

29
28



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**CONOCIMIENTOS QUE TIENEN LOS PEDIATRAS
PSICOLOGOS, TRABAJADORAS SOCIALES,
MAESTROS Y EDUCADORAS QUE TRABAJAN CON
NIÑOS SOBRE EL TEMA DE ABUSO SEXUAL**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A N :**

**CAMPOS MARTINEZ BEATRIZ
MONROY NERI ZAIRA
SANCHEZ MACIAS SARA**

MEXICO, D. F.

FALLA DE ORIGEN

1989



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

RESUMEN

INTRODUCCION	1
MALTRATO AL MENOR	4
1.1 Definición y Tipos de Maltrato al Menor	4
Explotación	10
El Maltrato Físico	11
El Maltrato por Descuido o Negligencia	12
El Maltrato Emocional	13
El Maltrato Grupal	13
El Maltrato por Discriminación o Negligencia Selectiva	13
El Abuso Sexual al Menor	13
ABUSO SEXUAL	17
2.1 Aspectos Históricos del Abuso Sexual	17
2.2 Definición del Abuso Sexual	21
2.3 Características del Abuso Sexual	25
Características de las Víctimas	26
Características de los Ofensores	28
Consecuencias Psíquicas y Conductuales del Abuso Sexual	30
2.4 Aspectos Médicos del Abuso Sexual	35
Entrevista con la Madre	35
Entrevista a la Víctima	36
Examen Físico	38

2.5 Delitos Sexuales Contra el Menor en el Código Penal del D.F.	40
2.6 Otras Investigaciones Similares Antecedentes	46
METODOLOGIA	49
INTERPRETACION Y DISCUSION DE RESULTADOS	78
CONCLUSIONES	82
LIMITACIONES	84
SUGERENCIAS	85
BIBLIOGRAFIA	87
APENDICE A	92
APENDICE B	103

RESUMEN

El objetivo de la presente investigación fue conocer que tanta información tienen los pediatras, psicólogos, trabajadoras sociales, maestras y educadoras que trabajan con niños, así como en un grupo de profesionistas de diferentes áreas acerca del tema de abuso sexual al menor. Participaron 180 sujetos de los cuales se formaron 6 grupos. Se les aplicó un cuestionario de conocimientos sobre abuso sexual constituido por 27 reactivos de los cuales 10 fueron sobre aspectos médicos, 9 sobre conceptos y características del abuso sexual y 8 sobre consecuencias psíquicas y conductuales del abuso sexual. Los resultados fueron analizados por medio de la prueba de frecuencias para caracterizar a la muestra el coeficiente Alfa de Crombach para confiabilizar el instrumento, el Análisis de Varianza para conocer las diferencias de conocimientos entre los 6 grupos de acuerdo a las 3 subescalas, la prueba de rangos de Duncan para comparar a los 6 grupos al mismo tiempo, por último se aplicó la prueba T para comparar a los grupos de profesionistas contra el grupo control. Los resultados nos muestran que el grupo control no sabe sobre el tema y el grupo que mas conocimiento tiene es el de los psicólogos, sin embargo se considera que el nivel de conocimientos de estos profesionistas es insuficiente ya que solo conocen algunos aspectos a nivel general. Se sugiere que se continúen realizando investigaciones sobre el tema así como impartir cursos de sensibilización e información a la población en general sobre el tema de abuso sexual.

INTRODUCCION

El tema de abuso sexual ha sido estudiado poco en nuestro país, ya que principalmente este concepto suele confundirse con los de violación o maltrato físico y en ocasiones, con el de incesto. Pareciera ser que esta confusión es debido a múltiples razones como: la falta de información y conocimientos adecuados sobre el tema, la falta de interés social mostrado hacia el problema y la falta de elementos que puedan diferenciar y definir el abuso sexual, miedo y prejuicios a conocer y hablar de estos problemas, la falta de denuncia, la inadecuación de las leyes vigentes en nuestro país y por todo lo anterior, la falta de servicios especializados.

A pesar de que no se ha estudiado a fondo como ya se dijo, el abuso sexual es reconocido como un grave problema social, ya que éste se presenta con más frecuencia de lo que la sociedad supone. Desafortunadamente son pocos los casos reportados y atendidos debidamente. El abuso sexual a menores es un problema que genera graves consecuencias psicológicas como: depresiones severas en los niños, ansiedad, pesadillas, baja autoestima, bajo rendimiento escolar, etc. que de no ser atendidos a tiempo desde la fecha en que suceden, podrían traer serios trastornos psicosexuales tanto a nivel inmediato como en la vida adulta.

Parece ser que el fenómeno del abuso sexual se presenta en todos los niveles socioeconómicos, aunque se evidencia en las zonas de bajos recursos con más frecuencia que en otras de mayor poder adquisitivo.

Como generalmente estos casos no se reportan ni se denuncian a las autoridades correspondientes no se conoce su prevalencia real.

Es posible que el que estos casos no sean reportados sea

por varias razones: vergüenza de que se conozca el caso, desconfianza, no saber a quien recurrir, miedo o represalias o consecuencias sociales para la víctima y la familia.

Por lo anteriormente expuesto y por la falta de estudios realizados con población mexicana, referente al tema de abuso sexual se considera de suma importancia trabajar con los profesionistas que tienen contacto ya sea directo o indirecto con los niños, a través de una investigación que ayude a identificar los conocimientos que los profesionistas: psicólogos, pediatras, trabajadoras sociales, maestros y educadoras que tienen sobre el tema de abuso sexual.

La presente investigación muestra en su primer capítulo una reseña histórica del maltrato físico desde los tiempos más antiguos hasta nuestros días. También se presentan una serie de definiciones del llamado "síndrome del niño maltratado" así como una clasificación de los diferentes tipos de maltrato al menor incluyendo dentro de estos tipos al abuso sexual.

En el segundo capítulo se expone una breve revisión histórica sobre el abuso sexual al menor, se manejan varias definiciones sobre abuso sexual expuestas por autores extranjeros que en la última década se han dedicado a realizar investigaciones acerca de este fenómeno, presenta aspectos poco tratados referentes a las principales características de los niños más propensos a ser víctimas del abuso sexual, las características de los ofensores, así como las consecuencias psíquicas y conductuales que se presentan en la víctima después de sufrir un abuso sexual.

También presenta un aspecto importante y relevante que poco se toma en cuenta, el aspecto médico del abuso sexual englobándose dentro éstos el trato que el médico debe tener tanto para el niño como para la familia, la manera de examinar al niño, los exámenes médicos que se le deben aplicar y el manejo de los datos que se obtienen.

Así como también se mencionan todos y cada uno de los artículos que se encontraron en el código penal del D.F. referentes al menor.

Por último se presentan algunas investigaciones similares encontradas acerca del como los profesionistas trabajan o estudian a las víctimas de abuso sexual hechas en Estados Unidos de Norteamérica y en Gran Bretaña.

El Tercer capítulo presenta una descripción detallada de la metodología utilizada, desde la elección de los profesionistas hasta la obtención de los resultados.

El capítulo cuarto presenta la interpretación y discusión de los datos obtenidos a través de la aplicación del cuestionario de conocimientos.

Y finalmente el capítulo quinto presenta las conclusiones a las que se llegó en este trabajo.

CAPITULO I

MALTRATO AL MENOR

1.1 Aspectos Históricos del Maltrato al Menor

En las investigaciones iniciales de casos de niños maltratados, el diagnóstico se hacía únicamente basándose en los datos médicos de las lesiones inflingidas por maltratos físicos. En la actualidad, se le presta ya atención al hecho de que el maltrato puede ser dado no solamente por agentes físicos que produzcan lesiones como hematomas, quemaduras, fracturas, etc., sino que también se reconoce la existencia de actos de omisión que pueden incluso, dañar severamente al niño, como en el caso de la desnutrición. Se ha enfocado así mismo, el aspecto emocional en el maltrato, encontrándose que estos niños presentan perturbaciones emocionales severas.

En la historia, la literatura y la mitología se encuentran numerosos ejemplos que ilustran las razones que se citan en la práctica del infanticidio.

Así se conoce que los moravitas, amoritas y fenicios adoraban al Dios Moloch, cuya representación era una figura hueca, de bronce, con cuerpo de hombre y la cabeza de ternero, llevando una amplia parrilla en su mano derecha, la cual rellenaban con combustible; cuando la parrilla se calentaba, depositaban en ella a los niños vivos para implorar su clemencia. En Tiro y Sidón también se les sacrificaba para calmar la ira de los dioses.

En la Biblia hay muchas muestras de asesinatos de niños, tales como la destrucción del primogénito, o bien la costumbre de poner los huesos de los niños en los cimientos de un nuevo edificio, por lo que los arqueólogos han encontrado jarras con huesos de recién nacidos que habían sido enterrados bajo las esquinas, umbrales y puertas de los cananitas, además de los sacrificios de niños abrasados por el fuego para ofrecerlos a un Dios

caprichoso. En el antiguo Israel era común la inmolación infantil en un valle cercano a Israel llamado Gehenna o Ge-Hinnom, que fue convertido en basurero y ardía constantemente.

Layo, rey de Tebas, informado por un oráculo de que sería muerto por su hijo, hizo abandonar a Edipo, recién nacido, para que muriera y de esa manera, evitar las predicciones del oráculo.

En los mitos que relata Frazer, el rey Aun de Suecia, sacrificó al Dios Odín, en Upsala, a nueve de sus hijos, pues un oráculo le dijo que viviría reinando mientras sacrificara un hijo cada diez años.

Los romanos tenían una costumbre llamada Tollere infantum donde invocaban a la Diosa Levana para decidir sobre la vida o la muerte del recién nacido. En la antigua Escandinavia existía una ceremonia nombrada Wasser Wihe en la que los padres tomaban la decisión de matar o no a sus hijos.

Se sabe que en Esparta, los recién nacidos eran sometidos al juicio de la asamblea de los ancianos, si se les juzgaba útiles respetaban su vida, en caso contrario, los arrojaban desde la cima de los Montes Taigetos para que sirvieran de alimento a las fieras; de esa manera eliminaban también a los viejos y a los deformes, para lograr ciudadanos perfectos.

En la India, consideraban a los niños con defectos físicos instrumentos del diablo y eran destrozados. En la época clásica, Séneca, Platón y Aristoteles sostenían que el asesinato de niños con defectos físicos era una costumbre sabia.

En China, como el número límite de una familia eran tres hijos, arrojaban al cuarto hijo a los animales salvajes. En las islas de Hawaii, después del tercero o cuarto hijo, habitualmente mataban a los siguientes.

El infanticidio, por lo tanto, ha sido reportado como un rito regular de numerosas culturas incluyendo a los esquimales, polinesios, egipcios, africanos, indios americanos y aborígenes australianos. (Salomón Teheo, 1973).

La manera de asesinar a los recién nacidos por asfixia, estrangulamiento, exposición a los elementos de la naturaleza o tirándolos a la basura es una práctica usual en sociedades de países desarrollados como única solución para los embarazos no deseados y a los hijos ilegítimos.

En informes estadísticos contemporáneos se encontró que en Dinamarca, en 1967, la mitad de las víctimas de asesinatos fueron niños sacrificados por sus madres. En Inglaterra, se señalan

12,800 muertes causadas por sus padres en 1976. En Estados Unidos de Norteamérica, en 1978, se reportaron 100,000 casos de niños agredidos por sus progenitores, de los cuales el 8% fallecieron por las lesiones causadas. (Marcovich J., 1978).

Pero la agresión en contra del niño no adopta únicamente esta modalidad extrema, sino que puede presentarse en forma de maltrato o descuido. Abusar de los niños que forman el sector más desvalido de la sociedad es un fenómeno que también ha estado presente a lo largo de la historia del hombre, sucede ampliamente y quizás va en aumento.

En nuestro país, los mexicanos antiguos percibían al maíz como a un ser viviente que atravesaba por un ciclo de vida desde la concepción hasta la muerte, y creían estimular el crecimiento de la cosecha sacrificando recién nacidos cuando se sembraba el maíz y niños mayores cuando crecía, entre el grupo Maya Quiché se encontraron sacrificios de niños realizados en honor del dios Ohac, para que los favoreciera con la lluvia. También se registran sacrificios de niños a los dioses del agua en la cultura Mexica. (Riva Palacio y Cal, 1974).

Hellbom, citado por Amparo Parres (sin año) informa que "En la fiesta del quinto mes Toxcatl, dedicado a los Tezcatlipoca, acuchillaban con una navaja de piedra a los jóvenes, muchachos y niños pequeños en el pecho y en el estómago, los brazos y las muñecas". Otro ejemplo: "En el sexto mes, fiesta de los tlaloques, castigaban a los niños por faltas y errores cometidos con un ayuno de cuatro días. Los llevaban al agua asidos por los cabellos, maltratándoles y arrojándoles al lodo, dejándoles, pues, medio muertos. Sus parientes los llevaban después a casa". En el Códice Mendocino se encontraron algunas costumbres de las que se puede encontrar remanentes en la educación o los castigos actuales de ciertos grupos de nuestro país. Los grupos Mazahuas acostumbraban obligar al niño desobediente a inclinar su cabeza sobre el humo de los chiles tostados; también se les castigaba colgándolos de los cabellos de las sienes mientras se les golpeaba con varas, o se les hinca sobre grava, mientras sostienen una gran piedra sobre sus cabezas. (Osorio y Nieto, 1981).

En la tribu Enia de Nueva Guinea, si los pequeños entran a una choza sin autorización de los padres, se les amputa un dedo o una oreja y la porción debe ser comida por el niño. En el mismo país, en la tribu Bena Bena, se encierra al niño desobediente durante varios días en un calabozo, privándolo de alimento, amarrándole las manos y a los tres días se le saca a ala calle y la madre le untó la cara con excremento y la gente le escupe. (Marcovich J., 1981).

En el siglo XVII era frecuente lisiar, amputar o deformar

deliberadamente a los niños, entre las clases socioeconómicamente inferiores, para que causaran lástima y pudieran mendigar en beneficio de sus padres o de otros explotadores.

En la Gran Bretaña, en las primeras décadas de 1800, se hacía trabajar a los niños en las minas y en las fábricas por turnos de más de dieciséis horas, encadenados a sus puestos para que no pudieran escapar; se les daba muy poco alimento y eran apresurados a aumentar sus esfuerzos por medio de golpes y bofetadas de sus capataces.

En 1874, en la ciudad de Nueva York, sucedió un caso que conmovió a la opinión pública; Mary Ellen, una niña de cuatro años era maltratada constantemente; los vecinos presentaron el caso a los tribunales, pero como el abuso a los niños no era considerado como un delito, no se llevó a cabo ninguna acción legal. Se presentó entonces el caso a la corte, avalado por la Sociedad Protectora de Animales, los argumentos se apreciaron como válidos y los agresores fueron castigados. Como resultado, se funda "The Society for the Prevention of Cruelty to Children".

En 1923, Eglantine Gebb, fundadora del "Save the children fund", redactó la declaración de los derechos del niño, en Ginebra, y en 1959 la Organización de las Naciones Unidas formuló y modificó esta declaración denominándola "El Decálogo de los Derechos de los Niños".

John Caffey, pediatra y radiólogo, en 1946, investigó a seis niños que presentaban hematoma subdural y fracturas múltiples en los huesos, y concibió la posibilidad que tuvieran un origen traumático que se había ocultado. P.V. Wooley y W.A. Evans, en 1955 apuntaron que este origen traumático era intencional (Osorio y Nieto, 1981).

En 1961, C.H. Kempe, F.N. Silverman, B.F. Steele, N. Droegemuller y H.K. Silver, dieron a conocer setecientos cuarenta y nueve casos recopilados en un año de lo que llamaron Síndrome del niño Golpeado, para connotar la agresión física hacia el menor de parte de los padres o adultos encargados de su cuidado, en un simposio interdisciplinario organizado en la Reunión Anual de la Academia Americana de Pediatría.

En México, los días 7 y 8 de Septiembre de 1971, se celebró un ciclo de conferencias sobre el tema, auspiciado por el Instituto Mexicano del Seguro Social y la Barra Mexicana del Colegio de Abogados, en el que se analizaron los aspectos psiquiátricos, médicos, de trabajo social y jurídicos. (Palomares, 1983).

La empresa "Productos Nestlé, S.A.", publicó un trabajo de recopilación de diversos autores de múltiples países con el

título de "Anales Nestlé. Del abandonado al niño mártir".

En 1976 se celebraron las XIX Jornadas Médico Regionales, en las que se examinó este problema.

Del 4 al 9 de Julio de 1977, se verificó en la Sociedad Mexicana de Pediatría el Simposio sobre el Niño Golpeado.

En 1978, se construyó la Comisión Nacional para el Año Internacional del Niño, que se realizó al año siguiente: como resultado se llevó a cabo un simposio Internacional sobre el niño maltratado el día 5 de Diciembre de 1979 en la ciudad de México, D.F.

El 12 de Mayo de 1983, tuvo lugar un seminario sobre el manejo del niño maltratado en México, bajo el auspicio del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, con el objeto de promover el intercambio de experiencias entre las instituciones que intervienen en la prevención, detección y solución de los casos de niños maltratados en nuestro país.

La Academia Nacional de Medicina y el sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, organizó de manera conjunta una Jornada Nacional sobre el Maltrato al Menor, el día 12 de Septiembre de 1984, a fin de actualizar el conocimiento científico del maltrato en 4 áreas: médica, psiquiátrica, sociológica y jurídica.

1.2 Definición y Tipos de Maltrato al Menor

Como se ha podido observar en el capítulo anterior desde los tiempos más remotos de la humanidad el maltrato al menor existía de una manera u otra.

En la actualidad hay una gran inquietud por este tema tanto a nivel internacional como nacional. A lo largo del presente capítulo se mencionarán algunas definiciones de lo que es el "síndrome del niño maltratado" así como varios tipos de maltrato.

Una revisión bibliográfica proporciona las siguientes definiciones.

Henry Kempe (1961), propuso el término de "Síndrome del niño golpeado", y lo definió como "el uso de fuerza física en forma intencional, no accidental, dirigida a herir, lesionar o destruir a un niño, ejercido por parte de un padre o de otra persona responsable del cuidado del menor (Pág 35)".

R.G. Birrel e I. H. W. Birrel (1968), definieron el síndrome del niño maltratado, como "el maltrato físico y la privación de

alimento, de cuidados y de afecto, con circunstancias que implican que esos maltratos y privaciones no resultan accidentalmente". (Citado en Osorio y Nieto 1981)

Marcovich J. (1978), dice que es el conjunto de lesiones orgánicas y correlatos psíquicos que se presentan en un menor de edad como consecuencia de la agresión directa, no accidental, de un mayor de edad en uso y abuso de su condición de superioridad física, psíquica y social.

Lagerberg (1978), expresa que el maltrato al niño no es una simple obra de injuria física. Las injurias pueden ser también mentales o psicológicas. La violencia contra los niños puede tomar una forma activa o pasiva. La violencia activa ocurre cuando padres o cuidadores por sus explícitas acciones abusan o descuidan al niño física o mentalmente. La violencia pasiva cuando el niño no es lo suficientemente protegido del daño, sin existir intención alguna por parte de los padres o cuidadores de causar daño al niño. (Citado en Coppori, 1984)

Feigelson (1979), propone que abusar de un niño es la injuria deliberada e intencionada y voluntaria por parte de la persona que lo toma a su cuidado, esto varía desde el pegar, golpear con un cinturón, cuerda u otros implementos, azotar contra un muro, quemar con un cigarro, escaldar con agua caliente o fría, encerrar en un sótano, amarrar, torturar, abusar sexualmente de él, hasta el matar; entraña un tratamiento físico activo, hostil y agresivo.

Fontana (1979), explica que cualquier trato por el cual el potencial de desarrollo de un pequeño se vea retardado o completamente nulificado por el sufrimiento mental, emocional o físico constituye maltrato. Los signos o síntomas que indican el maltrato de los niños van de la simple subnutrición de un infante a quien reporta como deficiente en su desarrollo, a las fracturas y los daños múltiples inflingidos que se observan en el niño golpeado.

Osorio y Nieto (1981), más que enfocar el síndrome, define lo que es el niño maltratado a quien precisa como "la persona humana que se encuentra en el periodo de la vida comprendida entre el nacimiento y el principio de la pubertad, objeto de acciones u omisiones intencionales que producen lesiones físicas o mentales, muerte o cualquier otro daño personal, provenientes de sujetos que por cualquier motivo, tengan relación con ella".

Todos los autores anteriormente mencionados coinciden en que el maltrato al menor es lastimar al niño de manera física o psicológica en forma intencional, causando un deterioro permanente en su desarrollo normal y hasta en ocasiones la

muerte.

Tipos de Maltrato:

Para determinar los tipos de maltrato, se deben considerar las relaciones que se dan entre el padre y el hijo en los casos de maltrato infantil, encontrándose que éstas pueden colocarse un continuo. En un extremo del mismo se podría situar el castigo verbal, aparentemente inofensivo, con manifestaciones como la crítica, el desprecio, la amenaza y el ridículo, o bien formas típicas de castigo físico, tales como un manotazo o una tunda. En el otro extremo del continuo se tendría a las formas de castigo físico que sobrepasan los límites de las normas que la sociedad permite y acepta como válidas, tales como pegar al niño con objetos pesados, o quemarlos con un cigarrillo o bien con agua caliente, e incluso hasta llegar a matarlo. En los puntos intermedios quedarían las diversas formas y grados de maltrato. Este continuo ilustraría el criterio de la intensidad o magnitud del daño infringido al niño maltratado.

Dentro del continuo maltrato se presentan diversas formas del mismo, tales como: (Foncerrada, 1979)

- 1) Explotación
- 2) El maltrato físico
- 3) El maltrato por descuido o negligencia
- 4) El maltrato emocional
- 5) El maltrato grupal
- 6) El maltrato por discriminación y negligencia selectiva
- 7) El abuso sexual al menor

A continuación se explicarán cada uno de estos tipos de maltrato.

Explotación

La explotación del niño se refiere al hecho de que éste es obligado a trabajar o a invocar la caridad pública para llevar dinero a sus padres o tutores.

Por todo el mundo existen menores que trabajan. Según datos aportados por Finkelhor, (1983), 75 millones de niños entre ocho y quince años forman parte de la mano de obra de los países en vías de desarrollo; la cifra mundial se estima aún mayor.

Con frecuencia a estos niños se les hace trabajar más de la cuenta, sin proporcionarles la alimentación adecuada pagándoseles menos de lo normal o no se les paga.

