Problemas emocionales.</u> 	<p>Infantil (ASI)</p>	<p>A nivel psicológico 8^a corto y largo plazo)</p>	<p>Patologías del ASI en las víctimas</p>
---	---	------------------------------	---	---

	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Problemas cognitivos y de rendimiento académico:</u> entre los que destaca la afectación de la capacidad de atención y concentración. - <u>Problemas de relación:</u> una de las áreas que suele quedar más afectada en víctimas de abuso sexual infantil es la relación social con iguales y adultos, ya sean pertenecientes a la familia o desconocidos, dada la ruptura que la experiencia de abuso sexual implica en la confianza de la víctima. - <u>Problemas funcionales:</u> dentro de este grupo se encuentran aquellas consecuencias del Abuso Sexual Infantil que representan dificultades en las funciones físicas de la víctima. Destacan los problemas de sueño (en un 56% de los casos, según Mannarino y Cohen, 1986), la pérdida del control de esfínteres (18% de los casos según Mannarino y Cohen, 1986), y los problemas de alimentación (en un 49% de los casos según Swanston et al., 1997). - <u>Problemas de conducta:</u> dentro de este apartado se han incluido los problemas más relacionados con la conducta de la víctima, destacando las conductas sexualizadas, la conformidad compulsiva y la conducta disruptiva y agresiva”. - <u>Conducta sexualizada:</u> La presencia de conductas sexualizadas, también denominadas comportamientos 			<p style="text-align: center;">Dimensión comportamental</p>
--	---	--	--	---

erotizados, es uno de los problemas más frecuentes en víctimas de Abuso Sexual Infantil, siendo tomada habitualmente como un indicador de marcada fiabilidad para su detección.

- **Conformidad compulsiva:** Crittenden y DiLalla (1988) propusieron la existencia de un patrón de conducta específico, denominado de conformidad compulsiva, utilizado por algunas víctimas de malos tratos, abuso sexual y negligencia para acomodarse a su situación y poder sobrevivir, física y psicológicamente a ésta. Los autores definen esta estrategia como la presencia de un comportamiento conformista y vigilante en los niños y niñas víctimas de malos tratos, que reduce el riesgo de comportamientos hostiles y violentos por parte de sus agresores y aumenta la probabilidad de interacciones agradables con ellos.
- **Conducta disruptiva y disocial:** En el extremo opuesto, algunos autores han obtenido una elevada frecuencia de conductas de carácter disruptivo y disocial en víctimas de abuso sexual infantil, incluidas dentro de la denominada sintomatología externalizante según la categorización de Achenbach (1991), especialmente en víctimas de sexo masculino (Romano y De Luca, 2001)". (Págs. 136-139)

<p>(2011). Un modelo de los efectos del Abuso Sexual Infantil sobre el estrés post-traumático: el rol mediador de las atribuciones de culpa y afrontamiento de evitación. Disponibles en: http://www.unioviado.net/reunido/index.php/PS/T/article/view/9054/8918</p> <p>David Cantón-Cortés, José Cantón, Fernando Justicia y María Rosario Cortés</p>	<p>“En las tres últimas décadas, los estudios han sugerido de forma consistente que el Abuso Sexual Infantil (ASI) se asocia a consecuencias psicológicas negativas en poblaciones adultas, variando desde la depresión y los problemas de autoestima hasta los trastornos sexuales y de la personalidad (Cantón y Cantón, 2007; Del Campo y López, 2006; Echeburúa y Subijana, 2008; Lemieux y Byers, 2008). Una de sus consecuencias más frecuentes es el Trastorno de Estrés Post-traumático (TEP), habiendo informado muchos estudios que las víctimas de ASI presentan un mayor riesgo de desarrollar síntomas de TEP durante la edad adulta (e.g., Kingston y Raghavan, 2009). Sin embargo, existe una gran variabilidad respecto al ajuste psicológico de las víctimas de ASI, de forma que no todas ellas presentan problemas a largo plazo (Rind, Tromovich y Bauserman, 1998). Es fundamental, por tanto, determinar qué variables explican las diferencias en el ajuste de las víctimas. Desde esta perspectiva se han estudiado tanto características del abuso como variables intrapersonales tales como las estrategias de afrontamiento o las atribuciones de culpa (Lemieux y Byers, 2008; Feiring y Cleland, 2007; Wright, Crawford y Sebastian, 2007)”. (Pág.66)</p> <p>Como se mencionó anteriormente, a través de una muestra de víctimas del ASI, “los resultados obtenidos</p>	<p>Consecuencias del Abuso Sexual Infantil (ASI)</p>	<p>A nivel psicológico (a corto y largo plazo)</p>	<p>Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT)</p>
---	--	---	--	---

sugieren que la gravedad del abuso, evaluada en términos de continuidad, relación con el agresor y tipo de actos cometidos, incrementa las atribuciones de autoinculpación e inculpación a la familia por el abuso. Esto sugiere que las víctimas que han sufrido abusos consistentes en tocamientos y especialmente penetración, y las víctimas de abusos continuados son especialmente vulnerables a verse a sí mismas y a sus familias como culpables del abuso. Sin embargo, el hecho de que el agresor fuera un miembro de la familia se relacionaba más débilmente con esas atribuciones. Estos resultados son consistentes con los obtenidos por Feiring y Cleland (2007), quienes encontraron que la gravedad del abuso se relacionaba con puntuaciones más altas en autoinculpación e inculpación a la familia por el abuso. Filipas y Ullman (2006) también encontraron que actos sexuales más graves y una mayor frecuencia y duración del abuso se asociaba a una mayor autoinculpación. Además, estos autores no encontraron una asociación entre la relación con el agresor y la autoinculpación. Asimismo, los resultados del estudio indican que la existencia de otras formas de abuso y/o negligencia predecían las atribuciones de culpa a la familia, pero no la autoinculpación. También señalan que la gravedad del

abuso y la existencia de otras formas de maltrato solo explicaban una pequeña proporción de la varianza de las atribuciones de culpa. Por consiguiente, deben existir otras variables que afecten al estilo atribucional, incluidas otras características del abuso y también otras experiencias vitales.

Finalmente, las relaciones de la existencia de otros maltratos con la autoinculpación, afrontamiento de evitación y TEP no fueron significativas, y se eliminaron del modelo. Por lo tanto, el maltrato o negligencia se relacionaban con el TEP únicamente a través de la inculpación a la familia. Chelfa y Ellis (2002) también analizaron la relación entre la experiencia de maltrato y las estrategias empleadas para hacer frente al ASI, encontrando que el haber sufrido abuso físico por parte de los padres no se relacionaba con dichas estrategias.

Este estudio presenta algunas limitaciones que deben ser señaladas. En primer lugar, algunos autores han llamado la atención sobre los problemas para generalizar los resultados obtenidos con muestras universitarias. Sin embargo, a pesar de que algunos autores han planteado que la frecuencia del ASI es menor en este tipo de muestras, tanto éste como otros estudios previos han demostrado que el número de víctimas no es

menor al hallado en muestras comunitarias (Pereda, Guilera, Forns y Gómez-Benito, 2009). Sin embargo, al estudiar los efectos a largo plazo del ASI, el empleo de este tipo de muestras nos permite evitar las distorsiones y problemas de memoria que los adultos de mayor edad podrían presentar (Halperin, Bouvier, Jaffe, Monoud, Pawlak, Laederach et al., 1996). Otra limitación podría ser el empleo de informes retrospectivos. Sin embargo, a pesar de que se han hallado ciertos sesgos en estos estudios, no son lo suficientemente grandes como para invalidar la investigación retrospectiva sobre experiencias traumáticas (Hardt y Rutter, 2004). Además, tal y como concluyeron Cantón y Cortés (2008), más del 90% de las víctimas de ASI no denuncian el abuso ni reciben apoyo institucional, por lo que los informes retrospectivos constituyen el único medio de estudiar estos casos. Por último, el diseño correlacional impide hacer interpretaciones causales. Los presentes hallazgos deberían ser replicados mediante diseños longitudinales, que permitirían examinar la fuerza y las direcciones de las relaciones causales y comparar las consecuencias sobre el ajuste a través del tiempo (Calvete, Estévez y Corral, 2007; Moreno, Morante, Rodríguez y Rodríguez, 2008). Dada la

