



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

DIRECCIÓN GENERAL DE ESTUDIOS DE POSGRADO
PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN
CIENCIAS MÉDICAS ODONTOLÓGICAS Y DE LA SALUD

REPRESENTACIÓN SOCIAL QUE POSEEN LOS MAESTROS DE PRIMARIA RESPECTO AL ABUSO SEXUAL INFANTIL: ELABORACIÓN DE UN INSTRUMENTO

TESIS

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE

MAESTRA EN CIENCIAS

P R E S E N T A

TANIA REAL QUINTANAR

DIRECTORA DE TESIS: DRA. SARAH GARCÍA SILBERMAN
CODIRECTOR DE TESIS: MTRO. JORGE VILLATORO VELÁZQUEZ
SINODAL: DR. ARTURO LOREDO ABDALÁ
SINODAL: DRA. DAFNA FEINHOLZ KLIP
SINODAL: DRA. IETZA ROCÍO BOJÓRQUEZ CHAPELA



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 esta 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.

Índice

1. RESUMEN	2
2. INTRODUCCIÓN	4
3. ANTECEDENTES	7
4. MARCO TEÓRICO	12
4.1 Enfoques explicativos de la conducta violenta	13
4.1.1 Enfoque biológico.....	13
4.1.2 Enfoque psiquiátrico	14
4.1.3 Enfoque psicológico.....	14
4.1.4 Enfoque social.....	16
4.2 Maltrato infantil	18
4.2.1 Definiciones	18
4.3 Abuso sexual infantil	21
4.3.1 Definiciones	21
4.3.2 La víctima	23
4.3.3 Consecuencias del abuso sexual infantil.....	24
4.3.4 El agresor	27
4.3.4.1 Tipologías	27
4.3.4.2 Características psicosociales	28
4.3.5 Prevalencia de abuso sexual infantil.....	29
4.3.5.1 Prevalencias internacionales	31
4.3.5.2 Prevalencias nacionales	33
4.3.4 Prevención.....	36
4.3.4.1 Definición	36
4.3.4.2 Categorías de prevención	36
4.3.4.3 Prevención del abuso sexual infantil.....	37
4.3.4.4 Mitos y obstáculos para la prevención del abuso sexual infantil.....	39
4.5 Teoría de la Representación Social	41
4.5.1 Anclaje	42

4.5.2 Objetivación	43
4.6 Teoría de la Conducta Planificada	44
4.7 Construcción de escalas Likert	50
4.7.1. Etapas de construcción de las escalas Likert	51
4.7.2 Validez	53
4.7.3 Confiabilidad	54
4.7.4 Análisis factorial	55
5. MÉTODO	58
5.1 Justificación	58
5.2 Planteamiento del problema.....	59
5.3 Objetivos	59
5.4 Variables	60
5.5 Definición conceptual	60
5.6 Definición operacional.....	61
5.7 Tipo de estudio.....	61
5.8 Procedimiento	61
5.9 Muestreo	66
5.10 Sujetos.....	66
5.11 Validación.....	67
5.12 Confiabilidad.....	74
6. RESULTADOS	78
6.1 Características de la muestra.....	78
6.4 Resultados descriptivos.....	80
7. DISCUSIÓN.....	82
8. REFERENCIAS	86
9. ANEXOS	92
10.1 Instrumento inicial	92
10.2 Análisis estadísticos	96
10.3 Instrumento final.....	104

RESUMEN

El abuso sexual infantil (ASI), es un problema social y de salud pública, grave; afecta un gran número de individuos entre quienes se encuentran las víctimas, familiares y personas cercanas. Las consecuencias que genera son severas ya sea en lo físico, lo psicológico o lo social.

Es de suma importancia prevenir el abuso sexual infantil (ASI). Para ello existen campos de acción y uno fundamental está en el ámbito escolar donde los maestros pueden intervenir. Existen programas bien establecidos en algunos países mediante los que se proporciona información a los niños y a los padres sobre temas de sexualidad, abuso sexual infantil (ASI), sobre cómo prevenirlo, sobre detección de posibles casos de abuso entre los alumnos, qué hacer en caso de detectarlo y sobre centros de atención para víctimas y familiares. Algunos de estos programas se han llevado a cabo, eficazmente, en países como Estado Unidos, Irlanda e Inglaterra.

En nuestro país, como en muchos otros, la sexualidad es un tema difícil de abordar y el abuso sexual infantil (ASI) lo es aún más. En este sentido implementar programas preventivos eficaces en escuelas, como los descritos, implica que se identifique la forma en que los maestros conciben el fenómeno, qué información tiene y cual es necesario proporcionar o modificar y, a partir de ahí desarrollar planes de acción.

La Teoría de la Representación Social (Moscovici, 1986), tiene como objetivo, básicamente, estudiar cómo los fenómenos son percibidos por un grupo social, como este conocimiento en común determina su comportamiento y dota de sentido a la realidad, esto permitiría identificar que elementos sobre abuso sexual infantil (ASI) pueden estar distorsionados e impedir que se le perciba como un problema social, el cual debe ser erradicado.

El título de este trabajo responde al compromiso y meta a largo plazo de la aplicación de la Teoría de la Representación Social al estudio de como perciben los maestro el ASI, entonces el objetivo de esta investigación responde a una primera fase, que es la construcción de una escala de creencias y actitudes válida y confiable, con fundamento en la Teoría de la Conducta Planificada. La aplicación de ésta teoría respaldó el diseño de la escala de creencias y actitudes con base en los elementos personales y sociales que propone para predecir una conducta; posteriormente se validó y confiabilizó por medios estadísticos, finalmente la escala obtenida permite dar respuesta a cuestionamientos sobre si el ASI es percibido como un problema, si hay disposición de los sujetos a participar en acciones preventivas, la importancia de denunciar, su relación con el consumo de sustancias, etc.

La siguiente fase consistirá en aplicar la escala a maestros de primaria y así continuar con el proceso de aproximación a la Teoría de la Representación Social con el fin último de diseñar e implementar un programa eficaz de prevención de ASI que los maestros puedan llevar a cabo en las escuelas en las que laboran.

INTRODUCCIÓN

Esta investigación responde a la necesidad de colaborar con la prevención de una de las diversas manifestaciones de la violencia: el abuso sexual infantil (ASI). Este constituye un enorme problema de salud pública en el mundo debido a las consecuencias y efectos devastadores para las víctimas, las familias y por supuesto para la sociedad. Este abuso se ejerce contra quien no alcanza a comprender lo que pasa, contra quien no puede defenderse y que además no es responsable de lo que ocurre, en ningún momento. Otras características peculiares de este fenómeno es que los niños son principalmente agredidos por familiares o personas cercanas.

Este trabajo está orientado a recorrer el camino necesario para hacer una contribución que en un futuro culminará en una propuesta de prevención para ser aplicada en escuelas primarias. Como parte de toda la revisión del material y literatura relacionada se muestra un panorama amplio del fenómeno para facilitar su comprensión, que implicó el estudio del ASI como una conducta violenta, mostrar los diferentes criterios para definir el abuso, que tan extendido está el problema en el mundo y en nuestro país, las consecuencias del abuso principalmente en los niños, características del agresor, la importancia de la prevención así como la identificación de los maestros de primaria como un sector de la población con un alto potencial de acción. En algunos países están documentadas las diferentes ventajas de que este sector se involucre, entre ellas se encuentra la relación de confianza y afecto que establecen con los niños, además del tiempo que pasan con ellos, que en ocasiones puede ser significativamente mayor y de mejor calidad que el que pasan con los padres (MacIntyre, 2000). Así mismo se ha demostrado la eficacia de programas en escuelas primarias o de educación elemental, donde los maestros proporcionan información a padres y niños acerca de la sexualidad, sobre el abuso sexual infantil (ASI) y sobre algunas medidas que pueden reducir los riesgos de padecerlo.

La revisión de la literatura también permitió identificar que aunque en nuestro país se han llevado a cabo acciones de informar y prevenir el ASI, no se han desarrollado programas similares que además sean permanentes y evaluados, la revisión también permitió identificar que los temas de la sexualidad en general, y en particular la infantil, y el ASI son difíciles de abordar, esto se puede deber a características ideológicas, morales, culturales, personales o políticas.

La conclusión es que no hay suficientes programas de intervención y los pocos que hay, en ocasiones no tienen seguimiento ni permanencia. Como se mencionó el objetivo a largo plazo es elaborar una propuesta de intervención que pueda ser llevada a cabo en escuelas, donde los maestros sean quienes proporcionen información adecuada a los niños, a los padres, que conozcan y tengan contacto con redes de apoyo para hacer frente al problema. Lo anterior requiere de un trabajo previo que implica que en lo referente a los maestros, tengan la disposición, intención y capacidad para realizar dichas actividades; para ello es necesario conocer cómo entienden y viven el fenómeno, con qué cantidad y calidad de información cuentan así como identificar los elementos personales, sociales, ambientales que puedan impedir su participación en estas acciones prevención así como los elementos que pudieran facilitarla.

Reiterando, una manera de comprender la forma en que los grupos sociales entienden, procesan, dan sentido y viven determinados fenómenos de la vida es por medio de la Teoría de la Representación Social. Es una teoría basta y compleja la cual implica conocer diversas características del grupo social y del fenómeno a estudiar, tales como: aspectos sociales, individuales, afectivos, cognitivos, simbólicos y culturales. (Moscovici, 1986). Por lo anterior, el estudio de las creencias y actitudes es la fase inicial de la investigación; para ello la Teoría de la Conducta Planificada propuesta por Fishbein y Ajzen (1975), es la que se adecúa a los propósitos ya que precisamente se encarga de estudiar las creencias, las actitudes, y algunos factores asociados a la intención de llevar a cabo una conducta determinada.

Una herramienta para estudiar las creencias y actitudes es por medio de escalas, un método que ha demostrado ser bastante efectivo (Elejabarrieta, 1984) por lo que el objetivo de este trabajo fue la construcción de una escala de creencias y actitudes hacia el ASI y su prevención así como su validación y confiabilización

El procedimiento consistió en la revisión de la literatura, a partir de la información recabada se redactaron los enunciados, se establecieron las áreas temáticas, se diseñó el formato, se realizó un piloto, posteriormente la aplicación de la escala a una muestra de estudiantes universitarios debido a que la aplicación a maestros de primaria no fue posible porque preferían participar cuando se tuviera la escala definitiva válida y confiable, por las implicaciones de tiempo y espacio y disponibilidad, se elaboró una base de datos y por medio de métodos estadísticos de Análisis Factorial y Alphas de Chronbach, se validó y confiabilizó la escala.

Adicionalmente se obtuvo información descriptiva de los participantes como experiencias de abuso en la infancia, ¿quién fue su agresor?, ¿si recibieron algún tipo de ayuda?, ¿si ésta les fue de utilidad?, ¿si existe interés en participar en actividades preventivas? y si ¿se sienten capaces de llevar a cabo estas actividades?

El resultado es una escala valida y confiable, que mide creencias y actitudes hacia el abuso sexual infantil específicamente en las áreas definidas como Características Generales, Perfil del Agresor, Aspectos sobre Prevención y Consumo de Alcohol y Drogas, que puede ser aplicada a maestros de primaria y así obtener la información inicial en el estudio de la Representación Social sobre el ASI y avanzar en la obtención de información de aquellos los elementos que impiden o facilitan su participación en acciones preventivas.

ANTECEDENTES

Las costumbres sexuales entre niños y adultos han tenido diversas formas de manifestarse a lo largo de la historia. Por mencionar algunos ejemplos, en la antigua Roma, en ciudades como Esparta las mujeres eran unidas en matrimonio siendo casi unas niñas y no tenían la obligación de ser fieles especialmente si los esposos, varios años mayores, no conseguía tener hijos entonces obtenían permiso de tener relaciones sexuales con otros hombres (Oliverio, 2004). La ciudad de Atenas, en cambio, se distinguía por las normas de la pederastia¹. Los atenienses consideraban que el contacto sexual entre un adulto con un niño facilitaba la transmisión de conocimiento por lo que esta conducta no era vista como un delito o un acto aberrante sino como una relación favorable entre un maestro y su discípulo. La característica especial era que estos jóvenes eran púberes y además consentientes; ya que el sexo con sujetos púberes sin la intención de transmitir conocimiento sí era castigado incluso con la pena de muerte.

En el caso de las niñas y adolescentes la relación con un hombre o mujer adultos no estaba considerada como una herramienta de formación sin embargo existían los *tiasos*, escuelas donde las jovencitas recibían educación en canto, música y danza antes del matrimonio donde se aceptaban las relaciones sexuales entre mujeres. Un *tiaso* reconocido era el que dirigía Safo, una poetisa de Lesbos (Oliverio, 2004).

En el Grecia las jóvenes se casaban entre los 18 y 20 años mientras que en Roma podían casarse a partir de los 12 años ya que consideraban que las relaciones sexuales facilitaban el flujo de las primeras menstruaciones en las niñas, señal de fertilidad. En Egipto el incesto era practicado entre los faraones, se recurría al matrimonio entre hermanos con el fin de preservar la herencia, la cual consistía en la posesión del propio país (Lammoglia, 1999; Oliverio, 2004).

¹ Designaba en la antigüedad griega a la relación, aceptada por la sociedad, entre un adolescente varón, de familias de buena posición social, y un *erastes*, un maestro varón maduro. El pederasta también podía ser un amigo del padre del adolescente.

En el Medioevo y en siglos sucesivos parece que hubo difusa promiscuidad entre adultos y niños, una de las posibles causas descritas, es que se compartían espacios, los niños dormían en la misma habitación que los padres o con otros parientes incluso la servidumbre así que presenciaban las relaciones sexuales entre los adultos o incluso podían ser partícipes de ellas, esta costumbre parece se extendía a la nobleza y no únicamente en la clase pobre (Lammoglia, 1999).

Lo anterior nos permite observar como las costumbres sexuales con el paso del tiempo habían tenido diferentes significados, aparecían y desaparecían restricciones en cuanto a la inclusión de los niños en prácticas sexuales; en la época pre cristiana, por ejemplo, Platón estaba a favor de que los abusos a los jóvenes fueran prohibidos por la ley; en Inglaterra, en la época victoriana el temor al sexo los llevó a tomar medidas restrictivas para evitar que los jóvenes tuvieran actividades sexuales (Sullivan, 2004); en la segunda mitad del siglo XVIII la corte Francesa publicó literatura pedagógica para uso de padres y educadores con el objeto de salvaguardar la inocencia infantil donde se hacían recomendaciones como: el que varios niños no durmieran en la misma cama, se vigilara el material que leían, no dejarlos solos con la servidumbre. Así paulatinamente se difundía una nueva actitud en relación con la sexualidad de los niños y adolescentes. (Vázquez, 1995). Finkelhor (2005) por otro lado, destaca los estudios de Kinsey, Freud y Havelock Ellis, como los que más contribuyeron a considerar al ASI como un problema de relevancia social. Freud por su parte fue el primero en establecer la existencia de la sexualidad infantil y como las experiencias sexuales traumáticas eran la raíz de los problemas psicológicos adultos; la aportación de Kinsey fue la evidencia de que la perturbación a los niños, el incesto y el abuso sexual, estaban más difundidos de lo que nadie antes había podido demostrar; y en el caso de Ellis la propuesta era la importancia de recibir educación sexual en la edad escolar, lo que significa que tomaban en cuenta la sexualidad infantil.

De manera más reciente, en Estados Unidos después de la guerra de Vietnam, se empezaron a realizar más estudios sobre los efectos de la guerra, de la violencia familiar y del abusos físico y sexual en contra de los niños, entonces disciplinas como la Psicología, Psiquiatría y Sociología comenzaron a involucrarse (Frías, 1987). Por otro lado el interés de estudiar este fenómeno, proviene también del ámbito clínico ya que en los pacientes con antecedentes de abuso sexual en la infancia, presentaban trastornos de la conducta, del desarrollo y emocionales. Posteriormente se le consideró al ASI un delito y es el ámbito jurídico y legal el que ahora empieza a interesarse y hacer reformas en las leyes.

La mayoría de los países actualmente consideran a las conductas sexuales con niños como un delito, las leyes tuvieron que ser modificadas y en algunos países fue recientemente. En Chile, por ejemplo, en la ley anterior a 1999 no existían diferencias claras entre raptó, violación, estupro, sodomía y corrupción de menores, estas se incluían en el delito llamado Abusos Deshonestos, definido como todo acto lascivo con excepción de la sodomía, realizado con o contra la voluntad del sujeto pasivo y siempre que no tuviera el objeto de realizar la cópula en forma normal, sin embargo este concepto era vago y no se entendía con claridad lo que castigaba esta infracción; es a finales de este mismo año que la ley chilena entiende por violación el acceso carnal por vía vaginal, anal u oral y los abusos deshonestos fueron derogados y remplazados por este concepto (Villarino 2001).

En algunos otros países el concepto legal de violación había sido un tanto ambigua, en Alemania y Suiza, por ejemplo, sólo podía ser ejercida sobre una mujer, en Inglaterra y Gales sólo podía ser cometida por un varón, en Dinamarca se castigaba de igual manera cualquier tipo de infracción sexual; en cuanto a las penas en los Estados Unidos la violación era siempre sancionada con la privación de la libertad, en Alemania oscilaba entre 1 y 10 años de prisión, en Bélgica podía llegar hasta cadena perpetua si el agredido era menor de 10 años (Villarino 2001).

En el caso de México el Código Penal Federal (2007), impone sanciones, en el Título Decimoquinto titulado Delitos Contra la Libertad y el Normal Desarrollo Psicosexual en su capítulo I contempla entre otros el hostigamiento, abuso sexual y la violación.