En diversas partes del mundo, se obliga a niños, incluso de cinco años a trabajar por largas jornadas. Las condiciones en que se

realizan sus labores, son peligrosas; manejan sustancias tóxicas, inhalan emanaciones nocivas o acarrean cargas excesivamente pesadas, que ponen en peligro su bienestar físico y mental. En la India, por ejemplo, los niños aspiran grandes cantidades de azufre y clorato de potasio mientras hacen fósforos con polvora, material sumamente inflamable, que generalmente les produce enfermedades respiratorias (Finkelhor, 1988).

En Brasil, Colombia y Egipto, muchos niños son empleados en las fábricas de ladrillos, y a consecuencia de las pesadas cargas que deben transportar, sufren lesiones incurables en la columna vertebral. (Citado en Aguilar y col. 1971)

En México, abundan menores cuyas edades oscilan entre los doce y dieciséis años, que son sometidos a largas y fatigosas jornadas de trabajo de catorce o más horas, para ganar unos cuantos pesos. Forman la mano de obra de gasolinerías, talleres, puestos semifijos o ambulantes, sin que gocen de las prestaciones legales mínimas, generalmente trabajando solo a cambio de las propinas que los usuarios les dan.

También son bastante conocidas las formas de explotación a los niños en labores como el "traga fuegos" o el "limpia parabrisas" del coche en los cruces de las avenidas. La mayoría de estos niños tienen corta edad y aún así, arriesgan la vida. No disfrutan de las actividades normales de niños de su edad sino todo lo contrario, no saben jugar, están obligados a desempeñarse como adultos pequeños.

El Maltrato Físico

Esta es la variedad de maltrato más evidente. Se refiere al uso de la fuerza física en forma intencional, no accidental, dirigida a herir, lesionar o destruir a un niño, sus efectos dejan huellas visibles.

Dentro de este tipo de maltrato se observan:

- a) Niños maltratados por sus padres
- b) Niños maltratados institucionalmente

a) Niños maltratados por sus padres:

Este es un fenómeno en el cual los padres imponen de manera no accidental daño a sus hijos, la mayoría de las veces es a través de golpizas con la mano y objetos, los cuales constituyen verdaderos ejemplos de brutalidad, tales como: niños golpeados a puñetazos, a patadas, estrangulados, quemados de múltiples maneras, sumergidos en agua helada, apuñalados, asfiados, etc. Las alteraciones patológicas también son de diversas clases como fracturas, rupturas de vísceras, lesiones cerebrales,

desprendimiento retiniano, etc.

El padre o tutor generalmente no ofrece espontáneamente ninguna clave, sino que desorienta, inventa y oculta información. Relatan historias que están en contradicción con los hallazgos de la revisión clínica del niño. (Finkelhor, 1988).

b) Niños Maltratados Institucionalmente

Esta forma de maltrato al niño también involucra daño al menor de manera no accidental, pero este daño viene de la comunidad en la que el niño se desenvuelve: Instituciones, escuelas, guarderías, orfanatorios, aunque este tipo de abuso no llega a ser tan brutal como el de los propios padres.

El Maltrato por Descuido o Negligencia

El descuido o negligencia se refiere al daño infringido a un niño, ya sea por falta de cuidado o por falta de una supervisión adecuada. (Citado en Burgess y Conger 1978)

Se observan dos tipos de descuido o negligencia.

a) Padres Negligentes

El descuido infantil se relaciona al fracaso de los padres para proporcionar vestido, comida, supervisión, cuidado médico o condiciones de vida sanitaria, pero sin que exista ninguna evidencia de maltrato o abuso físico. El niño descuidado es recibido en el hospital con una historia de deficiencia en el desarrollo, mala nutrición, pobre higiene de la piel o irritabilidad. (Finkelhor, 1988).

El término original de niño golpeado propuesto por Henry Kempe, ha sido posteriormente cambiado por el niño maltratado, pues este concepto abarca más que la acción de golpear al niño, o sea el maltrato físico; incluye también situaciones de omisión como el descuido o negligencia.

Algunos autores consideran que el descuido y el maltrato físico son cualitativamente diferentes, en tanto que otros lo sitúan dentro de la misma categoría, y sólo son cuantitativamente distintas.

En esta categoría, se encuentran niños que son mantenidos con alimentos completamente inadecuados, que muestran señales de haber recibido medicamentos inapropiados para un niño. Cuando el descuido es severo, y el niño muere o causa de este descuido, puede llegar incluso a catalogarse como homicidio premeditado por hambre o enfermedad, ya sea por falta de cuidado o supervisión ante peligros reales del medio ambiente. (Citado en Reidy, 1977).

b) Negligencia Institucional:

La privación o carencia de cuidados necesarios para los niños también se observan en las escuelas, guarderías y orfanatorios. Esto a menudo ocurre por la falta de personal capacitado para cuidar a los menores.

El Maltrato Emocional

Este tipo de maltrato hace referencia al trato denigrante que se le da al niño, y que incluye manifestaciones tales como rechazo verbal, la burla, el ridículo, las amenazas, los regaños fuertes e injustos, el aislamiento, corrupción, en fin, un trato en el que se rebaja la dignidad del niño.

Este es quizá el tipo de maltrato o abuso más frecuente en nuestra sociedad y por ser el que menos evidencias presenta, el más aceptado bajo la justificación de que es el menos dañino.

El niño que frecuentemente está expuesto al maltrato emocional se forma una pobre imagen de sí mismo y actúa de acuerdo a esta autoimagen distorsionada, lo que lógicamente repercutirá en su desenvolvimiento en general y en su desarrollo mental, social y emocional. (Finkelhor, 1988).

El Maltrato Grupal

Este incluye a niños quienes son capturados, torturados o muertos por guerrilleros civiles o internacionales. Muchos de estos niños son intencionalmente dañados como una forma de ataque o venganza de su comunidad. (Finkelhor, 1988).

El Maltrato por Discriminación y Negligencia Selectiva

Esta clase de negligencia la sufren especialmente los niños no deseados, los niños con alguna malformación o defecto físico, o los hijos últimos de familias muy grandes, todos bajo las mismas circunstancias de fase selectiva de negligencia por parte de su familia. Así los niños que estorban o que no son deseados se les llega a privar de comida, atención médica o cuidados. (Serrano, 1985)

Este tipo de discriminación sucede también en los orfanatorios a los niños sin hogar. Otro tipo de negligencia selectiva son los niños que por motivos étnicos o raciales también llegan a ser discriminados.

El Abuso Sexual al menor

El abuso sexual infantil despierta fuertes sentimientos de

disgusto y enojo entre la sociedad. Es desde hace poco tiempo que se ha incrementado el interés y la preocupación por la ocurrencia del abuso sexual; además, la investigación es escasa, debido principalmente a la dificultad para definirlo, ya que se toma como un asunto familiar, el cual debe evitarse que salga a la luz pública.

Dentro del abuso sexual al menor se tiene la siguiente subclasificación:

- 1) Incesto
- 2) Violación
- 3) Prostitución de Niños
- 4) Pornografía de niños

Incesto

El incesto es definido como el contacto sexual entre miembros de la familia, incluyendo no sólo el coito, sino también la masturbación mutua, el contacto manual-genital u oral-genital. la exhibición y hasta las proposiciones sexuales (Citado en Finkelhor, 1979).

También puede ser definido como las relaciones sexuales entre personas quienes a causa de su cercano parentesco, están legalmente incapacitados para casarse, por ejemplo: hermanos con hermanas; padres con hijos.

El tipo de incesto más común es, probablemente el padre-hija. Según Marcovich J. (1981), representa el 75% del total de los casos, mientras que las relaciones madre-hijo, padre-hijo, madre-hija y hermano-hermana, constituyen el 25% restante.

El incesto tiende a no ser violento. La mayoría de los padres involucrados en una relación incestuosa con su hija, tienen una personalidad introvertida, tienden a aislarse socialmente, relacionándose sólo con los miembros familiares.

En esta situación se origina una triada padre-madre-hija, en la que cada uno de ellos tiene un papel. En muchos casos, la situación es propiciada o permitida por la esposa, quien facilita la relación, y como frecuentemente es una persona muy dependiente, a fin de mantener ligado al hombre de la familia, se le proporciona un lazo más atractivo que ella misma. Como esto se considera un asunto familiar cuya finalidad es mantener unidad y en equilibrio a la familia, se llega incluso a negar el hecho y a desmentir a la víctima, en el caso de que esta denunciara el hecho.

Las relaciones incestuosas pueden iniciarse desde que el niño

empieza a caminar y continuar hasta la edad adulta.

Violación

"La violación se ha considerado como un acto pseudosexual, un modelo de conducta sexual basado más en la represión, agresión, el control, el dominio y la intimidación, que en el placer sensual o la satisfacción sexual. Es la afirmación de una voluntad de poder y destrucción." (Mendoza, 1986).

Se caracteriza por ser un delito que degrada, deshumaniza y viola el yo de la víctima, aunque sigue siendo un fenómeno poco entendido en numerosos aspectos.

"La violación puede definirse como un asalto sexual en el que interviene la penetración vaginal con carencia del consentimiento de la víctima". (Citado en Mendoza, 1986).

Este tipo de incidentes siempre va acompañado de violencia física, penetración sexual forzada por cualquier vía: oral, anal y vaginal, así como con cualquier objeto; llevado a cabo por cualquier persona de cualquier sexo y edad.

Las repercusiones que sufren las víctimas de violación abarcan su integridad física y psíquica. La magnitud del daño depende de su edad, las circunstancias de la violación, su historia previa y sobre todo de la reacción tanto de su medio familiar así como del ámbito social en que se desenvuelve. (Dowdswell, 1987).

El daño físico puede ir desde golpes leves hasta contusiones, laceraciones y heridas graves e incluso llegar a la muerte; sin embargo el efecto más traumático es el psicológico.

"Las manifestaciones que surgen con mayor frecuencia en las víctimas son: ansiedad, culpa y/o vergüenza, temor de embarazo, contraer enfermedades sexualmente transmisibles, y a las posibles represalias del agresor" (Martínez I, 1985).

La violación puede ocurrir a cualquier persona, no se da en lugares específicos, ni a una hora determinada; no siempre es un asalto cometido por un desconocido, puede ocurrir en cualquier tipo de relación hombre-mujer; así mismo, la violación no siempre es cometida por una sola persona, se han reportado casos en los que intervienen más de un asaltante.

No existen límites definidos de edades, salud o apariencia física entre las víctimas de violación. Existen informes de violaciones de niñas de 5 meses y también de ancianas de más de 80 años. (González de Alba 1985)

Prostitución de Niños

La prostitución de niños ocurre en muchas ciudades, de varias maneras, como por ejemplo: padres quienes venden a sus hijos para propósitos sexuales, o niños que huyen de su casa y por necesidad económica se ven forzadas a atrabajar en burdeles. En algunas ciudades occidentales existen lugares especiales donde se comercia con niños y jóvenes para la excitación sexual de los adultos (Finkelhor, 1988).

Pornografía de Niño

Este tipo de abuso sexual se ha agravado por el avance tecnológico de la época. Los niños son fotografiados de nalgas o en actos sexuales con adultos u otros niños de su misma edad. Estas fotografías son publicadas o tratadas comercialmente.

Comparada con otro tipo de abuso sexual son relativamente pocos los niños envueltos en este tipo de abuso. Muchos de estos niños en ocasiones llegan a ser prostituidos. Cualquier niño puede ser sujeto de esta clase de abuso. (Finkelhor, 1988).

Como se puede observar no se especificó ninguna definición del abuso sexual, ya que por ser el tema central de la presente investigación se abarca de manera más amplia en los siguientes capítulos (desde su historia, definición hasta su tipología).

CAPITULO II ABUSO SEXUAL

2.1 Aspectos Históricos del Abuso Sexual

A través de los siglos, en todas las culturas y sociedades han sido observados cambios, avances y conflictos. Algunos han sido reconocidos como "problemas sociales", situaciones aceptadas por un sector de la población, o sólo como "asuntos de interés público", reconocidos por un amplio sector de la sociedad, particularmente por aquéllos que definen las políticas. Así, muchos "problemas sociales" importantes para ciertos grupos específicos, no siempre han alcanzado el estatus de "asuntos de interés público". Tal es el caso del abuso sexual, que en muy contadas ocasiones llegó a ser un asunto de gran interés público en cierto momento histórico relativamente breve.

Actualmente el abuso sexual ha emergido como un grave problema social en algunos países. Aunque hay antecedentes históricos que sugieren que el abuso sexual ha existido de una u otra forma como un rasgo de cada generación y cada cultura, ha sido sólo en la última década que la atención pública y académica se ha interesado en el tema (De Young, 1986).

En su libro "Sexually Abused Children and their families" Beezley y Kempe (1981) reseñan los cambios de las prácticas sexuales. Explican que algunas de estas han sido consideradas en ciertas épocas como normales, más tarde como inmorales, después como criminales y en la actualidad como psicopatológicas.

En los orígenes de la civilización romana se aceptaba a la homosexualidad como una práctica sexual más. Algunos movimientos religiosos tenían una visión diferente, los griegos la idealizaban como una forma de sexualidad superior. En cambio, los judíos la sancionaban por considerarla inmoral.

Los niños en la antigüedad vivían sus primeros años en una esfera de aceptación de las prácticas sexuales entre adultos y niños. En casi todas las ciudades de Grecia y Roma los muchachos prostituían a los niños en burdeles.

La Castración de niños y jóvenes y la relación sexual anal entre maestros y niños fueron tan comunes como el uso de menores esclavos, sobre todo muchachos, para la gratificación sexual de los hombres adultos, con la aprobación de la comunidad.

En los orígenes de las civilizaciones inca, egipcia y del viejo Hawai, entre las personas de clases privilegiadas, se toleraba a las prácticas sexuales entre niños y adultos, así como ciertos tipos de incesto.

La tolerancia a las prácticas sexuales entre adultos y niños variaba mucho en la civilización judía; en algunas ciudades la pena por sodomía con niños de 9 años de edad era la muerte, pero la población con niños jóvenes no se consideraba como un acto sexual y sólo era penado con azotes.

Durante los siglos XVI y XVII, se estableció la noción de que la niñez es inocente. A los niños se les empezó a considerar por naturaleza confiados, candidos y puros (Van Ussell, 1974).

Roussell escribía en 1762 (Citado por Van Ussell, 1974) que toda corrupción procedía del contacto con el mundo de los mayores. Sin embargo, un siglo después Amiel escribió que si bien el niño es inocente, no por ello su naturaleza se inclina al bien: la inocencia es por demás frágil, puede bastar un solo acto para destruirla, y tal destrucción puede ocurrir por obra de extraños, sin que colabore la voluntad del niño. No sólo eso: la inocencia es irrecuperable, ningún ritual puede restituirla una vez que se ha perdido. Incluso Santo Tomás de Aquino explicó que los niños podían ser considerados inocentes y tener una profesión religiosa aun cuando se corrompiera su inocencia.

A finales del siglo XVI, se veía a la inocencia como una especie de virginidad psicológica que podría perderse de manera irrecuperable, aún sin complicidad del individuo afectado. Esta noción se aplicó al terreno sexual. Los niños hacían acopio de conocimiento, pero debían permanecer ignorantes de los hechos sexuales que ocurrían en el apartado mundo de los adultos; el niño podía ser emprendedor, capaz de actuar y juzgar con independencia, excepto en materia sexual. De modo que por un lado se exigía madurez y por otro se educaba a los niños para no saber, no desear y no sentir. Así se creó el ideal de la infancia inocente que se acentuó con las ideas de Rousseau: un niño no pertenecía a ninguno de los dos seres, "era una cosa asexual" (Citado en Van Ussell, 1974).

Era normal tratar a un menor como a un juguete, acariciarlo, mirarlo como algo susceptible de dar o recibir alegrías asexuales.

En lo general, a las nodrizas se les atribuía gran lujuriosidad, se decía que transmitían a los niños la maldad mediante la leche y que los molestaban con tocamientos y besos en los genitales para que se durmieran tranquilos.

Se acostumbraba que las ninfas durmieran con los niños, masturbándolos, tocándolos y obligándolos al mismo tiempo a tocarlas a ellas. Salssman afirmaba que este tipo de onanismo ocurría por ignorancias o por estupidez.

Van Ussell (1974) cita a Faust, quien en 1971 declaró que muchos padres no conocían el peligro de los juguetes sexuales de un adulto con un menor.

No fue hasta el siglo XVII que la iglesia católica tomó una postura rígida en contra de toda relación sexual entre un adulto y un niño, y el incesto entre padre e hijo y entre hermanos. Kempe y Beezley (1981) mencionan que aun en el siglo XX la corte eclesiástica en Inglaterra ha tratado este tema.

Con la decadencia de la iglesia, y con el paso del tiempo, las sanciones a las relaciones sexuales con niños fueron impartidas por el sistema judicial en la mayoría de las ciudades occidentales.

Han cambiado los castigos que se imponen actualmente a un adulto por tener actos sexuales con niños. En muchos países europeos los cargos son:

"Actos indecentes", "corrupción de menores", "sodomía", "Violación" e "incesto". En otras ciudades el cargo de corrupción de menores es fácil de comprobar aún cuando no se indique el grado exacto de perturbación que ha ocurrido.

Así en algunas partes de Estados Unidos de Norteamérica el contacto sexual entre un adulto y un niño se castigaba de diferente manera dependiendo del estado y de los años del menor.

Un adulto que atrae con halagos a un joven para tener relaciones sexuales puede ser sancionado por raptó y ser demandado en una corte civil y sentenciado en una corte criminal.

La mayoría de los estados de Australia, Inglaterra, Escocia, Alemania, Suiza, Nueva Zelanda, Sudáfrica, Canadá y Estados Unidos de Norteamérica han definido en sus leyes al incesto como un intercambio sexual entre parientes, lo cual está dentro de lo prohibido.

Sin embargo, en Inglaterra el incesto no se tomó como una ofensa criminal, excepto por un corto periodo de tiempo (de 1650 a 1660).

Actualmente el incesto es penado por la corte eclesiástica.

Actualmente en la legislación de los Estados Unidos de Norteamérica al abuso sexual en el menor está tipificado, y por otro lado los profesionales de la salud también han empezado a considerar los programas de tratamientos especializados para las familias de niños que han sido víctimas de abuso sexual.

También las leyes de algunas ciudades europeas prohíben la explotación sexual del niño.

En México, la legislación no ha tipificado aún el abuso sexual como tal, pero sí se castigan otros tipos de delitos sexuales contra el menor (Ver Cap. 8).

La ley para el incesto ha variado a través de las culturas, es decir para una cultura la relación sexual padre-hija es castigada y en otra cultura este mismo acto no es castigado por no ser considerado incesto.

Algunas de las relaciones incestuosas incluyen a parientes de sangre, de ceremonia, adoptivos y otros parentescos no biológicos.

Así en los últimos 50 años, las relaciones sexuales entre un adulto y un niño empezaron a ser vistas como conductas psicopatológicas.

Uno de los primeros trabajos considerados como un simple punto de vista en la comprensión del tratamiento de niños víctimas de abuso sexual fue el del psicólogo Hank Bjarretto.

En las prácticas sexuales entre un adulto y un niño, los tratamientos de rehabilitación solo han sido dirigidos en su gran mayoría a los adultos haciendo a un lado los diagnósticos y tratamientos para niños. Hay casos excepcionales como: cuando el niño ha sufrido lesiones físicas severas, cuando tiene o muestra síntomas de trastornos conductuales severos o cuando los profesionales de la salud consideran al niño como provocador del acto sexual es a éste a quien dirigen el tratamiento.

Así, al igual que hace 20 años, las actitudes de negación o evitación de los profesionales de la salud hacia el abuso o maltrato físico son ahora las mismas actitudes que se observan para el abuso sexual al menor.

En los Estados Unidos de Norteamérica, los pediatras, quienes se ocupan del reconocimiento, el tratamiento y la prevención del maltrato físico en niños, han sido lentos para responder al problema del abuso sexual. En parte, este hecho es debido a que la mayoría de los niños víctimas de abuso sexual no tienen marcas físicas o evidencia de abuso sexual en el momento de ser examinados.

Por otra parte, la gran mayoría de los niños que han sido víctimas de abuso sexual son llevados a clínicas en donde los programas son orientados a mujeres violadas (Beezley y Kempe, 1981).

2.2 Definición del Abuso Sexual

Retomando lo expuesto en el capítulo 3, se puede decir que el abuso sexual al menor ha existido desde los tiempos más antiguos en algunas culturas, teniendo en cada una diferente connotación o importancia social, por lo que su definición no puede ser generalizada.

Muchos de los estudios realizados sobre el tema presentan definiciones ambiguas e incompletas reflejando el escaso conocimiento que se tiene del abuso sexual. (Wyatt y Doyle, 1986).

Schechter y Roberge (1976), señalan que el abuso sexual al menor es involucrar a niños o adolescentes en actividades sexuales que ellos no pueden comprender completamente y para las cuales aún no son capaces de dar su consentimiento. (Citado en Beezley y Kempe, 1981).

Beezley y Kempe (1981), señalan que el abuso sexual se da cuando una persona es utilizada para la gratificación sexual de un adulto sin que éste tome en cuenta el desarrollo psicosexual del niño.

Baker y Duncan (1985), señalan que el abuso sexual es cuando un adulto involucra a un menor en actividades como: tocar o exhibir los órganos genitales, exponer o mostrar material pornográfico o hablar sobre temas sexuales en forma erótica.

Doek incluye en el abuso sexual al menor, a todas las actividades sexuales cometidas por un adulto con o en presencia de un menor. Menciona que tales actividades son nocivas para el desarrollo normal de la sexualidad del niño y dan como resultado la privación o inhibición de su propia determinación sexual (Citado en Wyatt y Doyle, 1986).

Desde otros puntos de vista, para los médicos el término abuso

sexual es sinónimo de incesto o violación por lo tanto repercute de igual manera en el desarrollo psicosexual del niño. En el caso de la estructura legal, (Estados Unidos de Norteamérica) el término "abuso sexual" está clasificado como un acto criminal, al igual que la "violación" y el "incesto" (Eisenberg, Owens y Dewey, 1967).

Marcovich J. (1981), define el abuso sexual como "el involucramiento de niños y adolescentes en actividades sexuales que no alcanzan a comprender plenamente y ante los cuales no están capacitados para dar o no su consentimiento; o el involucramiento de esos niños y adolescentes en actividades sexuales que violan las normas sociales con respecto a los roles de la familia".