naturaleza de los datos empleados en el presente estudio, cabe la posibilidad de que la dirección de las relaciones entre las variables del modelo sea la opuesta a la encontrada. Sin embargo, aparte de que la literatura con víctimas de violencia de género sugiere la existencia de una relación en la dirección encontrada en el presente estudio (e.g., Najdowski y Ullman, 2009; Street et al., 2005), pusimos a prueba un modelo alternativo, resultando éste ser no válido a la hora de predecir las relaciones entre las variables. En conclusión, a pesar de las limitaciones señaladas, el presente estudio enfatiza la importancia de las atribuciones de culpa y del afrontamiento como factores mediadores en el impacto del ASI. Estos factores podrían ser útiles para la identificación de aquellas víctimas de ASI con un mayor riesgo de desarrollar TEP (mujeres con un historial de ASI más grave que llevan a cabo atribuciones de autoinculpación e inculpación a la familia, y que tienden a usar un estilo de afrontamiento de evitación), así como en la práctica clínica. Las fuertes relaciones entre atribuciones de culpa, estrategias de afrontamiento y TEP sugieren que podría ser útil el intervenir de forma temprana con niños que han sufrido ASI, con objeto de modificar sus atribuciones del abuso y el

	<p>modo en que lo afrontan. De este modo, una reducción en los sentimientos de autoinculpación y en la inculpación a la familia, así como en el uso de estrategias de evitación, repercutiría en una disminución de la sintomatología de TEP”. (Págs. 71-72)</p>			
<p>Enrique Echeburúa1, y Cristina Guerrica Echevarría (2011). Tratamiento psicológico de las víctimas de Abuso Sexual Infantil intrafamiliar: un enfoque integrador. Disponible en: http://www.ehu.eus/echeburua/pdfs/asi.pdf</p>	<p>“Las consecuencias de la victimización a corto plazo son, en general, muy negativas para el funcionamiento psicológico de la víctima, sobre todo cuando el agresor es un miembro de la misma familia y cuando se ha producido una violación. Las consecuencias a largo plazo son más inciertas, si bien hay una cierta correlación entre el abuso sexual sufrido en la infancia y la aparición de alteraciones emocionales o de comportamientos sexuales inadaptados en la vida adulta. No deja de ser significativo que un 25% de los niños abusados sexualmente se conviertan ellos mismos en abusadores cuando llegan a ser adultos. El papel de los factores amortiguadores - familia, relaciones sociales, autoestima, etc.- en la reducción del impacto psicológico parece sumamente importante, pero está aún por esclarecer (Cortés, Cantón-Cortés y Cantón, 2011; Echeburúa y Corral, 2006; Pereda, Gallardo-Pujol y Jiménez Padilla, 2011). No obstante, las secuelas del abuso sexual son similares a las de otro tipo de agresiones. De este modo, más que respuestas concretas a sucesos traumáticos específicos, los diferentes tipos de victimización (castigo físico,</p>	<p>Consecuencias del Abuso Sexual Infantil (ASI)</p>	<p>A nivel psicológico (a corto y largo plazo)</p>	

	<p>abuso sexual, abandono emocional, etcétera) pueden dar lugar a síntomas y pautas de conductas similares en niños de la misma edad. Lo único que diferencia específicamente a los niños abusados sexualmente es una conducta sexual inapropiada, bien por exceso (promiscuidad sexual o desarrollo sexual prematuro), bien por defecto (inhibición sexual) (Finkelhor, 2008)”.</p>			
<p>Eugenio Garrido & Jaime Masip (2004). Disponible en: http://psicojurix.com/pdf/asigarri-do-masip.pdf</p>	<p>En el caso particular del Abuso Sexual Infantil, dicha gravedad se evidencia en sus secuelas. Según Beitchman, Zucker, Hood, daCosta y Akman (1991) y Beitchman, Zucker, Hood, daCosta, Akman y Cassavia (1992), los niños víctimas de abuso sexual muestran una frecuencia particularmente alta de juegos sexuales, masturbación, conducta sexual seductiva o agresiva y, en adolescentes, promiscuidad y mayor posibilidad de involucrarse en contactos homosexuales. En algunos estudios se ha hallado también que estos niños pueden presentar problemas conductuales y académicos en la escuela, sintomatología depresiva, baja autoestima, ideación o conducta suicida, trastornos adaptativos, ansiedad y, en el caso de adolescentes, huida del hogar y consumo de drogas y alcohol. No obstante, en la literatura sobre el Abuso</p>	<p>Consecuencias del Abuso Sexual Infantil (ASI)</p>	<p>A nivel psicológico (a corto y largo plazo)</p>	<p>De acuerdo al Desarrollo Evolutivo:</p> <p>Dimensión comportamental</p> <p>Edad Escolar</p> <p>Edad Adolescente</p>

Sexual Infantil se han publicado varias listas de los llamados indicadores conductuales de Abuso Sexual Infantil (por ej., Cohen, 1985; American Medical Association, 1985; Sgroi, 1982). Entre estos indicadores se incluyen signos tan inespecíficos como retraimiento, miedo a los extraños, pocas habilidades sociales, baja autoestima, sentimientos de vergüenza o culpa, bajo rendimiento escolar, dificultades para concentrarse, agresividad, pérdida de apetito, pesadillas, etc. En una revisión crítica sobre tales signos, Legrand, Wakefield y Underwager (1989) demuestran que estos pueden deberse a causas distintas del abuso sexual, como estrés o conflicto parental. De hecho, muchos de estos signos se solapan con los indicadores de conflicto parental señalados por Emery (1982). Otros efectos a largo plazo incluyen ciertas anomalías relacionadas con el sexo (temor al sexo, reducido interés sexual, falta de deseo, poco placer, promiscuidad, confusión sobre la propia orientación sexual, etc.), una actividad homosexual significativamente mayor que en no-víctimas, síntomas de ansiedad (especialmente si durante el abuso se empleó la fuerza o amenazas) y sintomatología depresiva. Si el abuso sexual se vio acompañado de maltrato físico, la víctima tiene una mayor probabilidad de

A nivel familiar

cometer suicidio en la edad adulta o de sufrir un trastorno de personalidad múltiple. Las mujeres adultas que sufrieron abuso sexual en su infancia corren un alto riesgo de convertirse de nuevo en víctimas, y los hombres de convertirse en abusadores (véanse Beitchman y cols., 1991, 1992)". (Págs. 1-2)

Edad Adulta

Tabla 1.3 Cuadro de categorización tratamiento del ASI desde el enfoque cognitivo-conductual

CATEGORIA N°3				
TRATAMIENTO DEL ASI DESDE EL ENFOQUE CONGNITIVO-CONDUCTUAL				
AUTOR	EMERGENTES	CATEGORÍA	SUBCATEGORÍAS	TENDENCIAS
<p>Macdonald GM, Higgins jpt, Ramchandani P. (2006). Intervenciones cognitivo-conductuales para el abuso sexual de niños. Disponible en: http://www.update-software.com/bcp/bcpgetdocumentforprint.asp?documentid=cd001930</p>	<p>En este artículo, también se hace énfasis en los enfoques cognitivo-conductuales, derivados de cuatro (4) teorías de aprendizaje, para proporcionar un enfoque integrado para la evaluación y la intervención, que presta atención minuciosa a los contextos del desarrollo y sociales en los cuales ocurre el aprendizaje. Estos son:</p> <p>“El condicionamiento del que responde (aprendizaje asociativo), el condicionamiento operante (el efecto del ambiente en los patrones de conducta, en particular refuerzo y castigo), el aprendizaje observacional (aprendizaje mediante imitación) y el aprendizaje cognitivo (la repercusión de los patrones del pensamiento en los sentimientos y las conductas)”.</p> <p>Además, se señalan algunas intervenciones como forma efectiva de tratamiento de los niños que han sido maltratados sexualmente:</p> <p>“En el tratamiento de los niños que han sido maltratados</p>	<p>Tratamiento del ASI desde el Enfoque Cognitivo – Conductual</p>	<p>Enfoque Cognitivo – Conductual del ASI aplicado a la Clínica</p> <p>Intervenciones Terapéuticas</p>	