En el artículo 259 bis dice: “Al que con fines lascivos asedie reiteradamente a persona de cualquier sexo, valiéndose de su posición jerárquica derivada de sus relaciones laborales, docentes, domésticas o cualquiera otra que implique subordinación, se le impondrá sanción hasta de cuarenta días de multa”; en el artículo 260 dice: “al que sin el consentimiento de una persona y sin el propósito de llegar a la cópula, ejecute en ella un acto sexual o la obligue a ejecutarlo, se le impondrá pena de seis meses a cuatro años de prisión. Si se hiciera uso de la violencia física o moral, el mínimo y el máximo de la pena se aumentarán hasta en una mitad”; de manera más específica el artículo 261 habla de los menores: “al que sin el propósito de llegar a la cópula, ejecute un acto sexual en una persona menor de doce años de edad o persona que no tenga la capacidad de comprender el significado del hecho o que por cualquier causa no pueda resistirlo o la obligue a ejecutarlo, se le aplicará una pena de dos a cinco años de prisión”. A su vez el artículo 262 dice: “al que tenga cópula con persona mayor de doce años y menor de dieciocho, obteniendo su consentimiento por medio de engaño, se le aplicará de tres meses a cuatro años de prisión”. Cabe aclarar que El Código Penal entiende por cópula: “la introducción del miembro viril en el cuerpo de la víctima por vía vaginal, anal u oral, independientemente de su sexo y se considerará también como violación el introducir por vía vaginal o anal cualquier elemento o instrumento distinto al miembro viril, por medio de la violencia física o moral, sea cual fuere el sexo del ofendido” y en el artículo 266 se equipara a la violación al que sin violencia realice cópula con persona menor de doce años de edad y también se considera al que sin violencia y con fines lascivos introduzca por vía anal o vaginal cualquier elemento o instrumento distinto del miembro viril en una persona menor de doce años de edad o persona que no tenga capacidad de comprender el significado del hecho, o por cualquier causa no pueda resistirlo, sea cual fuere el sexo de la víctima, está cometiendo un delito.

Las penas pueden duplicarse cuando el delito lo cometan ascendientes o descendientes, si es un tutor, padrastro o amasío de la madre y cuando el agresor o la persona que comete el delito tenga bajo su custodia, educación o aproveche la confianza depositada en él o ella. Finalmente en el Capítulo III en el artículo 272 se define como incesto a los ascendientes que tengan relaciones sexuales con sus descendientes y en un apartado se consideran las relaciones sexuales entre hermanos.

Podemos ver que en nuestro país la Ley es muy clara en considerar estos actos como delitos lo que determina en gran manera que la sociedad lo considere un acto no propio para los niños.

En nuestros días vemos que el fenómeno es un poco más visible por la difusión mediática y la utilización de tecnologías como el internet que ha permitido difundir la idea de que el ASI es un acto lamentable, la visión de los agresores es de seres despreciables merecedores de sanciones sin embargo el uso de internet da la posibilidad a las personas de hacer contacto anónimo con otras que comparten el gusto por los niños, pueden intercambiar imágenes, películas incluso se unen asociaciones o redes de comunicación o información por las cuales también contactan niños y jóvenes. Aunque no es el tema de este trabajo también se ha observado un incremento del turismo sexual, se sabe que Estado Unidos es uno de los principales consumidores y lamentablemente México es uno de los principales proveedores (Sullivan, 2004).

MARCO TEÓRICO

Los temas de los que está conformado el marco teórico inician con el concepto de violencia ya que el maltrato infantil está considerado como un acto violento y a su vez al ASI está considerado como una manifestación de maltrato infantil. Posteriormente se mostrará un panorama sobre lo que es el ASI y los elementos que lo conforman, desde la problemática de establecer una definición, cómo está diseminado el problema en el mundo, características de la víctima, las consecuencias del abuso, cuales son las características del agresor, la prevención del ASI y ejemplos de algunos programas preventivos. Los temas anteriores también tuvieron la función de orientar la conformación de áreas en las que la escala de creencias y actitudes está dividida.

El estudio del ASI como una manifestación de violencia, otorga una guía para intentar comprender algunas de las causas de este acto, existen diferentes enfoques que explican esta conducta violenta de manera general, no todos los enfoques hacen mención específica del agresor/a sexual infantil, sin embargo como se menciona más adelante, coinciden perfectamente con aquellas características que describen al agresor/a sexual infantil.

Algunos de los principales enfoques explicativos sobre la conducta violenta son: el biológico, el psiquiátrico, el psicológico y el social. A continuación se describen brevemente algunas de las características de cada uno de éstos.

Enfoques explicativos de la conducta violenta

Enfoque biológico

Este enfoque plantea que la conducta violenta se explica a partir de características fisiológicas, tales como componentes genéticos, metabólicos y/o hormonales. Investigaciones han revelado que en sujetos diagnosticados como agresores sexuales se presentan alteraciones monoaminérgicas (García C., 1999).

En el caso de las parafilias, si bien están consideradas como un padecimiento psiquiátrico, existen hipótesis sobre el papel que desempeñan las alteraciones en el metabolismo de la serotonina, las cuales tiene un fundamento psicofisiológico; se ha observado que sus inhibidores selectivos aminoran el control de impulsos, incluso las alteraciones de las vías catecolaminérgicas pudieran estar asociadas con la conducta sexual criminal. La norepinefrina plasmática se encuentra significativamente elevada en los pacientes con conductas parafilicas compulsivas, y hay una deficiencia de monoaminooxidasa A en las personas exhibicionistas y en las que tienen impulsividad agresiva. Ahora bien, en el caso de la pedofilia algunos estudios sugieren que esta patología pudiera estar caracterizada por un incremento de la activación del sistema simpaticoadrenal ocasionando un incremento en la activación catecolaminérgica central, también se ha encontrado hipofrontalidad en estudios de imágenes cerebrales y disminución de las funciones verbales y ejecutivas en estudios neuropsicológicos; lo anterior se traduce como un incremento en la sensación de actividad, excitación y exaltación, y una disminución significativa de la calma, la somnolencia y la capacidad para relajarse (García C., 1999; Maes 2001).

Asimismo, se ha considerado que existe asociación entre los cambios hormonales y la agresión; se dice que las mujeres durante los periodos menstruales y premenstruales, al parecer están más vulnerables al comportamiento agresivo. (García C., 1999) Respecto a lo anterior, cabe destacar que las estadísticas en general, muestran un porcentaje menor de mujeres agresoras, un informe mundial de la OMS reporta que en el 1% en casos de ASI fue una mujer la que agredió al niño (OPS/OMS, 2002).

Enfoque psiquiátrico

Este enfoque subordina a la conducta violenta a una concepción de enfermedad mental o consecuencia de la misma, reduciéndola a una condición patológica similar a otras tales como adicciones, consumo de alcohol, drogas, esquizofrenia, trastornos maniaco-depresivos. Específicamente las parafilias son descritas como la presencia de repetidas e intensas fantasías sexuales de tipo excitatorio, de impulsos o de comportamientos sexuales que por lo general se dirigen a objetos no humanos, al sufrimiento o la humillación de uno mismo o de la pareja, o involucra a niños u otras personas que no consienten, y que se presentan durante un período de al menos 6 meses (Garralda, 1980; APA, 1995; Estrada, 1995; García C. ,1999; Cohen ,2002; APA, 2000).

Enfoque psicológico

Dentro de este enfoque encontramos corrientes como la del psicoanálisis y el conductismo.

El *psicoanálisis*, estudia a la violencia a partir de motivaciones inconscientes. Explica que desde el desarrollo infantil, los instintos innatos, el sexo y la agresión, tienen un papel principal en la formación de la personalidad. El primero tiene la función de preservar, propagar y unificar la vida y el segundo tiene el fin opuesto. La falta de fusión

entre estos instintos tiene consecuencias en la personalidad y en la forma en que se comportan los individuos, es decir, las tendencias agresivas no quedan suficientemente neutralizadas y el niño será excesiva o patológicamente agresivo. De ahí tendríamos que saber si los agresores son anormalmente agresivos y si han sufrido experiencias de esta naturaleza que sean las que expliquen la conducta de agresión sexual contra el niño (García C. 1999).

Otra visión psicoanalítica explica que el niño, aproximadamente desde los seis meses, ve a la madre como un objeto total; ella es el receptor de sus sentimientos amorosos y hostiles, lo que le genera culpa, ansiedad, tristeza y depresión. En esta aproximación se plantea que prolongar esta ansiedad puede afectar el crecimiento y maduración del niño, además de hacer que se sienta amenazado y/o atacado, a esto los psicoanalistas lo llaman posición paranoide. Si los padres no logran resolver esta fase el niño volverá a esta posición paranoide y terminará siendo un niño agresivo y, en consecuencia un adulto agresor. Sin embargo, algunos autores argumentan que es complicado comprobar estas teorías, ya que se requiere investigar fenómenos muy privados de las personas, que no siempre están dispuestas además de tomar bastante tiempo realizar dichos estudios (García C. 1999; Garralda 1980).

Por su parte, el *conductismo* estudia la violencia como una expresión de la conducta agresiva aprendida y/o asociada con situaciones frustrantes, conflictivas, y de aversión, dentro de un esquema de aprendizaje por condicionamiento, es decir, ensayo y error. (Oliverio, 2004)

Las probabilidades de que un niño o un adulto manifiesten agresión dependerán del tipo de recompensas o castigos que hayan recibido en el pasado; de la presencia e influencia de modelos agresivos y del punto en que la agresión lo alivie y lo

lleve a conseguir ciertos fines. Está demostrado que el castigo inconsistente y frecuente despierta la agresividad en los niños. Otros aspectos relacionados con las conductas violentas y agresivas son los estilos de vida, los efectos de consumir alcohol y drogas, la intoxicación aguda, y, el síndrome de abstinencia, que además estuvieron incluidos como patologías francas en el enfoque psiquiátrico (García C. 1999; Garralda 1980).

Existen, así mismo, otros elementos psicológicos asociados con el abuso sexual infantil. Algunos estudios han encontrado que la incapacidad de tolerar la frustración, la inseguridad, la inestabilidad emocional, la tensión psicológica, los problemas familiares, los sentimientos de inferioridad, los celos y la rivalidad fraterna también propician actos violentos (Garralda 1980; Burnan ,1988; García C. 1999).

Enfoque social.

Como su nombre lo indica este enfoque encuentra la causa de la violencia en el entorno. Considera que ciertas condiciones socioeconómicas pueden estar asociadas con estas manifestaciones de abuso tales como la pobreza y el desempleo; en ocasiones las familias que viven en la miseria venden a sus hijos, o la gente de comunidades rurales los manda a la ciudad solos con la esperanza de mejores oportunidades, que los pone en riesgo de ser abusados, o debido a la violencia familiar los niños salen de casa y van a vivir a las calles con lo que también se ponen en riesgo. Otra condición es la estructura familiar, se ha encontrado que hijos de madres solteras presentan mayor riesgo de padecer abuso por la presencia de otras parejas que agreden a los niños o en ocasiones las familias se reconstruyen y los niños viven con hombres, mujeres u otros niños o bien cuando las madres salen a trabajar y los hijos pasan mucho tiempo solos o al cuidado de otros; lo anterior no significa que las madres sean responsables del abuso sino que estadísticamente estas circunstancias se asocian a la ocurrencia de la agresión. Otro factor asociado es el

hecho de carecer de contacto social, estar alejado de parientes y amigos y, vivir en zonas marginales ya que este aislamiento anula las presiones que regulan y controlan las costumbres y comportamientos socialmente aceptados. Uno más de estos aspectos sociales es que en algunas culturas prevalece la dominación de género y ocasiona que tanto las mujeres como los niños sean más vulnerables, ya que tienen una posición de inferioridad con respecto a los hombres dentro de la cultura patriarcal. Asimismo se ha visto que no necesariamente la agresión favorece a la satisfacción de un impulso físico sino que es más un acto cultural que se relaciona con sentimientos de poder, dominio y control (García H., 1989; Ibáñez 1998; Garralda 1980).

La tensión social, la pérdida de valores, el exceso de población, el exceso de estímulos violentos, la falta de educación, los embarazos no deseados, la incidencia de embarazos adolescentes, el alcoholismo y, la drogadicción, también son factores que favorecen la presencia de este fenómeno (García H., 1989; Ibáñez 1998; Garralda 1980; Attie 1995; García C. 1999; González Serratos 2001).

Los enfoques anteriores hacen propuestas de las posibles causas de la conducta violenta, sin embargo, ningún enfoque por sí solo puede explicarla en su totalidad ya que todos los factores pueden estar presentes y por ello se debe considerar una explicación integral del origen de la conducta.

En el siguiente apartado se detalla como es que el ASI está incluido en el concepto de maltrato infantil, como es considerado un problema de salud pública en el mundo y la importancia de erradicarlo.

Maltrato infantil

Se reitera que abordar el tema del maltrato infantil es de gran importancia y es considerado por la Organización Mundial de la Salud como un problema de salud pública (OPS/OMS, 2002). A este fenómeno también se le conoce como Síndrome del Niño Maltratado (SNM). Definir el concepto no ha sido tarea fácil por los factores que intervienen, ya sean culturales, sociales o, legales; o bien por los diferentes puntos de vista y las disciplinas desde donde éste sea abordado.

A continuación se enlistan algunas de las diferentes definiciones propuestas. La primera la describió López (en Volnovich, 2002) desde dos enfoques o modelos, en los cuales encontramos elementos como el(los) agresor(es), el tipo de agresión y la repercusión de ésta.

- **Modelo de deficiencia.** Plantea que el maltrato es toda violencia, perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, mientras que el menor se encuentre bajo la custodia de los padres, de un tutor o de cualquier otra persona o institución que lo tenga a su cargo.
- **Modelo de bienestar:** Dice que el maltrato es cualquier acción, omisión o trato negligente, no accidental, que priven al niño de sus derechos y su bienestar, que amenace e interfieran su ordenado desarrollo físico, psíquico y social, cuyos autores puedan ser personas, instituciones o la propia sociedad.

La siguiente definición la propuso Marina (1991 en Vázquez, 1995) a diferencia de la anterior encontramos mención sobre el tipo de agresión y sobre el agresor:

- Aquel que es objeto de violencia física y/o psíquica, por acción y/u omisión, por parte de las personas o instituciones de las que depende para su óptimo desarrollo.

La siguiente definición es la propuesta por Florenzano (1995), en la que encontramos un elemento que en las definiciones anteriores no aparecen, como la edad que es útil para definir quién es víctima.

- La agresión física, emocional o sexual contra un menor de 18 años, o la carencia de cuidados necesarios para la expresión de su potencial de crecimiento y desarrollo, contando con los elementos mínimos para ello, que excedan los límites culturalmente aceptables para esa comunidad o que transgredan el respeto a los derechos del niño.

Rodas (2006) hace mención a la definición del Centro Internacional de la Infancia de París, que incluye elementos como el agresor, tipo de maltrato, repercusión del maltrato o su extensión:

- Cualquier acto por acción u omisión realizado por individuos, por instituciones o por la sociedad en su conjunto y todos los estados derivados de estos actos o de su ausencia que priven a los niños de su libertad o de sus derechos correspondientes y/o que dificulten su óptimo desarrollo.
- Propone diferentes tipos de maltrato tales como: físico, abandono físico, abuso sexual, maltrato emocional, abandono emocional, síndrome de Münchausen por poder y maltrato institucional.

En nuestro país, en la Clínica de Atención Integral del Niño Maltratado del Instituto Nacional de Pediatría y de la Universidad Nacional Autónoma de México (CAINM-INP-UNAM), se dieron a la tarea de hacer una exhaustiva revisión de la literatura para establecer una definición que incluyera ciertos elementos a su consideración, se deberían integrar y tomar en cuenta para la definición como la identificación de quien es el agresor, la forma de la agresión, el sitio de ocurrencia, la intencionalidad, la etapa de vida en la que ocurre, el tipo de agresión, la repercusión de la agresión y la amplitud y comprensión de la definición.

- Toda agresión u omisión física, sexual, psicológica o negligencia intencional contra una persona de la menor edad, en cualquier etapa de la vida, que afecte su integridad biopsicosocial, realizada habitual u ocasionalmente, dentro o fuera de su hogar, por una persona, institución o sociedad, en función de su superioridad física, intelectual o económica (Loredo-Abdalá, 2008).

Finalmente, como se observa en el cuadro 1, el tipo de maltrato puede estar dividido y contemplar abuso físico, sexual, emocional, psicológico, social y negligencia; y lo que se pretende ilustrar es que según la definición de cada autor pueden o no estar incluidos estos elementos. El objetivo de todo lo anterior es mostrar cómo el abuso sexual no es una constante en las definiciones. Esto puede obedecer a que algunos especialistas consideran que es un fenómeno que se debe estudiar de manera más minuciosa y específica, ya que posee características especiales en cuanto a las causas, las características de los agresores, las diferencias en la forma de agresión así como en las consecuencias, la detección, la atención que requiere un niño abusado y su familia y las implicaciones sociales (Finkelhor, 2005).

Cuadro 1
Tipo de maltrato

Autor	Físico	Sexual	Emocional	Psicológico	Social	Negligencia
Loredo-Abdalá	Agresión física	Abuso sexual	Deprivación emocional	Biopsicosocial	Biopsicosocial	Omisión
Martínez	Físico	Sexual	Deprivación afectiva			Descuido
Claussen	Físico			Psicológico		Negligencia
Suárez	Físico			Psicológico	Social	
Milling	Físico	Abuso sexual		Psicológico		Negligencia

Santana-Tavira, 1998

Abuso sexual infantil

El abuso sexual infantil (ASI) también es considerado por sí mismo como un problema de salud pública (OPS/OMS, 2002) además de ser un problema que también impacta a la sociedad en muchos aspectos. Del mismo modo que en el maltrato, existen diversas definiciones de ASI. Se mencionarán de algunas de ellas con el objeto de encontrar los elementos que conformen una definición integral.

Kempe propuso esta definición en 1978 (Vázquez Mezquita, 1995)

- La implicación de menores en actividades sexuales ejercidas por los adultos y que buscan principalmente la satisfacción de éstos, siendo los menores de edad aún inmaduros y dependientes y por tanto no pudiendo ni comprender el sentido radical de estas actividades ni por tanto dar su consentimiento real.

Quintana (1992) definen al ASI como:

- Momento en que los padres, familiares u otros inciden en tocar boca, genitales, pechos, ano u otras partes del cuerpo en el intento de satisfacer deseos sexuales; o en forzar o incitar al menor a tocar al padre, madre u otra persona con los mismos propósitos, así como forzar o incitar al menor a que cometa actividades sexuales con otros niños o adultos y a que realice o intente la cópula o actos de sodomía.

González Serratos (2003) propuso como ASI:

- A todos aquellos actos en los que se involucra una actividad sexual inapropiada para la edad del menor, se le pide que guarde el secreto de dicha actividad y/o se le hace percibir que si lo comenta provocará algo “malo” para el perpetrador y/o para la familia. Estos actos sexuales generan sentimientos de confusión emocional, miedo y en ocasiones placer.

Rodas (2006) hace mención a la definición de ASI del Centro Nacional de la Infancia en París:

- Cualquier clase de placer sexual con un niño por parte de un adulto desde una posición de poder o autoridad. No es necesario que exista un contacto físico (en forma de penetración o tocamientos) para considerar que existe abuso sino que puede utilizarse al niño como objeto de estimulación sexual. Se incluye aquí el incesto, la violación, la vejación sexual (tocamiento/manoseo a un niño con o sin ropa, alentar, forzar o permitir a un niño que toque de manera inapropiada al adulto) y el abuso sexual sin contacto físico (seducción verbal, solicitud indecente, exposición de órganos sexuales a un niño para obtener gratificación sexual, realización del acto sexual en presencia de un menor, masturbación en presencia de un niño, pornografía...)