Brant y Tizza, citados por Blomberg (1981), prefieren el término del mal uso sexual, para referirse a esta situación y lo definen como "una exposición del niño a una estimulación sexual inapropiada para su edad, su nivel de desarrollo psicosexual y su rol en la familia".

Jones (1982), cita que el abuso sexual se ha definido con respecto a 3 situaciones:

- 1) Existe un ataque sexual sobre un niño con el uso de la fuerza.
- 2) Se incluye el contacto sexual de cualquier tipo, tales como relaciones, caricias de genitales, exhibicionismo y sodomía en las cuales, la participación del niño se ha obtenido a través de sobornos, coerción, amenaza o fuerza física.
- 3) Se refiere al contacto sexual con un niño cuando está prohibido legalmente, ya sea por la edad del niño o por la relación familiar entre el niño y el ofensor.

Summit y Kryso (1978), Adams y Fay (1981) señalan que los términos "abuso sexual", "niños atacados sexualmente" o "niños víctimas de abuso sexual" se refiere a la explotación sexual de un niño para la gratificación sexual de un adulto. Pero el abuso sexual no debe ser confundido con cariñosos y afectuosos intercambios físicos (tocar) entre un niño y un adulto que muestra respeto por los sentimientos de un niño.

Más bien es obligar a un niño o comprometerse en una actividad sexual mediante sutilezas, engaños, sobornos y en algunas ocasiones hasta por medio de la fuerza. (Citado en Koblisky y

Behana, 1984).

Otros autores interesados en el tema han clasificado el problema. tenemos que para Finkelhor (1979) existen 5 tipos de actividades que caen dentro del abuso sexual:

- 1) La simulación o intento de coito entre un niño y un adulto.
- 2) Cualquier caso en donde un adulto toque violentamente los órganos genitales del menor.
- 3) Cuando en algunas circunstancias, el niño haya sido objeto de exhibicionismo por parte de un adulto.
- 4) Cuando un niño haya sido besado, abrazado o acariciado de forma erótica.
- 5) Por último, cuando un adulto amenaza abiertamente al niño para que este le muestre sus genitales.

De acuerdo a Lynch y Bentaum, definen 3 tipos de abuso sexual:

- 1) Golpear a un niño frecuentemente en los genitales.
- 2) Los niños que hayan experimentado contactos genitales inapropiados con un adulto.
- 3) Cuando un menor está involucrado con un adulto dentro de una práctica sexual no mencionada en los dos puntos anteriores. (Citado en Beezley y Kempe, 1981)

Un artículo publicado en 1981 por la revista "Tropical Texas Center", aumenta la lista de actos:

- 1) Abuso no físico: puede estar dado por llamadas telefónicas obscenas, que siempre son explicaciones erróneas del sexo.
- 2) Abuso físico: es la estimulación oral o genital, caricias o tratamientos sexuales en los genitales del niño.
- 3) Abuso violento: Es el que siempre va acompañado de violencia física.

May (1982), explica que el abuso sexual involucra no sólo el contacto físico, también requiere de que el niño se desvista delante de un adulto o que mire los genitales del ofensor.

Finkelhor y Hottalin (1984), hacen otra clasificación pero estos autores denominaron el problema como "explotación". Dividiéndola en 4 tipos:

- 1) Explotación sexual I: Casi siempre es efectuada por un ofensor pariente o no pariente del niño y se manifiesta a través del contacto oral o anal, puede ser una práctica homosexual o heterosexual.
- 2) Explotación sexual II: Esta es llevada a cabo por el ofensor pariente o no pariente, implica caricias o tocamientos al pene o a la vagina, también puede ser una práctica homosexual o heterosexual.
- 3) Explotación sexual III: A diferencia de las anteriores se efectúan con abrazos inapropiados, besos, caricias, o excitación en zonas no genitales producidas por el ofensor.
- 4) Explotación sexual IV: Se manifiesta a través de contactos o caricias violentas, el ofensor pariente o no pariente casi siempre intenta llegar al coito con el menor.

Dentro de estas clasificaciones está la llevada a cabo por Wyatt y Doyle (1986). Esta tiene similitudes con las clasificaciones anteriormente mencionadas, dado que estos autores hablan de abusos sexuales con o sin contacto físico; lo único que habría que agregar aquí sería la frotación de los genitales contra el cuerpo del ofensor.

Suzanne M. Sgoroi en su libro "Hand book of clinical intervention in child sexual abuses", señala que existen hasta 12 tipos de conductas sexuales que el ofensor puede llevar a cabo en el abuso sexual:

- 1) Se pasea "inocentemente" desnudo frente a la casa del menor.
- 2) Se desviste delante del menor generalmente cuando están solos.
- 3) Expone sus genitales para que el menor los

vea o los toque.

- 4) Vigila al menor cuando se desviste para dormir o bañarse, cuando defeca u orina.
- 5) Besa al menor en forma prolongada e íntima (propia de manifestaciones entre adultos).
- 6) Acaricia al menor en senos, abdomen, zonas genitales o hace que el menor lo acaricie a él.
- 7) Se masturba frente al menor o hace que el menor se masturbe delante de él.
- 8) Hacer que el menor tome su pene en la boca o viceversa.
- 9) Coloca su lengua en la vulva de la niña.
- 10) Introduce el pene u otros objetos (plumones, crayolas, etc.) en el recto del menor.
- 11) Introduce el pene u otros objetos en la vagina de la menor.
- 12) Frota su pene en las áreas genitales, nalgas o muslos del menor (sexo seco) (Citado en publicaciones FEM, 1986).

Como se pudo observar a lo largo de este inciso se han dado varias definiciones tentativas de lo que es el abuso sexual; por lo tanto se retomaron algunas de los principales conceptos de éstas para elaborar una definición que sirva como base para el presente trabajo.

Concluyendo que el término "abuso sexual", "niños víctimas de abuso sexual" y/o "niños maltratados sexualmente" se refiere a la explotación de un niño para la gratificación sexual de un adulto, sin embargo el abuso sexual no debe confundirse con expresiones de cariño y afectuosos intercambios físicos (tocar) entre un niño y un adulto el cual muestra respeto por los sentimientos del niño. (Koblinsky, 1984).

2.3 Características del Abuso Sexual

En este capítulo se hará una breve revisión de las principales características que presentan los niños con alto riesgo de ser víctimas, cómo y quiénes son los ofensores y las consecuencias psíquicas y conductuales que trae consigo el abuso sexual.

Características de las Víctimas

Tradicionalmente, se ha considerado al abuso sexual como un crimen en el que la víctima es una mujer y el ofensor es un hombre, este punto de vista sigue siendo popular hoy en día ya que las más recientes estadísticas en crímenes reportados en Estados Unidos de Norteamérica, continúan reflejando que las mujeres y niños son las principales víctimas de agresión y abuso sexual. (Freeman_Long T. E., 1986).

Repetidamente se han hecho señalamientos acerca de que algunos niños provocan consciente o inconscientemente las situaciones de abuso sexual.

Para Finkelhor (1979) los niños que corren más riesgo de ser víctimas de abuso sexual son:

El niño sexualmente provocativo: Algunos niños actúan de manera que animan activamente a los adultos a un acercamiento sexual. Son niños que tienen relaciones muy pobres con sus padres y se sienten necesitados de afecto descubriendo que pueden obtener atención por parte de un adulto no desconocido para él.

Niños sexualmente indefensos: Muchos niños parecen colaborar con el ofensor en la victimización cuando éste se les acerca, aceptando las insinuaciones, permitiendo que la situación continúe. Se cree que estos niños tienen problemas en sus relaciones inter-personales haciéndolos particularmente vulnerables.

La idea de que el niño es responsable de su propia seducción aparece en la mayoría de escritos sobre abuso sexual.

Por otro lado también se señala que las víctimas son ingenuas, cariñosas, débiles, obedientes y que los ofensores no necesitan la fuerza física para someterlas. (Cox, D.W. 1985)

En publicaciones referidas a el abuso sexual se mencionan las características que hacen más vulnerables a los niños a este tipo de conductas.

- 1) Los que no reciben suficiente afecto por parte de su familia.
- 2) Los que son educados para obedecer y callar siempre frente a los adultos.
- 3) Los que no conocen su cuerpo.
- 4) Los que han sido reprimidos sexualmente y tiene

curiosidad sexual insatisfecha.

- 5) Los que tiene una baja autoestima.
- 6) Los que tienen poco contacto con otros niños de su misma edad.
- 7) Los que no tienen en quien confiar.
- 8) Niños quienes sus madres están siempre ausentes, son sumisas y carecen de poder o son maltratadas por sus esposos.
- 9) Niños que no han aprendido a distinguir entre caricias sexuales y no sexuales.
- 10) Niños a los que no se les cree.
- 11) Si la familia del niño considera el sexo como algo sucio o tabú. (Publicaciones FEM, 1986).

Sanford (1982), señala que los padres quienes dejan a sus hijos con cualquier persona o confían a sus hijos a otras personas quienes tienen poco cuidado con ellos, incrementan el riesgo de victimización de sus propios hijos. (Citado en Koblinsky, 1984).

También se han hecho investigaciones para conocer cuál es la edad promedio en la que el menor es más vulnerable a un abuso sexual.

Jample y Weber (1987), reportan que en Estados Unidos de Norteamérica entre 100,000 y 60,000 niños son víctimas de abuso sexual al año y que esto se da con más frecuencia entre los 3 y 8 años de edad.

Adams y Tucker (1982), reportan que de 28 casos estudiados, la mayoría fueron molestados entre los 2 y 7 años, encontrando que 15 del total de casos fueron niñas de 7 años.

Baker y Col (1985), señalan que las niñas están más expuestas a un abuso sexual antes de los 10 años y que los niños son más vulnerables durante la adolescencia.

En otro artículo se menciona que el abuso sexual al menor ocurren más entre los 7 y 11 años de edad, sin embargo hay casos de menores víctimas de abuso sexual que solo tenían meses de nacidos. (Publicaciones FEM, 1986)

Finkelhor (1979), explica en la mayoría de sus estudios que los niños son vulnerables a cualquier edad, ya que se reportan casos de niños hasta de 3 meses de nacidos que han sido tratados en

salas de emergencia como resultado de alguna perturbación.

Russell (1983), reporta que el abuso sexual se da antes de los 13 años y Wyatt (1985), señala que se da con mayor frecuencia a los 5 años de edad.

Defrancis (1969), Welsetal (1955), señalan que las víctimas de abuso sexual pueden ser niña o niño indistintamente y que el rango de edad oscila entre los 3 - 4 meses hasta 10-12 años aproximadamente.

A este respecto Defrancis (1969), Geiser (1979) explican que el lugar donde se lleva a cabo el abuso sexual es regularmente en la casa de la víctima o en la casa del ofensor más que en automóviles, parques, algún local o patio de la escuela donde asiste el menor (Citados en Koblinsky 1984).

Finkelhor (1979), menciona que para los ofensores que son conocidos de la víctima el lugar más cómodo es la casa del menor. En cambio para los ofensores que son extraños, los sitios ajenos al hogar de la víctima son más comunes.

Características de los ofensores

Según Finkelhor (1979), a los ofensores se les ha considerado como degenerados, psicopatas o débiles mentales.

Peró después de realizar investigaciones al respecto, se encontró que estas clasificaciones no son del todo ciertas, ya que los ofensores pueden ser vecinos de la víctima o parientes, que no utilizan la violencia ni son sádicos, sino que con un buen trato y amabilidad se ganan la confianza de los niños, para posteriormente culminar en el abuso.

El interés sexual hacia los niños por parte de un ofensor proviene de un desorden en la relación con sus padres. Muchos ofensores de niños son vistos como hombres que poseían madres excesivamente seductoras, cuyas insinuaciones despertaron la ansiedad incestual.

Por otra parte, cuando un hombre lleva a cabo prácticas sexuales con niños, éstas responden a varias causas, tales como una gratificación sexual, la necesidad de un acercamiento o una necesidad de sometimiento.

La motivación de la involucración con niños depende en gran medida de la edad del ofensor, la edad del niño así como en la actividad que se da, tanto los adolescentes como los adultos tienen diferentes motivos para abusar sexualmente de un menor. Así como los adultos que tienen un interés sexual por niños muy

pequeños difieren de aquellos que se interesan por niños mayores.

Mary de Young (1986), explica que un adulto que abusa sexualmente de un niño mantiene el incidente en secreto, utilizando una variedad de técnicas para someter al niño. Estas pueden ser amenazas de muerte, castigos o golpes, amenazas a segundas personas como familiares, amigos, etc., y amenaza de abandono. O bien por el contrario prometer regalos como juguetes, ropa o favores especiales. También la atribución de culpa por parte del adulto hacia el niño haciéndolo responsable del acto y sus consecuencias.

En el artículo Tropical Texas Center (1981), señalan que algunos estudios realizados en Estados Unidos de Norteamérica indican que el ofensor sexual puede ser de ambos sexos, aunque la mayoría de ellos son hombres, sin excluir los casos de las mujeres que abusan de los niños.

De acuerdo a un estudio realizado, la mitad de todos los ofensores son menores de 31 años. Solamente el 10% están sobre los 50 años. La mayoría de los abusos sexuales son cometidos por cualquier persona como son: miembros de la familia, parientes, niferas, vecinos o una persona de confianza. Cuando el ofensor es un extraño (él o ella) probablemente abusará del niño solamente una vez pero continuará abusando de otros niños.

Y cuando el ofensor es un miembro de la familia, el abuso sexual es un acto repetitivo, puede comenzar como un impulso o como una respuesta a un stress (por ejemplo, problemas de relaciones conyugales o personales y puede tener serios desórdenes sexuales.

Dupoli y Managhan (1988), en un estudio hecho con 1,059 niños (940 niños y 119 niñas) encontraron que el 58% de los ofensores fueron desconocidos por la víctima, el 28% fueron familiares y el 13.8% fueron padrastros, madrastras y hermanastras.

Publicaciones FEM (1986), explican que el ofensor utiliza la ventaja que da la posición de poder o autoridad para envolver al menor en la actividad sexual.

Existe una teoría denominada "síndrome del vampiro" que dice, que cuando un niño ha sido víctima de un abuso sexual, cuando sea adulto, él también será ofensor.

Defrancis (1969), Groth (1978), Summit y Kryso (1978), explican que uno de los mitos más comunes es que los ofensores son probablemente extraños para los niños; pero del 70 al 90% de abuso sexual involucran a alguien a quien el niño conoce, es

decir, un miembro de la familia, un vecino o una niñera.

Generalmente los ofensores tienen una baja autoestima, un pobre control de impulsos y una necesidad emocional del gusto por los niños. La mayoría son casados o tienen otra salida sexual para continuar usando a los niños. Los ofensores raramente son homosexuales.

Tampoco son fáciles de identificar por su apariencia ya que más del 97% tienen un aspecto poco llamativo contrariamente al estereotipo de hombres viejos y sucios (Citados en Koblinsky, 1984).

Finkelhor (1979), explica que el ofensor de niños en un tiempo se identificaba como un hombre viejo y frustrado sexualmente que rondaba por los parques públicos o patios escolares buscando atraer a algún jovencito inocente, ofreciéndole dulces o dinero. Este estereotipo es sólo un mito.

Debe eliminarse el concepto erróneo de este estereotipo, ya que se ha visto que los ofensores pertenecen a cualquier estatus social, religión, a cualquier estado civil, edad y sexo.

Consecuencias psíquicas y conductuales del abuso sexual

Existen dos opciones respecto a las consecuencias psíquicas y conductuales en las víctimas de abuso sexual; una que asegura un daño severo tanto en la salud psíquica del niño como en el desarrollo sexual adulto y la otra argumenta que aunque el abuso sexual haya sido un episodio desagradable por el menor, no pasa de ser un asunto transitorio en la infancia.

Gagnon (1965), Constantine (1977) y Henderson (1983), sugieren que el abuso sexual tiene sólo efectos mínimos sobre el desarrollo psicológico de las niñas y esto es un impacto traumático que ha sido exagerado.

Otros explican que los niños que han sufrido un abuso sexual reportan dificultad en el ajuste sexual del niño, problemas interpersonales en la casa y en la escuela; varios síntomas psicológicos incluyendo ansiedad, autoagresión, síntomas somáticos, pérdida de la autoestima, depresión, prostitución, delincuencia e intento de suicidio. (Citado en Tong; y Mc Dowell, 1987).

En el tropical Texas Center (1981), se reportó que los efectos o consecuencias del abuso sexual, son diversos, de acuerdo a la personalidad de cada niño y a la manera en que se haya presentado el incidente. Esto es, un solo incidente al menor como exhibicionismo, llamadas obscenas o masturbación puede

causar problemas emocionales tales como: vergüenza, miedo, confusión, culpa, ansiedad, sensación de rechazo, desconfianza en los adultos, y extraños. Pero en situaciones más severas como caricias violentas en el cuerpo del niño puede tener efectos duraderos tales como problemas de conducta, aislamiento, dificultades en la escuela, conductas agresivas, pesadillas, depresión o ansiedad extrema, daño físico incluyendo golpes y moretones.

Sgoari (1978), señala que el impacto de estos incidentes puede llegar a ser traumático tanto para el niño como para su familia, ya que el daño depende de una gran variedad de factores como son: La relación entre la víctima y el ofensor, la edad del niño, la naturaleza y la duración de la ofensa así como la manera en que es manejada por otros. (Citado en Lestor 1987)

Finkelhor (1979), Steele y Alexander (1981), reportan en sus más recientes investigaciones que las experiencias de algunas víctimas se caracterizan por vergüenza, culpa, depresión, baja autoestima y dificultad para establecer intimidad o relaciones de confianza con otros. (Citados en Koblinsky, 1984).

Jampole (1987), publica que algunos conocedores en el tema, manifiestan que el juego del niño víctima de abuso sexual es diferente al de un niño que no ha sido víctima, ya que el 90% realizan conductas sexuales en el juego con muñecas y el 10% no demostraron ninguna conducta sexual.

Adams y Tucker (1982), junto con otros médicos e investigadores sugirieron que el niño víctima de abuso sexual tiene trastornos mentales que traen graves consecuencias de conducta y más aún cuando el joven pasa a ser adulto. Otros explican que existen disturbios desde el desarrollo temprano del niño. En los 28 casos estudiados por estos autores se encontraron los siguientes tipos de consecuencias: autodestrucción o suicidio, agresión con respecto al sexo, problemas en la escuela, gran ansiedad, conductas psicósomáticas y problemas con el sueño.

Por otro lado se observó que los niños que fueron molestados por sus padres sufren depresiones más severas, aislamiento y son retraídos, callados y sumisos.

Baker y Duncan (1985), reportan que la mayoría (54%) de los niños víctimas de abuso sexual tienen consecuencias negativas y muy pocos (sólo el 4%) presentan una experiencia de mejoramiento en su vida. También encontraron que si el niño se lo dice a sus padres y no le creen puede traer situaciones agresivas y más traumáticas para él.

Rimsza y Berg (1988), realizaron un estudio con 72 casos de

niños víctimas de abuso sexual encontrando las siguientes reacciones emocionales: vergüenza, coraje, temores, reproches, problemas escolares y de conducta, comportamiento fugitivo e intento de suicidio.

En 1985 Finkelhor y Browne presentan un modelo de las características que se dan después o durante el abuso sexual. Este modelo permite analizar la experiencia del abuso sexual por medio de cuatro factores traumáticos a los que llaman dinámicas traumatogénicas que se refieren a sexualización traumática, traición, estigmatización e impotencia.

Es importante recalcar que estas cuatro dinámicas se observan todas juntas después o durante el abuso sexual sufrido; en otras circunstancias diferentes tales como el divorcio o el maltrato físico éstas no se observan ya que de las 4 dinámicas puede observarse una u otra pero no se juntan, es decir, no se dan las cuatro al mismo tiempo.

Este modelo trata de mostrar que cada una de las dinámicas está asociada con algún efecto común respecto al abuso sexual.

A continuación se explican cada una de las cuatro dinámicas traumatogénicas:

1) La sexualización traumática

Ocurre cuando un niño es repetidamente molestado por el ofensor sexual, cuando un niño es constantemente reforzado por el ofensor al respecto de conductas sexuales que no son apropiadas para el nivel de desarrollo del pequeño, ocurre a través de cambios afectivos, atenciones y/o privilegios a cambio de la conducta sexual de tal manera que el niño aprende a usar su conducta sexual como una estrategia para manipular a otros y satisfacer una variedad de necesidades propias de su desarrollo, esto ocurre cuando algunas partes de la anatomía del niño son fetichizadas por el ofensor dándoles una importancia y un significado distorsionado. Por ejemplo el ofensor al estar tocando ciertas partes del cuerpo del niño las fetichiza dándole un valor y un significado muy alto y distinto al real, dándole una interpretación distorsionada a esa parte anatómica del niño por parte del ofensor que además se lo refuerza con atenciones especiales o privilegios.

Las experiencias en las cuales el ofensor hace un esfuerzo para evocar la respuesta sexual del niño, hacen que probablemente sea más sexualizado de aquéllas en las cuales el ofensor simplemente usa a un niño de manera pasiva para masturbarse con él. No es lo mismo que el ofensor utilice al niño para masturbarse que le pida cierto tipo de conductas, donde el niño tenga que

participar activamente son también muy probablemente de ser más sexualizadas que otras en las cuales se utiliza la fuerza física.

El grado en que el niño comprenda lo que está pasando va a tener también un efecto en el grado de sexualización traumática, es decir, entre menos entienda es probable que menos le afecte y entre más entienda la parte afectiva es probable que más sufra esa sexualización traumática.

Es traumática porque no se utilizan en favor del crecimiento de la persona, al contrario le crea una serie de problemas con respecto a sus genitales o de la parte que está sexualizada, creando una confusión y un mal entendimiento acerca de sus propios conceptos sobre sexualidad en donde se hace una asociación emocional poco usual con las actividades sexuales, provocando confusión con respecto a la sexualidad ya que se están erotizando muchas partes específicas del cuerpo con un entendimiento equivocado de lo que es la sexualidad.

2) Traición

Se refiere a la dinámica en la cual el niño descubre que alguien en quien él confiaba o del cual depende emocional, física y económicamente le ha causado un daño. Esto puede ocurrir en una variedad muy amplia de formas en la experiencia del abuso sexual.

Por ejemplo: En el transcurso del abuso sexual o después de éste el niño se da cuenta de que una persona en la que él confiaba lo ha manipulado a través de mentiras o aquel niño que descubre que alguien al cual ama o con el cual tiene importantes afectos lo trata con desatención dura, el niño puede experimentar traición.