sexualmente, los enfoques cognitivos-conductuales se centran particularmente en el significado de los eventos para los niños y los padres no culpables, esforzándose en identificar y abordar las cogniciones maladaptativas (p.ej. estar permanentemente "sucio"), las malatribuciones (p.ej. sentimientos de culpa y responsabilidad) y la autoestima baja. Además, las intervenciones extraídas de los paradigmas de aprendizaje del que responde, operantes y observacionales se utilizan más para abordar problemas evidentemente conductuales como conductas de externalización (agresión o "exteriorización"), conductas de internalización (ansiedad, autculpa o desaprobación) o conducta sexualizada, generalmente mediante la implicación de un/el padre no responsable del abuso. Los enfoques cognitivos-conductuales también tienen un registro alentador de pruebas experimentales de su efectividad al tratar con una gama amplia de problemas emocionales y conductuales, muchos de los cuales caracterizan la sintomatología de los niños que han sido maltratados sexualmente, p.ej. la ansiedad (Kendall 1994), conducta de internalización y externalización y síntomas de estrés postraumático. Conceptualmente ellos proporcionan un marco amplio, basado en pruebas, para

	<p>evaluar los efectos del abuso sexual sobre las relaciones personales, interpersonales y familiares e intervenciones de planificación adaptadas a las circunstancias individuales. Debido a que es una forma de intervención centrada, con tiempo limitado, también puede ser una manera coste-efectiva de ayudar a un mayor número de niños que actualmente reciben ayuda”.</p>			
<p>Sánchez-Meca, J., Rosa-Alcázar, A. I. y López-Soler, C. (2011). The psychological treatment of sexual abuse in children and adolescents: A meta-analysis. <i>International Journal of Clinical and Health Psychology</i>, 11, 67-93.</p>	<p>“Una evaluación completa de los síntomas requiere, pues, de la participación de múltiples fuentes informativas (el niño, los padres, los profesores, los clínicos, etc.), llevada a cabo en diversos ambientes (sobretudo hogar y escuela), con distintos métodos de evaluación (autoinformes, informes de terceros, cuestionarios, observación directa, role-playing, entrevistas) y en distintos momentos (revelación, tratamiento, postratamiento, seguimiento)”.</p> <p>Las aproximaciones terapéuticas que se han investigado científicamente para tratar a menores víctimas de abuso sexual provienen de diferentes modelos psicológicos. De todos ellos, los tratamientos más investigados son los basados en el modelo cognitivo-conductual, de entre los cuales cabe destacar el tratamiento cognitivo-conductual centrado en el trauma, o específico de abuso. Este modelo de tratamiento implica la aplicación de diversas técnicas terapéuticas, de entre las que se incluyen el modelado, el entrenamiento en habilidades</p>	<p>Tratamiento del ASI desde el Enfoque Cognitivo – Conductual</p>	<p>Intervenciones Terapéuticas</p>	<p>Estrategias de Afrontamiento</p>

<p>de afrontamiento, la exposición gradual, el procesamiento cognitivo y afectivo y la educación sobre el abuso sexual, sexualidad sana y habilidades de seguridad personal.</p> <p>“Desde el modelo psicodinámico, se han utilizado programas basados en el psicodrama y la terapia de juego. Desde el modelo humanista los tratamientos más utilizados han sido los basados en la terapia centrada en el cliente, desde los que se intenta potenciar la autoaceptación y autorrealización del menor. Se han propuesto también programas denominados de soporte o de apoyo al menor y a la familia, que son los ofrecidos de forma rutinaria desde los servicios de atención del menor y la familia. También se han utilizado programas eclécticos, cuyas técnicas proceden de diferentes orientaciones teóricas”.</p> <p>De los diferentes modelos de tratamiento evaluados en los estudios, los más beneficiosos para mejorar, en general, el bienestar del menor y lograr la superación del trauma son los basados en el modelo cognitivo-conductual y focalizados en el trauma, si bien éstos mejoran sus efectos cuando se combinan con terapia de apoyo y/o con alguna terapia psicodinámica, en especial, con terapia de juego.</p> <p>Desde el enfoque de la psicología basada en la evidencia, entendemos que los tratamientos tienen que poseer apoyo empírico para que pueda ser recomendada su utilización rutinaria en la práctica profesional. En lo que respecta al tratamiento de menores víctimas de abuso sexual,</p>		<p>Enfoque Cognitivo – Conductual del ASI aplicado a la Clínica</p>	<p>Criterios clínicos de delimitación del ASI</p>
--	--	---	---

	<p>actualmente, el programa cognitivo-conductual específico de abuso es considerado como el único que ha recibido un claro apoyo empírico, por lo que debiera ser uno de los protocolos más utilizados por los profesionales. Este programa ya está manualizado y ha sido utilizado en grupo, en familia e individualmente en distintos contextos (en clínicas, en agencias comunitarias y en la escuela). No obstante, este programa, como cualquier otro, debe ser aplicado de forma individualizada en la práctica clínica atendiendo a los resultados obtenidos tras la evaluación inicial del menor.</p>			
<p>N. Pereda (2011) El espectro del abuso sexual en la infancia: definición y tipología. Disponible en: http://www.infocop.es/view_article.asp?id=3263</p>	<p>En el presente artículo se manifiesta que una de las cuestiones más difíciles a la que se enfrentan los profesionales en el estudio del maltrato y, específicamente, del abuso sexual infantil, es su correcta detección, que deriva, en gran parte, de la imposibilidad de establecer una definición unificada y reconocida por parte del colectivo de profesionales implicados. La mayoría de profesionales siguen los criterios clínicos de coerción y asimetría de edad para definir el abuso sexual infantil, propuestos por Finkelhor y Hotaling (1984) y ratificados por López (1994).</p> <p>“Por <i>coerción</i>, se entiende el contacto sexual mantenido con un menor mediante el uso de la fuerza física, la amenaza, la presión, la autoridad o el engaño, considerada criterio suficiente para etiquetar una conducta de abuso sexual, independientemente de la edad</p>	<p>Tratamiento del ASI desde el Enfoque Cognitivo – Conductual</p>	<p>Enfoque Cognitivo – Conductual del ASI aplicado a la Clínica</p>	<p>Criterios clínicos de delimitación del ASI</p>

	<p>del agresor”.</p> <p>Por su parte, “la <i>asimetría de edad</i>, de cinco años cuando el menor tiene menos de 12 y de diez años si éste tiene entre 13 y 16 años, impide la verdadera libertad de decisión del niño o niña e imposibilita una actividad sexual compartida, ya que los participantes tienen experiencias, grado de madurez biológica y expectativas muy diferentes respecto a la relación sexual.</p>			
<p>C. Redondo Figuero, M.R. Ortiz Otero (2005). El abuso sexual infantil. Disponible en: https://www.sccalp.org/documentos/0000/1023/BolPediatr2005_45_003-016.pdf</p>	<p>“Como en cualquier otra forma de violencia sexual, el abuso del niño sucede en la intimidad, por lo que rara vez es presenciado por una tercera persona. Esto, junto con el retraso que existe habitualmente en ser visto por el médico y con la tendencia a que no haya lesiones, hacen que sea difícil ponerlo en evidencia. De ahí que el profesional sanitario deba estar atento a pequeñas pistas que puedan existir, tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manifestaciones verbales inespecíficas del niño. • Cambios inespecíficos en el comportamiento y clínica vaga. • Cambios más específicos en el comportamiento y trastornos clínicos evidentes. • Revelación específica del abuso”. (Pág. 7) <p>Por consiguiente, el profesional en el área, hace su respectiva valoración y diagnóstico, teniendo en cuenta que: “El diagnóstico de abuso sexual es difícil y se basa, casi siempre,</p>	<p>Tratamiento del ASI desde el Enfoque Cognitivo – Conductual</p>	<p>Factores o Indicadores de detección del ASI</p> <p>Intervenciones Terapéuticas</p>	