Por su parte la Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado en el Instituto Nacional de Pediatría, (Loredo-Abdalá, 2004) se ha trabajado en el desarrollo de un concepto:

- Una interacción sexual que puede o no ser física, entre un individuo de una edad mayor, quien lo utiliza en forma violenta, con engaño o seducción, para su estimulación sexual, la del menor o la de otro(s).

También han elaborado una clasificación basada en aspectos como el contacto físico, es decir, qué acciones son consideradas como abuso y quiénes pueden estar implicados; cuáles son los mecanismos de agresión y el lugar dónde este se lleva a cabo, ya sea dentro o fuera del contexto familiar.

Algunos autores hacen énfasis en elementos que ayudan a complementar las definiciones, como el hecho de que el agresor se muestre desnudo, enseñar material

sexualmente explícito al niño , irrumpir en su intimidad, besarlo como si fuera adulto, tocamiento corporal no necesariamente de la zona genital pero si con fines sexuales, masturbación frente al menor, penetración digital, exponer al niño a la percepción de actos sexuales entre adultos, obligar al niño a presenciar como se abusa de otro niño, el exhibicionismo, las insinuaciones y/o las conductas sugestivas, simulación del coito, prostitución y pornografía infantil (Finkelhor, 2005; González-Serratos, 2001; González-Serratos ,2003).

En lo que respecta a los niños que han padecido abuso sexual, la literatura los denomina como las víctimas, y respecto a ellos lo que se ha estudiado son algunas características que los hacen más vulnerables y especialmente las consecuencias del abuso las cuales están ampliamente documentadas, en los párrafos siguientes se mencionarán algunas de estas características.

La víctima

No existen características que puedan determinar que un niño pueda ser víctima de abuso, sin embargo si se han encontrado algunas características que los hacen más vulnerables. UNICEF (2005) menciona que aquellos niños que se encuentran dentro de los sistemas de cuidado como casas de cuna o casa hogares son más vulnerables, así como aquellos niños que viven en casas con historial de violencia o negligencia, los que viven cerca o con personas con antecedentes de abuso en la infancia, niños con alguna discapacidad, niños que viven en familias reconstruidas donde alguno de los adultos no es el padre biológico, aquellos que viven en contextos de extrema pobreza o deprivación social. Otros factores de riesgo son la edad y el sexo, según Redondo (2005) entre los 8 y los 12 años son más vulnerables, las niñas tienen más riesgo ya que la prevalencia de abuso es mucho mayor, malos vínculos con los padres o cuidadores, trabajar en la calle, estar confinado y se ha visto que niños tímidos o retraídos son más proclives.

Consecuencias del abuso sexual infantil.

Es innegable que el ASI genera consecuencias; se han hecho estudios y se han encontrado un sinnúmero de éstas tanto en las víctimas como en las personas cercanas, la familia y en la sociedad (ver cuadro 2). En este apartado se abordarán principalmente aquellas que afectan a las víctimas. Los efectos pueden ser diversos y existen factores que intervienen, tales como la edad a la que el niño es agredido, el sexo del niño u otras que se relacionan con el tipo de abuso como la frecuencia con que éste ocurre, si el abuso se descubre, la presencia de violencia y la relación con el perpetrador, especialmente si es alguno de los padres o cuidadores ya que el niño lo vive como una traición por el afecto y la cercanía que pudieran existir, más allá de tener una relación consanguínea (Vázquez 1995; Batres, 1997).

Una manera de clasificar las consecuencias es por temporalidad, es decir, a corto mediano y largo plazo; en cada uno de estos momentos hay involucrados aspectos físicos, psicológicos y sociales.

Consecuencias a corto, mediano y largo plazo

Se consideran consecuencias a corto plazo a las que se presentan casi de manera inmediata y generalmente suelen ser físicas como equimosis en genitales y/o ano, laceraciones, sangrado, prurito, inflamación de la zona, himen perforado, dificultad para caminar, rastros de semen, infecciones y somatización. Estos signos físicos también se consideran como indicadores de abuso; aunado a los efectos psicológicos y emocionales como confusión, ansiedad, Trastorno de Estrés Post Traumático (Gelles, 1990; Vázquez, 1995; Oliverio, 2004; Loredó-Abdalá, 2004; Jhonson, 2004).

Cuadro 2
Consecuencias del Abuso Sexual Infantil

Autores	Muestra	Secuelas observadas
Finkelhor 1979	796 mujeres población general	28% presentaron algún abuso, 14% incestuoso, 30% con fuerza, 18% incesto explotativo. Baja autoestima, depresión, ansiedad, abuso de sustancias, comportamiento autodestructivo, problemas sexuales.
Rusell 1986	930 mujeres población general	38% abusada por un adulto antes de los 18 años, 16% incesto. Formas de abuso más severas inducen más trastorno que formas de abuso leve. La violencia física tiene un efecto negativo
Herman 1986	205 mujeres con historia de incesto	50 % de las mujeres creía que esto había tenido un efecto negativo en su desarrollo. 77.6% notaba algún síntoma clínico. 34% extremo, 23% considerable, 25% poco.
Putnam 1986	100 casos de personalidad múltiple	97% de estos pacientes habían presentado una historia de incesto.
Ross 1989	236 casos de personalidad múltiple	74.4 % de estos pacientes habían presentado una historia de incesto.

Algunos autores han observado en los niños a mediano plazo, la presencia de agresión incrementada, depresión, confusión, ansiedad, relaciones problemáticas con los padres, baja ejecución en tareas cognitivas, dificultad para concentrarse, lo que ocasiona cambios en el rendimiento escolar. También se ha encontrado falta de empatía, lo que dificulta las relaciones afectivas, así como conductas sexuales inapropiadas, conductas

sexualizadas, exhibicionismo, masturbarse en público además de problemas físicos crónicos, a los que en ocasiones no se les encuentra una causa médica como: dolores de cabeza, problemas gastrointestinales, dolores no específicos, y conductas regresivas como: chuparse el dedo, beber en biberón, enuresis, encopresis, pesadillas y terrores nocturnos (Gelles, 1990; Vázquez, 1995; Oliverio, 2004; Loredo-Abdalá, 2004; Jhonson, 2004).

Por otro lado en los adolescentes se ha encontrado asociación con abandono del hogar, conductas sexuales de riesgo que derivan en embarazos no planeados, enfermedades de transmisión sexual, uso y abuso de alcohol y drogas y, relaciones conflictivas. La criminalidad y la delincuencia también se encuentran asociadas, así como la aparición de trastornos mentales como depresión, trastorno por estrés post traumático, trastornos de la conducta alimentaria y personalidad múltiple entre otros (Gelles, 1990; Ibáñez, 1998; Nelson, 2002).

A largo plazo, en la edad adulta, se encuentra la persistencia de muchas de las conductas y estados como tristeza, sentimientos de culpa, conductas sexuales de riesgo, fobias, miedos, pesadillas, rituales compulsivos, conductas autodestructivas y suicidas, aislamiento, ataques de ansiedad y, dificultad para dormir. En las mujeres se ha encontrado miedo a los hombres, se asocia con el ejercicio de la prostitución y agresiones sexuales a otros niños, es decir, repetir el patrón de agresión. Otras consecuencias que se observan en adultos con antecedentes de abuso cuando tienen hijos, especialmente las madres suelen ser muy puntillosas en el cuidado de sus hijos, ya que temen se repita la historia de abuso, lo que lleva a conflictos con ellos, sienten que sus madres los acosan y no los dejan desarrollarse y sus relaciones y actividades sociales se ven afectadas, así como las familiares y conyugales (Florenzano, 1995; Vázquez, 1995; Owens, 2003; Oliverio, 2004; Roberts 2004; Johnson, 2004).

El agresor

Un elemento más que conforma al ASI es el agresor, quien ha sido motivo de estudios con el fin de comprender qué detona o motiva a una persona a realizar esta conducta. Si bien no se ha encontrado una respuesta precisa para determinar un perfil, sí se han identificado algunos factores asociados que han permitido explicar el posible origen de las conductas violentas, que permiten clasificar a los agresores y algunas de sus características.

Tipología del agresor

Independientemente del origen de la conducta violenta en contra del niño Glasser (1990) hizo dos clasificaciones básicas del agresor respecto a ciertas características: el primario y el secundario. A continuación se describen algunas de ellas.

El primario: individuo que siempre ha estado envuelto en relaciones sexuales con niños o adolescentes de forma exclusiva, quienes al crecer y adquirir un aspecto físico maduro, pierden interés este sujeto se caracteriza sobre todo por no presentar ningún interés sexual, ni social, por hombres o mujeres adultos. Una mayor proporción presenta una orientación homosexual y un estado civil de soltería (Glasser, 1990; Oliverio, 2004).

El secundario: individuo que tiene relaciones sexuales con adultos, normalmente heterosexuales, las cuales suelen caracterizarse por evidenciar diversos trastornos, como impotencia sexual ocasional, cierto grado de apatía sexual y algún tipo de tensión o conflicto con sus parejas, todos síntomas de índole neurótica, es decir, que no hay dificultad fisiológica. Este tipo

secundario tiende a realizar el acto en intervalos irregulares, aparentemente en respuesta a una situación oportunista o a un episodio de estrés. Tras el acto, el tipo de agresor secundario muestra fuertes sentimientos de culpa y vergüenza. Se han encontrado también deficiencias cognitivas, afectivas, abuso de alcohol, abuso de sustancias, y cuadros degenerativos; en personas ancianas que pueden perder el control de impulsos y la capacidad de juicio. En este tipo secundario predomina la orientación heterosexual y se sabe que hay preferencia por vida matrimonial (Glasser, 1990; Oliverio, 2004).

Características psicosociales.

Se han descrito algunas otras características que como su nombre lo indica tiene que ver más con aspectos de índole psicosociales. En cuanto a la edad se han encontrado consistencias en que la más recurrente es hacia la mitad de la tercera década de la vida y que agresores sexuales de mayor edad suelen buscar niños muy pequeños, mientras que los más jóvenes se centran en adolescentes. En cuanto al sexo del agresor, la tasa de hombres es mayor que la de mujeres; en ambos sexos la tasa de separación o divorcio es mayor a la esperada en la población general. (Oliverio, 2004).

Un aspecto de los agresores que se han estudiado con frecuencia a partir de historias clínicas, es el ambiente familiar hostil durante la infancia y su repercusión en ellos a nivel emocional; también se ha detectado la ausencia de los padres y antecedentes de victimización, así baja escolaridad. (McCarey, 2000; Sullivan, 2004)

Respecto a ciertas conductas, Oliverio (2004) afirma que en ocasiones el agresor puede formar una familia, es decir, hay hombres que se casan con mujeres que tienen hijos por los que sienten atracción, incluso existen parejas que intercambian hijos con otros padres y más esporádicamente algunas personas adoptan niños de países no industrializados o secuestran niños de personas extrañas para utilizarlos con fines sexuales.

Partiendo de estas descripciones es importante aclarar nuevamente, que aunque exista una tendencia a ciertas características, no es posible determinar un origen preciso de la conducta, así como tampoco características determinantes de los agresores.

Prevalencia del abuso sexual infantil

La magnitud real del ASI se desconoce, es complicado obtener cifras exactas, la manera en que se cuantifican los casos es haciendo cálculos a partir de los casos atendidos en instituciones de salud, espacios de apoyo o denuncia legal.

Algunos de los factores por los que la información estadística es escasa se relacionan con la familia de la víctima y ésta última, algunos relacionados con especialistas y personal de salud y otros con las infraestructuras de los países. Los que tienen que ver con las familias y las víctimas principalmente es por la dificultad de identificar el abuso, vergüenza de contar el evento, por creer que el niño miente, porque son niños muy pequeños o por alguna deficiencia no son capaces de identificar el acto como una agresión; los factores que se relacionan con los servicios de salud y los especialistas, principalmente es por miedo o ignorancia para denunciar o identificar el evento, ya sea por las implicaciones legales o por la dificultad de diagnosticar correctamente los casos, sobre todo aquellos que no manifiestan lesiones físicas; finalmente los factores que se relaciona con los recursos de un país, se encuentran las limitaciones económicas para recolectar datos, así como la falta de interés para desarrollar acciones sobre esta problemática. (Herrada-Huidobro, 1992; Johnson, 2004).

Un modo de explicar lo anterior más claramente es con el modelo del iceberg (ver figura 1) en el que en la base encontramos los abusos que son conocidos únicamente por el agresor y algunos parientes de la víctima, como los padres y hermanos; en el siguiente nivel otros parientes cercanos tienen conocimiento del abuso; en el tercer nivel son las personas cercanas a la casa quienes tienen conocimiento del abuso como los vecinos. Estos tres niveles tienen la característica de que en su mayoría no son denunciados legalmente ni notificados a otras instancias como médicos y escuelas, es decir, no reciben ningún tipo de atención. Para los siguientes niveles encontramos aquellos casos en los que se notifica a los servicios médicos, generalmente por lesiones o enfermedades físicas en los niños; en este nivel se atiende médicamente y en pocas ocasiones hay atención psicológica o se pasa al siguiente nivel donde autoridades u organismos de protección a la infancia son notificados. Finalmente se encuentran aquellos casos que son notificados a la policía y aquellos que se llevan a juicio, los cuales obviamente son muy pocos.

A pesar de que no hay datos certeros, sí es posible contar con cierta información epidemiológica del fenómeno. La tendencia de las estadísticas, como se verá en el siguiente apartado, está orientada a conocer lo más cercanamente posible cuántas personas han tenido experiencias de abuso, quienes son más abusados, si niños o niñas, quiénes suelen ser los agresores y cuáles son las formas más comunes de abuso.

Después de haber revisado las definiciones y las áreas en las que se ha dividido el estudio del ASI, se muestra a continuación las características de la extensión del problema.

Figura 1
Modelo del iceberg



Vázquez (1995)

Prevalencias Internacionales

El ASI es un problema de extensión mundial, establecer un número de casos depende de de la población estudiada y la definición empleada, sin embargo, se pueden observar tendencias como mayor prevalencia de niñas abusadas en contraste con los niños

y agresores varones en contraste con la mujeres. Johnson (2004) en una revisión internacional reporta que las tendencias del fenómeno van del 6% - 62% de las mujeres con antecedentes de abuso y del 3% -31% de los hombres con los mismos antecedentes. Otras estimaciones calculan que las cifras van de de 6 al 36% en niñas y del 1 al 15% en niños, todos ellos en promedio, menores de 16 años (Villarino, 2001; Johnson, 2004).

UNICEF en 2005 publicó un reporte donde El Consejo Europeo estimaba que en aquel continente, entre el 10% y el 20% de las personas habían sido agredidas sexualmente en la infancia, los porcentajes varían desde un 7% en Irlanda hasta un 36% en Austria los abusos en contra de las niñas van desde un 3% en Suecia, hasta un 27% en contra de los varones en el Reino Unido.

En Alemania, una encuesta realizada por el *Criminological Research Institute*, a más de 3200 personas de entre 15 y 59 años en 1992, encontró que el 7.3% de los hombres y el 18.1% de las mujeres habían padecido abuso sexual antes de los 16 años, 90% de los agresores fueron hombres. En Polonia una investigación elaborada por *Nobody's Children Foundation* en 2001 preguntó a más de 1000 adultos sobre experiencias de abuso en la infancia y se encontró que el exhibicionismo había sido experimentado por 6.5%, ser testigo de relaciones sexuales entre adultos en un 5.8%, haber sido tocado en partes íntimas del cuerpo por el 3.7%, haber sido persuadido a observar pornografía por el 3.3% y haber tenido sexo con el adulto en un 1.3%. En Rumania, un estudio en escolares de entre 11-16 años, reportó que el 4.6% había sido víctima de abuso sexual, un estudio más grande en 1999 de estudiantes de entre 14-19 años, se encontró que la forma más común de abuso fueron los tocamientos forzados, en 62%, seguido del intento de violación en 19% de los casos, la violación en 9% de los casos y acoso verbal en el 4%. Del total de la muestra (n=1267) 18.8% de las niñas habían sido víctimas comparadas con el 4% en el caso de los niños. El padre fue el perpetrador en el 36.7% de las ocasiones. De acuerdo a *Child Abuse and Neglect in Eastern Europe*, en Rusia en una encuesta en San Petersburgo se encontró que el 25% de las niñas y el 11%

de los niños habían experimentado contacto sexual no deseado. Finalmente en el Reino Unido una encuesta en adultos jóvenes reportó cifras con tendencias diferentes en cuanto al agresor; el 1% había sido abusado por sus padres o cuidadores, el 3% por otros familiares, el 11% por otras personas conocidas por el niño, el 4% por extraños y el 3% por más de una persona. (UNICEF, 2005)

En el caso del Continente Americano, en Estados Unidos se calculó que la tasa anual de ASI en 1994 fue de entre 2.1 y 6.3 por cada 1000 habitantes. (Finkelhor, 1994). En datos más recientes de Estados Unidos, *The National Child Abuse Data System* reportó en 2006 que la tasas de abuso en contra de los niños no han variado mucho, a nivel nacional el 8.8% de los niños fueron sexualmente abusados. En relación al parentesco de los agresores, se reportó que de las víctimas abusadas sexualmente 26.2% fueron agredidas por alguno de los padres y el 29.1% fue agredido por otro familiar diferente de los padres; el 0.3% de los casos son letales (U.S Department of Health & Human Services, 2006). Otras fuentes refuerzan la tendencia al encontrar que el 50% de los agresores por violación sexual son conocidos por sus víctimas, frecuentemente son familiares, especialmente en las víctimas menores de 10 años; se ha encontrado que estos abusos prevalecen especialmente en familias disociadas y caóticas, en las que existen antecedentes de alcoholismo, hospitalización psiquiátrica en los padres, violencia intrafamiliar y en familias de padres separados (Vázquez 1995; Oliverio, 2004; Johnson, 2004).