Y no sólo se llega a sentir traicionado por parte del ofensor sino por parte de la familia también, ya que como abusaron de él, la familia lo rechaza, no lo apoya o no le creen. También llega a sentirse traicionado por aquél que cambia su actitud hacia él, por ejemplo: un hermano que antes lo apapachaba, lo mimaba y lo quería mucho, ahora porque fuiste abusado vete ya no te quiero, no te me acerques. Este cambio de actitudes hacen que el niño se sienta traicionado.

Las experiencias de abuso sexual que suceden dentro de la familia, es decir, con un miembro de la familia o con un familiar cercano de confianza involucran un potencial más alto de sentirse traicionado que aquellos que involucran a extraños ya que el niño cuenta con el apoyo familiar, de otro modo se siente totalmente impotente sin saber qué hacer ni a quien

recurrir.

3) Impotencia

Se refiere a la dinámica en donde la víctima se rinde y tiene pocas fuerzas ("no puedo con esto"), es decir, el niño está siendo constantemente negado en sus capacidades de contactar con el mundo, poder con él y enfrentarlo surgiendo esa sensación de impotencia y de incauacidad.

Muchos aspectos de la experiencia del abuso sexual contribuyen a que se de esta dinámica. La impotencia ocurre en el abuso sexual cuando el territorio y el espacio corporal del niño está siendo invadido repetitivamente contra la voluntad de él. Esto se observa por cualquier tipo de coerción o manipulación que el ofensor imponga como parte del proceso del abuso.

La impotencia se ve reforzada cuando el niño ve que sus intentos por salvarse, por imponer ciertos límites o incluso por detener o parar el abuso se frustran, entonces se hace mucho más traumático, también se incrementa cuando existe una sensación de miedo y cuando el niño no logra hacer entender al adulto lo que le está pasando o cuando tampoco logra que le crean. Otro factor que incrementa su impotencia es darse cuenta que es tanta su dependencia hacia ese adulto (ofensor) que no sabe cómo detenerlo, por ejemplo: Si yo le digo que no ya no me va a querer.

Por último un abusador autoritario que constantemente demanda al niño a que participe en estas actividades por medio de amenazas y daño físico puede probablemente hacer que se produzca una mayor sensación de impotencia.

4) Estigmatización

Se refiere a las connotaciones negativas por ejemplo: "niño malo!", "¡Qué vergüenza!", "¡Eres un cochino!". Se refiere a todas aquellas actitudes y sensaciones que se la transmiten al niño de que es malo o culpable de lo que está pasando y que el niño incorpora a su autoimagen: soy sucio, soy malo, soy culpable. Estos significados negativos son comunicados de muchas maneras:

- Pueden venir directamente del abusador el cual va a culpar a la víctima de lo que está pasando: ¡Tu me provocas!
- Más adelante crearle al niño una sensación de vergüenza, de pena al respecto de las actividades sexuales realizadas, por ejemplo: "esto que estás haciendo es malo, no debes contárselo a nadie, guárdalo como un secreto".

La estigmatización se ve reforzada por actitudes que el niño ve o escucha de otras personas de la comunidad o de la familia, por ejemplo: "ya lo echaron a perder", "ese niño y hizo sus cochinas".

Así juntas las 4 dinámicas de sexualización traumatogénica alteran la orientación cognitiva y emocional hacia el mundo, creando un trauma a través de distorsionar el autoconcepto del niño, es decir, la visión del mundo y sus capacidades afectivas.

2.4 Aspectos Médicos del Abuso Sexual

Es importante recalcar la importancia del dictamen médico que determina la existencia del abuso sexual.

La terapia médica siempre surte efectos positivos cuando se realiza con la voluntad conjunta del afectado y sus padres.

En nuestro país no se ha dado la debida importancia a estos problemas, no se toma en cuenta el marco de los daños clínicos del niño abusado, y mucho menos se contempla el plano de las secuelas psicológicas, que pudiese presentarse a posterior.

Algunos países en que se han tomado medidas efectivas para realizar estos exámenes médicos son Estados Unidos de Norteamérica e Inglaterra, de los cuales hemos tomado referencia para las medidas descritas en este capítulo.

Cuando una víctima acude al médico, lo hace buscando su apoyo, por eso es muy importante que el médico sepa llevar el caso de la mejor manera para poder auxiliar tanto al paciente como a la familia de este. Para poder conocer las causas, además de las circunstancias en las que ocurrió el incidente el médico deberá efectuar una entrevista, que por razones lógicas, empezará por la madre.

Entrevista con la Madre

El médico le debe permitir contar su historia y expresar sus sentimientos. El médico no deberá hacer juicios valorativos, al mismo tiempo se deberá obtener la historia médica del niño, así como una evaluación del funcionamiento familiar.

Según Kerns (1980), la evaluación del funcionamiento familiar deberá incluir:

- 1) Quiénes viven la casa
Conocer la relación marital
Edades de los miembros de la familia

- 2) Determinar la estructura de la familia
Identificación de las personas que visitan regularmente la casa (incluyendo familiares, amigos y persona, empleados para cuidar a los niños).
- 3) Determinar problemas de cada uno de los miembros de la familia (desempleo, estado de salud, problemas habitacionales, etc.)
- 4) Identificar tensiones o crisis recientes dentro de la familia (embarazos recientes, cambio de residencia, etc.)
- 5) Descripción de cómo la madre ve a cada miembro de la familia.
- 6) Indagar sobre las relaciones intrafamiliares.
- 7) Preguntar a la madre si existe algún problema emocional serio dentro de la familia.
- 8) Determinar si algún miembro de la familia es alcohólico, drogadicto, etc.
- 9) Preguntar si algún miembro familiar pierde fácilmente el control y lastima físicamente a otros.

Posteriormente se deberá obtener toda aquella información referente a la actividad sexual.

Si el conocimiento sobre la actividad sexual del niño se confirma entonces las preguntas se enfocarán hacia la identificación del responsable, así como para ver si hubo presencia o ausencia de fuerza física, amenazas, la frecuencia de estas actividades y el tipo de contacto sexual.

Entrevista a la Víctima

La entrevista que el médico hace a la víctima de abuso sexual generalmente consta de 4 etapas:

- 1) Rapport: El médico deberá dar confianza a la víctima conservando una actitud estable a lo largo de la entrevista y nunca comunicar expresiones de sorpresa, repulsión o enojo a través de palabras o expresiones faciales.

Quando la víctima es un niño pequeño se le dará un lapso de tiempo para que se relacione con el médico mediante juegos y pláticas. Si la víctima es un adolescente se le dedicará un periodo más corto para presentarse y comunicar una actitud gentil y no amenazante.

- 2) Dinámica familiar: Las preguntas se harán desde áreas menos conflictivas a las más sensible y difíciles. Comenzando con preguntas relacionadas con los amigos, la escuela, las actividades deportivas, la relación que se da con sus hermanos y padres, así como lo que le disgusta y gusta de cada uno de ellos.
- 3) Detalles de la actividad sexual: En esta etapa, es de suma importancia conocer con precisión el tipo de conducta sexual que fue experimentada como el desnudarse, acariciarse, besarse, masturbarse, averiguar si existió penetración tanto anal como vaginal, determinar si hubo eyaculación o no, así como saber si existió fuerza física o amenazas. Los detalles específicos de cada caso determinarán el modo de obtener la información de tipo sexual. En el caso de niños pequeños el uso de muñecos o dibujos puede ser esencial para lograr una descripción detallada; cuando la víctima es adolescente la historia de su ciclo menstrual debe ser anotada cuidadosamente.
- 4) Preparación para el examen físico: Será importante que el niño esté acompañado por su madre o de algún otro pariente de confianza para el niño. Se le explicarán a ambos los detalles del examen a realizar.

En todos los casos deben estar presentes una mujer sea enfermera o cualquier miembro del personal para realizar el examen pélvico.

Si la actividad sexual ha sido físicamente traumática la víctima puede estar particularmente aterrorizada con este examen, e inclusive fantasear un nuevo abuso sexual. Si el médico se le ha percibido como una persona amable, gentil y cuidadoso

durante la entrevista es probable que la víctima se encuentre menos angustiada ante el examen físico.

Examen Físico

Es de vital importancia que todas las evidencias que se encuentren sean anotadas cuidadosamente en el registro médico, así como toda la evidencia física positiva deberán ser fotografiadas y etiquetadas cuidadosamente ya que es posible que los hallazgos de este examen sean utilizados posteriormente en un juicio.

El examen físico que se realiza a una persona que ha sido víctima de abuso sexual consta de varias etapas.

- 1) Examen de la piel: Deberá examinarse al niño en su totalidad ya que es posible encontrar sangre, magulladuras, heridas, semen, golpes, etc. Si se llegaran a encontrar golpes en el cuerpo del niño, el médico deberá reconocer el tipo de golpe según las 4 siguientes fases:
 - a) Fase o momento inicial: El golpe debe ser de color rojo o morado.
 - b) Dentro de la primera semana: El golpe se encuentra ya de color morado oscuro.
 - c) Durante la segunda semana: El golpe se muestra de color amarillo.
 - d) Desaparición completa: Esta se da después de 2 a 4 semanas.
- 2) Examen de la boca : Se deberán buscar signos o heridas que pueden ser síntomas de enfermedades de transmisión sexual, así como la presencia de semen alrededor de la boca.
- 3) Examen del abdomen: El abdomen deberá ser oscultado cuidadosamente para determinar si existen reblandecimientos o presencia de hinchazón de cualquier tipo.
- 4) Examen rectal y vaginal: El médico deberá hacer una revisión minuciosa en las regiones anales y vaginales según sea el caso.

Si la víctima es del sexo femenino se deberá detectar cuidadosamente si existen moretones, heridas, laceraciones de

labios, vagina, himen o en el ano, así como la piel adyacente. El uso de un gotero de plástico esterilizado ayudará a recolectar muestras vaginales para ser examinadas.

Si existen signos físicos de penetración será necesario usar el espejo vaginal y el examen manual para detectar la presencia de heridas internas.

Si la víctima es del sexo masculino se deberán reconocer señales de trauma genital o anal así como la presencia o ausencia de emisión uretral determinada.

Si existe alguna señal de trauma anal o evidencia positiva de penetración anal deberá hacerse un examen digital en el recto para determinar la presencia de sangre, abultamiento o reblandecimiento.

- 5) Pruebas para detectar enfermedades venéreas: El médico deberá sacar muestras de la garganta, recto, vagina, para el cultivo de cualquier organismo que detecte enfermedades venéreas.
- 6) Pruebas de embarazo.
- 7) Pruebas de orina
- 8) Pruebas radiológicas: Se deberán practicar estas pruebas a las víctimas con daños físicos para detectar heridas de cráneo, costillas, pelvis y huesos largos.

A lo largo de la recopilación que se hiciera mediante la vista y el examen físico, el médico podrá dar un diagnóstico preliminar de si existió o no abuso sexual.

Posteriormente se hará una evaluación completa y cuidadosa, se discutirá el diagnóstico y el plan de trabajo a seguir.

Tanto la madre como la víctima tendrán la oportunidad de hacer preguntas para aclarar cualquier confusión acerca de las averiguaciones y los planes a seguir.

Durante el proceso terapéutico de la víctima se debe manejar el mensaje implícito y explícito de que el niño no ha sido culpable de los hechos ocurridos. (Citado en Beezley y Kempe, 1981).

Cupoli y Managhen (1988) realizaron una investigación (de 1982 a 1985) en el "Hospital General de Tampa" de la Universidad de Florida con 1,059 menores víctimas de abuso sexual a los cuales se les hicieron pruebas de laboratorio (a nivel del periné, vulva y recto) encontrando 2 tipos de enfermedades de

transmisión sexual: 51 casos con infecciones gonorreicas de los cuales 30 fueron a nivel vaginal, 17 a nivel anal, 11 orales y un caso a nivel periné y 21 casos con clamidia de los cuales 13 fueron a nivel vaginal, 7 anal y uno a nivel perine.

2.5 Delitos Sexuales Contra el Menor en el Código Penal del D.F.

El incurrir en actos de abuso sexual debe implicar, por parte de las autoridades, sanciones proporcionales al delito cometido para que dichos actos, que son un atentado en contra de los derechos humanos, no se propaguen. Debido a esta propuesta es importante profundizar en el tema revisando el Código Penal del D.F. (1989) donde no se encontro una definición específica sobre abuso sexual.

A continuación se expondrán aquellos artículos que están relacionados con delitos sexuales contra el menor.

El artículo 201 que se refiere a corrupción de menores menciona:

"Se aplicará prisión de seis meses a cinco años al que facilite o procure la corrupción de un menor de dieciocho años de edad.

Comete el delito de corrupción de menores el que procure o facilite su depravación sexual, si es púber; la iniciación en la vida sexual o la depravación de un impúber.

Cuando los actos de corrupción se realicen reiteradamente sobre el mismo menor y debido a ellos... se dedique a la prostitución o a las prácticas homosexuales... la pena de prisión será de cinco a diez años y multa hasta de veinticinco mil pesos".

El artículo anterior se modificó diciendo:

"Al que procure o facilite la corrupción de un menor de dieciocho años de edad o de quien estuviere de hecho incapacitado por otra causa, mediante actos sexuales, o lo induzca a la práctica de la mendicidad, ebriedad, toxicomanía o algún otro vicio, a forrear parte de una asociación delictuosa o a cometer delito, se le aplicará de tres a ocho años de prisión y de veinte a cien días multa.

Cuando los actos de corrupción se realicen reiteradamente sobre el mismo menor o incapaz y debido a ello éstos adquieren los hábitos del alcoholismo,

uso, uso de sustancias tóxicas u otras que produzcan efectos similares, se dediquen a la prostitución o a las prácticas homosexuales, o a formar parte de una asociación delictuosa, la pena de prisión será de cinco a diez años y de cien a cuatrocientos días multa.

Si además de los delitos previstos en este capítulo resultase cometido otro, se aplicarán las reglas de acumulación."

Antes de que el artículo 201 se modificara se mencionaba que la "iniciación de la vida sexual" era una forma de corrupción en lo sexual. Ahora no está contemplada esta en la modificación ya que la educación sexual, como parte de la educación del ser humano, se gesta desde antes del nacimiento y después de éste ya sea a través de meras actitudes y expresiones de quienes le rodean. Luego entonces, en realidad se nos inicia en la vida sexual desde que nacemos, por lo tanto no se puede llamar a la educación sexual formal e informal corrupción. (Martínez, M. 1985)

Otra modificación a este artículo son los años de prisión, antes se aplicaba de seis meses a cinco años, ahora se incrementó la sanción de tres a ocho años.

El haber eliminado el término "iniciación de la vida sexual" y aumentado los años de prisión ha sido un avance en la ley pero insuficiente ya que en este artículo sólo se mencionan los castigos y multas que se le dan al ofensor dejando a un lado las necesidades y derechos de la víctima, es decir, cómo reparar el daño, qué tipo de atención especial debe dársele tanto a la víctima como a su familia.

El artículo 260 que se refiere a atentados al pudor menciona:

"Al que sin consentimiento de una persona púber o impúber, o con consentimiento de ésta última, ejecute en ella un acto erótico-sexual, sin el propósito directo e inmediato de llegar a la cópula, se le aplicarán de tres días a seis meses de prisión y multa de cinco a cincuenta pesos.

Si se hiciere uso de la violencia física o moral, la pena será de seis meses a cuatro años de prisión y multa de cincuenta a mil pesos."

Artículo 261.- "El delito de atentado al pudor sólo se sancionará cuando se haya consumado."

El artículo anterior se modificó diciendo:

"Al que sin el consentimiento de una persona y sin el propósito de llegar a la cópula, ejecute en ella un acto sexual con intención lasciva o la obligue a ejecutarlo, se le impondrá prisión de quince días a un año o de diez a cuarenta días de trabajo en favor de la comunidad.

Si se hiciere uso de la violencia física o moral, la pena será de uno a cuatro años de prisión."

Artículo 261.- "Al que sin el propósito de llegar a la cópula, ejecute un acto sexual en persona menor de doce años de edad o en persona que por cualquier causa no pueda resistirlo o la obligue a ejecutarlo, se le impondrá de seis meses a dos años de prisión o de veinte a ochenta días de trabajo en favor de la comunidad.

Si se hiciere uso de la violencia física o moral, a la pena será de dos a siete años de prisión."

Las modificaciones hechas a estos artículos fueron la eliminación de los términos "púber e impúber" para esclarecer la edad de la víctima y cambiar el término "acto erótico-sexual" por el de "con y sin consentimiento" ya que el menor carece de la libre elección en cuanto a lo sexual debido al momento de desarrollo emocional, intelectual y psíquico que está pasando.

Por último se tomó en cuenta la cantidad ridícula de multa y sanción ante este delito aumentando los años de prisión y cambiando la multa por trabajos en favor de la comunidad.

A pesar de los avances que se dan en estos artículos no se contempla la degradación, la destrucción psíquica, la ira, la impotencia, la confusión y el daño en general que sufre el niño por lo tanto no se toman en cuenta sus derechos y necesidades, tomando como lo más importante las sanciones que se le imponen al ofensor.

Para lo que se denomina estupro tenemos que el artículo 262 menciona:

"Al que tenga cópula con mujer menor de 18 años, casta y honesta, obteniendo su consentimiento por medio de engaño, se le aplicará de un mes a tres años de prisión."

Artículo 263.- "No se procederá contra el estuprador, sino por queja de la mujer ofendida o de sus padres, o la falta de éstos, de sus representantes legítimos;

pero cuando el delincuente se case con la mujer ofendida, cesará toda acción para proseguirlo.

Para el delito de violación tenemos el artículo 265 que menciona:

"Al que por medio de la violencia física o moral tenga cópula con una persona sea cual fuere su sexo, se le aplicarán las penas de dos a ocho años de prisión y multa de dos mil a cinco mil pesos. Si la persona ofendida fuere impúber, la pena de prisión será de cuatro a diez años y la multa será de cuatro mil a ocho mil pesos.

Artículo 266.- "Se equiparará a la violación y se sancionará con las mismas penas, la cópula con persona menor de doce años o que por cualquier causa no esté en posibilidad de producirse voluntariamente en sus relaciones sexuales o de resistir la conducta delictuosa."

Artículo 266 bis.- "Cuando la violación fuere cometida con intervención directa e inmediata de dos o más personas, la prisión será de ocho a veinte años y la multa de cinco mil a doce mil pesos. A los demás participantes se les aplicarán las reglas contenidas en el artículo 13 de este código.

Además de las sanciones que señalan los artículos que anteceden, se impondrán de seis meses a dos años de prisión cuando el delito de violación fuere cometido por un ascendiente contra su descendiente, o por éste contra aquél, por el tutor en contra de su pupilo, o por el padrastro o amasio de la madre del ofendido en contra del hijastro.

Cuando el delito de violación sea cometido por quien desempeñe un cargo o empleo público o ejerza una profesión utilizando los medios o circunstancias que ellos le proporcionen, será destituido definitivamente del cargo o empleo o suspendido por el término de cinco años en el ejercicio de dicha profesión."

El artículo anterior se modificó de la siguiente manera:

"Al que por medio de la violencia física o moral realice cópula con persona de cualquier sexo se le impondrá prisión de ocho a catorce años.

Se sancionará con prisión de uno a cinco años al que

introduzca por la vía anal o vaginal cualquier elemento o instrumento distinto al miembro viril, por medio de la violencia física o moral, sea cual fuere el sexo del ofendido."

Artículo 266.- "Se impondrá la misma pena a quien se refiere el primer párrafo del artículo anterior al que sin violencia realice cópula con persona menor de doce años de edad, o que por cualquier causa no tenga posibilidad para resistir la conducta delictuosa. Si se ejerciere violencia, la pena se aumentará en una mitad."

Artículo 266 bis.- "Cuando la violación fuere con intervención directa o inmediata de dos o más personas, las penas previstas en los artículos anteriores se aumentará hasta en una mitad."

Además de las sanciones que señalan los artículos que anteceden, se impondrá de seis meses a dos años de prisión cuando el delito de violación fuere cometido por un ascendiente contra un descendiente, por éste contra aquél, por el tutor en contra de su pupilo, por el padrastro a amasio de la madre del ofendido en contra de su hijastro. En los casos en que la ejerciera el culpable perderá la patria potestad o la tutela, así como el derecho de heredar al ofendido."

Cuando el delito de violación sea cometido por quien desempeñe un cargo o empleo público o ejerza una profesión utilizando los medios o circunstancias que ellos le proporcionen, será destituido definitivamente del cargo o empleo o suspendido por el término de cinco años en el ejercicio de dicha profesión."

Con la modificación de este artículo se han logrado avances significativos, el primero se refiere al término de cópula ya que antes se le daba un significado meramente gramatical y fisiológico y no como ahora que se le da un significado más amplio, es decir, como la penetración por vía anal o vaginal con el pene o con cualquier sustituto de éste. El segundo se refiere a la eliminación del término impúber ya que no se establece un rango de edad para este término. Y el tercero se refiere a los años de prisión y a la eliminación de la multa a dicho delito. (Martínez, M. 1985)

A pesar de las modificaciones hechas a este artículo, la legislación no toma en cuenta a la víctima, el daño psíquico que sufre ni el tratamiento que se le debe dar, sólo toma en cuenta las sanciones y multas que se le imponen al ofensor.

Con respecto al rapto el artículo 267 menciona:

"Al que se apodere de una persona por medio de la violencia física o moral, o del engaño, para satisfacer algún deseo erótico-sexual o para casarse se le aplicará la pena de uno a ocho años de prisión."

El artículo 268 menciona:

"Se impondrá también la pena del artículo anterior aunque el raptor no emplee la violencia ni el engaño y consienta en el rapto la persona, si ésta fuere menor de dieciseis años."

Artículo 269.- Derogado.

Artículo 270 "Cuando el raptor se case con la mujer ofendida no se podrá proceder criminalmente contra él ni contra sus cómplices, por rapto, salvo que se declare nulo el matrimonio."

Y el artículo 271:

"No se procederá contra el raptor sino por quejas de la mujer ofendida o de su marido, si fuere casada, pero si la raptada fuere menor de edad, por queja de quien ejerza la patria potestad o de la tutela, o en su defecto de la misma menor.

Quando el raptor se acompaña con otro delito perseguible de oficio, si se procederá contra el raptor, por éste último."

Por último mencionaremos el artículo 272 que se refiere al incesto y que dice:

"Se impondrá la pena de uno a seis años de prisión a los ascendientes que tengan relaciones sexuales con sus descendientes.

La pena aplicable a éstos últimos será de seis meses a tres años de prisión.

Se aplicará esta misma sanción en caso de incesto entre hermanos."