	<p>en el relato del niño. La sintomatología que pueden exhibir es variada. Algunos niños pueden estar completamente asintomáticos. Aunque la mayoría de las niñas no presentan lesiones en los genitales, probablemente debido al retraso de semanas o meses en denunciarlo, algunas niñas pueden presentar lesiones agudas: laceraciones, abrasiones, hematomas, hendiduras en V en el borde posterior del himen, disminución del tejido himeneal, cicatrices en la horquilla posterior. La valoración de la persona que ha sufrido un abuso sexual debe realizarse con carácter de urgencia en tres circunstancias, a) cuando la persona agredida necesita tratamiento físico y/o psíquico; b) cuando la víctima necesita protección con carácter inmediato; y c) cuando la agresión ha ocurrido antes de 72 horas, por la posibilidad de perder pruebas.</p> <p>La evaluación de un caso de abuso sexual infantil sospechado exige hacer una historia clínica minuciosa realizada a los padres y al niño, una exploración física, la realización de pruebas de laboratorio adecuadas y la documentación cuidadosa de los hallazgos. También se deben recoger otros datos de diferentes profesionales. De ahí que la atención debe ser realizada por</p>		<p>Enfoque Cognitivo – Conductual del ASI aplicado a la Clínica</p>	<p>Criterios clínicos de delimitación del ASI</p>
--	---	--	---	---

un equipo multidisciplinar (asistente social, psicólogo, pediatra, enfermera, policía, etc.). Como en la valoración del caso de sospecha de abuso sexual suele incluir a los sistemas legales, es importante ofrecer una información sin prejuicios y comprensible por profesionales no médicos. Ante una sospecha de abuso sexual debe tenerse también en consideración una lesión accidental, un problema médico de otra etiología, e incluso una falsa alegación, a veces inventada por la madre o por los dos padres. (Pág. 8)

Historia clínica:

La finalidad es comprender lo que le ha pasado al menor, conocer su estado de salud, su nivel de desarrollo y las fuerzas y debilidades de la familia. La historia clínica incluye: Historia familiar, historia del niño/a (víctima), exploración física (exámenes médicos, pruebas de laboratorio, etc) y, finalmente, la documentación (debe anotarse la agresión con las mismas palabras que refiere la víctima, ya que la historia clínica es un documento legal y, por tanto, será sometido a examen igual que cualquier otra prueba. También es importante documentar la valoración con fotografías perfectamente rotuladas -fecha, nombre del niño y médico, nº de historia clínica-). Contando con los criterios y elementos

anteriormente mencionados, el profesional debe hacer un Diagnóstico Diferencial, el cual se debe realizar con diferentes entidades dermatológicas, anomalías congénitas, ureterales, anales, infecciones, lesiones de diferente etiología y otras enfermedades más raras”. (Págs. 10-11)

“Ante un caso de Abuso Sexual, el profesional o terapeuta debe actuar en tres frentes: **1)** proporcionar al niño atención médica adecuada; **2)** denunciar ante los servicios de protección; y **3)** asegurar los servicios de salud mental al niño y a su familia”. (Pág. 12)

“Los intentos de prevención se han dedicado, sobre todo, a desarrollar programas en la escuela para enseñar a los niños a protegerse, como por ejemplo cuáles son las formas de tocar buenas y malas. Esto ya se puede aprender desde los 4-6 años de edad. Y aunque hay estudios que demuestran efectos positivos en la prevención, aún no está demostrado si estos programas han ayudado a prevenir el abuso sexual; de hecho, algunos autores dicen que no hay un efecto claro de los programas de prevención. Otros meta análisis demuestran que los programas educativos mejoran el conocimiento de los niños sobre el ataque sexual, pero no demuestran que se reduzca en número de ataques, pero sí son importantes los programas preventivos en los

Intervenciones
Terapéuticas

Factores
protectores

Estrategias de
Afrontamiento

	<p>niños, como, por ejemplo, la detección de niños en riesgo durante el período de posparto, e incluso la detección en la visita prenatal de posible abuso en la madre adolescente, para evitar el círculo vicioso intergeneracional de violencia”. (Pág. 14)</p>			
<p>Lameiras Fernandez M., Carrera Fernandez M., & Failde Garrido J. (2008). Abusos sexuales a menores: estado de la cuestión a nivel nacional e internacional Nùm. 6, julio-noviembre 2008 Revista D'estudis de la Violència. Disponible en: http://www.bienestaryproteccioninfantil.es/imagenes/tablaContenidos03SubSec/articulo_Maria%20Lameiras%20sobre%20abusos%20sexuales.pdf</p>	<p>No obstante, se esclarece que a pesar de la contundencia de estas premisas, no existe un criterio inequívoco y consensuado, aceptado por toda la comunidad científica, sobre lo que debe o no considerarse como abuso sexual a menores. En este contexto de disenso, destacan, sin embargo, tres importantes criterios que delimitan el abuso sexual: “El primer criterio hace referencia a la asimetría de edad, de forma que entre el/la menor y el agresor/a debe existir, por lo menos, una diferencia de cinco años, que, en función de los casos, alcanzará un rango de diez años cuando el/la menor tenga más de 12 años, y siempre considerando la edad del agresor/a no inferior a 15-17 años; aspecto que, como veremos, no está exento de controversia, ya que en los últimos años la elevada incidencia de los abusos sexuales cometidos por adolescentes sobre otros/as menores está haciendo replantear este aspecto y la necesidad de considerar que las agresiones sexuales se pueden llevar a cabo incluso por otros/as adolescentes. El segundo criterio hace referencia al tipo de estrategias de coerción que pone en juego</p>	<p>Tratamiento del ASI desde el Enfoque Cognitivo – Conductual</p>	<p>Enfoque Cognitivo – Conductual del ASI aplicado a la Clínica</p>	<p>Criterios clínicos de delimitación del ASI</p>

	<p>el agresor/a para someter a la víctima, que implican la utilización de presión o engaño, la sorpresa e incluso la seducción, y en un menor número de casos la fuerza física. Por último, el tercer criterio se refiere al tipo de conductas sexuales que se mantienen, considerándose que deben incluirse todas las formas manifiestas de conducta sexual con o sin contacto físico, incluyendo contacto anal, genital u oral, caricias sexuales, peticiones sexuales, pornografía o exhibicionismo”. (Pág. 5)</p>			
<p>Enrique Echeburúa1, y Cristina Guerrica Echevarría (2011). Tratamiento psicológico de las víctimas de Abuso Sexual Infantil intrafamiliar: un enfoque integrador. Disponible en: http://www.ehu.eus/echeburua/pdfs/asi.pdf</p>	<p>“En cuanto a la intervención clínica, no todas las víctimas requieren ser tratadas psicológicamente. La terapia puede implicar, al menos en algunos casos, una segunda victimización. El tratamiento está indicado en los niños afectados por síntomas psicopatológicos intensos, tales como ansiedad, depresión, pesadillas o alteraciones sexuales, o por un grado de inadaptación significativo a la vida cotidiana. En los demás casos, el apoyo familiar, las relaciones sociales y la reanudación de la vida cotidiana son suficientes como factor de protección al menor. El papel del terapeuta en estos casos puede limitarse a servir de orientación y apoyo a la familia y a evaluar periódicamente el desarrollo psicológico del menor (Horno, Santos y Molino, 2001). Y en el caso de que la terapia para la víctima sea necesaria, quedan aún por clarificar el momento adecuado de la misma y el establecimiento de unas guías de tratamiento adaptadas a la edad y a las</p>	<p>Tratamiento del ASI desde el Enfoque Cognitivo – Conductual</p>	<p>Enfoque Cognitivo – Conductual del ASI aplicado a la Clínica</p>	