Prevalencias Nacionales

En el caso de México, tampoco existen datos precisos de la prevalencia e incidencia del fenómeno; pero se cuenta con algunos datos que pueden dar un panorama general en cuanto a casos atendidos, denuncias y características del agresor. De manera similar a los datos presentados anteriormente, se encontró que la mayoría de las víctimas

son niñas y que en su mayoría el abuso es cometido por familiares o personas conocidas. La Asociación Mexicana Contra la Violencia hacia las Mujeres (COVAC) reportó a mediados de la década de los 90's, que entre los casos de abuso sexual atendidos, 92% fueron contra menores y en 97 % de las ocasiones el agresor fue un hombre, la mayoría de estos abusos fueron cometidos contra menores de entre 1 y 10 años; la relación con el agresor fue consanguínea en el 62 % de los casos, principalmente el padre, hermanos, tíos y abuelos, el 21% conocido no consanguíneo y 17 % un desconocido. Una de cada 10 menores afectadas resultó embarazada, 25% presentó lesiones y 11% infecciones (Duarte y González, 1994 en Ramos L. 1995).

Datos similares encontró Saffioti (1993 en Ramos L., 1995), quién observó que entre el 97% y 99% de los perpetradores fueron hombres y tres quintas partes de las víctimas son mujeres, el abuso sexual incestuoso llega hasta el 80 %.

Los datos que reportó la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal en 1990, indicaron que hubo en promedio, 122 casos de abuso sexual en menores, en un periodo de tres meses (De la Huerta, 1990).

En un estudio sobre violación sexual que se realizó en el Centro de Atención a la Violencia Intrafamiliar y Sexual (CAVISE) de la Ciudad de México, se encontró que de 557 agresores, 76.3% correspondían al grupo de edad entre 15 y 44 años, 53.2% eran solteros, 43.5% casados o en unión libre y 3.3% divorciados. Esta información la proporcionaron las víctimas. En relación a su nivel de escolaridad los datos se muestran en el cuadro 3 (De la Garza, 1997).

Una encuesta reciente sobre maltrato infantil, arrojó información estadística de cuatro estados de la República. Se pudo observar que, en Baja California las mujeres reportaron 9.1% de abuso sexual contra 2.8% en los hombres; en el estado de Sonora se encontró 5.1% de abuso sexual en las mujeres contra un 1.9% en los hombres; en Yucatán se reportó un porcentaje similar; 3.5% para las mujeres y 2.3% para los hombres;

finalmente para el estado de Tlaxcala se encontró un 4% para las mujeres y 0.9% para los hombres. (Villatoro, 2006)

Cuadro 3
Nivel de escolaridad del agresor. CAVISE

ESCOLARIDAD	NÚMERO	PORCENTAJE
Primaria completa	105	18.9
Nivel medio superior	55	9.9
Saber leer y escribir	52	9.3
Secundaria	67	12
Nivel profesional	28	5
No sabe leer ni escribir	16	2.9
Sabe leer	11	2
Lo desconoce	116	20.8
No contestó	107	19.2

De la Garza, 1997

Por su parte el DIF Distrito Federal se reportó en 2007 al menos unos 60 casos de abusos sexuales contra niños al mes, la institución puntualizó que por desgracia ni en el país ni en la ciudad de México se cuenta con un sistema coordinado entre Organizaciones No Gubernamentales (sociedad civil), instituciones públicas o procuradurías para precisar cifras sobre violencia intrafamiliar, y determinar con precisión los casos de abuso sexual.

Como último elemento de este apartado sobre las generalidades del ASI, la literatura concede mucha importancia al tema de la prevención, que es a donde pretende llegar ésta primera fase de la investigación. A continuación se muestran los diferentes tipos de prevención y que se ha hecho en el caso del ASI.

Prevención

La sexualidad se ha abordado como un área más en la salud de los individuos y la atención de estos problemas, se refleja en la calidad de vida. En 1975 la OMS propuso una definición de salud sexual: La integración de los elementos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del ser sexual, por medios que sean positivamente enriquecedores y que potencien la personalidad, la comunicación y el amor (OMS, 1975).

La OPS (1995) define a la prevención desde el ámbito de las políticas públicas como: aquellas actividades que permiten a las personas tener estilos de vida saludables y que faculten a las comunidades a crear y consolidar ambientes donde se promueva la salud y se reduzcan los riesgos de enfermedad. La prevención implica desarrollar acciones anticipatorias, con el fin de promocionar el bienestar del ser humano y así evitar situaciones indeseables (OPS, 1995).

La prevención se ha dividido principalmente en tres categorías:

Prevención primaria: intervenir antes de que surja el problema de salud y buscar evitar que éste aparezca. Se trata del tipo de prevención más deseable y generalmente más económico.

Prevención secundaria: se aplica donde el problema está empezando a surgir y pretende detenerlo antes de que evolucione hasta otros grados más severos.

Prevención terciaria: se dirige a la población donde el problema ya se ha presentado y lo que busca es evitar complicaciones (Olsen, 1993; McMillan, 1994).

Esta clasificación también es llevada al área del ASI

Prevención del abuso sexual infantil

La prevención del ASI se ha abordado especialmente desde la visión de las tres categorías mencionadas. La definición tiene sus dificultades debido a que no es sencillo delimitar cada una de las fases. Sin embargo, respecto a la prevención del ASI se ha trabajado más la prevención primaria y se ha considerado que las intervenciones deben tender a promover campañas de información, mediante publicaciones, la escuela, consultorios clínicos y, los medios de comunicación, para que padres, profesionales y profesores, entre otros, hagan conciencia de la realidad que viven los niños, los riesgos físicos y psíquicos que pueden correr, el tipo de sensibilidad y las reacciones que pueden tener niños y adolescentes en diversos contextos o situaciones; considerando que el objetivo más importante, es reducir la incidencia de los abusos cometidos contra los niños (MacMillan ,1994; de la Huerta, 1994; Oliverio, 2004; Simarra, 2002).

Los programas preventivos están dirigidos casi exclusivamente hacia los niños, es por ello que las escuelas son un espacio idóneo, además de ser el principal medio de socialización del niño después de la familia; otro factor es que la institución escolar ha ido situándose progresivamente en una posición de mayor relevancia e influencia en la comunidad (MacMillan ,1994; Repucci, 1998; Font, 2002; Oliverio, 2004). Aunado a lo anterior está la figura del maestro, como se ha mencionado, pasa gran parte del tiempo con el niño, lo conoce y es capaz de percibir cambios en el niño y los padres, es una figura afectiva para los niños, especialmente los más pequeños, lo que les aporta seguridad y los ubica como una fuente de ayuda. (Martínez, 2000; Casión, 2002)

Muestra de ello es la diversidad de programas preventivos propuestos y de programas establecidos como el *Stay Safe Programme*, instalado en escuelas primarias de Irlanda principalmente, y consiste en enseñar habilidades personales de seguridad con el objetivo de prevenir maltrato infantil, *bullying* (acoso escolar) y otras formas de victimización; los contenidos son enseñados por los propios maestros en las aulas de

clase, están divididos en un máximo de nueve sesiones, que no exceden los treinta minutos y hay versiones según el grado escolar (MacIntyre, 2000).

Un dato relevante es el encontrado por Díaz Martínez (1999) al reportar que estudiantes de instituciones de educación superior específicamente en el área de humanidades, demandan que se impartan asignaturas con contenidos sobre violencia, su manejo, prevención y tratamiento. Lo cual indica un grado de conciencia social que debe ser aprovechado.

Por todo lo mencionado anteriormente es importante que los maestros en nuestro país tengan las herramientas para abordar el tema; aunque han existido programas de educación sexual que se han incorporado en las escuelas primarias y secundarias, lo han hecho aparentemente, con poco fundamento en la investigación, así que esto no refleja realmente las necesidades de la población (Pick, 1994). Por ello es necesario saber cuáles son las demandas, qué necesidades de información y recursos tienen los maestros para participar en acciones preventivas; por lo que la propuesta de este trabajo radica en identificar la información con la que cuentan los maestros (Bernardi, 1996; Martínez, 2000).

Si bien es cierto que el sector de maestros tiene elevado potencial en materia de prevención, no está exento de factores que obstaculicen su participación, es conveniente identificar cuáles pueden ser algunos de estos elementos, en la revisión de estudios relacionados con el tema se encontró que algunos de estos obstáculos corresponden a mitos, miedos, falta de información, resistencias a participar que relacionan con falsas creencias, se destacan a continuación algunos de estos obstáculos que se consideran los más frecuentes y que a su vez sirvieron para conformar algunos reactivos de la escala.

Mitos y obstáculos para la prevención del abuso sexual infantil

Los mitos sobre el ASI corresponden a diferentes ideas que suelen no ser ciertas, distorsionan la realidad y dificultan la información. Algunas de éstas ideas, tienen que ver con la percepción de los niños como sujetos que tienden a la fabulación, la mentira, la imaginación y, la confusión, como resultado no se le cree al niño y esto dificulta la identificación del abuso (Crooks, 2004).

La asexualización del niño es otro mito, se cree que los niños no experimentan o ejercen su sexualidad y cualquier referencia en este sentido ha sido considerada como una trasgresión social, contrariamente a esta idea se ha documentado que durante la infancia temprana y la niñez, también se desarrollan conductas y funciones sexuales tales como la estimulación genital, los juegos sexuales con amigos u otros niños y funciones como la motivación de la exploración y el descubrimiento de diferencias sexuales entre niños y niñas, que son mal vistos y son motivo de regaño y vergüenza, además de que en muchas ocasiones los padres u otros adultos niegan o desaprueban estas manifestaciones de la sexualidad en niños y adolescentes (Oliverio, 2004; Crooks 2000). Desde una perspectiva que combina lo social y lo biológico, se dice que la sexualidad infantil es distinta con respecto a la adulta y es importante considerar que a los niños les gusta ser abrazados, acariciados y besados. Investigaciones que apoyan la actividad sexual son las realizadas por el matrimonio Kensey indican que aproximadamente una quinta parte de los niños descubre el placer de la masturbación entre los tres y los seis años, aunque las sensaciones que experimentan no pueden ser más o menos intensas y sólo en algunos casos parecerse al orgasmo. En esta etapa, además de la masturbación se desarrollan otras conductas y funciones sexuales como el erotismo, la autoexploración, el reconocimiento, las expresiones de afecto y el manejo del cuerpo, que además se relacionan con la autoestima y la seguridad de los niños (Crooks, 2000).

Otro autor más que apoya la actividad sexual infantil es Frayser (1994), quien apunta que muchos niños de ambos sexos practican estas conductas autocomplacientes de manera muy natural, a menos que este comportamiento genere respuestas negativas por parte de los padres o cuidadores. Probablemente ya no es el caso en niños que acudan a la primaria como , pero muchas de las actividades cotidianas asociadas con el cuidado de los niños como la lactancia, el baño y, la vestimenta implican una estimulación táctil placentera, que si bien es de naturaleza esencialmente sensual, puede estimular una respuesta genital o sexual.

Los mitos también están relacionados con el agresor, McCary (2000) hace referencia a estos como el creer que es agresivo y potencialmente homicida; en algunas investigaciones se ha encontrado que el porcentaje de estas características es del 3%; creer que los agresores no tiene creencias religiosas, pensado como una manera de control, el autor encontró que los agresores sexuales en prisión exhibían fuertes convicciones religiosas; una más, que ya se ha mencionado, es creer que el agresor es un extraño, cuando las estadísticas ya nos demostraron que en su mayoría son familiares o personas cercanas; en cuanto a la percepción del agresor se le considera un enfermo mental o un delincuente.

Un factor más a considerar es que los maestros pueden detectar los casos pero no saben qué hacer después, si denunciar o no, en dónde y además le temen a las consecuencias, Martínez (2000) hace mención a que uno de los riesgos que se corren al denunciar de manera legal y no existan elementos suficientes para confirmarla, se corre el riesgo de empeorar la situación de riesgo para el niño y, puede aumentar la sensación de aislamiento y desesperanza. Contrariamente, en caso de confirmar el abuso lo que puede ocurrir es que se puede institucionalizar al menor y al agresor se le encarcelará o se le aplicará la sanción que corresponda, la dinámica familiar se modificará y esto implica consecuencias afectivas, económicas y sociales.

Denunciar no es una decisión sencilla, sin embargo Finkelhor (2005) destaca la importancia de la participación social y hace las siguientes recomendaciones:

- Es preferible la detección y revelación del abuso a que permanezca en secreto ya que las probabilidades de resolución positiva para el niño son mayores.
- La mayoría de las manifestaciones de abuso hechas por los niños son verdaderas.
- Es mejor alejar del hogar al ofensor que al niño
- Los niños cuanto más conocen el problema tienen más posibilidad de rechazarlo y de verbalizarlo y menor probabilidad de ser víctimas.

El siguiente apartado corresponde al fundamento teórico de la construcción de la escala que consiste en una descripción de la Teoría de la Representación Social y cómo de ella se desprende el estudio de las creencias y actitudes como una primera fase de entender al ASI; por ello se describe posteriormente la Teoría de la Conducta Planificada, que estudia las creencias y las actitudes orientadas a la intención de una conducta, que en este sentido corresponde a la creación de una escala que se capaz de medir creencias y actitudes sobre el abuso sexual y su prevención así como la intención de participar en actividades orientadas a la prevención.

Teoría de la Representación Social

El concepto de Representación Social lo creo un psicólogo social llamado Serge Moscovici en 1961. El autor definió a las Representaciones Sociales como: "un conjunto de conceptos, declaraciones y explicaciones originadas en la vida cotidiana, en el curso de las comunicaciones interindividuales." (Moscovici, 1986). En palabras de otro autor se entiende como el sistema de valores, nociones y prácticas que proporcionan a los individuos los medios para orientarse y dominar al contexto social y, material. Un cuerpo

organizado de conocimientos y una de las actividades psíquicas gracias a las cuales los hombres se integran en un grupo o en una relación cotidiana de intercambios” (Alvaro, 2003).

Es decir, las Representaciones Sociales transforman determinados conceptos en ideas de orden común, es un conocimiento útil para dar sentido a la realidad cotidiana. Como explican Wagner y Elejabarrieta (Alvaro, 2003), algunas nociones, en esta transformación adquieren cuerpo, se materializan, otras se pierden, se eliminan o se niegan, y otras adquieren una significación diferente de la original. Lo importante aquí, mencionan los autores, no es la referencia original, sino su nueva funcionalidad social. Moscovici planteaba al respecto que las representaciones no sólo son un producto de la ideación grupal sino también un proceso, una manera de entender y comunicar lo que sabemos. Es decir, son de carácter dinámico y no son sólo productos mentales sino que son construcciones simbólicas que se crean y recrean en el curso de las interacciones sociales; no tienen un carácter estático ni determinan inexorablemente las representaciones individuales. Se definen como maneras específicas de entender y comunicar la realidad y son determinadas por las personas a través de sus interacciones. Estas formas de pensar y crear la realidad social están constituidas por elementos de carácter simbólico ya que no son sólo formas de adquirir y reproducir el conocimiento, sino que tienen la capacidad de dotar de sentido a la realidad social. Su finalidad es la de transformar lo desconocido en algo familiar (Ibáñez, 1988; Álvaro, 2003).

Los procesos mediante los que se generan las representaciones sociales se denominan, anclaje y objetivación.

- **Anclaje:** permite que algo poco familiar y problemático, que incita nuestra curiosidad, se incorpore a nuestro sistema de categorías y sea comparado con lo que consideramos un miembro típico de esa categoría. Este proceso consta de dos fases, la clasificación y la denominación. ; al clasificar y nombrar a las personas o a los objetos del medio, se les asignan atributos o características en relación con los cuales nos comportamos de determinada forma. Es un proceso

de categorización a través del cual clasificamos y damos un nombre a las cosas y a las personas. Este proceso permite transformar lo desconocido en un sistema de categorías que nos es propio o ya conocido (Moscovici, 1986).

- **Objetivación:** proceso mediante el cual conceptos abstractos adquieren entidad como experiencias concretas, tangibles, mediante este proceso lo invisible se convierte en perceptible. Consta de dos fases, la transformación icónica, que consiste en establecer una asociación entre un determinado concepto y una imagen; y la naturalización, mediante la cual las imágenes se transforman en realidades concretas, es decir, en transformar entidades abstractas en algo concreto y material, por ejemplo los productos del pensamiento en realidades físicas, los conceptos en imágenes (Moscovici, 1986).

Dentro del proceso de objetivación se encuentran las actitudes definidas como reacciones a los estímulos del medio y su papel es servir a la construcción simbólica del medio social. Torregrosa (1968) destaca en el estudio social en un triple sentido: tienen su origen en la interacción simbólica, caracterizan a los grupos sociales y el objeto al que se refieren es, también, de naturaleza social, destacando la importancia del estudio de las creencias para entender el comportamiento de un grupo social.

El número de investigaciones sobre Representaciones Sociales ha ido creciendo y diversificando su campo de análisis. Se han hecho estudios aplicados en áreas como el psicoanálisis, problemas de las ciudades, el cuerpo y la enfermedad mental, los cuales han hecho aportaciones en el ámbito de la salud (Ibáñez, 1988).

Ahora bien, el estudio de la Representación Social de un fenómeno puede ser analizado en diferentes dimensiones: a) la información, b) el campo de la representación y c) la actitud. La clasificación no implica jerarquía ni prioridad sin embargo la actitud es la dimensión más estudiada además de que nos informamos y nos representamos en función de haber tomado una posición de acuerdo o desacuerdo respecto a algo (Mora, 2002).

Por lo anterior se interpreta que el estudio de las creencias y las actitudes de un fenómeno facilita su comprensión y manejo dentro de un grupo y ésta es una manera de aproximarse a uno de los procesos que comprende la Teoría de la Representación Social, es por ello que la Teoría de la Conducta Planificada se ajusta al estudio exclusivo de las creencias y actitudes de un fenómeno, así como tener sus propias bases de la construcción de escalas. En los siguientes párrafos se explicarán los antecedentes y en qué consiste esta teoría.

Teoría de la Conducta Planificada

La teoría fue propuesta por Ajzen (1988), con el objetivo de explicar el comportamiento social, aplicándose más tarde al ámbito de la salud con el propósito de explicar por qué las personas ponen en práctica determinadas conductas relacionadas con la salud. La teoría tiene como fundamento a la Teoría de la Acción Razonada de Ajzen y Fishbein (1975) que considera que la mayoría de los comportamientos sociales relevantes están bajo control volitivo de la persona, siendo el determinante más inmediato de cualquier comportamiento la intención de llevarlo o no a cabo; esto no significa que se dé una perfecta correspondencia entre la intención y el comportamiento sino que generalmente las personas actúan de acuerdo con la intención (León, 2004).

La intención de realizar o no una conducta está determinada por dos factores uno personal y otro social:

- El factor personal es la actitud hacia la conducta, la evaluación positiva o negativa que se hace sobre la realización del comportamiento y los resultados obtenidos, es el juicio que se emite sobre si se considera bueno o malo llevar a cabo la acción.
- El factor social implica la percepción que tiene la persona acerca de la presión social ejercida para que se realice o no la conducta, también se le conoce como norma subjetiva.