Como se puede ver la legislación mexicana sólo toma en cuenta la sanción y multa que se le impone al ofensor dejando a un lado y no tomando en cuenta la ira que siente el menor, la impotencia ante la situación, el sentimiento de culpa que tiene y la

situación que presenta ante su familia.

De esta manera se cree necesario que dentro de la legislación se tome en cuenta, como un derecho de la víctima y su familia el tener un tratamiento psicológico, médico y social especializado.

La legislación mexicana en ningún momento toma en cuenta el abuso sexual como tal, no existe una ley que hable de ello manejándose esta idea en los artículos que se refieren a violación o a corrupción de menores, debido a que estos dos artículos son los que probablemente toman en cuenta las características del menor en el supuesto de que el caso se llevara a juicio.

Se cree que una de las graves limitaciones por las que no es manejado el abuso sexual dentro de la legislación es porque el daño psíquico de la víctima no es considerado como una prueba valiosa ya que no son concretas aunque se observen graves daños emocionales en la víctima de abuso sexual.

Finkelhor y Browne (1985) mencionan que entre otras consecuencias está el que el niño se siente impotente ante esta situación, es decir, no sabe cómo manejarla, que se siente traicionado porque alguien en quien él confiaba le hizo daño, se siente estigmatizado, es decir, soy sucio, soy cochino, soy malo y además el daño que provoca en su concepto y su autoestima de su sexualidad (Ver capítulo V).

Como puede observarse estas y muchas otras consecuencias son a nivel psicológico por lo tanto no son tomadas en cuenta, de ahí que la legislación hace a un lado al niño como víctima en este tipo de maltrato.

2.6 Otras Investigaciones Similares Antecedentes

Una forma de esclarecer el problema es a través de la investigación sistemática y formal. Se encontraron algunos autores que han efectuado estudios al respecto. sin embargo por la literatura revisada tanto en libros como en Journals de 5 años a la fecha se encontraron muy pocos estudios que abordaran actitudes y/o conocimientos que los profesionistas de la salud y educación tienen al respecto del abuso sexual.

A continuación se describirán brevemente algunos de los estudios similares a esta investigación encontrados:

Eisenber, Dwns y Dewy en 1987 realizaron una investigación en la cual tomaron en cuenta la actitud y el conocimiento que tienen los profesionistas con relación al abuso sexual.

La muestra que utilizaron fue de 299 profesionistas de los cuales 82 fueron hombres y 217 mujeres. Estos se dividieron en 3 grupos:

- 1) Médicos quienes se encontraban enterados de los signos que se presentan en el abuso sexual, el papel que desempeña a nivel social, así como su participación en conferencias y discusiones donde se aborda el tema de abuso sexual.
- 2) Enfermeras del hospital mental del ofensor, las cuales se encargan de la rehabilitación del ofensor.
- 3) Estudiantes de medicina que durante su rutina examinan casos donde se sospeche que existe abuso sexual.

La edad de los profesionistas osciló entre 18 y 59 años con una experiencia laboral de por lo menos de 6 meses a 33 años.

A cada uno de los profesionistas se les proporcionó un cuestionario en donde se presentaron 4 casos de abuso sexual diferentes, así como una serie de preguntas concernientes a diversos aspectos del abuso. Los resultados obtenidos en esta investigación fueron los siguientes: Hubo diferencias significativas entre los diferentes grupos de profesionistas encontrando así que la experiencia laboral de los profesionistas influyó en las respuestas dadas en el cuestionario ya que se observó que el grupo de visitantes de la salud obtuvieron respuestas más acertadas y confiables.

Beezley y Kempe en 1981 realizaron una investigación con varios grupos de profesionistas para el reconocimiento de casos de abuso sexual, para ello se mandaron por correo 1619 cuestionarios a profesionistas médicos, pediatras, psiquiatras, policías forenses y jóvenes psiquiatras.

El cuestionario constó de 2 partes; en la primera parte se le preguntaba al profesionista la frecuencia con que veía niños abusados sexualmente durante un año, tomando en cuenta la edad, sexo y tipo de abuso, dándole previamente una clasificación de 3 tipos de abuso sexual, los cuales fueron:

- 1) Niños golpeados a quienes los daños fueron primeramente en el área genital.
- 2) Niños quienes han experimentado el atentado o intercambio actual u otro contacto genital inapropiado con un adulto.
- 3) Niños quienes han sido inapropiadamente envueltos con

un adulto en actividades sexuales no cubiertas por el tipo 1 y 2.

En la segunda parte del cuestionario se indagaba quién refería al niño, así como la relación con violencia y/o daño, la relación entre el ofensor y el niño, el grado de disturbio en la familia y la acción seguida de la identificación del abuso sexual.

Los resultados obtenidos en la investigación indicaron que en los casos que se observaron fueron asociados con violencia y daño físico y no con abuso sexual.

Finkelhor (sin año) realizó una investigación en la cual tomó en cuenta la actitud de profesionistas con respecto al abuso sexual. El partió de la hipótesis de que existen diferencias entre los diferentes grupos de profesionales (trabajadoras sociales y trabajadores de justicia). Los resultados muestran que entre el grupo de trabajadoras sociales existen grandes discrepancias con respecto al tratamiento que se les da a los padres y niños. Por ejemplo algunas proponen una intervención familiar mientras que otras opinan que es mejor la aplicación de exámenes psicológicos. A su vez se observó que no concuerdan en las consecuencias del comportamiento del niño tanto en el hogar como en el ámbito escolar.

Con respecto a los trabajadores de justicia se observó que solo reconocen aquellos rasgos que se involucran en el ámbito policiaco. (Citado en Eisenber, Owens y Dewey 1987).

CAPITULO III

METODOLOGIA

Objetivo Principal

Investigar qué información tiene los pediatras, psicólogos, trabajadoras sociales, maestras y educadoras que trabajan con niños, así como en un grupo de profesionistas de diferentes áreas acerca del tema de abuso sexual.

Objetivo Secundario

Elaborar un instrumento tipo cuestionario que sirva de apoyo para indagar qué tanta información manejan diferentes tipos de profesionistas acerca del tema de abuso sexual, es decir, un instrumento que mida de manera general los conocimientos sobre el tema de abuso sexual al menor.

En esta investigación no se manejó ningún tipo de hipótesis ya que es una investigación de tipo exploratorio descriptivo.

Variables

Las variables estudiadas en este trabajo fueron las siguientes:

- La formación profesional
- Conocimientos sobre el tema de abuso sexual

Definición de Variables

- Formación profesional

Definición Conceptual: Son todos aquellos conocimientos adquiridos a lo largo de la carrera profesional y que se ejercen en la práctica. (Serrano, R. y M. Ysunza., 1982)

Definición Operacional: La formación profesional es la reportada como poseída por los entrevistados a los cuales se les aplicó el cuestionario de conocimientos.

- Conocimientos sobre el tema de abuso sexual

Definición Conceptual: El término "abuso sexual", "niños víctimas de abuso sexual" y/o "niños maltratados sexualmente", se refiere a la explotación de un niño para la gratificación sexual de un adulto, sin embargo, el abuso sexual no debe confundirse con expresiones de cariño y afectuosos intercambios físicos (tocar) entre un niño y un adulto el cual muestra respeto por los sentimientos del niño. (Koblinsky, 1984).¹

Definición Operacional: Es el número de respuestas correctas obtenidas por los profesionistas en el instrumento que mide conocimientos sobre el abuso sexual y las cuales demuestran la información que maneja el profesionista entrevistado sobre el tema.

El cuestionario de conocimientos fue elaborado con base en 3 indicadores, los cuales son:

- 1) Conocimientos sobre aspectos médicos del abuso sexual que se refiere a todas aquellas condiciones físicas y fisiológicas que el médico observa detalladamente cuando sospecha que el paciente ha sido víctima de abuso sexual, tales como: enfermedades de transmisión sexual, examen médico de la piel, boca, abdomen, recto, genitales, buscándole lesiones y/ contusiones, pruebas de embarazo, radiografías de huesos (las cuales pueden ser de gran utilidad para un futuro juicio si es que se denuncia).

Por otro lado el médico debe mostrar habilidad para saber tratar a la criatura y a la familia, es decir, un médico deberá ser muy empático, hábil para establecer rapport así como ser una persona sensible y comprensiva del suceso que está sufriendo la víctima.

- 2) Conocimientos sobre conceptos y características del abuso sexual: Son todos aquellos conocimientos que manejan los profesionistas acerca del tema de abuso sexual, tales como ¿Qué es el abuso sexual? ¿En qué clase social se presenta más? ¿Quiénes son los defensores? ¿Quiénes son más frecuentemente las víctimas? ¿Cuál es su incidencia? ¿En qué lugares, como

¹ Esta definición no se encontró como conocimientos sobre el abuso sexual, sino como una definición de abuso sexual.

y cuando se da este fenómeno?

- 3) Conocimientos sobre consecuencias psíquicas y conductuales del abuso sexual: son todos aquellos conocimientos que debe tener el profesionista sobre los comportamientos y estados emocionales cambiantes, tales como: alteraciones en el sueño, incremento y decremento en la alimentación, agresividad, pasividad, depresión, inseguridad, mal humor, desinterés, ira, aislamiento tanto de amigos como de familiares, la falta de participación y atención dentro y fuera de las actividades escolares, baja notable en el rendimiento escolar que presenta un menor cuando ha sido víctima de abuso sexual.

Sujetos

En esta investigación participaron 180 sujetos con los cuales se formaron seis grupos:

- 30 Profesionistas Peditras
- 30 Profesionistas Psicólogos
- 30 Profesionistas Trabajadoras Sociales
- 30 Profesionistas Maestros
- 30 Profesionistas Educadoras
- 30 Profesionistas de diferentes áreas, no necesariamente relacionados con niños.

Muestreo

Se llevó a cabo a través de dos muestras: Para el grupo de los peditras psicólogos, trabajadoras sociales, maestros y educadores se utilizó un muestreo no probabilístico, intencional por cuota. Fue no probabilístico ya que no se hizo una selección al azar, es decir, no todos los individuos tenían la misma probabilidad de ser elegidos. Fue intencional ya que los sujetos seleccionados para la investigación fueron sólo profesionistas que trabajan con niños.

Para el grupo control, formado por los profesionistas de diferentes áreas se utilizó un muestreo no probabilístico por cuota. Fue no probabilístico ya que no fue una selección al azar, es decir, no todos los individuos tenían la misma probabilidad de ser elegidos.

Fue accidental ya que todos los sujetos que formaron parte de esta muestra fueron todos aquellos que quisieron ayudar o que se encontraban disponibles.

Ambos grupos fueron por cuota porque se eligieron 30

profesionistas por cada uno de los seis grupos con que se trabajó. Para caracterizar a la muestra, se empleo un "frecuencias". Los resultados obtenidos se reportan en las tablas I a la V.

Tabla I Profesión

Profesión	Frecuencia Absoluta
Maestras	30
Educadoras	30
Trabajadoras Sociales	30
Psicólogos	30
Pediatras	30
Grupo Control	30
Total	180

Como se observa en la tabla I, el cuestionario fue aplicado a 180 profesionistas de los cuales 30 fueron maestros, 30 educadores, 30 trabajadores sociales, 30 psicólogos, 30 pediatras y 30 para el grupo control.

Tabla II Años de Ejercer la Profesión

Años	Frecuencia Absoluta
3 meses - 5 años	109
+ 5 años - 10 años	37
+ 10 años - 15 años	14
+ 15 años - 20 años	5
+ 20 años - 25 años	6
+ 25 años - 30 años	7
+ 30 años - 35 años	2
Total	180
Media = 86 meses	

Como se observa en la tabla II, el 60.7% de la muestra ha ejercido entre 3 meses y 5 años, el 20% de más de 5 años a 10 años, el 7.9% de más de 10 años a 15 años, el 2.9% de más de 15 años a 20 años, el 3.3% de más de 20 años a 25 años, el 4% de más de 25 años a 30 años y el 1.2% de más de 30 años a 35 años. Por otro lado se observa una media de 86 meses. La mayoría de los profesionistas han ejercido su profesión aproximadamente durante 7 años.

Tabla III Edad

Edad	Frecuencia Absoluta
18 años - 23 años	17
24 años - 29 años	96
30 años - 36 años	41
37 años - 42 años	11
43 años - 48 años	4
49 años - 54 años	7
55 años - 60 años	4
Total	180
Media = 30 años	
= 7.856	

Como se puede observar en la tabla III el 9.6% de los profesionistas tenía una edad de entre 18 a 23 años, el 53.3% de 24 a 29 años, el 22.9% de 30 a 36 años, el 6.1% de 37 a 42 años, el 2.1% de 43 a 48 años, el 4% de 49 a 54 años y el 2% de 55 a 60 años.

Por otro lado se observa una media de 30 años con una desviación estándar de 7.856, lo cual nos indica que la mayoría de los profesionistas tenían de 22 a 38 años de edad.

Tabla IV Sexo

Sexo	Frecuencia Absoluta
Masculino	49
Femenino	131
Total	180

Como se puede observar en la tabla IV, la mayoría de la muestra 72.8% fueron personas del sexo femenino, el resto (27.2%) fueron personas del sexo masculino.

Tabla V Religión

Religión	Frecuencia Absoluta
No Reportó	47
Católica	130
Otros	3
Total	180

Como se puede observar en la tabla V, el 26.1% reportó que no profesa religión alguna, el 72.2% son católicos y el 1.7% profesan otro tipo de religión (evangelistas y testigos de Jehová).

Tipo de Estudio

Es una investigación de tipo exploratorio-descriptivo y de campo. Fue exploratorio porque es un tema poco estudiado en México y porque a través de este estudio se indagaron los conocimientos que manejan diferentes tipos de profesionistas acerca del tema de abuso sexual.

Es descriptivo porque se reporta el grado de conocimientos que tienen los diferentes profesionistas mexicanos.

Y de campo porque se trabajó en el medio natural de los 6 grupos de profesionistas, es decir, se acudió a las siguientes instituciones:

- Instituto Nacional de Pediatría
- Instituto de Desarrollo Integral de la Familia (DIF).
 - a) Casa hogar para mujeres
 - b) Casa cuna (Coyoacán)
- Instituto de Salud Mental del DIF
- Clínica Psicopedagógica de Desarrollo Infantil de la Colonia Narvarte.
- 4 Jardines de niños particulares
- Clínica Infantil "Primavera"
- Centro Educativo para Niños con Lesión Cerebral y Problemas Emocionales, A.C.
- 18 Consultorios Particulares
- Escuela "Walden Dos"
- 5 Escuelas Públicas (Primarias)
- Consejo Tutelar de Menores
- Escuela de Trabajo Social (UNAM)

Diseño

La investigación se llevó a cabo por medio de un diseño de más de dos muestras independientes, ya que se exploraron los conocimientos que tienen los 6 grupos de profesionistas (Pediatras, Psicólogos, Trabajadoras Sociales, Maestros, Educadoras y otros profesionistas) respecto al tema de abuso sexual a través de un cuestionario de conocimientos.

Instrumento

Se elaboró un cuestionario de conocimientos con 60 reactivos de opción múltiple, el cual tenía 4 opciones de respuesta.

El instrumento se elaboró con base en las siguientes 3 áreas de conocimientos sobre abuso sexual; obteniéndose 20 reactivos para cada área.

- 1) Conocimientos sobre aspectos médicos del abuso sexual (reactivos 1, 5, 8, 11, 14, 17, 20, 23, 26, 29, 32, 35, 38, 40, 43, 46, 49, 52, 55, 58)
- 2) Conocimientos sobre conceptos y características del abuso sexual (reactivos 3, 6, 9, 12, 15, 18, 21, 24, 27, 30, 33, 36, 41, 44, 47, 50, 53, 56, 59, 60)
- 3) Conocimientos sobre consecuencias psíquicas y conductuales del abuso sexual (reactivos 2, 4, 7, 10, 13, 16, 19, 22, 25, 28, 31, 34, 37, 39, 42, 45, 48, 51, 54, 57). (Ver apéndice A).

Para la eliminación de las preguntas del primer cuestionario se utilizó un análisis de reactivos, así todas las preguntas contestadas por la mayoría o por la minoría de la gente de manera semejante fueron eliminadas por no discriminar, quedando sólo las que tenían cierto grado de dificultad. (Grado de dificultad 15 - 85%; 15% las más fáciles y las de 85% las más difíciles).

El instrumento final quedó conformado de la siguiente manera:

Para el área de aspectos médicos del abuso sexual quedaron 10 reactivos, el 5, 8, 11, 14, 17, 20, 38, 40, 49 y 55.

Para el área de conceptos y características del abuso sexual quedaron 9 reactivos, el 9, 15, 30, 44, 47, 50, 53, 59 y 60.

Para el área de consecuencias psíquicas y conductuales del abuso sexual quedaron 8 reactivos, el 4, 13, 22, 25, 28, 42, 45 y 57.

El cuestionario final consta de 27 reactivos. (Ver apéndice B)

Procedimiento

Se aplicó el cuestionario a 6 grupos de profesionistas: psicólogos, trabajadoras sociales, pediatras, maestros, educadoras y a un grupo de profesionistas de diferentes áreas.

Para ello se acudió a diferentes instituciones (las antes mencionadas) donde se localizaron a los diferentes tipos de profesionistas, se les pidió que contestaran el cuestionario diciéndoles: "Estamos haciendo una investigación acerca de los conocimientos que se tienen del tema de abuso sexual, para ello deseamos que por favor lea y conteste un cuestionario; gracias por su colaboración".

Descripción de los datos

Para sacar la confiabilidad del instrumento se aplicó el coeficiente Alfa de Crombach en su versión para reactivos dicotómicos, el cual reporta los siguientes datos:

Tabla VI
Valores de alfa encontrados en los tres aspectos (médicos, generales y psicólogos) y en la escala total.

Aspectos	Coeficiente Alfa	g1	P
Médicos	0.63690	170	0.01
Generales	0.56769	171	0.01
Psicologicos	0.62741	172	0.01
Escala Total	0.81000	153	0.01

Como se puede observar en la tabla VI el alfa fue de 0.81, lo cual nos indica que la confiabilidad del instrumento en su totalidad es alta, sin embargo se observa que la consistencia interna por escalas es diferente.

Para la escala de conocimientos sobre aspectos médicos del abuso sexual (10 reactivos) se observa un alfa de 0.63690. Para la escala de conocimientos sobre conceptos y características del abuso sexual (9 reactivos) se observa un alfa de 0.56769. Y para la escala de conocimientos sobre consecuencias psíquicas y conductuales del abuso sexual (8 reactivos) se observa un alfa de 0.62741.

Todos los valores de alfa encontrados tienen una P de 0.01.

Los datos anteriormente mencionados nos indican que todo el instrumento, es decir, las 27 preguntas juntas nos dan una consistencia interna alta pero por subescalas la confiabilidad no es tan alta, sin embargo es buena, es decir, es una consistencia interna aceptable.

Para conocer las diferencias de conocimientos del tema de abuso

sexual entre los 5 grupos de profesionistas y el grupo control de acuerdo a las 3 subescalas (aspectos médicos, aspectos generales y aspectos psicologicos) se aplicó un analisis de varianza y a posteriori la prueba Rangos de Duncan, para comparar a los 6 grupos al mismo tiempo. Tambien se aplicó la prueba T para comparar a los grupos de profesionistas, es decir, cada uno contra el grupo control.

Ambos resultados se reportan en las tablas de la VII a la XX.

Tabla VII
Aspectos Médicos del Abuso Sexual

Fuente	gl	Suma de Cuadrados	Media de Cuadrados	F	Prob
Entre Grupos	5	137.3778	27.4756	7.706	0.000
Intra Grupos	174	620.4000	3.5655		
Total	179	757.7778			

Como se puede observar en la tabla VII la F fue de 7.706 con una probabilidad de 0.000, por lo tanto se concluye que sí existen diferencias significativas entre los grupos con respecto a los conocimientos que se tienen sobre aspectos médicos del abuso sexual.

Tabla VIII

Grupos	N	Media	Desviación Estándar
01 Maestros	30	8.166	1.4875
02 Educadoras	30	8.3667	1.8659
03 Trabajad Soc	30	7.4667	2.2242
04 Psicólogos	30	8.6333	1.3257
05 Pediatras	30	8.5667	2.0117
06 Control	30	6.1333	2.2242
Total	180	7.8889	2.0575

Como se puede observar en la tabla VIII el grupo de maestros (30) tiene una media de 8.1667 con una desviación estándar de 1.4875, el grupo de educadoras (30) tiene una media de 8.3667 con una desviación estándar de 1.8659, el grupo de trabajadoras sociales (30) tiene una media de 7.4667 con una desviación estándar de 2.2242, el grupo de psicólogos (30) tiene una media de 8.6333 con una desviación estándar de 1.3257, el grupo de pediatras (30) tiene una media de 8.5667 con una desviación estándar de 2.00117, y el grupo control (30) tiene una media de 6.1333 y una desviación estándar de 2.2242.

Se observa una media total de 7.8889 con una desviación estándar de 2.0575, lo cual nos indica una distribución de la muestra heterogénea.

Tabla IX
Aspectos Médicos del Abuso Sexual

Grupos	Control (6)	T.Social (3)	Maestros (1)	Educadoras (2)	Pediatras (5)	Psicólogos (4)
Media	6.1333	7.4667	8.1678	8.3667	8.5667	8.6333

De acuerdo con la tabla IX, el grupo que menos conoce sobre aspectos médicos es el grupo control, y el grupo que tiene más conocimiento en esta área es el grupo de los psicólogos.

Por otro lado se observa que el grupo de trabajadoras sociales, maestros y educadoras conocen lo mismo y a un nivel un poco más alto de conocimientos sobre aspectos médicos tenemos al grupo de maestros, educadoras, pediatras y psicólogos.

Como se puede observar las trabajadoras sociales conocen menos que los pediatras y psicólogos y a su vez las trabajadoras sociales, los maestros y educadoras conocen menos que los pediatras y los psicólogos.

Tabla X
Aspectos Generales del Abuso Sexual

Fuente	gl	Suma de Cuadrados	Media de Cuadrados	F	Prob
Entre Grupos	5	122.9778	24.5956	10.717	0.000
Intra Grupos	174	399.3334	2.2950		
Total	179	522.3111			

Como se puede observar en la tabla X, la F fue de 10.717 con una probabilidad de 0.000 por lo tanto se concluye que si existen diferencias significativas entre los grupos con respecto a los conocimientos que se tiene sobre aspectos generales del abuso sexual.