<p>necesidades específicas de cada víctima. Ya se han comenzado a dar los primeros pasos en esta dirección (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000; Echeburúa, Guerricaechevarría y Amor, 2002)". (Pags. 470-471)</p> <p>Finalmente, cabe resaltar que: "La intervención con víctimas de abuso sexual debe tener como objetivo prioritario garantizar la seguridad del menor y evitar la ocurrencia de nuevos sucesos, lo que implica actuar tanto sobre la víctima y sus familiares como sobre el abusador, en un programa que puede oscilar entre 8 y 20 sesiones. De este modo, la intervención con los menores se emplea, por regla general, en conjunción con los esfuerzos para reformar al abusador y potenciar la capacidad de la familia para apoyar al menor (Corcoran y Pillai, 2008). El tratamiento psicológico en el Abuso Sexual Infantil debe ser integrador con respecto a las personas tratadas (el menor y los familiares) y las áreas abordadas (las cogniciones, las emociones y las conductas alteradas). A su vez, el tratamiento puede llevarse a cabo, a veces, de forma inmediata al suceso traumático, pero, en otras circunstancias, se rompe el pacto de silencio y se solicita ayuda tiempo después del abuso por diversos motivos (conciencia del alcance de lo ocurrido, problemas de conducta, intento de protección de hermanos menores, etcétera). Hay veces, incluso, en que la búsqueda de ayuda tiene lugar ya en la vida adulta, cuando la víctima se percata de las dificultades emocionales</p>		<p>Intervenciones Terapéuticas</p>	<p>Factores protectores</p>
--	--	--	---------------------------------

existentes, por ejemplo en el ámbito de la relación de pareja (Echeburúa, Corral, Zubizarreta y Sarasua, 1997; Taylor y Harvey, 2010). Los ámbitos de intervención con las víctimas y sus familiares no se pueden plantear como compartimentos estancos o universales ni en cuanto a su contenido ni a su duración. No todos los casos requieren abordar todas las áreas ni estas hay que secuenciarlas de la misma manera. Una intervención de estas características ha de ser lo suficientemente flexible y adaptable a la idiosincrasia de cada víctima, a las características y circunstancias de la situación, así como a las necesidades específicas detectadas (por ejemplo, convivencia actual del agresor con el menor, mayor o menor gravedad del abuso, protección más o menos eficaz por parte de la madre, etcétera) (Vázquez Mezquita, 1995). Hay veces en que la edad del menor o sus condiciones personales (una discapacidad mental, por ejemplo) no permiten la introducción de los componentes cognitivos del programa propuesto. En estos casos, además de la prevención de la revictimización, algunas intervenciones sencillas en el cuidado corporal, así como la realización de ejercicio físico y la implicación en actividades recreativas y sociales, facilitan la recuperación del menor y, al mismo tiempo, mejoran la imagen de uno mismo y estimulan la sensación de control. Por último, un reto de futuro es contar con indicadores objetivos que permitan llevar a

	<p>cabo una toma de decisiones adecuada entre las distintas alternativas posibles y no necesariamente excluyentes: el tratamiento de la víctima, la salida del agresor del hogar, la separación del menor de los padres, el apoyo social a la familia o la terapia del agresor. Otro reto importante es especificar el tipo de intervenciones dirigidas a niños preescolares, muy poco estudiadas hasta la fecha (Harvey y Taylor, 2010; Silverman et al., 2008). (Págs. 483-484)</p>			
<p>E. Echeburúa y P. de Corral (2006). Secuelas emocionales en víctimas de abuso sexual en la infancia. En <i>Cuadernos de Medicina Forense</i>, pp. 43-44. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-76062006000100006&script=sci_arttext#back</p>	<p>Finalmente, se comentan los indicadores o factores que pueden explicar los motivos de detección de este fenómeno. Dichos indicadores se pueden dividir en físicos, comportamentales, y, por último, de la esfera sexual: Entre los indicadores físicos cabe resaltar: “dolor, golpes, quemaduras o heridas en la zona genital o anal; cérvix o vulva hinchadas o rojas; semen en la boca, en los genitales o en la ropa; ropa interior rasgada, manchada y ensangrentada; Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) en genitales, ano, boca u ojos; dificultad para andar o sentarse; enuresis o encopresis”.</p> <p>Por otro lado, se encuentran los indicadores comportamentales, tales como: “pérdida de apetito; llantos frecuentes, sobre todo en referencia a situaciones afectivas o eróticas; miedo a estar solo/a o a un determinado</p>	<p>Tratamiento del ASI desde el Enfoque Cognitivo – Conductual</p>	<p>Factores o Indicadores de detección del ASI</p>	<p>Físicos</p> <p>Comportamentales</p>

	<p>miembro de la familia; rechazo al padre o a la madre de forma repentina; cambios bruscos de conducta; resistencia a desnudarse o bañarse; aislamiento y rechazo de las relaciones sociales; problemas escolares o rechazo a la escuela; fantasías o conductas regresivas (chuparse el dedo, orinarse en la cama); tendencia al secretismo; agresividad, fugas o acciones delictivas; autolesiones o intentos de suicidio”. PAG</p> <p>Por último, se hace énfasis en los indicadores evidentes en la esfera sexual, entre los cuales se encuentran: “Rechazo de las caricias, de los besos y del contacto físico; conductas seductoras, especialmente en niñas; conductas precoces o conocimientos sexuales inadecuados para su edad; interés exagerado por los comportamientos sexuales en los adultos; agresión sexual de un menor hacia otros menores; confusión sobre la orientación sexual”. PAG</p>			En la Esfera Sexual
<p>Aguilar Carceles. M.M. () Abuso sexual en la infancia. Disponble en: <u>file:///C:/Users/usuario/Downloads/118031-468131-1-</u></p>	<p>“- Indicadores Físicos: Traumas físicos o irritación en la zona ano-genital (dolores, picazón, hemorragias, magulladuras, raspaduras,...); infecciones genitales o urinarias; enfermedades de transmisión sexual; dificultades en caminar o sentarse; embarazo; enuresis o encopresis.</p> <p>-Indicadores</p>	<p>Tratamiento del ASI desde el Enfoque Cognitivo – Conductual</p>	<p>Factores o Indicadores de detección del ASI</p>	Físicos

<p><u>PB.pdf</u></p>	<p>Comportamentales y Emocionales: pérdida de apetito; resistencia a desnudarse o bañarse; rechazo al padre y/ o madre de forma repentina; conducta agresiva o delincuente, fugas del hogar; cambios bruscos de carácter; retraimiento y aislamiento de las relaciones sociales con iguales; fantasías; conductas regresivas (chuparse el dedo, orinarse en la cama); depresión crónica (llantos frecuentes, sobre todo en referencia a situaciones afectivas o eróticas); miedo, fobias, histeria, falta de control emocional, tendencia al secretismo; intentos de suicidio u otras conductas autolesivas; problemas escolares o rechazo a la escuela (puede derivar en fobia).</p> <p>- Indicadores en la Esfera Sexual: Rechazo de los besos y caricias de forma súbita; comprensión detallada y prematura de la conducta sexual para su edad; juegos que emulan gráficamente el intercambio sexual; seducción inapropiada, sexualización de las relaciones afectivas; interés exagerado por los comportamientos sexuales adultos; agresión sexual de un menor hacia otros menores". (Págs. 228-229)</p>			<p>Comportamentales / Emocionales (Psicológicos)</p> <p>En la Esfera Sexual</p>
<p>Eugenio Garrido & Jaime Masip (2004). Disponibile en: http://psicojurix.com/pdf/asigarri</p>	<p>“La gravedad de los efectos del abuso sexual infantil que acabamos de enumerar justifica la necesidad de desarrollar programas de prevención (véase Cantón, 1997b) y mecanismos de intervención, tanto judicial como terapéutica y, en este último caso, tanto con la víctima</p>	<p>Tratamiento del ASI desde el Enfoque Cognitivo – Conductual</p>		

do-masip.pdf

(por ej., Cantón, 1997a; Echeburúa, Guerricaechevarría y Amor, 2002) como con el agresor (Beneyto, 2002). Sin embargo, la consideración social de los abusos sexuales no siempre ha permitido un abordaje adecuado de los mismos. Así, Baartman (1992) describe la existencia, a caballo entre los siglos XIX y XX, de cuatro marcos conceptuales que restaban credibilidad a las alegaciones infantiles de abuso sexual, con lo que la respuesta socioprofesional a los mismos no podía ser la adecuada. Tales marcos eran: **(a)** consideración del niño como un ser cognitivamente incompetente, sugestionable, con una memoria deficiente e incapaz de diferenciar entre realidad y fantasía; **(b)** consideración del niño como un ser inmoral que inventa alegaciones para comprometer a algún adulto respetable; **(c)** consideración del niño que cuenta tales historias como alguien mentalmente enfermo, el mero hecho de narrar tales episodios se consideraba en sí mismo un síntoma de patología mental; y **(d)** consideración del niño como criatura eróticamente seductiva, visión preexistente de la que se apropió el psicoanálisis y que permite que el adulto pase de ser el agresor a ser la víctima del niño. El escepticismo adulto llegaba a tales extremos que incluso se consideraba que las infecciones genitales de los menores se desarrollaban de forma espontánea y que las heridas se las producía el propio niño o su madre para corroborar una falsa acusación de abuso sexual (Fournier, 1986)". (Págs. 2-3)