La actitud hacia la conducta es estimada, por una parte, por las creencias que posee la persona acerca de la probabilidad de que la realización de un determinado comportamiento da como resultado una serie de consecuencias específicas, y por otra parte, por la evaluación subjetiva de tales consecuencias. La actitud es favorable cuando la mayoría de las creencias sobre la conducta se fundamentan en consecuencias positivas y al contrario, será desfavorable cuando las consecuencias se fundamenten en efectos negativos. La norma subjetiva del individuo indica su percepción acerca de la presión social que se ejerce para que realice o no la conducta; esta norma subjetiva es estimada por las creencias normativas de la persona acerca de la probabilidad de que determinadas personas o grupos significativos esperen que desempeñe o no la conducta y por otra parte la motivación individual para cumplir dichas expectativas percibidas (León, 2004).

La teoría asume que las conductas son una función de las intenciones, es decir, la conducta está precedida por la intención de realizarla; estas intenciones están determinadas por las actitudes hacia la conducta y por las normas subjetivas (lo social) con respecto a ésta, además de que las actitudes y normas, a su vez, están determinadas por creencias conductuales y normativas respectivamente. De acuerdo con la teoría, entonces la conducta está determinada por las propias creencias, y el cambio conductual se ve como una función que se presenta en las creencias. Es decir, plantean que el ser humano procesa la información o la utiliza sistemáticamente y proponen un modelo para entender la relación entre creencias, actitudes, intenciones y conductas.

En cada una de estas creencias de comportamiento se pueden encontrar actitudes favorables o desfavorables hacia éste; la combinación de dichos elementos resulta en una intención de realizar determinada conducta. El autor propone una regla en donde una actitud y una norma subjetiva más favorables, aumentan la intención de realizar una conducta (ver figura 2).

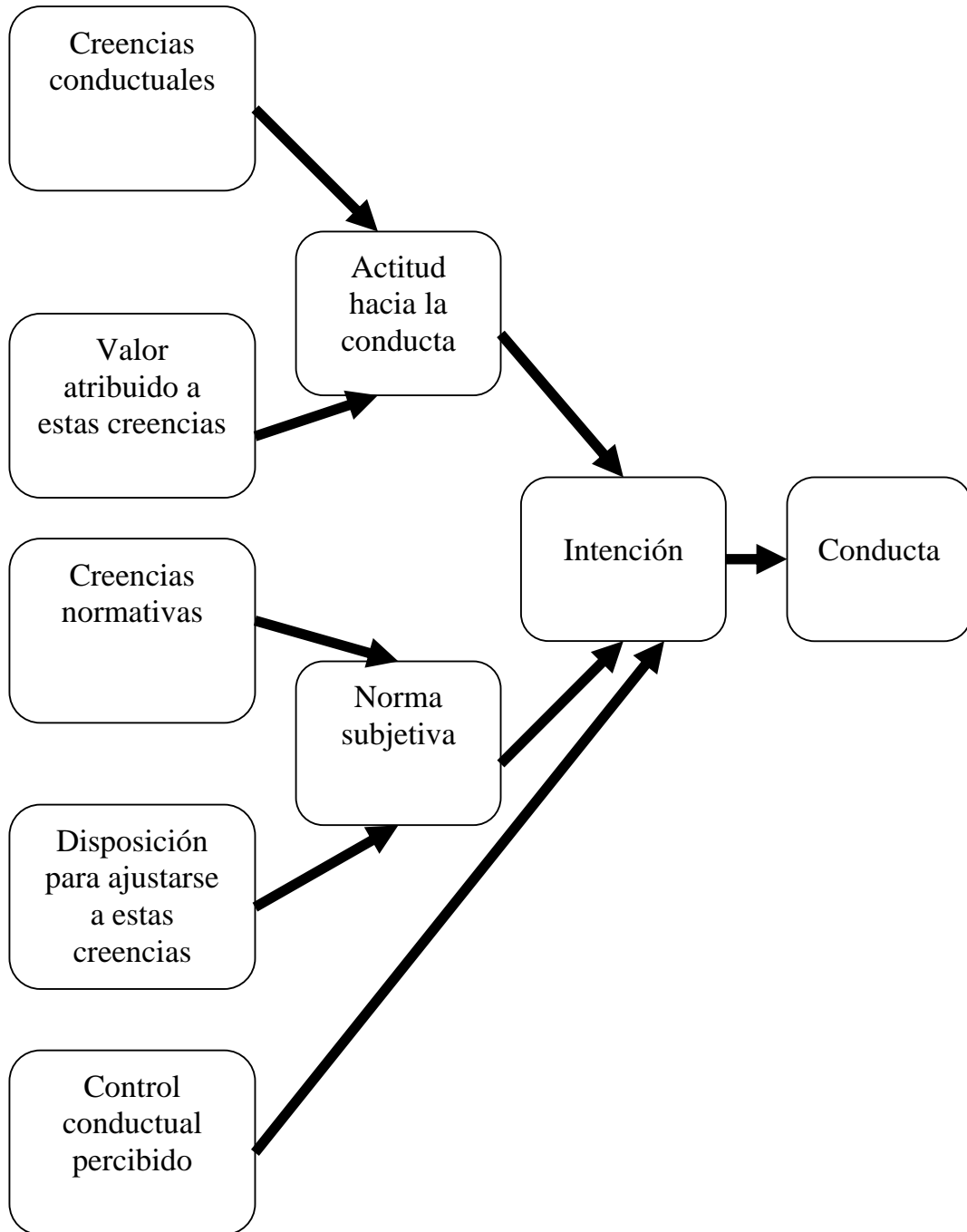
Se entiende entonces, que, entre más se conozca acerca de los factores que influyen en la propia decisión de llevar a cabo o no una conducta, en un contexto informativo, mayor será la posibilidad de que se puedan desarrollar intervenciones eficaces para influir en esa conducta. El objetivo de la teoría es, predecir el comportamiento. Esta teoría se puede aplicar, para entender las actitudes y mostrar cómo esta información se puede emplear para el desarrollo de programas educativos o preventivos.

Fishbein y Ajzen (1975), destacan que existe evidencia considerable de que cuando se miden apropiadamente las intenciones correspondientes, se convierten en predictores confiables de la mayoría de las conductas sociales, por la frecuente relación entre las intenciones conductuales y la conducta en sí.

Ahora bien, en relación con el cambio de conducta, es necesario el cambio de las creencias y la estructura cognoscitiva que subyace a esa conducta. Por lo que para poder desarrollar una intervención adecuada, que puede ser el caso de la prevención del ASI, es necesario, identificar y examinar las creencias conductuales y las evaluaciones que subyacen a la actitud, así como identificar las creencias normativas y las motivaciones, que determinan a la norma subjetiva.

Así mismo, los autores establecen que la actitud de una persona hacia la realización de una determinada conducta, está en función de sus creencias más importantes. También señalan que la actitud hacia una conducta está determinada por las implicaciones evaluativas de la totalidad de las creencias importantes que uno mantiene, no siendo determinadas por una sola. Los autores también otorgan un papel significativo a los grupos de referencia, ya que consideran la identificación con estos referentes como uno de los primeros pasos de la aplicación del modelo (Fishbein y Ajzen, 1975).

Figura 2
Modelo de la Teoría de la Conducta Planificada.



(Ajzen, 1988)

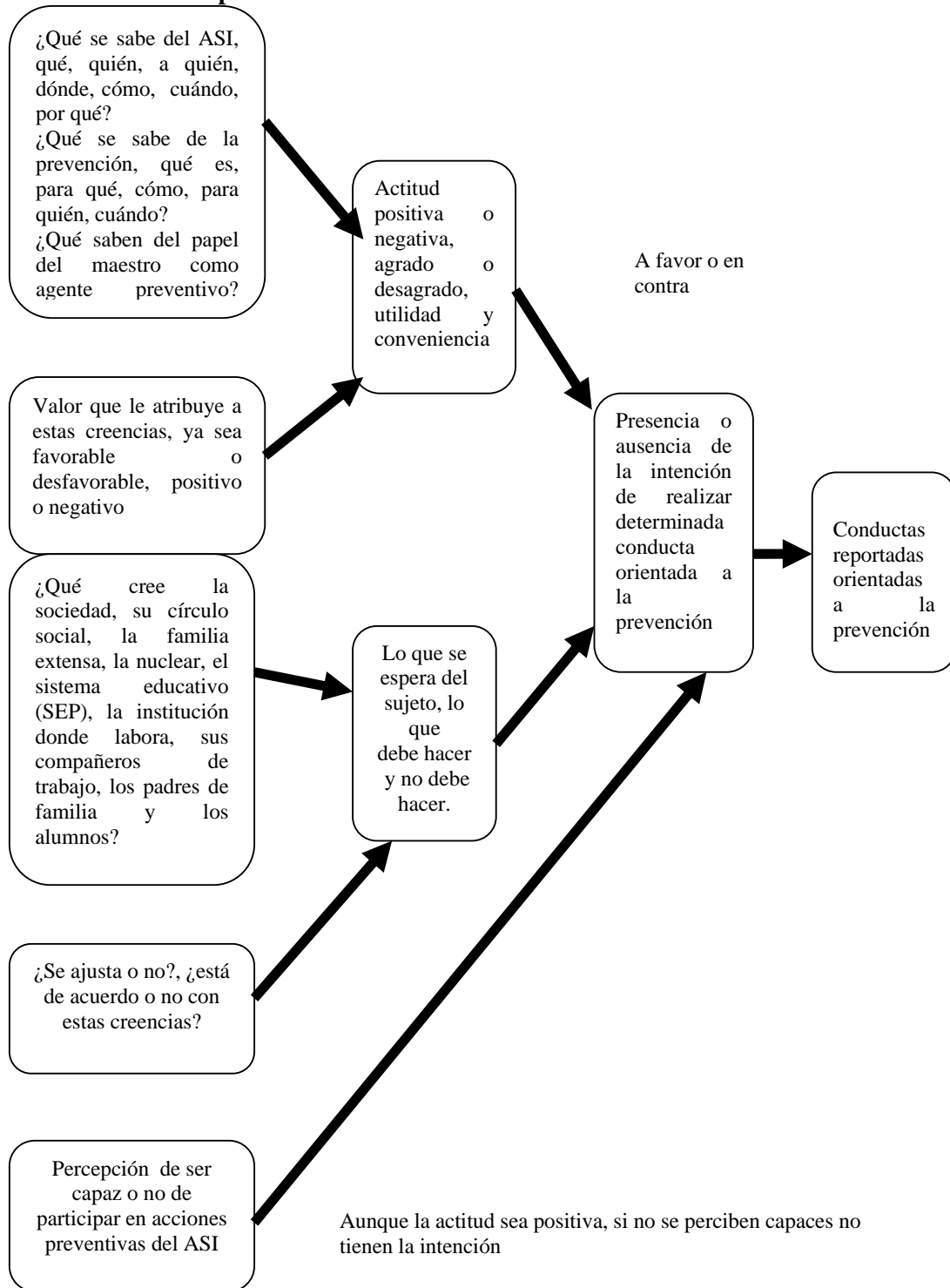
Ahora bien, es posible medir las actitudes, apoyándose en la resolución de cuestionarios y escalas ya que la mayor parte de éstas se expresan ya sea verbalmente o de manera escrita, más que otras formas de conducta manifiesta (Ajzen, 2006). A continuación se definen cada uno de los conceptos:

Primeramente es importante destacar que Ajzen y Fishbein, habían planteado previamente el Modelo de la Acción Razonada que explicaba las creencias, las actitudes y las conductas; éste modelo se amplió y se incluyó un componente nuevo: el control conductual percibido, que contribuye a predecir la intención de la conducta; es decir, la percepción del sujeto de ser o no capaz de realizar una determinada conducta. Con esta modificación la nueva denominación fue: Teoría de la Conducta Planificada.

El estudio de dichos conceptos en esta investigación nos permitió identificar la reacción ante un estímulo, esto con el objeto de establecer un primer acercamiento a la Representación Social que implica una dimensión cognitivo-evaluativa de lo que es el ASI. Si bien es cierto que la suma de las actitudes, no conforma la Representación Social, las actitudes si son un elemento que en su proceso y nos permitirán ir conformando y entendiendo paulatinamente cual es la Representación Social que se tiene del tema.

El siguiente modelo muestra los elementos a considerar en este trabajo sobre el ASI, aplicados a la Teoría de la Conducta Planificada (ver figura 3).

Figura 3
Aplicación de la Teoría de la Conducta Planificada



Uno de los fundamentos de este modelo teórico es la concepción del hombre como ser racional que usa la información para hacer juicios, evaluaciones y tomar decisiones. El modelo tiene la capacidad para explicar la interrelación entre los factores sociales, cognitivos, afectivos y conductuales que intervienen en la formación y el cambio de actitudes. A partir de esta consideración del hombre quien controla sus impulsos y conductas mediante la razón, Fishbein y Ajzen construyen un modelo tecnológico para la predicción del cambio de conducta, mediante la modificación de las creencias, o base informativa, que subyace a las actitudes y normas subjetivas, que condicionan y determinan la intención de conducta y la conducta misma.

El procedimiento más común para diagnosticar las actitudes se basa en la construcción de escalas. La mayoría de ellas presentan al sujeto un cuestionario compuesto por cierto número de enunciados a los que debe contestar en un sentido positivo o negativo indicando también el grado en que lo hace (Ajzen, 2006), bajo este fundamento se decidió que la escala fuera del tipo Likert, dicha construcción requirió de cierta metodología que se describe a continuación.

Construcción de la escala Likert

Summers (1976) describe que una escala es una serie de frases o ítems que se seleccionan para medir de forma válida y confiable algún fenómeno social.

En 1932 Rensis Likert desarrolló un método para medir las actitudes, este ha sido ampliamente utilizado en diferentes áreas como la psicología, la sociología, cuidado de la salud, mercadotecnia, control de calidad, etc. (Ferrando, 2007).

La manera en la que operan las escalas consiste en confrontar al individuo con ítems o enunciados que básicamente, son afirmaciones. Éstos ítems están relacionadas con

la percepción del sujeto de la realidad, también se relaciona con sus necesidades, sentimientos, deseos y disposición. El individuo define su actitud seleccionando entre cuatro o cinco opciones que usualmente se interpretan por: *totalmente de acuerdo, de acuerdo, neutral, en desacuerdo y totalmente en desacuerdo*. La acumulación de información o la suma de las respuestas es la que permite decidir la posición el sujeto respecto a algún tema o fenómeno, sin embargo no hay no una puntuación exacta, es decir 30 no significa que es el doble de favorable que alguien que obtiene 15 puntos; pese a esta limitación, las escalas tipo Likert son fáciles de construir, fáciles de aplicar y arrojan buenos indicadores de las características de los sujetos a los que se aplica.

(Rainer, 2007; Ferrando, 2007)

El siguiente apartado describe las diferentes etapas para construir escalas tipo Likert, mismas que fueron llevadas a cabo para la construcción de la escala de creencias y actitudes sobre ASI, más adelante, en la metodología se hará una descripción específica de la construcción de la escala empleada.

Etapas de construcción de las escalas Likert

Algunos autores describen las siguientes etapas (Ander-Egg, 1978; Rainer, 2007):

A) Especificación de la variable

Consiste en identificar claramente el objetivo de la investigación y así delimitar lo que se pretende medir. Una manera es establecer una definición que contenga los aspectos más relevantes del objeto de actitud y cuáles son los límites de la disciplina desde donde se aborda.

B) Recolección de ítems

La realización de los ítems la determinan algunos criterios:

1. Revisión de la literatura: consiste en revisar la literatura sobre el fenómeno a estudiar y la que se refiere a escalas construidas para los mismos propósitos o similares.

2. Entrevista previa: éstas pueden ser individuales o grupales y pueden realizarse con personas que representen a la población objetivo.

3. Selección de los ítems: se elaboran diversos ítems relacionados con la variable que se pretende medir, que abarquen la gama de lo favorable a lo desfavorable. Se dice que no hay un número específico de ítems, sin embargo es recomendable una lista de 100 a 150 para obtener una escala de 15 a 30 ítems. Los ítems deben reflejar la actitud en el presente, estar en un lenguaje claro, evitar dobles negaciones, deben facilitar las respuestas relacionadas con el fenómeno medido, cada ítem debe declarar no sólo las dos posturas externas, sino también las intermedias y los enunciados no deben ser muy extensos.

C) Recurso de los jueces

Consiste en pedir a una persona (experto) nos diga si cada ítem muestra una tendencia favorable o desfavorable e igualmente haga un análisis de la gramática y la lingüística. Debe quedar claro que los jueces no manifiestan su actitud hacia los ítems, solamente se clasifican en las áreas propuestas.

D) Administración de la escala a una muestra.

Se selecciona un grupo de personas similares a la población objetivo para aplicarles la escala y obtener retroalimentación sobre la comprensión, la aplicación, el tiempo de respuesta y dudas en general. Se eliminan los ítems extremos y los que no tienen variabilidad así como aquellos que resultan confusos o se reestructura la redacción para su mejor comprensión

E) Validación y confiabilización de la escala.

Existen dos métodos principalmente por los que se lleva a cabo la validación y confiabilización de las escalas Likert. El primero de ellos es el análisis de conglomerados y el segundo es el análisis factorial. Éste último es el más utilizado ya que se emplea en escalas de más de dos opciones de respuesta, se diseñó para este propósito (validar escalas) y es una prueba más potente en términos de ser pruebas de agrupación.

Una vez que se elabora una escala se debe probar en qué medida cumple con el objetivo para ello se emplean dos criterios que son la validez y la confiabilidad. A continuación se describe estos conceptos y posteriormente en la metodología la aplicación de ellos a la Escala de Creencias y Actitudes sobre Abuso Sexual Infantil que se construyó.

Validez

La validez es entendida como el grado en que un instrumento mide la variable que pretende medir, es decir, denota la utilidad científica de un instrumento de medida. La validez por lo general es cuestión de grado más que de una propiedad de todo o nada, además de ser un proceso interminable (Nunnally, 1995).

Existen diferentes clasificaciones de validez y una de ellas consiste en: validez de contenido, validez de criterio y validez de constructo, la cual fue empleada en este trabajo (Hernández, 2003).

Validez de contenido: grado en que un instrumento refleja un dominio específico del contenido, grado en el que la medición representa el concepto medido, es decir, que exista representatividad de la variable.