Tabla X
Aspectos Generales del Abuso Sexual

Fuente	gl	Suma de Cuadrados	Media de Cuadrados	F	Prob
Entre Grupos	5	122.9778	24.5956	10.717	0.000
Intra Grupos	174	399.3334	2.2950		
Total	179	522.3111			

Como se puede observar en la tabla X, la F fue de 10.717 con una probabilidad de 0.000 por lo tanto se concluye que si existen diferencias significativas entre los grupos con respecto a los conocimientos que se tiene sobre aspectos generales del abuso sexual.

Tabla XI

Grupos	N	Media	Desviación Estandar
01 Maestros	30	7.1667	1.4404
02 Educadoras	30	7.6333	1.0334
03 T. Sociales	30	6.8333	2.0186
04 Psicólogos	30	8.0677	1.4606
05 Pediatras	30	7.8000	1.4479
06 Control	30	5.5667	1.5241
Total	180	7.1778	1.7082

Como se puede observar en la tabla XI, el grupo de maestros (30) tiene una media de 7.1667 y una desviación estándar de 1.4404, el grupo de educadoras (30) tiene una media de 7.6333 y una desviación estándar de 1.0334, el grupo de trabajadoras sociales (30) tiene una media de 6.8333 y una desviación estándar de 2.0186, el grupo de psicólogos (30) tiene una media de 8.0677 y una desviación estándar de 1.4606, para el grupo de los pediatras (30) tiene una media de 7.8000 y una desviación estándar de 1.4479 y el grupo control (30) tiene una media de 5.5667 y una desviación estándar de 1.5241.

Se observa una media total de 7.1778 con una desviación estándar de 1.7082, lo cual nos indica una distribución de la muestra heterogénea.

Tabla XII
Aspectos Generales sobre el Abuso Sexual

Grupos	Control (6)	T.Social (3)	Maestros (1)	Educadora (2)	Pediatra (5)	Psicólogos (4)
Media	5.5667	6.8333	7.1667	7.6333	7.8000	8.0667

De acuerdo con la tabla XII, el grupo que menos conoce sobre aspectos generales es el grupo control y el grupo que tiene más conocimientos en esta área es el grupo de psicólogos

Se puede observar que el grupo de trabajadoras sociales, maestros y educadoras conocen lo mismo; el grupo de maestros, educadoras y pediatras tiene los mismos conocimientos y el grupo de educadoras, pediatras y psicólogos conocen lo mismo sobre aspectos generales del abuso sexual, pero cada grupo a diferentes niveles de conocimiento.

Por otro lado se observó que el grupo de trabajadoras sociales conocen menos que el grupo de pediatras y psicólogos a su vez, el grupo de maestros y educadoras conocen menos que los pediatras y psicólogos, y las trabajadoras sociales, maestros y educadoras conocen menos que los pediatras y los psicólogos.

Tabla XIII
Aspectos Psicológicos del Abuso Sexual

Fuente	gl	Suma de Cuadrados	Media de Cuadrados	F	Prob
Entre Grupos	5	48.6278	9.7256	3.780	0.000
Intra Grupos	174	447.7000	2.5730		
Total	179	496.3278			

Como se puede observar en la tabla XIII la F fue de 3.780 con una probabilidad de 0.0028, por lo tanto se concluye que si existen diferencias significativas entre los grupos con respecto a los conocimientos que se tienen sobre aspectos psicológicos del abuso sexual.

Tabla XIV

Grupos	N	Media	Desviación Estándar
01 Maestros	30	6.4000	1.2758
02 Educadoras	30	6.7700	1.2635
03 T. Sociales	30	6.4333	1.8880
04 Psicólogos	30	7.0000	1.3131
05 Peditras	30	6.7333	1.7006
06 Control	30	5.3667	2.0083
Total	180	6.4389	1.6652

Como se puede observar en la tabla XIV, el grupo de maestros (30) tiene una media de 6.4000 y una desviación estándar de 1.2758, el grupo de las educadoras (30) tiene una media de 6.7700 y una desviación estándar de 1.2635, el grupo de trabajadoras sociales tiene una media de 6.4333 y una desviación estándar de 1.8880, el grupo de psicólogos (30) tiene una media de 7.0000 y una desviación estándar de 1.3131, el grupo de peditras (30) tiene una media de 6.7333 y una desviación estándar de 1.7006 y el grupo control (30) tiene una media de 5.3667 y una desviación estándar de 2.0083.

Se observa una media total de 6.4389 y una desviación estándar de 1.6652 lo cual nos indica una distribución de la muestra heterogénea.

Tabla XV
Aspectos Psicológicos sobre el Abuso Sexual

Grupos	Control (6)	T.Social (3)	Maestros (1)	Educadoras (2)	Pediatras (5)	Psicólogos (4)
Media	5.3667	6.4000	6.4333	6.7000	6.7333	7.00007

Como se puede observar en la tabla XV, el grupo control es el que conoce menos sobre aspectos psicológicos y el grupo de los psicólogos tienen más conocimientos sobre ésta área.

Para esta subescala se observa que el grupo de maestros, trabajadoras sociales, educadoras, pediatras y psicólogos tienen el mismo nivel de conocimientos, es decir, los 5 grupos de profesionistas conocen lo mismo sobre aspectos psicológicos del abuso sexual.

Tabla XVI
Diferencias entre el Grupo de Maestros y el Grupo Control

Variable	N	Media	Desv Std	Error Std	F	Prob	Estimación de Varianza Colapsada			Estimación de Varianza Separada		
							T Valor	GL	F	T Valor	GL	F
A Médicos												
Maestros	30	8.1667	1.487	0.272	2.24	0.034				4.16	50	0.000
Control	30	6.1333	2.224	0.406								
A General												
Maestros	30	7.1667	1.440	0.263	1.12	0.763	4.18	58	0.0			
Control	30	5.5667	1.524	0.278								
A Psicológicos												
Maestros	30	6.4000	1.276	0.233	2.48	0.017				2.38	49	0.021
Control	30	5.3667	2.008	0.367								

Como se puede observar, la tabla XVI compara el grupo de maestros con el grupo control en las 3 subescalas:

- 1) Aspectos Médicos: Para el grupo de maestros (30) se observa una media de 8.1667, una desviación estándar de 1.487 y un error estándar de 2.272 a diferencia de la media encontrada en el grupo control (30) que es de 6.1333 con una desviación estándar de 2.224 y un error estándar de 0.406. El valor de F es de 2.24 con un nivel de significancia de 0.034 con un valor de T de 4.16 con 50 grados de libertad y una P de 0.000, lo cual nos indica que existen diferencias entre ambos grupos.
- 2) Aspectos Generales: Para el grupo de maestros (30) se observa una media de 7.1667 con una desviación estándar de 1.440 y un error estándar de 0.263 a diferencia de la media encontrada en el grupo control (30) que es de 5.5667 con una desviación estándar de 1.524 y un error estándar de 0.278. El valor de F es de 1.12 con un nivel de significancia de 0.763, con un valor de T de 4.18 con 58 grados de libertad y una P de 0.000, lo cual nos indica que existen diferencias significativas entre ambos grupos.
- 3) Aspectos Psicológicos: Para el grupo de maestros (30) se observa una media de 6.4000 con una desviación estándar de 1.276 y un error estándar de 0.233 a diferencia de la media encontrada en el grupo control (30) que es de 5.3667 con una desviación estándar de 2.008 y un error estándar de 0.67. El valor de F es de 2.48 con un nivel de significancia de 0.017, con un valor de T de 2.38 con 49 grados de libertad y una P de 0.021, lo cual nos indica que existen diferencias significativas entre ambos grupos.

Tabla XVII
Diferencias entre el Grupo de Educadoras y el Grupo Control

Variable	N	Media	Desv Std	Error Std	F	Prob	Estimación de Varianza Colapsada			Estimación de Varianza Separada			
							T Valor	GL	P	T Valor	GL	P	
A Medicos													
Educador	30	8.3667	1.866	0.341	1.42	0.350	4.21	58	0.0				
Control	30	6.1333	2.224	0.406									
A General													
Educador	30	7.6333	1.033	0.189	2.18	0.040				6.15	51	0.000	
Control	30	5.5667	1.524	0.278									
A Psicologicos													
Educador	30	6.7000	1.264	0.231	2.53	0.015				3.08	48	0.003	
Control	30	5.3667	2.008	0.367									

Como se puede observar, la tabla XVII compara el grupo de educadoras con el grupo control en las 7 subescalas:

- 1) Aspectos Médicos: Para el grupo de educadoras (30) se observa una media de 8.3667, una desviación estándar de 1.866 y un error estándar de 0.341 a diferencia de la media encontrada en el grupo control (30) que es de 6.1333 con una desviación estándar de 2.224 y un error estándar de 0.406. El valor de F es de 1.42 con un nivel de significancia de 0.350 con un valor de T de 4.21 con 58 grados de libertad y una P de 0.000, lo cual nos indica que existen diferencias significativas entre ambos grupos.
- 2) Aspectos Generales: Para el grupo de educadoras (30) se observa una media de 7.6333, una desviación estándar de 1.033 y un error estándar de 0.189 a diferencia de la media encontrada en el grupo control (30) que es de 5.3667 con una desviación estándar de 1.524 y un error estándar de 0.278. El valor de F es de 2.18 con un nivel de significancia de 0.040 con un valor de T de 6.15 con 51 grados de libertad y una P de 0.000, lo cual nos indica que existen diferencias significativas entre ambos grupos.
- 3) Aspectos Psicológicos: Para el grupo de educadoras (30) se observa una media de 6.7000, una desviación estándar de 1.264 y un error estándar de 0.231 a diferencia de la media encontrada en el grupo control (30) que es de 5.3667 con una desviación estándar de 2.008 y un error estándar de 0.367. El valor de F es de 2.53 con un nivel de significancia de 0.7763, con un valor de T de 3.08 con 48 grados de libertad y una P de 0.003 lo cual indica que existen diferencias significativas entre ambos grupos.

Tabla XVIII
Diferencias entre Trabajadoras Sociales y el Grupo Control

Variable	N	Media	Desv Std	Error Std	F	Prob	Estimación de Varianza Colapsada			Estimación de Varianza Separada		
							T Valor	GL	P	T Valor	GL	P
A Médicos												
T. Social	30	7.4667	2.224	0.406	1.00	1.000	2.32	58	0.024			
Control	30	6.1333	2.224	0.406								
A General												
T. Social	30	6.8333	2.019	0.369	1.75	0.136	2.74	58	0.008			
Control	30	5.5667	1.524	0.278								
A Psicológicos												
T. Social	30	6.4333	1.888	0.345	1.13	0.741	2.12	58	0.038			
Control	30	5.3667	2.008	0.367								

Como se puede observar, la tabla XVIII compara el grupo de trabajadoras sociales con el grupo control en las 3 subescalas:

- 1) Aspectos Médicos: Para el grupo de trabajadoras sociales (30) se observa una media de 7.4667, una desviación estándar de 2.224 y un error estándar de 0.406 a diferencia de la media encontrada en el grupo control (30) que es de 6.1333 con una desviación estándar de 2.224 y un error estándar de 0.406. El valor de F es de 1.00 con un nivel de significancia de 1.000, con un valor de T de 2.32, con 58 grados de libertad y una P de 0.024 lo cual nos indica que existen diferencias significativas entre ambos grupos.
- 2) Aspectos Generales: Para el grupo de trabajadoras sociales (30) se observa una media de 6.8333, una desviación estándar de 2.819 y un error estándar de 0.369 a diferencia de la media encontrada en el grupo control (30) que es de 5.5667 con una desviación estándar de 1.524 y un error estándar de 0.278. El valor de F es de 1.75 con un nivel de significancia de 0.136, con un valor de T de 2.74 con 58 grados de libertad y una P de 0.008, lo cual nos indica que no existen diferencias significativas entre ambos grupos.
- 3) Aspectos Psicológicos: Para el grupo de trabajadoras sociales (30) se observa una media de 6.4333, una desviación estándar de 1.888 y un error estándar de 0.345 a diferencia de la media encontrada en el grupo control (30) que es de 5.3667 con una desviación estándar de 2.008 y un error estándar de 0.367. el valor de F es de 1.13 con un nivel de significancia de 0.741, con un valor de T de 2.12 con 58 grados de libertad y una P de 0.038, lo cual nos indica que existen diferencias significativas entre ambos grupos.

Tabla XIX
Diferencias entre el Grupo de Psicólogos y el Grupo Control

Variable	N	Media	Desv Std	Error Std	F	Prob	Estimación de Varianza Colapsada			Estimación de Varianza Separada		
							T Valor	GL	P	T Valor	GL	P
A Médicos												
Psicólogo	30	8.6333	1.326	0.242	2.81	0.007				5.29	47	0.000
Control	30	6.1333	2.224	0.406								
A General												
Psicólogo	30	8.0667	1.461	0.267	1.09	0.820	6.49	58	0.0			
Control	30	5.5667	1.524	0.278								
A Psicológicos												
Psicólogo	30	7.0000	1.313	0.240	2.34	0.025				3.73	49	0.000
Control	30	5.3667	2.008	0.367								

Como se puede observar, la tabla XIX compara el grupo de psicólogos con el grupo control en las 3 subescala:

- 1) Aspectos Medicos: Para el grupo de psicólogos (30) se observa una media de 8.6633 con una desviación estándar de 1.326 un error estándar de 0.242 a diferencia de la media encontrada en el grupo control (30) que es de 6.1333 con una desviación estándar de 2.234 y un error estándar de 0.406. El valor de F es de 2.81 con un nivel de significancia de 0.007 con un valor de t de 5.29 con 47 grados de libertad y una P de 0.000, lo cual nos indica que existen diferencias significativas entre ambos grupos.
- 2) Aspectos Generales: Para el grupo de psicólogos (30) se observa una media de 8.0667, con una desviación estándar de 1.461 y un error estándar de 0.267 a diferencia de la media encontrada en el grupo control, (30) que es de 5.5667 con una desviación estándar de 1.524 y un error estándar de 0.278. El valor de F es de 1.09 con un nivel de significancia de 0.820, con un valor de T de 6.49 con 58 grados de libertad y una P de 0.0000, lo cual nos indica que existen diferencias significativas entre ambos grupos.
- 3) Aspectos Psicológicos: Para el grupo de psicólogos (30) se observa una media de 7.0000 con una desviación estándar de 1.213 y un error estándar de 0.240 a diferencia de la media encontrada en el grupo control (30) que es de 5.3667 con una desviación estándar de 2.008 y un error estándar de 0.367. El valor de T es de 2.34 con un nivel de significancia de 0.025, con un valor de T de 3.73 con 49 grados de libertad y una P de 0.000, lo cual nos indica que existen diferencias significativas entre ambos grupos.

Tabla XX
Diferencias entre el Grupo de Pediatras y el Grupo Control

Variable	N	Media	Desv Std	Error Std	F	Prob	Estimación de Varianza Colapsada			Estimación de Varianza Separada		
							T Valor	GL	P	T Valor	GL	P
A Médicos												
Pediatras	30	8.5667	2.012	0.367	1.22	0.592	4.44	58	0.000			
Control	30	6.1333	2.224	0.406								
A General												
Pediatras	30	7.8000	1.448	0.264	1.11	0.784	5.82	58	0.000			
Control	30	5.5667	1.524	0.278								
A Psicológicos												
Pediatras	30	6.7333	1.701	0.310	1.39	0.376	2.84	58	0.006			
Control	30	5.3667	2.008	0.367								

Como se puede observar, la tabla XX compara el grupo de pediatras con el grupo control en las 3 subescalas:

- 1) Aspectos Médicos: Para el grupo de pediatras (30) se observa una media de 8.5667 con una desviación estándar de 2.012 y un error estándar de 0.367 a diferencia de la media encontrada en el grupo control (30) que es de 6.1333 con una desviación estándar de 2.224 y un error estándar de 0.406. El valor de F es de 1.22 con un nivel de significancia de 0.592, con un valor de T de 4.44 con 58 grados de libertad y una P de 0.000, lo cual nos indica que existen diferencias significativas entre ambos grupos.
- 2) Aspectos Generales: Para el grupo de pediatras (30) se observa una media de 7.8000 con una desviación estándar de 2.012 y un error estándar de 0.367 a diferencia de la media encontrada en el grupo control (30) que es de 5.5667 con una desviación estándar de 1.524 y un error estándar de 0.278. El valor de F es de 1.11 con un nivel de significancia de 0.784, con un valor de T de 5.82 con 58 grados de libertad y una P de 0.000, lo cual nos indica que existen diferencias significativas entre ambos grupos.
- 3) Aspectos Psicológicos: Para el grupo pediatras (30) se observa una media de 6.7333 con una desviación estándar de 1.701 y un error estándar de 0.310 a diferencia de la media encontrada en el grupo control (30) que es de 5.3667 con una desviación estándar de 2.008 y un error estándar de 0.367. El valor de F es de 1.39 con un nivel de significancia de 0.376, con un valor de T de 2.84 con 58 grados de libertad y una P de 0.006, lo cual nos indica que existen diferencias significativas entre ambos grupos.

CAPITULO IV INTERPRETACION Y DISCUSION

En el analisis de varianza se encontro que en los aspectos medicos, los aspectos generales y en los aspectos psicologicos si hay diferencias significativas (P 0.05) entre cada uno de los grupos. se cree que estas diferencias se dieron por: la falta o poca informacion que se tiene sobre el tema, la confusion que se tiene con otros temas como violacion, incesto y maltrato fisico y por la diferencia en la formacion profesional tanto a nivel personal como a nivel academico.

De acuerdo a los resultados de la prueba de Rangos de Duncan se encontro que para los aspectos medicos: el grupo que menos conoce es el grupo control, ya que este grupo estuvo formado por profesionistas de diferentes areas que no tuvieron nada que ver con niños (Arquitectos, Ingenieros, Administradores, Odontologos, Biologos, Actuarios, etc.), y el grupo que mas conoce son los psicologos, seguidos de los pediatras. Sin embargo, para esta area los pediatras por tener una formacion de medicos generales antes de tener su especialidad pareciera ser que son los que deberian conocer mas sobre aspectos medicos. Y el grupo de las trabajadoras sociales, maestros y educadoras conocen lo mismo. Es decir, que dentro de los 5 grupos las trabajadoras sociales, maestros y educadoras conocen menos que los pediatras y los psicologos, lo que se observó en estos 3 grupos, por las respuestas dadas al cuestionario es que no se conocen los procedimientos de exploracion, trato y analisis medicos que generalmente se llevan a cabo cuando se sospecha de que el niño ha sido víctima de abuso sexual. (Ver preguntas del apendice E)

Para los aspectos generales del abuso sexual se observa que quienes menos conocen sobre el tema son nuevamente los del grupo control, ya que esta muestra de profesionistas no tiene nada que

ver con niños. Por otro lado, el grupo que más conoce sobre este tema son los psicólogos, de alguna manera los psicólogos a lo largo de su ejercicio profesional tienen más contacto con aspectos de sexualidad, manejan problemas emocionales y en algún momento de su formación profesional adquieren conocimientos generales sobre el maltrato al menor.

El nivel de conocimientos de los maestros, educadoras y pediatras es el mismo, es decir, estos 3 grupos tienen nociones a nivel general de lo que es el abuso sexual al menor. Por otro lado, dentro de los 5 grupos de profesionistas, el que menos conoce es el grupo de trabajadoras sociales, es decir, que su nivel de conocimientos en cuanto a lo que es el abuso sexual, cuándo y en donde se da más frecuentemente, etc, así como en los aspectos médicos es poco lo que conocen, también se observó una confusión en cuanto a lo que es la violación, incesto y maltrato físico.

Para los aspectos psicológicos el grupo que menos conoce es el grupo control y el que más conoce son los psicólogos, sin embargo y como se puede observar (tabla XV) en general los 5 grupos de profesionistas tienen el mismo nivel de conocimientos que el grupo control, es decir, que en cuanto a los conocimientos que se tienen sobre aspectos psicológicos toda la gente sabe lo mismo, las consecuencias y/o daños emocionales que la víctima de abuso sexual sufre, es confundida con problemas orgánicos o con cualquier otro evento social desagradable para el niño, confundiendo esto con las consecuencias psíquicas y conductuales del abuso sexual.

La prueba T corrobora lo obtenido por la prueba Rangos de Duncan, esta prueba también dio diferencias entre todos los grupos y el grupo control, al hacer la comparación de grupo por grupo en todos los aspectos con el grupo control, en todos se encontró que el grupo control sabe menos (como ya se observó anteriormente) que los 5 grupos de profesionistas, aunque dentro de éstos haya diferencias de conocimientos, es decir, que un grupo de profesionistas sabe más que otros.

Por lo tanto se podría mencionar que al existir diferencias entre un grupo de gente que no tiene nada que ver con niños ni con el abuso sexual y otro grupo de gente que de una manera u otra tiene que ver con niños (que son los más propensos a sufrir un abuso sexual) y que por su trabajo de algún modo ha tenido que ver o manejar el abuso sexual concluimos que el instrumento si tiene cierto grado de validez, sin embargo, no porque el instrumento haya dado diferencias se puede hablar de que los profesionistas entrevistados conocen sobre el tema de abuso sexual. Porque como se vio anteriormente en el aspecto psicológico las diferencias en el nivel de conocimientos son mínimas y aunque los psicólogos saben más que los demás grupos en los 3 aspectos, lo ideal sería

que todos los grupos e incluso la gente en general tuviera conocimientos sobre este tema ya que es un problema que se está dando y por temor a hacerlo público, por no saber a quién recurrir o por la negación total de los padres, estos delitos se mantienen en secreto o solo los médicos, pediatras y psicólogos y en algunos casos Trabajadoras Sociales lo saben, pero cada quien por separado y siempre guardándolo como secreto profesional, dando esto como consecuencia que nadie sepa nada, que no haya estadísticas, que los ofensores no sean castigados, que cada quien trabaje los casos como pueda, si es que puede, que no se hayan hecho mas investigaciones al respecto, ni se den soluciones reales y efectivas con una amplitud social suficiente como para llegar a hacer programas tanto educativos preventivos como de tratamiento y apoyo a las víctimas, a su familia y al ofensor.

Por otro lado la literatura incluida en estas investigacion es toda extranjera, aunque el daño y las consecuencias puedan ser las mismas para un niño mexicano que para un niño extranjero. En los aspectos médicos el seguimiento, la revision, exploracion y el modo de tratar a los niños y a la familia de los menores son diferentes, ya que en la muestra utilizada lo que se pudo observar es que hay cosas que no se hacen, y aunque la muestra utilizada fue pequeña, los médicos hacen revisiones generales y rápidas por el número de niños que hay que ver y en la mayoría de los casos no se mandan a hacer los análisis de laboratorio necesarios.