Finalmente, los autores hacen énfasis a la Evaluación del ASI sobre las bases de declaración del menor, donde se tiene que:

“Dificultades de Naturaleza Cognitiva: Problemas de Competencia:

Estas dificultades serían aquellas que impiden que el niño pueda ofrecer un testimonio preciso de lo acontecido, pero que no llevan a una alteración deliberada de los hechos. Más bien se deberían a problemas de memoria, sugestionabilidad, etc., que alterarían la calidad del recuerdo.

Abordaremos aquí dos de estas dificultades: la sugestionabilidad del niño y el problema de la creación de falsos recuerdos.

Sugestionabilidad: En una excelente revisión de su propio trabajo, Bruck y cols. (2001) describen el modo en que a menudo se desvelan los abusos sexuales. Primero el niño no dice nada. Un adulto sospecha e interroga al menor, que lo niega todo. Tras varios interrogatorios o sesiones terapéuticas (en que a menudo se emplea el disclosure work, técnicas proyectivas de evaluación, técnicas regresivas, entrevistas con muñecos anatómicamente correctos, etc.) el menor puede llegar a admitir algo. Al cabo de poco tiempo el niño se retracta de su admisión. Finalmente, vuelve a admitir la ocurrencia del abuso.

Hay, según Bruck y cols. (2001), dos posibles interpretaciones de este patrón. Primera, a los niños les cuesta en primer lugar contar lo sucedido, y se retractan luego debido a que tienen miedo,

Factores o
Indicadores de
detección del ASI

Psicológicos /
emocionales

sienten vergüenza o culpabilidad, etc. No obstante, según Bruck y cols. (2001) la evidencia empírica en apoyo de esta explicación adolece de serias limitaciones metodológicas.

Otros estudios indican que por lo general los niños no se retractan de sus alegaciones. Segunda interpretación: es posible que el niño no haya sido abusado, que se deba todo a una hipervigilancia por parte de la madre (Campbell, 1992), y que su confesión se derive de un procedimiento sugerente de entrevista (Bruck y cols., 2001). Como veremos a continuación, este último patrón es altamente probable, a la luz de los procedimientos de entrevista que emplean muchos profesionales y de los efectos que, según se ha mostrado empíricamente, estos tienen sobre la declaración.

Basándose en los análisis de transcripciones obtenidas de jueces, abogados, padres, psicoterapeutas y pediatras, así como en otros estudios publicados, Bruck y cols. (2001) enumeran los siguientes procedimientos que a menudo se emplean en las entrevistas. Es importante tener en cuenta que esta lista se basa en el examen de entrevistas reales, no en suposiciones:

- 1.** No se hacen preguntas que exploren explicaciones alternativas al abuso sexual.
- 2.** No se pregunta sobre acontecimientos inconsistentes con la hipótesis del abuso sexual.
- 3.** Cuando las declaraciones del menor son consistentes con esta hipótesis, no se somete a prueba su autenticidad.

4. Si el niño ofrece evidencia inconsistente, ésta se ignora o se reinterpreta para que “encaje” en la hipótesis del abuso.
5. Se interpela repetidamente al niño hasta que se obtiene la respuesta deseada.
6. Se refuerza selectivamente determinadas respuestas; en ocasiones llegan a emplearse amenazas y sobornos.
7. Se emplean muñecos anatómicamente correctos.
8. Se inducen estereotipos; por ejemplo, se dice al niño que el sospechoso “es malo” o “hace cosas malas”.
9. Se utiliza la “imaginación guiada” o disclosure work: “Se pide a los niños que en primer lugar intenten recordar o fingir si algún acontecimiento ocurrió y que luego se hagan una imagen mental del acontecimiento y piensen en sus detalles. En algunos casos los entrevistadores piden a los niños que imaginen acontecimientos que son consistentes con las creencias de los entrevistadores, pero que no han sido mencionadas por los niños testigos” (Bruck y cols., 2001, p. 98)
10. No se formulan preguntas abiertas, sino muy cerradas y dirigidas. Lamb, Hershkowitz, Sternberg, Esplin y cols. (1996) tomaron una muestra representativa de grabaciones de entrevistas realizadas por doce investigadores israelíes entrenados para interrogar a los niños. Elaboraron una tipología de 10 categorías del tipo de intervenciones que empleaban los entrevistadores. En una serie de estudios, los investigadores examinaron el porcentaje de

	<p>cada tipo de intervenciones que empleaban diversos profesionales al entrevistar a los menores. Es evidente que las preguntas utilizadas son, en su mayoría, directas o directivas, mientras que las invitaciones, el tipo más abierto de todos los descritos, son las menos empleadas, mucho menos que las intervenciones sugerentes, que son las más problemáticas de todas. (Págs. 15-17)</p>			
<p>Fresno, A., Spencer, R. & Retamal, T. (2012). Maltrato infantil y representaciones de apego: defensas, memoria y estrategias, una revisión. <i>Universitas Psychologica</i>, 11 (3), 829-838. Disponible en: http://www.sciebo.org.co/pdf/ru ps/v11n3/v11n3a12.pdf</p>	<p>“Bowlby (1980) plantea que en situaciones de maltrato tempranas los niños desarrollarían procesos defensivos para enfrentarlas, tales como la exclusión defensiva y la segregación del sistema principal (Bretherton & Munholland, 2008). La exclusión defensiva busca proteger al individuo de ser consciente de eventos o pensamientos que puedan ser insoportables si son aceptados como verdaderos (Bowlby, 1980). En el caso de niños maltratados, sobre todo si los padres no quieren hablar al respecto o cuando éstos niegan, minimizan o ridiculizan las necesidades de apego o los estados emocionales de sus hijos, los niños desarrollarían dos conjuntos de MIOs en conflicto (Bowlby, 1973, 1980): el primero es excluido defensivamente de la conciencia y representa a un padre “malo”, puesto que se basa en la experiencia adversa del niño con éste, y el segundo permanece consciente y asequible, y corresponde a la imagen de un padre “bueno”, o representa lo</p>	<p>Tratamiento del ASI desde el Enfoque Cognitivo – Conductual</p>	<p>Intervenciones Terapéuticas</p>	<p>Estrategias de Afrontamiento</p>

que el padre quiere que el niño crea sobre él, caso en el cual se considera un solo self que es protegido a través de la exclusión de la representación parental negativa reemplazándola por una positiva idealizada (Bowlby, 1980; Bretherton & Munholland, 2008). La exclusión defensiva puede manifestarse a través de una desactivación del sistema de comportamientos de apego o por una desconexión cognitiva (Bowlby, 1980). En la desactivación los comportamientos, pensamientos y emociones relacionadas con el apego dejan de ser experimentadas, lo que resulta en una desconexión emocional, y en el caso de la desconexión cognitiva la persona separa la situación interpersonal ansiógena del conjunto de afectos y comportamientos que tal situación genera. Dichos elementos desconectados pueden ser interpretados de una forma menos amenazante, sin embargo esto implica una interpretación errónea de los mismos. Si la exclusión defensiva se ha dado de manera sistemática y persistente la desconexión cognitiva puede manifestarse a través de la interpretación equívoca de la situación que causa un afecto negativo, o dirigiendo hacia una persona cualquiera o hacia sí mismo los sentimientos negativos generados por el cuidador (Bowlby, 1980; Bretherton & Munholland, 2008; Solomon & George, 1999).