Validez de criterio: establece la validez de un instrumento, comparándolo con algún criterio externo ya sea en el mismo momento o en un futuro.

Validez de constructo: ésta validez se refiere al grado en que una medición se relaciona con otras y que exista un fundamento teórico o sea un concepto persistente.

Sin embargo, existe dificultad respecto a la terminología de la validez, diversos textos adoptan el punto de vista trinitario (validez de contenido, validez de criterio y validez de constructo) de cualquier modo validar un escala es el proceso por el cual se determina el grado de confianza con el que podemos hacer inferencias sobre las personas basándonos en los datos o puntajes que se obtienen de dicha escala (Streiner, 1995). Es por ello que definir los diferentes tipos de validez no debería ser relevante ya que todas apuntan a lo mismo: probar hipótesis.

Confiabilidad

Se refiere a la precisión con que se está midiendo el objeto, consiste en demostrar que las mediciones de los individuos en diferentes ocasiones, bajo diferentes circunstancias y por diferentes observadores, producen resultados iguales o similares. La confiabilidad está expresada con un valor numérico entre cero y uno, el cero indica nula confiabilidad, y el uno indica confiabilidad perfecta, se considera razonable obtener un número mayor de 0.5 (Streiner, 1995).

Un aspecto importante en la confiabilización de una escala, es la manera en que los datos son recolectados, esto provee las bases para calcular el coeficiente de confiabilidad. Entonces la selección de la muestra debe ser heterogénea posible y ser muy similar a la población a la que el estudio está dirigido.

Otro camino para obtener mejor confiabilidad es a través de la consistencia interna, que consiste en: cuando una escala tiene un amplio número de reactivos, se espera

que los puntajes de cada reactivo se correlacionen con los puntajes de los otros reactivos, esencialmente esto representa la correlación entre todos los reactivos de la escala. Un método para calcular esta correlación es llamado Alpha de Cronbach.

Como se mencionó anteriormente la manera de realizar la validación de las escalas tipo Likert consiste primordialmente en realizar análisis factoriales y a continuación se describe el proceso.

Análisis Factorial

El análisis factorial es un método estadístico que consiste en reducir datos de un conjunto numeroso de variables para encontrar grupos homogéneos que además se correlacionen entre sí, procurando que los grupos sean independientes unos de otros. Es decir, es una técnica de reducción de la dimensionalidad de los datos y el objetivo es buscar el número mínimo de dimensiones capaces de explicar el máximo de información contenida en los datos, al precio de perder un cierto porcentaje de explicación de la varianza (Triola, 2004).

En este apartado se mencionan los criterios para las decisiones que se deben tomar al realizar un análisis factorial, que consisten en estimar los factores y la posterior interpretación de los mismos.

Objetivo de el análisis factorial

Como se mencionó, es una técnica de análisis estadístico cuyo objetivo es el de reducir la complejidad de un conjunto de datos multivariados (con riesgo de perder un cierto porcentaje de explicación de la varianza), es encontrar, a partir de las correlaciones de las variables un conjunto reducido de variables que expliquen un porcentaje de la varianza de la muestra. Éstas variables reciben el nombre de factores (Nunnally, 1995).

Existen dos procedimientos para realizar el análisis factorial: el análisis factorial común y el análisis en componentes principales. El primero usa sólo de la varianza específica para obtener los factores, mientras que el segundo usa sólo de la varianza común. Sin embargo, los primeros factores se denominan: análisis de factor máximo y análisis de componentes principales.

Una vez obtenida la base de datos, el primer paso del análisis factorial consiste en la estimación de los factores, que consiste en valorar cuál es el número de factores a retener para el análisis, considerando que un número excesivamente bajo sería poco representativo de la variabilidad observada, y un número demasiado alto reduciría la utilidad del análisis factorial (Kerlinger, 2002).

La solución obtenida por cada uno de los métodos no es única. Sin embargo, el resto de soluciones se puede obtener a partir de una rotación de la solución original. También debe escogerse el método de rotación más adecuado para los fines de la investigación. Existen varios criterios para esto, pero en ciencias sociales el valor admitido es en torno al 60 (Hair, 1998).

La estimación del número de factores implica que se realicen análisis con un gran número de factores, sin perder de vista que se sigan cumpliendo las condiciones establecidas para el número de escalas y que las cargas factoriales sean adecuadas. Las cargas factoriales son la correlación entre las variables y cada uno de los factores. Una elevada carga factorial permite asociar un factor a una determinada variable. Éstas tienen valores de entre 0 y 1, si el valor es 1, el análisis explica toda la varianza.

La rotación consiste en obtener la máxima variación de las cargas factoriales asociadas a cada factor, es decir, qué tanto se asocian los factores sin que esta asociación indique que no se trata de la misma variable. Se trata del método de rotación más aceptado (Hair, 1998).

Una vez obtenido el análisis factorial, basándonos en los valores de las cargas factoriales de cada variable obtenidas por el método de rotación elegido, se designa la variable medida y se puede asignar una categoría. Esta fase depende de las variables. La relación entre factores y variables se obtiene a través de las cargas factoriales, idealmente deben tener cargas factoriales elevadas en un solo factor.

MÉTODO

Justificación

El abuso sexual infantil es un problema que está presente en casi todos los países y México no es la excepción, en nuestro país ha sido poco estudiado, esto puede deberse a al rechazo social, hablar de sexualidad es complejo y hablar de abuso sexual infantil lo es aún más. La escasez de información sobre el tema, falta de interés por parte de la sociedad, prejuicios y mitos son otros aspectos que dificultan su estudio.

Es primordial abordar el tema ya que las consecuencias afectan al niño, en diferentes áreas de su vida de manera física, psicológica y conductual (Florenzano ,1995; Oliverio, 2004) y estas consecuencias se prolongan hasta la adultez (Widom, 1989 en Ramos L. 1995; Gelles, 1990; Ibáñez, 1989; Vázquez, 1995; Nelson, 2002; Owens, 2003; Roberts, 2004;). Así mismo, afectan a la familia, principalmente si el abuso ocurre dentro de esta y a la sociedad ya que el patrón de agresión tiende a repetirse.

La magnitud real de este problema no se conoce debido a la escases de denuncia y demanda de tratamiento, a la falta de notificación, dificultad para diagnosticar los casos (Herrada-Huidobro, 1992). Los niños abusados en ocasiones no son capaces de reportar el abuso ya sea por discapacidad, dificultades de comunicación o a la incapacidad de reconocer el acto como indebido (Johnson, 2004), por lo que la incidencia es más elevada de lo que se reporta.

Es preciso hacer prevención y esta debe basarse en una comprensión del problema, sus causas y las circunstancias en que este se produce (OMS, 2003).

Los maestros de educación primaria comparten un espacio importante con los niños Se ha encontrado que los programas educativos y preventivos en esta área son más eficaces si los maestros se involucran, aun más si trabajan en conjunto maestros, padres y niños Es por ello que el presente trabajo centra la atención en los maestros de primaria como potenciales agentes preventivos.

Planteamiento del problema

El fenómeno del ASI requiere ser prevenido por el número de personas que afecta y por todas las consecuencias que conlleva. Este trabajo centra la atención en los maestros de educación primaria ya que, como se ha manifestado reiteradamente, son profesionistas que se encuentran en contacto cercano con los niños, los padres de familia, tutores o responsables y con la comunidad en general; por tanto, tienen la oportunidad de poder transmitir información, así como detectar posibles casos de niños abusados e incluso poder canalizarlos.

Por lo anterior que es importante identificar como conciben los maestros este fenómeno. Como un primer acercamiento se estudiarán las creencias y actitudes que tienen los maestros de educación primaria respecto al ASI, esto permitirá conocer que tipo de información tienen, y cuál podría su papel en la prevención; lo anterior se logrará mediante la aplicación de un instrumento válido y confiable, objetivo de este trabajo, que implicó la construcción de la escala, la aplicación a una muestra, la validación y su confiabilización. Eventualmente la escala final será aplicada a los maestros y esto permitiría ubicar que elementos pueden entorpecer o favorecer que se involucren en acciones de prevención.

Objetivo general

- Construcción de una escala válida y confiable que mida creencias y actitudes respecto al ASI.

Objetivos específicos

- Validar de manera interna, por medio de análisis estadísticos la escala de creencias y actitudes respecto al ASI.
- Confiabilizar, por medio de análisis estadísticos la escala de creencias y actitudes.

Variables

Definición conceptual

Actitud: predisposición aprendida para responder consistentemente de un modo favorable o desfavorable con respecto a un objeto social dado. Tiene tres componentes: *cognoscitivo, afectivo y comportamental*. El primero denota conocimiento, opinión, idea o pensamiento en torno al objeto, la persona, resultado o el suceso. El afectivo se refiere a los sentimientos o evaluación de la persona sobre algún objeto, persona, resultado o suceso, y el comportamental se refiere a la conducta en presencia del objeto, persona, resultado o suceso.

Creencia: es la categoría que sintetiza toda la información que el sujeto tiene sobre el objeto de la actitud. Engloba conceptos como idea, opinión, información y todo aquello que está relacionado con el ámbito del conocimiento. Existen dos tipos de creencias: conductuales y normativas. Las primeras se refieren al convencimiento que tiene el sujeto, de acuerdo con la información que posee, de que realizando una determinada conducta obtendrá para él, resultados positivos o negativos. Las normativas se vinculan con el convencimiento que tiene el sujeto de que determinadas personas o instituciones, importantes para él, esperan que realice una determinada conducta. Las creencias conductuales dan lugar a las actitudes y las creencias normativas generan las normas subjetivas.

Intención: la decisión del sujeto de realizar o no una determinada conducta y tiene que ver con el contexto en que se pretende realizar. Cuando la *actitud* y la *norma subjetiva* son del mismo signo (positivas o negativas), se concretarán en la intención o en la no intención de realizar una conducta. Cuando son de signo contrario, la intención dependerá de la intensidad de cada una de ellas.

Definición operacional

Sexo: variable dicotómica hombre o mujer.

Edad: años cumplidos.

Estado civil: solteros, casados, divorciados y otro.

Escolaridad: grado de estudio máximo terminado o trunca.

Partido político: pregunta abierta

Nivel socioeconómico: percepción de acuerdo a tres categorías, buena, regular y mala

Religión: pregunta abierta

Actitud, creencia, intención: cuatro opciones de respuesta (totalmente de acuerdo, de acuerdo, en desacuerdo y totalmente en desacuerdo).

Tipo de estudio

Estudio de tipo transversal descriptivo,

Procedimiento

Construcción de la escala

A continuación se detallan los pasos a seguir para la construcción de escalas tipo Likert.

Recolección de ítems

Se hizo la revisión de la literatura sobre ASI y ésta arrojó que los tópicos que son más abordados o sobre los que principalmente se investiga se relacionan con establecer una definición del fenómeno, establecer cuales acciones están consideradas como abuso, datos estadísticos del fenómeno así como factores asociados a la ocurrencia tales como contextos familiares, sociales y económicos; las consecuencias que este genera en las víctimas, la familia y la sociedad. También es frecuente el estudio sobre el agresor en cuanto a sus características socioculturales, posibles causas de la manifestación de ésta conducta, aspectos sobre prevención, programas establecidos, actores involucrados,

evaluación y seguimiento de los programas e identificar las dificultades para abordar el fenómeno y establecer acciones orientadas a la prevención.

Anteriormente se realizó una búsqueda bibliográfica sobre escalas similares a fin de establecer antecedentes de construcción, procesos de validación y confiabilización, y resultados descriptivos. Se encontraron pocos estudios, sin embargo los que se encontraron coincidían en los procedimientos. Uno de ellos se realizó en Finlandia había un estudio similar que consistía en la construcción de una escala de creencias y actitudes sobre el ASI en psicólogos infantiles. La metodología consistió en la construcción de una escala a la que se aplicó un análisis factorial exploratorio para su validación. Los resultados sobre la muestra arrojaron que los psicólogos presentan actitudes extremas y muchas creencias erróneas. (Finnilä-Tuohimaa, 2008)

En nuestro país, se encontró una tesis de licenciatura cuyo objetivo era validar una escala de conocimientos tipo Likert sobre maltrato infantil, en personal de salud y otras profesiones, que estuvieran relacionados con niños de edad pre escolar, el personal incluía pediatras, enfermeras, trabajadoras sociales, maestros y educadoras (Campos Martínez, Zaira, Monroy y Sánchez Macías, 1996) Los resultados arrojaron una escala válida y confiable por medio de un análisis factorial exploratorio y los datos obtenidos coinciden con el estudio anterior al calificar la información del personal como insuficiente y errónea, especialmente en el personal médico.

Otro estudio similar realizado por Hernández Domínguez y Juárez Heredia (1999) consistió en la construcción, validación y confiabilización de una escala de actitudes para un estudio exploratorio sobre la actitud y los conocimientos que tiene la población en general sobre el ASI; igualmente resultó una escala válida y confiable más no se reportaron los resultados descriptivos.

Como parte del acercamiento a la población objetivo acudí a una sesión informativa para maestros, convocada por la Subdirección de Escuelas Secundarias Técnicas del D.F. para informar sobre el Área de Atención para Alumnos en Estado de

Vulnerabilidad y la Normatividad Básica para Maestros, cuyo objetivo es dar atención en el aspecto emocional o psicológico para aquellos alumnos que hayan sufrido de maltrato, acoso o abuso sexual. Los casos son registrados por medio de una queja, ya sea por denuncia del director de plantel, por denuncia de terceros, por queja de los padres de familia o por queja directa del alumno. Esta experiencia permitió observar la conducta de los maestros respecto a ser informados, reacciones ante el tema, las dudas, la cantidad y calidad de información con la que contaban. Se habló sobre denunciar y su opinión al respecto, se habló sobre las implicaciones de participar en estos programas como actividades extracurriculares. Manifestaron experiencias relacionadas con alumnos y antecedentes de victimización y como reaccionaron ante ellas. Finalmente se sostuvieron conversaciones informales con algunos maestros explorando un poco más sobre barreras para involucrarse en programas preventivos.

En base a la revisión de literatura, los antecedentes de otras escalas, la experiencia anterior y las áreas que determina la Teoría de la Conducta Planificada fueron: creencias conductuales, valor atribuido a las creencias conductuales, creencias normativas, valor atribuido a las creencias normativas, actitud hacia la conducta, norma subjetiva, intención y el control conductual percibido, se redactaron un total de 112 reactivos con cuatro opciones de respuesta, se eliminó la opción neutral para poder observar una tendencia (ver cuadro 4). Los reactivos se ordenaron de manera aleatoria y se añadió una sección de datos sociodemográficos. Los reactivos fueron evaluados por siete jueces, profesionales de las áreas de Psicología, Medicina y Salud Mental Pública, que opinaron e hicieron un análisis de la gramática y la lingüística y en base en ello se realizaron las correcciones pertinentes.

Cuadro 4. Áreas de distribución de reactivos

Creencias sobre el abuso sexual infantil
Valor afectivo atribuido al abuso sexual infantil
Creencias sobre la víctima
Creencias sobre el agresor
Valor afectivo atribuido al agresor
Creencias sobre las consecuencias
Creencias sobre la prevención y papel del maestro
Valor atribuido a la participación
Norma subjetiva
Intención de la conducta reportada
Conducta reportada
Experiencia de abuso

Administración de la escala a una muestra piloto

El instrumento se aplicó preliminarmente a un grupo de estudiantes y profesionistas (n=10) que no formaron parte de la muestra definitiva para identificar aquellos reactivos que no eran claros o no evocaban respuestas claras o dentro de las opciones de respuesta, u otros elementos que pudieran ellos identificar que limitaran la aplicación, también fue útil para medir el tiempo de respuesta y resolver dudas en general. El grupo estuvo conformado por dos diseñadores gráficos, un artista plástico, una maestra de primaria, un químico farmacobiólogo, un médico, dos psicólogos, un ingeniero civil y un planeador territorial, el tipo de muestreo fue por conveniencia. Los elementos que se modificaron se describen en la siguiente sección.

A partir de piloteo, las observaciones fueron que algunos enunciados eran reiterativos, ambiguos o los participantes no encontraban relación entre el enunciado y el tema. Se eliminaron 12 reactivos y la escala quedó integrada por 96.

Como ya se comentó, la aplicación final con maestros no se pudo llevar a cabo en ésta etapa de la investigación, ya que la persona con la que se realizó el contacto no consideró adecuado distraer las actividades de los maestros, aplicando una prueba piloto sin embargo quedó abierta la oportunidad de la aplicación cuando la escala fuera válida y confiable. Actualmente en las escuelas primarias particulares la planta docente está conformada además de normalistas, por psicólogos y pedagogos, estas son licenciaturas del área de humanidades, bajo este criterio se consideró que la muestra podría estar conformada por estudiante universitarios de las carreras de humanidades, si bien ésta situación anterior representa una debilidad para los resultados ya que las condiciones sociales, económicas, laboral y de disponibilidad pudieron variar, si fue posible en términos de validez y confiabilidad realizar los análisis y se obtuvieron resultados favorables. Por lo anterior se omitieron nuevamente algunos reactivos que estaban dirigidos a maestros, quedando conformado el instrumento por 79 reactivos. Se agregaron dos preguntas abiertas referentes al antecedente de abuso en la infancia, y si se había recibido algún tipo de ayuda por dicho evento con el objeto y ver si los antecedentes podrían ser un obstáculo en la intención de participar en actividades de prevención; así mismo se integró una sección al final para observaciones y comentarios. La redacción de las instrucciones también fue modificada, explicando más claramente que se mostrarían los enunciados y el sujeto debía responder que tan de acuerdo o en desacuerdo estaba con cada uno de con ellos. (Ver anexo 1)

Muestreo

El tipo de muestreo fue intencional, se aplicó a los grupos cuyos maestros a cargo cedieron su tiempo de clases. El tamaño muestra se determinó por el criterio de 5 sujetos por reactivo, la sección más amplia de la escala consta de 80 reactivos por lo que se calculó un total de 400 sujetos.

Sujetos

Participaron en total 464 estudiantes de licenciatura de distintas carreras de universidades privadas y públicas del Distrito Federal, de manera voluntaria. El contacto en las universidades privadas se hizo por medio de la Coordinación del Área de Humanidades de cada plantel y con los Coordinadores de Licenciatura, posteriormente se contactó a los docentes quienes dieron su aprobación y eligieron el día y la hora de aplicación. En las universidades públicas el contacto fue directo con los maestros y la dinámica respecto a los horarios y días de aplicación fue la misma.