En cuanto a los aspectos generales existe otro grave problema: por la falta de información que se tiene se podría decir que existe una grave confusión entre lo que es el abuso sexual, el incesto, la violación y el maltrato físico. Como se puede ver en el capítulo II el maltrato físico es totalmente diferente de lo que es el abuso sexual en cuanto a que el maltrato físico siempre se lleva a cabo con la finalidad de lastimar al niño con algún objeto a manos del agresor, que justifica este acto diciendo "lo castigué por su bien", en cambio el abuso sexual que en algunas ocasiones va acompañado de golpes, es la necesidad de un adulto de someter sexualmente al niño, es decir, el dominio, uso de poder y la autoridad del adulto sobre el niño.

La violación también es diferente, ésta siempre va acompañada de violencia (golpes, fuerza, etc), puede darse el coito, es decir, la finalidad es llegar a penetrar vaginalmente a la víctima con el pene o con algún objeto y generalmente se da una sola vez.

El abuso sexual se da varias veces en contra del mismo niño y generalmente por una persona conocida él, es a través de coerción, soborno, seducción, engaños o abuso de confianza, el

agresor siempre es mayor que la víctima, (en su mayoría) son hombres) y su finalidad no es el coito, sino más bien caricias, exhibicionismo, masturbación, tocamientos, etc. entre el ofensor y la víctima.

Con lo que más suele confundirse el abuso sexual es con el incesto, que se refiere a relaciones sexuales o actos de tipo sexual entre padre e hijota), hermanos mayores con hermanos menores o abuelos con nietos. Estos actos son repetidos, es decir, no sucede una sola vez, sino que a veces duran varios años. Es un miembro de la propia familia quien está destruyendo la confianza del menor por lo tanto las consecuencias psicológicas serán más severas. Aunque todo incesto sea un abuso sexual, no todo abuso sexual es incesto ya que en el abuso sexual la persona mayor es una persona conocida de confianza para el niño, es decir, un amigo mayor, un padrino, un vecino, algún amigo mayor de la familia, el maestro o el conserje y en cualquiera de estos casos el niño puede (y de hecho lo hace) recurrir a sus padres o incluso hermanos mayores quienes de alguna manera lo respaldan y le dan ayuda, aunque hay padres o familias que no le creen al niño que esto pase, negando el problema y no dando apoyo a la víctima.

También el incesto como se da dentro del ámbito familiar pueden pasar años antes de que este evento se descubra, además estos son los tipos de incidentes que menos se reportan a las autoridades ya que si se castigarán, a quien castigarían es a quien generalmente mantiene económicamente a la familia (abuelo, padre, hermano mayor).

Por otro lado como se observa, el grupo control es el grupo que menos conocimientos tiene sobre este tema (arquitectos, biólogos, contadores, ingenieros, químicos, etc.), es decir que su socialización y sus roles adquiridos a lo largo de su preparación profesional son completamente diferentes a los adquiridos por profesionistas de la salud como pediatras, psicólogos y trabajadoras sociales quienes por su formación tienen actitudes similares es decir adquirieron roles, normas y un cierto tipo de conocimientos específicos así como la manera de expresar y de manejar ciertos tipos de problemas sociales como es el del abuso sexual.

El abuso infantil es un fenómeno complejo que varía a lo largo de algunas líneas: grado de severidad, edad, relación entre el "abusador" y el abusado, duración y frecuencia (sola o múltiple). Se sabe muy poco de qué tratamientos actuales son recomendados y aún menos se sabe acerca de consecuencias de tratamientos específicos y la pobre documentación en nuestro país contribuye a esta carencia. (Citado en Vitularo, y col 1986)

CAPITULO V CONCLUSIONES

A lo largo de la presente investigación y de acuerdo a los resultados se encontró que los profesionistas que trabajan con niños ya sea de manera directa o indirecta no tienen información suficiente sobre el tema de abuso sexual, es decir los pediatras no tienen la destreza necesaria para tratar a una víctima de abuso sexual, no conocen el tipo de examen médico adecuado para llevar a cabo un reconocimiento general o para detectar marcas físicas que compruebe el abuso sexual.

Los psicólogos saben poco acerca de las consecuencias psíquicas conductuales del abuso sexual.

Las trabajadoras sociales, los maestros y las educadoras no conocen los aspectos más generales sobre el tema, tomando en cuenta que estos profesionistas están en contacto con los niños de manera directa se esperaría que ellas tuvieran más manejo sobre el tema.

Era de esperarse que los profesionistas pediatras manejaran por lo menos lo referente a aspectos médicos, los psicólogos los aspectos psíquicos y conductuales y las trabajadoras sociales, maestros y educadoras los aspectos generales de este problema, sin embargo y aunque sí se encontraron diferencias entre los grupos de profesionistas en cada área y en comparación con el grupo control las diferencias con respecto al nivel de conocimiento son mínimas.

Esta falta de información que se observó en los profesionistas trae consigo consecuencias tales como: no saber qué hacer o qué decir cuando se les presenta un caso de éstos, confundir el problema con otro tipo de conflictos que se puedan presentar en los niños o simplemente prefieren no tratar el caso trayendo como

consecuencia la carencia de servicios para atender este problema, es decir, no hay a quien recurrir porque no se conoce nada al respecto.

El problema del abuso sexual es un problema social grave al que no se le da la importancia debida, mucho de esto tiene que ver con la falta de información a nivel nacional, la confusión de términos que hay entre maltrato físico, violación, incesto y abuso sexual, la falta de estadísticas que demuestren que el fenómeno se está dando, sin que existan profesionistas debidamente preparados para manejar este problema.

Por otra parte las autoridades en la mayoría de los casos son también un obstáculo ya que en vez de ayudar al niño víctima de abuso sexual lo martirizan, haciéndolo sentir culpable, devaluado y avergonzado del incidente. Las leyes no contemplan el abuso sexual como tal, es decir, pueden hablar de violación, de incesto, corrupción de menores para referirse a este delito, las multas y las sanciones impuestas por un delito parecido al de abuso sexual son irrisorias, no tomando en cuenta el daño emocional que le provocan, es decir, no se protege al niño de ninguna manera.

También es importante recalcar que los padres juegan un papel esencial con respecto a este problema ya que son ellos los que deben dar confianza a los niños y adolescentes para que puedan platicar con ellos sobre temas de índole sexual para evitar en todo lo posible que sus hijos sufran este tipo de incidente, ya que como se ha visto estas situaciones llegan a influir de manera determinante en la vida de la víctima, en el plano psicosexual.

Como se pudo observar la muestra es muy pequeña para la cantidad de población mexicana por lo tanto los resultados que se obtuvieron sólo son representativos para esta muestra.

Al ser éste el primer estudio que se realiza con respecto a este tema en el D.F. se cree que servirá de apoyo para futuras investigaciones. Este estudio aporta un cuestionario de conocimientos sobre el abuso sexual el cual está manejando 3 áreas: aspectos médicos, aspectos psicológicos y aspectos generales del abuso sexual. (Ver apéndice B)

Se espera que este trabajo apoye y ayude de alguna forma a todas aquellas personas y profesionistas que tengan que ver con los niños, de modo tal que les proporcione información teórica acerca de este problema.

Limitaciones

La investigación con la que se comenzó originalmente tuvo que cambiarse por falta de bases metodológicas que la respaldaran como fueron:

- 1) Se pretendía elaborar un cuestionario de exploración clínica que detectara probable abuso sexual en el menor; este cuestionario no pudo validarse por no existir un número suficiente de profesionistas que realmente conocieran el tema de abuso sexual a nivel teórico-práctico.
- 2) La muestra de niños que habían sufrido abuso sexual tenía que ser mínima de 30 sujetos, no se pudieron conseguir y no es que no existieran casos suficientes, fue que los padres se negaron a cooperar, los profesionistas y las instituciones donde se habían detectado casos de abuso se negaron a dar información por ser ésta "confidencial".
- 3) Por ser un cuestionario abierto parecía demasiado subjetivo poco válido y confiable.

Concluyendo que estas limitantes nos hablan de dos problemas importantes: la falta de cooperación tanto de la gente como de algunas autoridades y el desconocimiento del tema.

Debido a éstas la investigación se modificó a la presente que se refiere a indagar cuánta información manejan los profesionistas psicólogos, pediatras, maestros, educadoras y trabajadoras sociales acerca del tema de abuso sexual, encontrándose las siguientes limitaciones:

- La información que existe a nivel nacional sobre el tema de abuso sexual es mínima, por lo tanto se tuvo que trabajar con información de Estados Unidos de Norteamérica y Gran Bretaña en su gran mayoría.
- Varias de las instituciones importantes en donde se localizó a la muestra de esta investigación negaron el permiso para la aplicación del cuestionario argumentando que era muy largo y que el personal no tenía tiempo para contestarlo o bien que era un tema un poco delicado a tratar.

Las instituciones que se negaron a colaborar fueron:

- Salud mental del DIF
- Instituto Nacional de Pediatría
- Casa hogar para niñas (Las trabajadoras sociales se

negaron)

- Los profesionistas abogados en su gran mayoría se negaron a contestar el cuestionario argumentando que no tenían porque contestar un cuestionario que midiera sus conocimientos, sin embargo algunos abogados se mostraron interesados en el tema.
- Se eliminaron a los abogados porque durante el tiempo en el que se aplicó el cuestionario, el código penal modificaba, derogaba y cambiaba sus leyes sobre delitos sexuales contra el menor, haciendo que fuera imposible la aplicación del cuestionario a esta muestra.
- El tiempo para contestar un cuestionario llegó a ser hasta de 3 meses, lo cual demuestra la poca importancia que le dan al tema los propios profesionistas.
- El trato personal de muchos de los profesionistas fue un tanto arrogante, de prepotencia con una actitud poco solidaria.
- No se encontró en el D.F. una investigación parecida a la presente, tampoco en la literatura revisada en los Journal de 5 años a la fecha a nivel internacional.

Sugerencias

- Para próximas investigaciones se sugiere que se amplie más la muestra, que sean por lo menos 100 de cada área de profesionistas.
- Que se incluyan profesionistas como ginecólogos, pedagogos, sociólogos, enfermeras y puericultoras.
- Que se haga toda una investigación acerca de lo que dicen las leyes sobre delitos sexuales contra el menor, investigando así mismo cómo es que los abogados manejan estos casos y cuánto saben sobre el abuso sexual.
- Reestructuración del cuestionario, corrigiendo la redacción y aumentando más preguntas.
- La elaboración de dos tipos de cuestionarios:
 - 1) Para profesionistas que trabajen con población no

institucionalizada.

- 2) Otro para profesionistas que trabajen con población institucionalizada, es decir, aquellos profesionistas que atienden a niños en instituciones como el DIF y no de manera particular.
- Impartir cursos de sensibilización e información a los profesionistas sobre lo que es el abuso sexual y cuáles son sus consecuencias psíquicas y conductuales.
 - Que muy en especial a maestros y educadoras se les den cursos de sexualidad humana incluyendo el tema de abuso sexual al menor ya que son estas las personas principales a parte de los padres quienes siempre estarán en contacto directo con los niños.
 - Que a los padres también se les den cursos sobre conocimientos generales y prevención del abuso sexual al menor.
 - Que dentro de la carrera de psicología y medicina se imparta este tópico ya sea como una materia o como un tema dentro de alguna materia pero no de manera optativa.
 - Que se hagan más investigaciones amplias sobre el tema.

BIBLIOGRAFIA

- Artículo "About the sexual abuse of children". (1981) Tropical Texas Center. pp 25-31
- Adams, C; y Tucker, M.D. (1982). Proximate effects of sexual abuse in childhood. A report on 28 children. Am J Psychiatry. Vol 139, No. 10 October pp 1252-1256.
- Aguilar, S.A. Kitsu, O.M.; y Focerrada, M.M. (1971). Síndrome del niño maltratado. Aspectos psiquiátricos y sociales. Revista Mexicana de Pediatría Vol 40, No 6 p 907.
- Anales Nestle. (1980) Del abandono al niño mártir. Fascículo 114
- Baker, W.A y Duncan, P.S. (1985). Child sexual abuse. a study of prevalence in Great Britain. Child Abuse and Neglect Vol 9, pp 457-467.
- Beezley, M.F; y Kempe, C.H. (1981). Sexually abused children and their families. Gran Bretaña: Pergamon Press Cap 1,2,3 y 10.
- Blomberg, M.L. (1981) Depression in abuse and neglected children. America Journal of Psychotherapy. Vol 35, No 3, July pp 342-355.
- Burgess, R.L. y conger, R.A. (1978). Family interaction in abusive, neglectful and normal families. Child Development. No. 49 pp 1163-1173
- Carrera, M. (1982). Todas las respuestas a sus preguntas sobre el sexo. Barcelona: pp 364-366.
- Código Penal del D.F. (1989) Ed. Porrúa

- Coppari González Norma Beatriz. (1984) Manejo de la agresión en niños con síndrome de maltrato México: UNAM pp 12-14.
- Cox, D.W. (1985). Abuso sexual en niños: diagnóstico y tratamiento. Mundo Médico Vol XII, No 129. pp 61-64.
- Cupoli, J.M; Managhan, P Sewell, T.N. (1988) One-thousand fifty nine children with a chief complaint of sexual abuse. Child Abuse and Neglect. Vol 12, pp 151-162.
- De Young Mary (1986). A conceptual model for judging the truthfulness of a young child's allegation of sexual abuse. Amer J. Orthopsychiatry Vol 56 No 4 pp 550-559.
- Diario Oficial de la Federación. Tomo CDXXIV No. 2 Director Prof. Manuel Arellano México D.F. Martes 8 Enero 1987.
- Dowdswell, J. (1987) La violación, hablan las mujeres, actitudes, sentimientos y testimonios de primera mano. México: Grijalbo. p 33.
- Eisenberg, B; Owens, G. y Dewey, B.A. (1987) Attitudes of health professionals to child sexual abuse and incest. Child Abuse and Neglect, Vol 11 pp 109-116.
- Feigelson, C.N. (1983) Un niño ha sido golpeado México: Diana pp. ???
- Finkelhor, D (1979) Abuso sexual al menor, causas, consecuencias y tratamiento psicosexual. México: Pax p.???
- Finkelhor, D y Korbin, J. (1988) Child abuse as an international ISSUE Child Abuse and Neglect. Vol 12 pp 3-23.
- Finkelhor, D y Hotaling, G.G. (1984). Sexual abuse in the national incidence study of child abuse and neglect; an appraisal. Child Abuse and Neglect. vol 8 pp 23-33.
- Finkelhor, D y Browne, A. (1985) The traumatic impact of hild sexual abuse: A conceptualization. Amer. J. Orthopsychiat Col 55. No 4. pp 530-538.
- Foncerrada, M. (1982). El niño víctima del maltrato físico. Revista Médica IMSS, Vol 20. No 5. México.
- Fontana, V.J. (1979) En defensa del niño maltratado, México: Paxs. pp 48-75.
- Freema, R. E. y Lango, M. R. C. (1986) The impact of sexual

- victimization on males. Child Abuse and Neglect. Vol 10. pp411-414.
- González de Alba L. (1985) La representación social de la violación. Mexico, UNAM mecanograma p 94.
 - Groundlund E. N. (1980), Elaboración de Test de Aprovechamiento, Ed Trillas, Mexico 1980.
 - Jampole, L y weber, K.M. (1987) An assesment of the behavior of sexually abused and nonsexually abused children with anatomically correct dolls. Child Abuse and Neglect. Vol 11. pp 187-192.
 - Jones, C. (1982). Sexual abuse of children. Am. J. Dischild. Vol 136
 - Kempe, C.H.; Silverman, F.N.; Steele, B.F.; Droege-Muller, W. y Silver, H.K: (1961). The battered child syndrome. JAMA. pp 181, sin ubicación de volumen.
 - Kerlinger N. F., Enfoque conceptual de la investigación del comportamiento, Ed Interamericana. México D.F., 1984. Cap 2.
 - Kerlinger N. Fred, Investigación del comportamiento Técnicas y Metodología. Ed. Interamericana, México D.F. 1985. Cap 34, 37.
 - Koblinsky, y Behana, N. (1984). Child sexual abuse. The educator's role in prevention, detection and intervention. Young children. Vol 3 pp 3-13.
 - Lester, J. (1987) Trade unions child care project child abuse Vol 1 pp 5-19.
 - Marcovich, J. (1978). El maltrato a los hijos. México: Edicol. pp 63-72.
 - Marcovich, J. 1981) El niño maltratado, México: Edimex
 - Martínez, I. (1985). Análisis acerca de la mujer. Violación: un problema social. Nuestra gente. México pp 14 y 17.
 - Martínez, M. (1985). Delitos sexuales, sexualidad, derechos. México: Porrúa pp 267.
 - Mc Guigan J.F, Psicología Experimental Enfoque Metodológico, Ed. Trillas, México, 1976. Cap 9.

- Mendoza, Batista A. (1986) Violación Mexico. Mecanograma. p 20.
- Osorio y Nieto, C.A. (1981). El niño maltratado. Mexico: Trillas. pp ???.
- Palomares, A. (1983). Niños maltratados. Nuestras indefensas víctimas. Colección aTestimonios. Ed. Unidos Mexicanos, S.A. México.
- Publicaciones FEM (1986) ¿Cuánto sabe usted sobre el abuso sexual de menores? Vol. 10. No 47 Agosto-Septiembre pp 39-41.
- Reidy, T. (1977). The aggressive characteristics of abuse and neglected children. Journal of clinical psychology. Vol 33 No4.
- Rimsza, M.E y Beng, R.A. (1988). sexual abuse, somatic and emotional reactions. Child Abuse and Neglect. Vol 12 pp 201-208.
- Riva, PV; y Col (1974). México a través de los siglos. México: Cumbre.
- Russell, D.E.H. (1983). The incidence and prevalence of intrafamilial and extrafamilial sexual abuse of female. Children abuse and neglect. Vol 7 pp 133-146.
- Salomón, T. (1973) History and demography of child abuse. Pediatrics. Vol 51 No 4. Parte II.
- Serrano, Camacho. (1985). Síndrome del niño maltratado: algunas características de personalidad de los padres agresores. México: UNAM. pp 1- 26.
- Serrano R. y M. Ysunza (1982) Memorias del encuentro sobre Diseño Curricular. ENEP. Aragón.
- Tong, L; Dates, K y Mc Dowell, M. (1987) Personality development following sexual abuse. Child Abuse and Neglect. Vol. 11 pp. 371-383.
- Van Ussell, J. (1974). La represión sexual. Mexico. Roca. pp 119-129.
- Vitularo, L.A.; Lewis, M y Doran, L.A. (1986). Treatment recommendation, implementation, and follow-up in child abuse. Amer. J. Orthopsychiat. Vol 56. No 3 pp. 478-480.

- Wyatt, G.E. y Doyle, S.P. (1986). Issues in the definition of child sexual abuse in prevalence research. Child Abuse and Neglect. Vol.10. pp 231-240.
- Wyatt, G.E. (1985). The sexual abuse of Afro-American, and white american woman ind childhood. Child Abuse and Neglect. Vol 9. pp 507-519.

APENDICE A CUESTIONARIO

INSTRUCCIONES:

El cuestionario que a continuación se le presenta es con el fin de indagar cuanto se conoce sobre el tema de abuso sexual en México.

El cuestionario consta de una serie de afirmaciones y de una hoja de respuestas en la cual Ud. deberá de contestar los datos generales que se piden, así como colocar la letra que elija la opción que Ud. considere correcta en el número correspondiente. (Solo una letra por afirmación).