El segundo proceso defensivo corresponde a la segregación del sistema principal de representación del apego

(Bowlby, 1980), que implica el desarrollo de múltiples selfs separados con acceso a diferentes MIOs organizados, y con un cúmulo de recuerdos propios. Dichos modelos pueden alternar su acceso a la consciencia: mientras uno domina la dirección de la conducta y los pensamientos, los otros permanecen desactivados total o parcialmente (Bretherton & Munholland, 2008)”.

Complementando lo anterior, Crittenden (1990) señala que los procesos defensivos pueden ser concebidos como procesos que generan MIOs distorsionados, ya que cierta información relacionada con el apego es excluida de la percepción, o se crean recuerdos distorsionados de los cuidadores. Sin embargo esta autora considera que los casos descritos corresponderían al desarrollo de un MIO correcto que da cuenta de una relación distorsionada real. Por otra parte, Howe (2005) recalca que los procesos defensivos deben ser comprendidos de manera evolutiva dentro de la relación niño-cuidador. De esta forma, un cuidador con un apego preocupado responderá de manera inconsistente a las necesidades de apego de su hijo, quien hará frente a esta situación con una desconexión cognitiva, manifestada por una hiperactivación del sistema de apego con el fin de lograr el acercamiento con el cuidador. Si el cuidador posee apego evitativo, que no responde a las demandas de apego del niño, éste reaccionará desconectando su sistema de comportamientos de apego, emitiendo conductas evitativas en situaciones en que

debiera activarse el sistema de apego. Finalmente, cuando el cuidador tiene un apego desorganizado el niño responde mediante la segregación del sistema representacional principal creando múltiples sistemas representacionales, agregados, e incoherentes entre sí, percibiéndose como conductas erráticas e incoherentes del menor (Howe, 2005 & Liotti, 1999, 2004). (p. 830-831)

Desde este mismo marco, también se describen los sistemas de memoria respecto de los efectos del maltrato:

“Tulving (1972) distingue la memoria episódica o autobiográfica, y la memoria semántica o ideas generalizadas sobre el mundo adquiridas por la experiencia o la relación con otras personas. Considerando esta distinción, Bowlby (1980) establece que la exclusión de los MIOs en conflicto responde a una codificación diferencial de una misma experiencia. Específicamente, los cuidadores que prohíben a los niños preguntarse por la ocurrencia de algún suceso negativo los obligan a excluir o separar dicho recuerdo almacenado en la memoria episódica, por lo tanto la representación que permanece disponible a la conciencia es una versión equivocada que los cuidadores le entregan al niño sobre lo sucedido, que se almacena a nivel de la memoria semántica, y que producida por el discurso entregado por los cuidadores se superpone al registro episódico perturbando la configuración de los MIOs. No obstante, aun cuando un MIO queda excluido, éste

continúa desarrollándose a lo largo de la vida e interviniendo en las conductas de los individuos (Bowlby, 1973)". (p. 831-832)

Finalmente, se hace énfasis a las estrategias de apego, que sirven como aproximación para comprender la conformación de los MIOs y su relación con el maltrato:

“Cuando un niño percibe señales de amenaza y tiene una representación de un cuidador disponible pone en acción una serie de conductas para restablecer la cercanía con la figura de apego y ser calmado emocionalmente para luego poder volver a explorar, patrón de comportamiento denominado “estrategia primaria” (Main, 1990), que coincide con el patrón de comportamiento de apego seguro descrito por Ainsworth, Blehar, Waters y Wall (1978) en la situación extraña. Al contrario, cuando la figura de apego se comporta de manera insensible a las demandas de seguridad del niño este desarrolla patrones alternativos de comportamiento con el fin de hacer frente a la sensación de amenaza sin poner en riesgo la relación con la figura de apego (Main, 1990). Dichos patrones son llamados estrategias de apego secundarias y corresponden a la desactivación e hiperactivación del sistema de comportamientos de apego (Main, 1990), cuya selección reside en el MIO

	desarrollado”.(p. 832-833)			
E. Feligreras (2014). Técnicas de Intervención en Abuso Sexual Infantil: estrategias cognitivo-conductuales, aceptación y mindfulness. Disponible en: http://tauja.ujae.n.es/bitstream/10953.1/866/1/TFG_FeligrerasA1%2cElena.pdf	<p>“En primer lugar, se describe una aproximación tradicional Cognitivo-Conductual: “desde esta perspectiva, las actuaciones con víctimas de abuso irán dirigidas a romper las asociaciones establecidas entre estímulos, así como a identificar y modificar las cogniciones, acerca de aspectos relacionados con el trauma, que resulten desadaptativas e irracionales a fin de que la persona pueda seguir adelante con su vida”.</p> <p>En segundo lugar, se describe la actuación desde una intervención, relativamente novedosa, basada en la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) y Mindfulness, “cuyo objetivo, contrariamente a la idea propuesta desde la terapia cognitivo-conductual de modificar el contenido de los eventos privados, es que la persona víctima de abuso perciba y acepte, desde la conciencia plena, dichos pensamientos y sentimientos tal y como son, actuando en dirección o de acuerdo a sus valores personales aún en presencia de dichos eventos privados”.</p>	Tratamiento del ASI desde el Enfoque Cognitivo – Conductual	Intervenciones Terapéuticas	Estrategias de Afrontamiento
Cantón, D. y Justicia, F. (2008). Afrontamiento del abuso sexual infantil y ajuste psicológico a	Posteriormente, se afirma que los efectos a largo plazo que la experiencia de Abuso Sexual en la Infancia puede tener sobre los niveles de depresión y autoestima de las víctimas, generan estrategias de	Tratamiento del ASI desde el Enfoque Cognitivo – Conductual		

largo plazo. *Psicothe ma*, vol. 20, 509-515. (Trabajo original). Artículo disponible en: http://www.infocop.es/view_article.asp?id=2154

afrontamiento, las cuales pueden definirse como: “Esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes para hacer frente a demandas internas o externas. El modelo predominante a la hora de clasificar las estrategias empleadas al hacer frente a la experiencia de abuso es el de "aproximación-evitación". Según este modelo, los pensamientos y/o acciones pueden estar dirigidos bien hacia la amenaza (*afrontamiento de aproximación*; por ejemplo, tratar de ver la situación desde un punto de vista diferente o la búsqueda de apoyo social) o bien a alejarse de ella (*afrontamiento de evitación*; es decir, estrategias como la negación, el distanciamiento, o el aislamiento social)”.