Las aplicaciones tuvieron lugar en las aulas de clase sin la presencia del maestro. me presenté como alumna de Posgrado de la Facultad de Medicina de la UNAM, explicando brevemente el objetivo del proyecto se les invitaba a responder la escala dando la opción a rehusarse o suspenderla en el momento que ellos consideraran sin ninguna consecuencia, aclarando que su participación era estrictamente confidencial y que no habría manera de identificarlos a ellos o a sus escuelas ya que los datos se presentarían a manera de resumen, se les aclaró que no había respuestas correctas e incorrectas, se leyeron las instrucciones en voz alta, y dejaba en cada salón mi nombre completo, número telefónico y correo electrónico por si estaban interesados en obtener información sobre el tema ya fuera material bibliográfico, actividades académicas relacionadas con el tema o un directorio de centros de atención. Las aplicaciones duraron entre 60 y 90 minutos, ningún sujeto se rehusó a participar y solamente en una ocasión un sujeto decidió no continuar.

Al inicio de las aplicaciones procedimiento sufrió algunas modificaciones en sentido de aclarar a los sujetos que podían expresar cualquier duda, se les pidió contestar la escala en su totalidad, que leyera cuidadosamente los reactivos y finalmente que fueran críticos con el formato y contenido ya que las observaciones inicialmente iban dirigidas al tema y la importancia de abordarlo y no a la estructura de la escala.

Validación

El proceso empleado para la validación de la escala fue el de la validez de constructo ya que no existió ningún criterio externo de comparación y se requería establecer la relación teórica entre los conceptos y la correlación entre ellos.

El análisis factorial es una técnica para evaluar este tipo de validez. Parte de un conjunto amplio de variables que se interrelacionan y se asume que estas relaciones existen por que las variables son manifestaciones comunes de factores no observables de manera directa y se pretende llegar a un cálculo de ellos uno, resumiendo la información, segundo, clarificando las relaciones entre ellas y tercero, sin perder demasiada información (Hernández, 2003).

Para validar esta escala, se hicieron análisis factoriales exploratorios utilizando el programa estadístico para las ciencias sociales (SPSS) en su versión 13.0. El análisis consistió en la extracción de factores por el método de componentes principales y con una rotación direct oblmin, con una normalización de Kaiser para los factores terminales, valores eigen por encima de uno y la carga factorial se tomó por arriba de .40 (Álvarez, 1995)

Se hizo un primer análisis de manera libre para identificar las posibles áreas en las que el instrumento podría estar dividido y se obtuvo una solución de 27 factores, la varianza explicada fue de 9.7%, se eliminaron 51 reactivos lo que corresponde al 57.9%,

se hizo una clasificación y se asignó una etiqueta por áreas de agrupamiento las cuales eran sumamente variadas y se compartían entre factores por tener cargas factoriales con valores arriba de .40.

Posteriormente para encontrar un patrón de agrupación que fuera consistente se hicieron análisis partiendo de una solución asignada de **dos factores** (ver anexo 2). En este análisis, las agrupaciones fueron designadas como **1)** Características del abuso (personas que podrían abusar de un niño/a, formas de abusar sexualmente de un niño/a, acciones posteriores al abuso y acciones preventivas) el cual explicaba el 9.7% de la varianza y **2)** Características del agresor y algunas características atribuibles al niño propenso de ser víctima de abuso (características físicas, clase social, escolaridad, consumo de drogas y alcohol), Explicaba el 7.1% de la varianza, para un total de 16.8% de la varianza explicada. Se eliminaron 51 reactivos, lo que corresponde al 57.9%.

La siguiente solución fue de **tres factores** con el mismo método de asignación (ver anexo 3), las agrupaciones fueron designadas como **1)** Aspectos generales (el consumo de drogas y alcohol como antecedente y consecuencia, violencia y personas que podrían abusar sexualmente de un niño), este factor explicó el 9.7% de la varianza explicada **2)** Características del agresor (clase social, escolaridad, características físicas), este factor explicó el 7.1% de la varianza explicada **3)** Aspectos sobre prevención (disposición de ayudar, interés en saber más sobre prevención y sentimientos de indiferencia al abuso e impotencia ante la prevención), este factor explicó el 3.7% de la varianza para un total de 20.5%. Se eliminaron 49 factores, es decir el 55.6%

La siguiente solución fue de **cuatro factores** igualmente con el mismo método (ver anexo 4), las agrupaciones fueron designadas como: **1)** Características generales del abuso (percepción del agresor como violento o pervertido, acciones posteriores al abuso), este factor explicaba el 9.7% de la varianza; **2)** Características del agresor (clase social, escolaridad, características físicas), este factor explicaba el 7.1% de la varianza ; **3)** Aspectos sobre prevención (disposición de ayudar, interés en saber más sobre prevención y sentimientos de indiferencia al abuso e impotencia ante la prevención), este factor

explicó el 3.7% de la varianza y **4) Consumo de alcohol y drogas** (factor antecedente o consecuencia), este último factor explicó el 3.4% de la varianza., para dar un total de 24% de la varianza explicada. Se eliminaron 45 reactivos, equivalente al 51.1%

La siguiente solución fue de **cinco factores** (ver anexo 5) y las agrupaciones fueron designadas como: **1) Características generales del abuso** (formas de abuso, acciones posteriores al abuso), la varianza explicada para este fue del 9.7% ; **2) Características del agresor** (clase social, escolaridad, características físicas) con una varianza explicada del 7.1%; **3) Consumo de alcohol y drogas** (como antecedente y consecuencia), la varianza explicada fue del 3.7%; **4) Sentimientos hacia el agresor y creencias** (sobre ser un perverso y un enfermo mental) con una varianza explicada de 3.4 % y el **5) Aspectos sobre prevención** (interés sobre más información, sentimientos sobre ayudar a prevenir y sobre el abuso). Y este factor explicó el 3.0% de la varianza para un total del 27% de la varianza explicada, este análisis eliminó a 39 reactivos, equivalente al 44.3 %

La solución de **seis factores** (ver anexo 6) mostró una agrupación que se designó de la siguiente manera: **1) Características generales sobre el abuso** (formas de abuso, personas que pueden abusar de un niño, acciones posteriores al abuso) la varianza explicada fue de 9.7%; **2) Características del agresor** (clase social, escolaridad, características físicas) con una varianza explicada de 7.1%; **3) Consumo de alcohol, consumo de drogas y violencia** (como antecedente y consecuencia del abuso y si el agresor es violento), la varianza explicada fue de 3.7%; **4) Otras generalidades** (sentimientos hacia el abusador, formas de abuso y personas que podrían abusar de un niño/a) con un 3.4% de varianza; **5) En este caso fueron dos reactivos, uno sobre sentimientos sobre participar en la prevención y el otro sobre los efectos del abuso y con una varianza explicada de 3.0%**; finalmente la ultima agrupación **6) Aspectos sobre prevención** (interés sobre más información, sentimientos sobre ayudar a prevenir y sobre el abuso)y con el 2.8% de la varianza explicada para dar un total de 29.9% de la varianza explicada y se perdieron 38 reactivos , equivalente al 43.1% del total.

La solución de **siete factores** (ver anexo 7), permitió agrupar los factores de la siguiente manera: **1)** Características generales sobre el abuso (formas de abuso, personas que pueden abusar de un niño, acciones posteriores al abuso) la varianza explicada fue de 9.7%; **2)** Características del agresor (clase social, escolaridad, características físicas) con una varianza explicada de 7.1%, como en los casos anteriores; **3)** Aspectos sobre prevención y un reactivo sobre castigar al niño que fue agredido sexualmente, la varianza explicada es de 3.7% ;**4)** Otras generalidades (sentimientos hacia el abusador, el agresor como persona violenta y un reactivo sobre la frecuencia del abuso en la familia) con un 3.4% de varianza; **5)** Consumo de alcohol, consumo de drogas y violencia (como antecedente y consecuencia del abuso y si el agresor es violento), la varianza explicada fue de 3.0%; **6)** Aspectos sobre prevención (interés sobre más información, sentimientos sobre ayudar a prevenir y sobre el abuso) y con el 2.8% de la varianza explicada; finalmente el último factor, se agrupó como sigue: **7)** Consecuencias del abuso (consecuencias, importancia de denunciar, olvido del suceso y que los niños inventan que han sido víctimas de abuso). El porcentaje de varianza explicada para este factor fue de 2.3%, en su totalidad esta solución explicó el 32.3% de la varianza. Se eliminaron 34 reactivos, es decir 38.6% del total.

La solución de **ocho factores** (ver anexo 8) resultó de la siguiente forma: **1)** Características generales (Acciones a seguir posteriores al abuso, posibles agresores sexuales y formas de abuso sexual), la varianza fue de 9.7%; **2)** Características del agresor (clase social, características físicas, escolaridad y un reactivo sobre si los niños traviesos son más propensos al abuso) y la varianza explicada fue de 7.1%; **3)** Aspectos preventivos (se reduce a cuatro reactivos 3 sobre sentimientos relacionados con ayudar a prevenir y uno si el menor abusado debe ser castigado), la varianza explicada fue de 3.7. **4)** Atributos negativos sobre el agresor (sentimientos negativos hacia el agresor y aspectos de violencia, el porcentaje de varianza explicada fue de 3.4; **5)** Consumo de alcohol y drogas, con un porcentaje de varianza explicada de 3.0%; **6)** Aspectos preventivos y actitudes sobre abuso (sensaciones positivas de ayudar a prevenir y sensaciones negativas de saber que se abusa sexualmente de los niños), 2.8% es la varianza explicada.; **7)** Otras generalidades (cuatro reactivos relacionados con la ausencia de consecuencias del abuso,

olvido del abuso a pasar el tiempo, invención del abuso por parte del niño e importancia de denunciar el abuso, la varianza explicada corresponde a un 2.3%; **8)** Formas de abuso y consideración de este como un problema en nuestro país, este factor explicó el 2.2% de la varianza, para dar un total de 34.5% para esta solución. Se eliminaron 31 reactivos correspondientes al 35.2% del total. Cabe destacar que en este análisis tres reactivos cargaron en más de un factor con un valor de arriba de .40

Solución de **nueve factores** (ver anexo 9). Esta se agrupó de la siguiente manera: **1)** Características generales (formas de abuso, personas que pueden abusar de un niño, acciones posteriores al abuso) la varianza explicada fue de 9.7%; **2)** Características del agresor (clase social, escolaridad, características físicas) con una varianza explicada de 7.1%; **3)** Actitudes sobre prevención y un reactivo sobre indiferencia del agresor, la varianza explicada es de 3.7% ; **4)** Actitudes negativas hacia el agresor (sentimientos hacia el agresor, el agresor como persona violenta) con un 3.4% de varianza ; **5)** Consumo de alcohol, consumo de drogas y violencia (como antecedente y consecuencia del abuso), la varianza explicada fue de 3.0%; **6)** Aspectos sobre prevención (interés sobre más información, sentimientos sobre ayudar a prevenir y sobre el abuso y el reactivo sobre percepción del abuso como problema en México) y con el 2.8% de la varianza explicada; **7)** Otras generalidades (consecuencias, importancia de denunciar, olvido del suceso y que los niños inventan que han sido víctimas de abuso). El porcentaje de varianza explicada para este factor fue de 2.3%; **8)** Creencias erróneas y mitos (castigar al niño que fue abusado, indiferencia hacia el fenómeno, suceso que ocurre en una sola ocasión y ausencia de consecuencias) para este factor se explicó el 2.2% de la varianza. Finalmente el factor **9)** Mitos (dos reactivos, uno sobre el cambio de preferencia sexual en las víctimas de abuso y otro sobre si las madres pueden ser agresoras, en este factor se explicó el 2.1% de la varianza en su totalidad esta solución explicó el 36.7% de la varianza. Se eliminaron 29 reactivos, es decir 32.9% del total.

Resolución final

De acuerdo a los análisis anteriores y a las tendencias y consistencias encontradas se observó que la solución más parsimoniosa, entendiéndose como el principio en donde los fenómenos deben explicarse con el menor número de elementos posibles y con la menor merma (Núñez, 2001), correspondía a la de cuatro factores, se describen a continuación los criterios de ésta selección:

El factor uno se había estado orientando hacia características generales o aspectos generales sobre el abuso, se observó que a partir de la solución de seis factores este factor se fraccionaba y resultaba otro factor diferente pero con las mismas características, es decir, se duplicaba el factor.

Las siguientes soluciones de siete factores, ocho y nueve factores, igualmente comenzaron a fraccionar las tendencias observadas de los factores en las áreas relacionadas con el perfil del agresor, aspectos sobre prevención y consumo de alcohol y drogas. Es decir, la tendencia a estos rubros se fue diluyendo, aunque los porcentajes de varianza explicados aumentaban, se perdía la consistencia en estas cuatro categorías. (Figueras, 2002)

Como se aprecia en la tabla 1, en el primer análisis, con una solución de cuatro factores, se observó que en el factor I (9.7% de la varianza) se agruparon los ítems 46,38,45,64,63,37,53,73,81,47 y 43, diseñados para medir las características del abuso. En el factor II (7.14 % de la varianza) se agruparon los ítems 70,61,50,30,56,85,74,12,49,68 y 4, diseñados para medir características del agresor. Los ítems del factor III (3.7% de la varianza) se agruparon de la siguiente manera: 20, 28, 77, 8, 76, 7,87 y 52 y estos a su vez fueron diseñados para medir consecuencias del abuso. Por último, el factor IV (3.4% de la varianza) quedó definido por los ítems 36, 11, 9,19 y 29, diseñados para medir aspectos preventivos. El total de la varianza explicada fue de 24%.

Tabla 1. Solución libre de 4 factores

Reactivo	Factores			
	1	2	3	4
Características generales				
p46 El/la abusador/a sexual es una persona violenta.	.603	.057	.023	-.061
p38 Aquel que abusa sexualmente de un/a niño/a es un pervertido.	.585	.036	-.016	-.168
p45 El/la abusador/a sexual infantil me produce asco.	.546	.008	-.106	.029
p37 Cuando un familiar ha abusado sexualmente de un/a niño/a es preciso alejarlo de él/ella, aun cuando sea alguno de los padres.	.526	-.026	-.184	-.201
p63 Aquel que abusa sexualmente de un/a niño/a es un criminal.	.523	.017	-.192	-.023
p64 El/la abusador/a sexual infantil me produce odio.	.518	.065	-.156	.124
p81 El/la abusador/a sexual infantil con frecuencia amenaza al niño/a para que no cuente lo ocurrido.	.502	-.035	-.284	-.255
p73 Aquel que abusa sexualmente de un niño/a es un enfermo mental.	.490	.100	-.067	-.142
p53 El/la abusador sexual con frecuencia recurre a la violencia.	.477	.109	.085	-.178
p43 Es necesario que la familia del niño/a abusado/a sexualmente reciba atención especializada.	.463	-.221	-.445	-.170
p47 Un/a adolescente también puede abusar sexualmente a un niño/a.	.456	-.259	-.353	-.168
p67 Es probable que los/las niños/as se contagien de alguna enfermedad de transmisión sexual a causa del abuso.	.416	-.002	-.271	-.082
p26 Un/a anciano/a también puede abusar sexualmente de un niño/a.	.409	-.242	-.215	-.327
Varianza explicada	9.7%			
Características del agresor				
p61 El abuso sexual ocurre más en las clases sociales altas.	.021	.692	-.025	-.051
p50 El/la abusador/a sexual infantil, generalmente, es una persona con baja escolaridad.	.051	.664	.122	-.162
p56 El abuso sexual, generalmente, ocurre en las clases sociales bajas.	-.016	.614	.143	-.058
p30 El/la abusador/a sexual infantil, generalmente, pertenece a la clase baja.	-.031	.610	.042	-.193
p85 El/la abusador/a sexual infantil, generalmente, es una persona de tez blanca.	-.064	.580	.130	.056
p74 Un/a niño/a travieso/a tiene más riesgo de ser víctima de abuso sexual.	.077	.542	.170	-.017
p49 El/la abusador/a sexual infantil, generalmente, es una persona de tez morena.	.025	.491	.105	.063
p12 El/la abusador/a sexual infantil, generalmente, pertenece a la clase alta.	.069	.470	-.082	-.239
p68 Con frecuencia el abusador sexual presenta tendencias homosexuales.	.317	.455	.079	-.190
Varianza explicada	7.1%			
Aspectos sobre prevención				
p20 Me entristece saber que se abusa sexualmente de los niños/as.	.204	-.014	-.607	-.137
p28 Estoy en la disposición de ayudar a prevenir el abuso sexual infantil pero no sé cómo.	.183	-.010	-.576	-.010
p76 Me gustaría saber más acerca de la prevención del abuso sexual infantil.	.171	-.025	-.568	-.091
p8 Me produce sentimientos de enojo saber que se abusa sexualmente de los niños/as.	.091	-.040	-.562	-.097
p77 Me sería indiferente ayudar a prevenir el abuso sexual infantil.	.020	.003	.543	.064
p7 Me sería gratificante ayudar a prevenir el abuso sexual infantil	.045	-.038	-.535	-.144
p87 El/la abusador/a sexual infantil me produce indiferencia.	-.164	.117	.434	-.009
p39 El niño/a que ha sido víctimas de abuso sexual siempre debe decirlo.	.385	-.210	-.413	-.027
p52 Me produce impotencia saber que se abusa sexualmente de los niño/as.	.335	.014	-.411	.033
p32 El ser abusado/a sexualmente en la infancia no afecta en la adultez.	-.172	.181	.409	.264
Varianza explicada	3.7%			
Consumo de alcohol y drogas				
p36 Ser víctima de abuso sexual en la infancia se relaciona con el consumo de alcohol en la adolescencia y adultez	.162	.173	.117	-.643
p11 El consumo de drogas está relacionado con el abuso sexual infantil.	.265	.178	.000	-.634
p9 Ser víctima de abuso sexual en la infancia se relaciona con el consumo de drogas en la adolescencia y adultez.	.286	.106	.014	-.588
p19 El consumo de alcohol está relacionado con el abuso sexual infantil	.202	.213	.130	-.548
p29 Generalmente el/la abusador/a sexual es un familiar	.026	.085	-.209	-.525
p15 Masturbarse frente a un niño/a es una forma de abusar sexualmente de él/ella.	.110	-.156	-.252	-.420
p75 El abuso sexual, generalmente, ocurre en casa de la víctima.	.008	.197	-.185	-.414
Varianza explicada	3.4%			