FAVOR DE NO MARCAR EL CUESTIONARIO

- 1.- El mensaje implícito y explícito que el médico debe transmitir a la víctima cuando ha confirmado que fue abusado sexualmente es:
 - A) todo fue culpa tuya por travieso
 - B) Esto que ha ocurrido no es culpa tuya
 - C) Esto que ha ocurrido no tiene ninguna importancia
 - D) Esto que te ha ocurrido es lo más terrible del mundo

- 2.- El/la menor que ha sido abusado sexualmente frecuentemente se muestra:
 - A) Alegre
 - B) Sorprendido
 - C) Confundido
 - D) Feliz

- 3.- Cuando el/la menor le cuenta a sus padres que le ha ocurrido una actividad sexual con una persona:

- A) Los padres deben ocultarlo
- B) Los padres deben de contárselo a los familiares
- C) Los padres deben acudir con un sacerdote
- D) Los padres deben de buscar ayuda profesional especializada

4.- Cuando el/la menor es abusado sexualmente:

- A) El comportamiento con sus amigos es el mismo
- B) El comportamiento en su casa permanece igual
- C) Presenta juegos inadecuados a su edad
- D) El rendimiento escolar es el mismo

5.- Cuando el/la menor es llevado a revisión para hacerle un examen médico por probable abuso sexual:

- A) El niño debe de entrar solo para poder platicar con el médico
- B) El niño debe de entrar acompañado de un familiar de su confianza
- C) Sólo deben estar el médico y un ayudante
- D) Debe de estar el médico, el niño y el ofensor

6.- Los abusadores sexuales con respecto a la víctima son:

- A) Personas conocidas de confianza
- B) Personas extrañas
- C) Niñeras
- D) Amigos de la misma edad del niño

7.- El/la menor que ha sido abusada sexualmente generalmente presenta:

- A) Una baja autoestima
- B) Una alta autoestima
- C) Su autoestima no cambia
- D) Una autoestima ambivalente

8.- Para que el médico haga un diagnóstico apropiado de un probable abuso sexual:

- A) Debe tener conocimientos de ginecología
- B) Debe tener conocimientos sobre aspectos legales
- C) Debe tener un conocimiento amplio e integral de lo que es el abuso sexual
- D) Debe sólo platicar con los padres

9.- Generalmente, quiénes corren más riesgo de ser abusados sexualmente:

- A) Las mujeres adultas
- B) Los adolescentes
- C) Los ancianos
- D) Los niños y/o las niñas

- 10.- Cuando el/la menor estuvo involucrado por mucho tiempo en una actividad sexual por abuso:
- A) Presenta aversión y/o miedo al sexo
 - B) Será un drogadicto
 - C) Su vida sexual adulta será más satisfactoria
 - D) En su vida adulta será un alcohólico
- 11.- Entre algunas posibles alteraciones que presenta el/la menor que ha sido abusado sexualmente se encuentran:
- A) Alteraciones en su estado general de salud
 - B) Alteraciones a nivel neurológico
 - C) Alteraciones a nivel biológico
 - D) Ausencia de alteraciones
- 12.- Cuando hay un abuso sexual generalmente la actividad que se da es:
- A) Que el ofensor tenga coito con la víctima
 - B) Tocamiento de genitales de l adulto hacia el niño
 - C) Que el ofensor golpee a la víctima
 - D) Amor y consentimiento a la víctima
- 13.- La relación de el/la menor abusado(a) sexualmente con sus amigos es:
- A) Juega con ellos frecuentemente
 - B) Le gusta platicar con ellos
 - C) Se aleja de ellos
 - D) Se comporta indiferente
- 14.- Las víctimas de abuso sexual pueden mostrarse particularmente aterrados durante el examen físico e inclusive fantasear un nuevo asalto sexual:
- A) Si la actividad sexual fue exhibicionismo
 - B) Si están presentes sus padres
 - C) si el examen es realizado por más de 3 médicos
 - D) Si la actividad sexual fue físicamente traumática
- 15.- El/la menor que ha sido abusado sexualmente:
- A) Cuenta lo que le ha pasado a una persona de su confianza
 - B) Le cuesta trabajo contarlo
 - C) Se lo cuenta inmediatamente a su mamá
 - D) Se lo platica a cualquier persona
- 16.- Cuando el/la menor ha sido abusado sexualmente:
- A) Empieza a comer con exageración
 - B) Su apetito es el mismo
 - C) Deja de comer
 - D) Su apetito es irregular

- 17.- En niños pequeños que han sufrido un abuso sexual el uso de muñecos y dibujos resulta útil para:
- A) Lograr una descripción detallada del abuso sexual
 - B) Lograr que el niño se distraiga y se le olvide
 - C) Terminar la entrevista
 - D) Establecer una buena relación con los padres
- 18.- Cuando el/la menor han sido abusados sexualmente los que generalmente se dan cuenta son:
- A) Los padres
 - B) Los tíos
 - C) Sus amigos
 - D) Sus vecinos
- 19.- Si en la infancia el/la menor sufrió un asalto sexual, durante su adolescencia o quizá hasta su vida adulta:
- A) Puede llegar a ser también un ofensor
 - B) Puede llegar a tener una vida sexual satisfactoria
 - C) Puede llegar a ser homosexual
 - D) Puede llegar a ser un solterón amargado
- 20.- El doctor comprueba a través de un examen médico que el/la menor ha sido abusado(a) sexualmente:
- A) Porque encuentra sus genitales desaseados
 - B) Porque el niño se niega ser examinado
 - C) Porque los padres en la entrevista se lo platican
 - D) Porque observa moretones o contusiones alrededor de los genitales del niño
- 21.- Comúnmente el abuso sexual se da:
- A) Varias veces
 - B) Se da sólo una vez
 - C) Se da todos los días
 - D) Se da cada mes
- 22.- Las consecuencias psíquicas del abuso sexual:
- A) Van desde un daño leve emocional (dependiendo del tipo de actividad sexual) hasta un daño severo
 - B) Llegan a ser siempre severas
 - C) Siempre van a destruir a la víctima
 - D) No se presentan sino hasta la edad adulta
- 23.- Si el médico ha establecido un buen rapport con el/la menor durante la entrevista, las respuestas serán mucho más:
- A) Directas y claras
 - B) Cortantes y bruscas
 - C) Se negará a contestar
 - D) Dará respuestas totalmente inadecuadas y groseras

- 24.- El abuso sexual ocurre:
A) Porque el adulto es un enfermo mental
B) Porque el adulto tiene conflictos maritales
C) Porque el adulto es atraído sexualmente por el niño
D) Por la necesidad que tiene el adulto de someter a alguien
- 25.- El/la menor que ha sido abusado(a) sexualmente
A) Presenta sentimientos de ansiedad y culpa
B) No presenta cambios conductuales
C) Tiende a ser homosexual
D) Se vuelven lesbianas
- 26.- Algunas de las enfermedades de transmisión sexual que se presentan con más frecuencia en el/la menor que ha sido abusado sexualmente:
A) Son sífilis y chancroide
B) Gonorrea y clamidia
C) Linfogranuloma venéreo y moniliasis
D) SIDA y herpes
- 27.- En el abuso sexual:
A) El agresor es mayor que la víctima
B) La víctima es mayor que el agresor
C) El agresor es menor de 10 años
D) El agresor es de la misma edad que la víctima
- 28.- El/la menor que ha sido abusado sexualmente presenta el siguiente comportamiento en la escuela:
A) Le gusta ir
B) Tiene muchos amigos
C) Es agresivo con la maestra
D) Es participativo en clase
- 29.- Si durante el examen médico se encuentran golpes de color café amarillento en la víctima en el perineo es diagnóstico que el tiempo transcurrido desde que se dio el abuso sexual a la fecha es:
A) De una semana aproximadamente
B) De hace un año aproximadamente
C) De dos semanas aproximadamente
D) De uno a dos días aproximadamente
- 30.- Cuando un adulto frecuentemente no desconocido para el niño lo toca de algún modo o manera sexual sin tomar en cuenta los sentimientos del niño, se habla de:
A) Violación
B) Abuso sexual
C) Maltrato físico

D) Incesto

- 31.- En las reuniones familiares el/la menor que ha sido abusado sexualmente:
- A) Se aleja
 - B) Es platicador
 - C) Es muy observador
 - D) Juega con otros niños
- 32.- A lo largo de la entrevista con un niño abusado sexualmente el medico debe:
- A) Conservar una actitud ecuanime
 - B) Mostrarse sorprendido
 - C) Mantener una actitud de repulsion
 - D) Mostrar con expresiones faciales su desagrado
- 33.- Frecuentemente la edad de las personas que han sido abusadas sexualmente oscilan entre:
- A) 26 a 20 años
 - B) 4 a 8 años
 - C) 6 meses a 12 años
 - D) 18 a 22 años
- 34.- El/la menor que ha sido abusado sexualmente:
- A) Le gusta jugar con sus hermanos
 - B) Platica con sus hermanos
 - C) Se aleja de sus hermanos
 - D) Es compartido con sus hermanos
- 35.- Cuando el/la menor ha sido abusado sexualmente las infecciones gonorreicas se presentan con mayor frecuencia en:
- A) Cualquier parte del cuerpo
 - B) En las articulaciones y la espalda
 - C) En los ojos y en las manos
 - D) En la garganta y el recto
- 36.- Un buen equipo de asesores profesionales con experiencia en casos de abuso sexual seria:
- A) Un médico general, un pediatra, un psiquiatra y una puericultora
 - B) Un pediatra, una trabajadora social, un abogado y un cura
 - C) Un ginecólogo, un sexólogo, un psiquiatra y una enfermera
 - D) Un pediatra, una trabajadora social, un abogado y un psicólogo
- 37.- El/la menor que ha sido abusado(a) sexualmente manifiesta

cambios conductuales tales como:

- A) Conductas autodestructivas
- B) Conductas similares a la de sus amigos
- C) Conductas similares a la de sus padres
- D) Conductas poco cambiantes

- 38.- Cuando el caso de un abuso sexual es llevado a juicio el médico debe presentar
- A) Las pruebas anotadas cuidadosa y cualitativamente en un registro médico
 - B) Fotografías de todo el cuerpo del niño
 - C) Solo los exámenes de orina
 - D) Pruebas de embarazo
- 39.- Si la actividad sexual en la que estuvo involucrado el/la menor fue físicamente traumática:
- A) Podría tener pensamientos suicidas
 - B) Puede olvidarlo fácilmente
 - C) Puede convivir con la gente como si nada le hubiera pasado
 - D) Puede ayudarle en su vida sexual adulta
- 40.- Cuando el/la menor ha sufrido un abuso sexual y es muy pequeño, la forma más apropiada de que el médico establezca una buena relación con el/ella es:
- A) A través del juego y una pequeña plática
 - B) A través de pláticas y chistes
 - C) Pidiéndole que inmediatamente le diga qué fue lo que paso y mostrarse indiferente
 - D) Dándole dulces para que le platique y mostrándole fotografías
- 41.- Cuando el/la menor llega a contar que ha sido abusado(a) sexualmente:
- A) Se le cree
 - B) Se le protege
 - C) Se le castiga
 - D) No se le cree
- 42.- El/la menor abusado(a) sexualmente se muestra temeroso(a) a:
- A) Los amigos de su misma edad
 - B) Los bebés
 - C) Permanecer solo con alguien especial
 - D) Los animales
- 43.- Generalmente el/la menor que ha sido abusado(a) sexualmente presenta alteraciones en su salud física como son:
- A) Moretones en la región genital y la ingle

- B) Golpes en la cara y en los brazos
 - C) Ausencia de daño físico y sin cambios conductuales
 - D) Lesiones en los genitales por penetración y moretones en los pechos
- 44.- El abuso sexual se considera:
- A) Un problema individual
 - B) Un problema económico
 - C) Un problema social
 - D) Un problema médico
- 45.- Cuando el/la menor está involucrado(a) en una actividad sexual por abuso:
- A) Busca la compañía de sus padres
 - B) Busca la compañía de la maestra
 - C) Participa más en las actividades escolares
 - D) Se da una falta de participación en las actividades de la escuela
- 46.- Generalmente el diagnóstico médico en el/la menor que ha sido abusado(a) sexualmente se lleva a cabo en 4 etapas que son: establecer un buen rapport, hacer una entrevista personal y familiar, motivar la información de detalles de la actividad sexual y:
- A) La elaboración de un buen programa
 - B) La preparación y explicación para el examen físico
 - C) La aplicación de pruebas psicológicas
 - D) Remitirlo con un psiquiatra
- 47.- Uno de los mitos más comunes en cuanto a la apariencia o estereotipo del ofensor:
- A) Es un viejo sucio, mal vestido o deficiente mental
 - B) Es una persona joven, guapa y bien vestido
 - C) Es un caballero bien vestido, respetuoso y elegante
 - D) Es una persona que pertenece a una clase social alta.
- 48.- Cuando el/la menor ha sido abusado(a) sexualmente se muestra:
- A) Triste y callado(a)
 - B) Alegre y juguetón(a)
 - C) Observador(a) y cooperativo(a)
 - D) Activo(a) y optimista
- 49.- El examen físico de el/la menor que ha sido abusado(a) sexualmente:
- A) Debe ser sólo de áreas genitales
 - B) Basta con mirarlo
 - C) Debe ser ubicado en el contexto de un examen físico general

- D) Debe hacerse sólo en las partes lesionadas
- 50.- El abuso sexual generalmente se lleva a cabo:
- A) En cualquier lugar
 - B) Sólo en la casa del niño
 - C) Sólo en los parques
 - D) Sólo en la casa del ofensor
- 51.- El rendimiento escolar de el/la menor que ha sido abusado(a) sexualmente es:
- A) Estable
 - B) Inestable
 - C) Igual que siempre
 - D) Elevado
- 52.- Durante la entrevista médica, las preguntas que le hagan a el/la menor abusado(a) sexualmente se le harán
- A) Desde las áreas menos conflictivas a las más sensibles y difíciles
 - B) Empezando siempre desde el problema para irse más rápido
 - C) Desde las más difíciles hasta las más fáciles para que el niño se puede expresar
 - D) De una manera arbitraria
- 53.- Las consecuencias emocionales del abuso sexual se dan:
- A) Inmediatamente después del incidente y/o hasta la edad adulta
 - B) Días después del incidente y/o semanas después
 - C) Meses después del incidente y/o años después
 - D) Un año después del incidente y/o hasta la edad adulta
- 54.- El/la menor que ha sido abusado(a) sexualmente se muestra en la escuela:
- A) Muy participativo
 - B) Muy alegre
 - C) Sin ganas de realizar las actividades
 - D) Muy cooperativo
- 55.- Al profesionista a quien por primera vez se le expone la sospecha de un probable abuso sexual generalmente es:
- A) Un abogado
 - B) Un médico
 - C) Un amigo
 - D) Una madre
- 56.- El abuso sexual involucra:
- A) Violencia física y soborno
 - B) Seducción y coerción

- C) Extorsión con armas y golpes
 - D) Golpes y muerte
- 57.- La relación del niño abusado sexualmente con sus padres es:
- A) Platica con ellos
 - B) Le gusta jugar con ellos
 - C) Se aleja de ellos
 - D) Es compartido con ellos
- 58.- El/la menor que ha sido/abusado(a) sexualmente frecuentemente presenta cambios en su salud como:
- A) Vómitos
 - B) Baja presión
 - C) Se marea
 - D) Alta presión
- 59.- El abuso sexual suele ocurrir en:
- A) Clase social baja
 - B) Clase social alta
 - C) Clase social media
 - D) Cualquier clase social
- 60.- Los abusadores sexuales son:
- A) Mujeres
 - B) Homosexuales
 - C) Cualquier persona
 - D) Hombres

H O J A D E R E S P U E S T A S

DATOS GENERALES

Nombre de la Institucion: _____
 En que Universidad o Instituto realizo sus estudios
 profesionales: _____
 Profesion: _____
 Años aproximados de ejercer su profesion: _____
 Edad: _____
 Sexo: _____
 Religion: _____

RESPUESTAS

1.- _____	31.- _____
2.- _____	32.- _____
3.- _____	33.- _____
4.- _____	34.- _____
5.- _____	35.- _____
6.- _____	36.- _____
7.- _____	37.- _____
8.- _____	38.- _____
9.- _____	39.- _____
10.- _____	40.- _____
11.- _____	41.- _____
12.- _____	42.- _____
13.- _____	43.- _____
14.- _____	44.- _____
15.- _____	45.- _____
16.- _____	46.- _____
17.- _____	47.- _____
18.- _____	48.- _____
19.- _____	49.- _____
20.- _____	50.- _____
21.- _____	51.- _____
22.- _____	52.- _____
23.- _____	53.- _____
24.- _____	54.- _____
25.- _____	55.- _____
26.- _____	56.- _____
27.- _____	57.- _____
28.- _____	58.- _____
29.- _____	59.- _____
30.- _____	60.- _____

APENDICE B CUESTIONARIO

INSTRUCCIONES:

El cuestionario que a continuación se le presenta es con el fin de indagar cuánto se conoce sobre el tema de abuso sexual en México.

El cuestionario consta de una serie de afirmaciones y de una hoja de respuestas en la cual Ud. deberá de contestar los datos generales que se piden, así como colocar la letra que elija la opción que Ud. considere correcta en el número correspondiente. (Solo una letra por afirmación).

FAVOR DE NO MARCAR EL CUESTIONARIO

- 1.- Cuando el/la menor ha sido víctima de abuso sexual:
 - A) El comportamiento con sus amigos es el mismo
 - B) El comportamiento en su casa permanece igual
 - C) Presenta juegos sexuales inadecuados a su edad
 - D) El rendimiento escolar es el mismo

- 2.- Cuando el/la menor es llevado a revisión para hacerle un examen médico por probable abuso sexual:
 - A) El niño debe de entrar solo, para poder platicar con el médico
 - B) El niño debe de entrar acompañado de un familiar de su confianza
 - C) Sólo deben estar el médico y un ayudante
 - D) Debe de estar el médico, el niño y el ofensor

- 3.- Generalmente, quiénes corren más riesgo de ser abusados sexualmente:

- A) Las mujeres adultas
 - B) Los adolescentes
 - C) Los ancianos
 - D) Los niños y/o las niñas
- 4.- La relación de el/la menor víctima de abuso sexual con sus amigos es:
- A) Juega con ellos frecuentemente
 - B) Le gusta platicar con ellos
 - C) Se aleja de ellos
 - D) Se comporta indiferente
- 5.- Para que el médico haga un diagnóstico apropiado de un probable abuso sexual:
- A) Debe tener conocimientos de ginecología
 - B) Debe tener conocimientos sobre aspectos legales
 - C) Debe tener un conocimiento amplio e integral de lo que es el abuso sexual
 - D) Debe sólo platicar con los padres
- 6.- El/la menor que ha sido abusado sexualmente:
- A) Cuenta lo que le ha pasado a una persona de su confianza
 - B) Le cuesta trabajo contarlo
 - C) Se lo cuenta inmediatamente a su mamá
 - D) Se lo platica a cualquier persona
- 7.- Las consecuencias psíquicas del abuso sexual:
- A) Van desde un daño leve emocional (dependiendo del tipo de actividad sexual) hasta un daño severo
 - B) Llegan a ser siempre severas
 - C) Siempre van a destruir a la víctima
 - D) No se presentan sino hasta la edad adulta
- 8.- Entre algunas posibles alteraciones que presenta el/la menor que ha sido víctima de abuso sexual se encuentran:
- A) Alteraciones en su estado general de salud
 - B) Alteraciones a nivel neurológico
 - C) Alteraciones a nivel biológico
 - D) Ausencia de alteraciones
- 9.- Cuando un adulto frecuentemente no desconocido para el niño lo toca de algún modo o manera sexual sin tomar en cuenta los sentimientos del niño, se habla de:
- A) Violación
 - B) Abuso sexual
 - C) Maltrato físico
 - D) Incesto

- 10.- El/la menor que ha sido abusado(a) sexualmente
- A) Presenta sentimientos de ansiedad y culpa
 - B) No presenta cambios conductuales
 - C) Tiende a ser homosexual
 - D) Se vuelven lesbianas
- 11.- En niños pequeños que han sido víctimas de abuso sexual el uso de muñecos y dibujos resulta útil para:
- A) Lograr una descripción detallada del abuso sexual
 - B) Lograr que el niño se distraiga y se le olvide
 - C) Terminar la entrevista
 - D) Establecer una buena relación con los padres
- 12.- Las consecuencias emocionales del abuso sexual se dan:
- A) Inmediatamente después del incidente y/o hasta la edad adulta
 - B) Días después del incidente y/o semanas después
 - C) Meses después del incidente y/o años después
 - D) Un año después del incidente y/o hasta la edad adulta
- 13.- El doctor comprueba a través de un examen médico que el/la menor ha sido abusado(a) sexualmente:
- A) Porque encuentra sus genitales desaseados
 - B) Porque el niño se niega ser examinado
 - C) Porque los padres en la entrevista se lo platican
 - D) Porque observa moretones o contusiones alrededor de los genitales del niño
- 14.- El/la menor abusado(a) sexualmente se muestra temeroso(a) a:
- A) Los amigos de su misma edad
 - B) Los bebés
 - C) Permanecer solo con alguien especial
 - D) Los animales
- 15.- El abuso sexual se considera:
- A) Un problema individual
 - B) Un problema económico
 - C) Un problema social
 - D) Un problema médico
- 16.- Cuando el caso de un abuso sexual es llevado a juicio el médico debe presentar
- A) Las pruebas anotadas cuidadosa y cualitativamente en un registro médico
 - B) Fotografías de todo el cuerpo del niño
 - C) Sólo los exámenes de orina
 - D) Pruebas de embarazo

- 17.- Uno de los mitos más comunes en cuanto a la apariencia o estereotipo del ofensor:
- A) Es un viejo sucio, mal vestido o deficiente mental
 - B) Es una persona joven, guapa y bien vestida
 - C) Es un caballero bien vestido, respetuoso y elegante
 - D) Es una persona que pertenece a una clase social alta.
- 18.- Cuando el/la menor ha sufrido un abuso sexual y es pequeño, la forma más apropiada de que el médico establezca una buena relación con el/ella es:
- A) A través del juego y una pequeña plática
 - B) A través de pláticas y chistes
 - C) Fidiéndole que inmediatamente le diga qué fue lo que pasó y mostrarse indiferente
 - D) Dándole dulces para que le platique y mostrándole fotografías
- 19.- El abuso sexual generalmente se lleva a cabo:
- A) En cualquier lugar
 - B) Solo en la casa del niño
 - C) Sólo en los parques
 - D) Sólo en la casa del ofensor
- 20.- Cuando el/la menor está involucrado(a) en una actividad de sexual por abuso:
- A) Busca la compañía de sus padres
 - B) Busca la compañía de la maestra
 - C) Participa más en las actividades escolares
 - D) Se da una falta de participación en las actividades de la escuela
- 21.- El examen físico de el/la menor que ha sido abusado(a) sexualmente:
- A) Debe ser solo de áreas genitales
 - B) Basta con mirarlo
 - C) Debe ser ubicado en el contexto de un examen físico general
 - D) Debe hacerse sólo en las partes lesionadas
- 22.- El/la menor que ha sido abusado sexualmente presenta el siguiente comportamiento en la escuela:
- A) Le gusta ir
 - B) Tiene muchos amigos
 - C) Es agresivo con la maestra
 - D) Es participativo en clase
- 23.- El abuso sexual suele ocurrir en:
- A) Clase social baja
 - B) Clase social alta

- C) Clase social media
- D) Cualquier clase social

- 24.- La relación del niño que ha sido víctima de abuso sexual con sus padres es:
- A) Platica con ellos
 - B) Le gusta jugar con ellos
 - C) Se aleja de ellos
 - D) Es compartido con ellos
- 25.- Al profesionista a quien por primera vez se le expone la sospecha de un probable abuso sexual generalmente es:
- A) Un abogado
 - B) Un médico
 - C) Un amigo
 - D) Una madre
- 26.- Los abusadores sexuales son:
- A) Mujeres
 - B) Homosexuales
 - C) Cualquier persona
 - D) Hombres
- 27.- Las víctimas de abuso sexual pueden mostrarse particularmente aterrados durante el examen físico e inclusive fantasear un nuevo incidente sexual:
- A) Si la actividad sexual fue exhibicionismo
 - B) Si están presentes sus padres
 - C) Si el examen es realizado por más de 3 médicos
 - D) Si la actividad sexual fue físicamente traumática

H O J A D E R E S P U E S T A S

DATOS GENERALES

Nombre de la Institucion: _____
En que Universidad o Instituto realizo sus estudios
profesionales: _____
Profesion: _____
Años aproximados de ejercer su profesion: _____
Edad: _____
Sexo: _____
Religion: _____

RESPUESTAS

- | | |
|------------|------------|
| 1.- _____ | 15.- _____ |
| 2.- _____ | 16.- _____ |
| 3.- _____ | 17.- _____ |
| 4.- _____ | 18.- _____ |
| 5.- _____ | 19.- _____ |
| 6.- _____ | 20.- _____ |
| 7.- _____ | 21.- _____ |
| 8.- _____ | 22.- _____ |
| 9.- _____ | 23.- _____ |
| 10.- _____ | 24.- _____ |
| 11.- _____ | 25.- _____ |
| 12.- _____ | 26.- _____ |
| 13.- _____ | 27.- _____ |
| 14.- _____ | |