Todo lo anterior, teniendo en cuenta los resultados obtenidos a partir de una muestra de estudios elaborados con víctimas de abuso sexual en la infancia, donde los autores manifiestan que: “Respecto al papel de las estrategias de afrontamiento, los datos mostraron que los adultos jóvenes con historia de abuso sexual infantil que habían utilizado estrategias de afrontamiento por evitación presentan un mayor riesgo de desarrollar problemas depresivos o de autoestima. Sin embargo, no se halló una relación significativa entre el empleo de las estrategias de afrontamiento aproximativo y el ajuste psicológico a largo plazo

Estrategias de Afrontamiento

	<p>de las víctimas, puesto que no se ha encontrado relación significativa alguna entre dicho estilo de afrontamiento y el nivel de depresión o autoestima, lo que es coherente con algunas investigaciones realizadas fuera de España”.</p>			
<p>Sabina. D (2005). Factores protectores en la prevención del Abuso Sexual Infantil Disponible en: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-48272005000100003</p>	<p>Como tercera parte de este artículo, la autora finiquita con el tema de la prevención del ASI, considerando que esta implica toda acción que impide la aparición del problema y la disminución de consecuencias negativas. Prevenir supone reducir los factores de riesgo y aumentar los factores de protección.</p> <p>Los objetivos principales de los programas de prevención del abuso se orientan a la evitación del abuso y a la detección temprana del abuso (estimulación de la revelación).</p> <p>En la elaboración de estos programas se deben considerar los problemas que pueden surgir en su aplicación vinculados a la edad de los niños, la provocación de un miedo innecesario, la posible inhibición de las expresiones afectivas, y la intromisión en las funciones de los padres (Lameiras, 2002). El marco conceptual utilizado preferentemente es el fortalecimiento (Cantón, 1999):</p> <ul style="list-style-type: none"> • En el grado de conocimiento que posee sobre el abuso sexual. • En el sentido de control de propiedad de sí mismos. • En la información sobre los recursos de apoyo y protección disponibles. <p>En cuanto los contenidos de los programas se prioriza incluir</p>	<p>Tratamiento del ASI desde el Enfoque Cognitivo – Conductual</p>		<p>Estrategias de Afrontamiento</p>

	<p>temas sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La naturaleza del abuso sexual. • Propiedad sobre su cuerpo, sistemas de apoyo y culpabilidad. • Habilidades de afrontamiento. <p>Para una intervención preventiva eficaz es necesario considerar los factores de riesgo que incrementan la probabilidad de aparición del abuso y los factores de protección que contribuyen a disminuir o controlar los factores de riesgo reduciéndose la posibilidad del abuso sexual. En el diseño de una propuesta de intervención se deberá tener en cuenta la interrelación de estos dos grupos de factores. (Movimiento Cristiano Juntos por la Niñez ,2005)</p> <p>Factores protectores a fortalecer en los niños frente al abuso sexual</p> <p>Conocimientos sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Derechos y responsabilidades. - Límites adecuados en la relación con pares y con adultos, en particular cuando suponen presión, engaño o violencia. - Reconocer partes del cuerpo. <ul style="list-style-type: none"> • Identificar partes íntimas (genitales). - Reconocer los distintos tipos de caricias por las partes del cuerpo en que se dan (Partes visibles y partes privadas) y sentimientos que provocan (vergüenza, alegría, etc). - Normas de seguridad familiar (dirección y teléfono de casa). <ul style="list-style-type: none"> • Identificación de personas de confianza dentro y fuera de la familia. - Diferenciar responsabilidad sobre hechos (reconocimiento de daño 		<p>Intervenciones Terapéuticas</p>	<p>Factores protectores</p>
--	--	--	------------------------------------	-----------------------------

evidente) y culpas atribuidas (trasladar idea y responsabilidad de daño).

- Diferenciar entre información que se debe guardar y secretos que no deben ocultarse.
- Concepto del abuso sexual e identificación acorde a la edad.

Habilidades que debe tener:

- Sentido de humor.
- Promover aptitudes (deportivas, musicales, artísticas, etc). Favorecen la percepción de autocontrol sobre su vida y circunstancias.
- Habilidades de resolución de problemas y estrategias de salida frente a posibles situaciones de abuso.
- Capacidad de superación. Fijarse metas altas pero realistas, trabajando para lograrlas.
- Cuidado del cuerpo y habilidad de expresión corporal (juego, danza, teatro etc).

Actitudes y sentimientos que deben tener:

- Sentimiento de aceptación incondicional de una o más personas significativas.
- Adecuada autovaloración.
- Conciencia de sus derechos y determinación para defenderlos.
- Valores y creencias que den sentido a su vida.

La familia en el desarrollo de factores protectores

En relación a la sexualidad los padres deben considerar:

- Informarse sobre la sexualidad y sus manifestaciones en la infancia
- Brindar a sus hijos información adecuada sobre su cuerpo, sexualidad, y riesgos.
- Aprovechar diversas oportunidades para aclarar dudas y curiosidad respecto al

funcionamiento sexual (señora embarazada, nacimiento de un niño o mascota, noticias o escenas de tv o periódicos).

- Reaccionar con comprensión ante las actitudes y manifestaciones sexuales de los niños, sin censura, ni violencia, tratando de entender que están indicando con su conducta.

En la familia:

- Promover diálogo y comunicación.

- Incentivar actividades compartidas e intercambio de ideas y experiencias cotidianas.

- Buscar estrategias de disciplina y normas que no se basen en castigos.

- Expresar afecto con gestos y actitudes.

- Enseñar que respeto no es sumisión, que pueden decir no a los adultos cuando las propuestas que les hagan no son claras, los disgusten o incluyan guardar secretos.

- Desechar idea que lo que sucede en casa es asunto privado y no es asunto de nadie más.

- Asegurarles que siempre estarán dispuestos a ayudarlos en cualquier problema y demostrarlo con actitudes reales.

- Promover trato igualitario entre los sexos.

No hacer diferencias respecto a:

- Tareas que se encomiendan.

- Oportunidades que se brindan.

- Consejos.

- Características que se asignan.

- Juegos o actividades que decimos les corresponden.

- Tratar que la relación de pareja sea el modelo de una relación igualitaria, respetuosa, solidaria y cariñosa.

- Revisar las actividades que pueden realizar solos y aquellas que requieren orientación y ayuda.

- Promover relaciones armoniosas en la pareja.
- Estar atentos a la conducta de sus hijos y buscar ayuda cuando sea necesario.

En la Escuela:

Desde los primeros años se debe educar a los niños/as a cuidarse para que no se hagan daño y no les hagan daño. (MINEDU 1999). Los docentes y padres deben considerar:

- Un niño/a informado tiene menos posibilidades de ser abusado.

- Un niño/a con seguridad personal, cariño, amor o lazos afectivos estables con un ambiente familiar de confianza podrá salir adelante ante situaciones de peligro.

- Los niños/as deben recibir información clara sencilla sobre su cuerpo, su desarrollo sexual de acuerdo a la edad o curiosidad, esto le permitirá tener una actitud positiva de cuidado y de autoprotección sobre su cuerpo y sus actos. Es importante dar mensajes claros y precisos: que su cuerpo es suyo, que debe quererlo y cuidarlo y que nadie, sea conocido o desconocido, puede imponerle acciones que no desea hacer.

Enseñarle que las caricias y los abrazos son muy agradables, siempre y cuando estas no les incomoden y si es así deben rechazarlos.

- Es importante enseñar a los niños a expresar sus emociones y sentimientos. Esto será posible si confiamos en ellos, los escuchamos y ayudamos a reflexionar sobre sus sentimientos y dudas.

- Los niños/as deben saber que no deben recibir regalos de personas conocidas o

	<p>desconocidas que les exijan luego mantener secretos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los maestros deben conocer y analizar las situaciones en las que los niños pueden desenvolverse por sí mismos sin riesgos y tomar medidas en aquellas donde aún necesiten cuidado. <p>Finalmente la mejor forma de prevenir el Abuso Sexual es propiciar una buena comunicación entre padres e hijos, maestros y alumnos que permita en forma conjunta tomar las decisiones más adecuadas.</p>			
<p>Rosa Barrera J. (2012). Abuso sexual, su Impacto en el Desarrollo y la Salud de los Niños. Disponible en: http://www.buentrato.cl/pdf/Abuso_sexual_su_Impacto_en_el_Desarrollo.pdf</p>	<p>“<input type="checkbox"/> <u>Apoyo Parental</u>: ser creído por los padres, especialmente, por la madre. La sensación de ser creído es uno de los mejores mecanismos para asegurar una evolución a la normalidad.</p> <p><input type="checkbox"/> <u>Buena adaptación escolar</u>: tiene efecto positivo en la autoestima.</p> <p><input type="checkbox"/> Apoyo de amigas(os) íntimos y de la pareja (en adolescentes): amortigua el impacto de la victimización.</p> <p><input type="checkbox"/> Intervención profesional temprana en la protección y valoración de la necesidad de tratamiento”. (Pág. 26)</p>	<p>Tratamiento del ASI desde el Enfoque Cognitivo – Conductual</p>		<p>Factores protectores</p>