Se sometieron nuevamente estos reactivos, que fueron los que obtuvieron una carga factorial por arriba de .40, a un análisis factorial comprobatorio (Smith, 2000) pero no de manera libre, es decir, pidiendo una solución de cuatro factores, se observó que los reactivos 43, 87 y 29 tuvieron cargas factoriales menores a .40, por lo que fueron eliminadas y nuevamente los reactivos restantes fueron sometido a un análisis factorial solicitado a cuatro factores. Para este nuevo análisis (ver tabla 2) encontramos que todos los reactivos entran en los cuatro factores, para el factor 1, quedó conformado por 14 reactivos correspondientes al área denominada Aspectos generales (formas de abuso, personas que pueden abusar de un niño, acciones posteriores al abuso), que explica el 16.1% de la varianza, el factor 2 quedó conformado por 8 reactivos, correspondientes al área denominada Características del Agresor (clase social, escolaridad, características físicas, que explican el 12.7% de la varianza; el factor 3 quedó conformado por 7 reactivos correspondientes al área denominada Aspectos sobre prevención (interés sobre más información, sentimientos sobre ayudar a prevenir) el cual explicó el 6.4 % de la varianza y finalmente el factor 4 quedó conformado por 4 reactivos correspondientes al área denominada Consumo de alcohol y drogas (son reactivos que describen el consumo de alcohol y drogas como consecuencia y antecedente del ASI), el cual explica el 5.8 % de la varianza. El total de la varianza explicada fue de 41.2%

Confiabilidad

La confiabilidad de un instrumento, se refiere al grado en que su aplicación repetida al mismo sujeto, produzca resultados iguales. La confiabilidad se determina mediante diversas técnicas (Hernández, 2003)

Para esta escala se realizó un análisis de confiabilidad por medio del método Alpha, que mide la consistencia interna del instrumento, es decir, que tanto los reactivos al interior de la prueba se relacionan entre sí. De todos los reactivos que quedaron conformados en los cuatro factores y se obtuvieron las correlaciones ítem total y las

Tabla 2. Solución final de cuatro factores

Reactivos	Factores			
	1	2	3	4
Características generales				
p37 Cuando un familiar ha abusado sexualmente de un/a niño/a es preciso alejarlo de él/ella, aun cuando sea alguno de los padres.	.620	-.014	-.078	.025
p63 Aquel que abusa sexualmente de un/a niño/a es un criminal.	.602	.083	.048	.121
p45 El/la abusador/a sexual infantil me produce asco.	.599	.049	.019	.080
p38 Aquel que abusa sexualmente de un/a niño/a es un pervertido.	.582	.041	-.107	-.113
p46 El/la abusador/a sexual es una persona violenta.	.569	.055	-.115	-.129
p81 El/la abusador/a sexual infantil con frecuencia amenaza al niño/a para que no cuente lo ocurrido.	.549	-.085	.085	-.077
p47 Un/a adolescente también puede abusar sexualmente de un niño/a	.540	-.248	.049	.015
p64 El/la abusador/a sexual infantil me produce odio	.504	.143	.129	.103
p73 Aquel que abusa sexualmente de un niño/a es un enfermo mental.	.483	.112	.036	-.059
p26 Un/a anciano/a también puede abusar sexualmente de un niño/a.	.473	-.219	.002	-.098
P43 Es necesario que la familia del niño/a abusado sexualmente reciba atención especializada.	.447	-.232	.263	-.020
p53 El/la abusador sexual con frecuencia recurre a la violencia.	.428	.083	-.112	-.224
p67 Es probable que los/las niños/as se contagien de alguna enfermedad de transmisión sexual a causa del abuso.	.425	-.016	.158	-.044
p39 El niño/a que ha sido víctimas de abuso sexual siempre debe decirlo.	.414	-.183	.235	.115
	Varianza explicada 16.1%			
Características del agresor				
p61 El abuso sexual ocurre más en las clases sociales altas.	.006	.744	.052	.067
p50 El/la abusador/a sexual infantil, generalmente, es una persona con baja escolaridad	-.004	.722	.002	-.105
p56 El abuso sexual, generalmente, ocurre en las clases sociales bajas.	.072	.698	-.065	.099
p30 El /la abusador/a sexual infantil, generalmente, pertenece a la clase baja.	-.072	.671	.070	-.142
p85 El/la abusador/a sexual infantil, generalmente, es una persona de tez blanca.	-.044	.663	-.050	.062
p49 El/la abusador/a sexual infantil, generalmente, es una persona de tez morena.	-.013	.610	-.082	.087
p68 Con frecuencia el abusador sexual presenta tendencias homosexuales.	.232	.463	-.033	-.146
p12 El/la abusador/a sexual infantil, generalmente, pertenece a la clase alta.	-.040	.424	.150	-.232
	Varianza explicada 12.7%			
Aspectos sobre prevención				
p8 Me produce sentimientos de enojo saber que se abusa sexualmente de los niños/as.	-.056	-.038	.714	.013
p20 Me entristece saber que se abusa sexualmente de los niños.	.095	.017	.704	-.028
p7 Me sería gratificante ayudar a prevenir el abuso sexual infantil	-.125	-.004	.696	-.010
p76 Me gustaría saber más acerca de la prevención del abuso sexual infantil.	.053	-.008	.667	-.065
p28 Estoy en la disposición de ayudar a prevenir el abuso sexual infantil pero no sé cómo.	.048	.025	.641	.087
p77 Me sería indiferente ayudar a prevenir el abuso sexual infantil.	.046	.027	-.538	.074
p52 Me produce impotencia saber que se abusa sexualmente de los niños/as.	.218	.061	.518	.028
	Varianza explicada 6.4%			
Consumo de alcohol y drogas				
p11 El consumo de drogas está relacionado con el abuso sexual infantil.	.005	.016	.126	-.810
p36 Ser víctima de abuso sexual en la infancia se relaciona con el consumo de alcohol en la adolescencia y adultez	-.004	.004	-.060	-.791
p9 Ser víctima de abuso sexual en la infancia se relaciona con el consumo de drogas en la adolescencia y adultez.	.057	-.060	.045	-.785
p19 El consumo de alcohol está relacionado con el abuso sexual infantil	.024	.053	-.022	-.704
	Varianza explicada 5.8%			

Alphas de Cronbach, para el primer factor se obtuvo un valor de .798, para el segundo factor se obtuvo un valor de .804 para el tercer factor se obtuvo un valor de .619 y finalmente para el cuarto factor es un valor de .809. El valor total del Alpha de Cronbach para la escala en su totalidad es de .805 (tabla 3).

Un aspecto que también se consideró para la conformación final del instrumento fue la opinión de los participantes, como se puede ver en el instrumento (ver anexo 1), se dejó un espacio para observaciones. Los comentarios fueron básicamente que la escala era un poco extensa, consideraron algunos reactivos un poco confusos y repetitivos. Por otro lado, los participantes opinaron que es un tema importante de abordar, que les agradaba el formato del instrumento y que es importante seguir haciendo investigación sobre el tema. Cabe destacar que los reactivos que se fueron identificados por los participantes, como ambiguos y repetitivos no se incluyeron en la versión final del instrumento y el criterio fue estrictamente estadístico.

Como un elemento adicional se presenta a continuación la información que arrojan las escalas sobre los participantes en las diferentes áreas así como experiencias de abuso en la infancia, en caso afirmativo, si recibieron algún tipo de atención, quien fue el agresor y un apartado exclusivamente para aquellos participantes que fueron estudiantes de Ciencias de la Educación, carrera que está dirigida a la docencia; esta submuestra tiene la peculiaridad de ser estudiante que cursan una segunda carrera y la mayoría, se desempeñan como maestros de jardín de niños, primaria e incluso secundaria.

Tabla 3. Confiabilidad de los factores

Reactivo	Correlación ítem total	Correlación al cuadrado
Características generales		
Reactivo p37	.441	.276
Reactivo p63	.479	.278
Reactivo p45	.474	.333
Reactivo p38	.428	.257
Reactivo p46	.447	.350
Reactivo p81	.451	.276
Reactivo p47	.457	.361
Reactivo p64	.424	.321
Reactivo p73	.414	.208
Reactivo p26	.393	.309
Reactivo p43	.436	.323
Reactivo p53	.344	.252
Reactivo p67	.385	.215
Reactivo p39	.354	.220
	Alpha	.798
Perfil del agresor		
Reactivo p61	.621	.410
Reactivo p50	.608	.449
Reactivo p56	.563	.388
Reactivo p30	.581	.416
Reactivo p85	.518	.350
Reactivo p49	.462	.332
Reactivo p68	.382	.184
Reactivo p12	.369	.229
	Alpha	.804
Aspectos sobre prevención		
Reactivo p 8	.558	.460
Reactivo p20	.582	.400
Reactivo p7	.479	.379
Reactivo p76	.258	.372
Reactivo p28	.453	.280
Reactivo p77	.364	.224
Reactivo p52	.425	.247
	Alpha	.619
Consumo de alcohol y drogas		
Reactivo p 11	.674	.475
Reactivo p 36	.626	.396
Reactivo p9	.640	.454
Reactivo p19	.564	.338
	Alpha	.809

RESULTADOS

Se obtuvo una escala conformada por cuatro factores, el primero conformado por 14 reactivos sobre aspectos generales, el segundo factor conformado por 8 reactivos, sobre características del agresor, el tercer conformado por 7 reactivos sobre aspectos preventivos y el cuarto factor conformado por 4 reactivos sobre alcohol y drogas y su relación con el ASI.

Características de la muestra

La muestra finalmente quedó conformada por 456 sujetos. En la tabla cuatro se muestran los datos sociodemográficos de los participantes. La media de edad fue de: 23.5 años con una desviación estándar de 5.3. Encontramos que el 70.8% de los participantes fueron mujeres, el estado civil principalmente lo constituyen solteros con poco más del 85%; respecto a las carreras principalmente encontramos en su mayoría alumnos de Psicología, Diseño Gráfico, Ciencias de la Educación y Medicina, sin embargo, la muestra la conformaron doce carreras más: Derecho, Arquitectura, Nutrición, Biología, Mercadotecnia, Ingeniería en Sistemas, Ingeniería Industrial, Ingeniería Mecánica, Artes Visuales, Química Fármaco Biología, Comunicaciones y Relaciones Industriales.

Respecto al tipo de escuela en su mayoría los estudiantes provenían de una universidad privada en un 62.4%, la situación socioeconómica fue percibida como buena en el 50.3% de los participantes, seguida de regular con un 39.3%.

Tabla 4. Características sociodemográficas de la muestra

	Hombres		Mujeres		Total	
	N	%	N	%	N	%
Sexo	133	29.2	323	70.8	456	100
Estado civil						
Soltero/a	122	91.7	267	82.6	387	85.1
Casado/a	10	7.5	42	13	52	11.4
Otros	1	.8	13	4.4	14	3.5
Carrera						
Psicología	35	26.5	149	46.1	184	40.4
Medicina	22	16.7	31	9.6	53	11.6
Diseño gráfico	29	22	57	17.6	86	18.9
Ciencias de la educación	6	4.5	51	15.8	57	12.5
Otras	41	30.3	35	10.9	76	16.6
Tipo de escuela						
Pública	58	43.6	114	35.3	172	37.7
Privada	75	56.4	209	64.7	284	62.3
Situación económica						
Excelente	5	3.8	13	4.0	18	4.0
Buena	64	48.5	170	52.6	234	51.4
Regular	54	40.9	125	38.7	179	39.3
Mala	9	6.8	15	4.6	24	5.3

Resultados descriptivos

Los resultados se presentarán de acuerdo a las áreas establecidas: características generales, perfil del agresor, aspectos sobre prevención y consumo de alcohol y drogas.

En cuanto a las características generales los participantes presentan una tendencia favorable a que el niño y la familia que ha padecido ASI debe decirlo y debe recibir atención especializada y si es dentro del núcleo familiar es preciso alejar al agresor (75 %,80 % y 78 % respectivamente); el valor afectivo de odio y asco atribuido al agresor es de más del 95%, se le percibe más como un criminal (87%) que como un enfermo mental (79%). En cuanto al perfil del agresor sobre su escolaridad, clase social, aspecto y preferencia sexual, no existe una tendencia a creer que no tiene instrucción académica, ni que es exclusivo de clases sociales bajas, ser de tez oscura o tener una preferencia homosexual (88%, 82%, 98% y 72% respectivamente). En los aspectos preventivos los resultados indican que se está a favor de acciones preventivas, hay un deseo de saber más sobre prevención, lo gratificante que esto resulta y disposición en participar en la prevención (97%, 96% y 92%); finalmente en el apartado de consumo de alcohol y drogas relacionados con el ASI, en un 66% se considera que su consumo está relacionado con antecedentes de victimización en la infancia.

Respecto a las experiencias de abuso que tuvieron algunos de los participantes, del total de la muestra cerca del 9% (n=40) de los participantes reportaron haber sido víctimas de abuso sexual en la infancia, de estos el 85% (n= 34) fueron mujeres y el 15% fueron hombres (n= 6). El agresor, en ambos casos fue un familiar, representando casi el 68% de los casos, el resto corresponde a personas conocidas. Podemos observar también que un porcentaje bajo recibió algún tipo de ayuda por esta experiencia, especialmente los hombres con un 20% que es representado por un solo sujeto, en el caso de las mujeres se observó que 80%, representado por 4 de ellas, recibieron algún tipo de ayuda (ver tabla 5).

Tabla 5. Sujetos con antecedentes de ASI

	Hombres 15% (n=6)	Mujeres 85% (n=34)	Total
Familiar	66.7% (n=4)	67% (n=21)	67.6% (n=25)
Desconocido	33.3% (n=2)	16.1% (n=5)	18.9% (n=7)
Conocido	0%	16.1% (n=5)	13.5% (n=5)
Recibió algún tipo de ayuda	20% (n=1)	80% (n=4)	13.5% (n=5)

Respecto al antecedente de abuso y su relación con los resultados de la escala, no se encontró que el antecedente fuera un factor que modificara la cantidad y calidad de información con la que contaban los participantes.

DISCUSIÓN

La contribución del presente trabajo radica en que se obtuvo una escala de creencias y actitudes sencilla, autoaplicable, válida y confiable de 33 reactivos y 3 preguntas abiertas, mediante un análisis factorial, que es una técnica adecuada para realizar estos análisis y obtener áreas bien definidas en una escala. (Triola, 2004; Kerlinger, 2002). Los resultados fueron cuatro factores que fueron titulados: **Características Generales**, donde los ítems hacen referencia a las actitudes respecto al agresor y si adolescentes y ancianos pueden ser agresores; **Perfil del agresor**, donde los ítems hacen referencia a características físicas y sociales del agresor; **Consumo de Alcohol y Drogas**, donde los ítems hacen referencia al consumo de estas sustancias como una consecuencia o un factor antecedente de que el abuso ocurra y **Aspectos Preventivos**, donde los ítems hacen referencia a actitudes, es decir sentimientos de involucrarse en acciones preventivas. La escala entonces es capaz de medir algunas creencias y actitudes sobre el fenómeno del ASI en la población estudiantil, una limitación es que no pudo ser aplicada a la población de maestros que se tenía como objetivo, sin embargo, resulta en un antecedente que con algunas modificaciones resulta aplicable a los maestros de primaria.

A pesar que un buen número de reactivos fueron eliminados la escala cuenta con aquellos que proporcionan información sobre las bases de la Teoría de la Conducta Planificada que son creencias, actitudes e intenciones de conducta. Efectivamente las escalas siempre son susceptibles de mejorar y esto no necesariamente se debe a que los procesos de validez y confiabilidad no sean estrictos sino a que las sociedades y los fenómenos se modifican constantemente entonces una escala con estas características no necesariamente implica tener datos confiables. Es en este aspecto en el que este trabajo hace una contribución a la literatura especializada presentando ejemplos del uso de instrumentos de recolección de datos y su proceso de validación y que sirva de base para el desarrollo de otros instrumentos que también sean sometidos a los procesos de validación y confiabilidad.

En cuanto a los resultados que arrojó la escala en general los participantes mostraron tendencias favorables a que los casos de abusos sean reportados, a que las familias y las víctimas reciban atención especializada; en la información que se relaciona con mitos o falsas creencias no existe una tendencia a tenerlas, es decir, en el caso del agresor consideran que puede ser de cualquier clase social, con o sin instrucción académica y sus aspecto físico puede ser diverso; así mismo resulta casi obvio que los sujetos están a favor de llevar a cabo acciones preventivas y mostraron interés por participar sin embargo en cuanto a la percepción de ser capaces se observó que no tantos la reportaron. Posibles explicaciones de estos hallazgos son que es un sector que cuenta con mayor información ya sea por el nivel educativo o por un fenómeno llamado deseabilidad social que consiste en la tendencia que tiene las personas a responder en función de lo que consideran está bien visto o es esperado, se dice que incluso este fenómeno puede no ser consciente en las personas. Una manera de resolver la resistencia de las personas a responder con sinceridad, es asegurarle a las personas que sus respuestas no serán vistas por nadie más, así que garantizar el anonimato permite reducir esta situación así como la presentación de los datos de manera general (Cabañeros, 2003), actividades que sí se llevaron a cabo en la aplicación de la escala.

En cuanto a las experiencias de abuso reportadas por los participantes, se encontró coincidencia con la literatura respecto a la mayor prevalencia de abuso en mujeres y, el agresor en su mayoría fue un familiar, de manera similar en la mayoría de los casos no se recibió ningún tipo de atención; y fue en el grupo de estudiantes de Ciencias de la Educación, en su mayoría eran maestros de primaria, donde la prevalencia de abuso sexual en la infancia fue mayor y fue precisamente en este grupo donde los participante mostraron mayor interés, se acercaron a mí y verbalizaron que era un problema urgente de abordar y que no les gustaría que sus alumnos pasaran por la misma experiencia.

La utilidad de esta información radica es que contrariamente a lo esperado el antecedente de abuso no resulta ser un obstáculo para participar en programas preventivos e informativos.

Resulta urgente entonces que los maestros sean sensibilizados y capacitados, resolver, en la medida de lo posible sus, disolver tabúes, dar herramientas para el manejo del tema ya el simple hecho de informar puede generar muchas más dudas, si hay niños con antecedentes de abuso en algún niños y esto genera ansiedad, tendrían que saber cómo manejar la situación en un determinado momento y muchas otras situaciones que su intervención puede implicar. Es necesario entonces establecer muchas redes de apoyo, con las escuelas, los padres, centros de atención médica y psicológica, centros de denuncia, asesoría legal, así como constancia, seguimiento y actualización en los programas, es decir, se requiere de mucha voluntad.

Efectivamente la prevención hasta ahora hecha ha sido ineficiente y es importante considerar que si es cierto que la prevención primaria ha sido dirigida a los niños, es importante que no se tenga la visión de que ellos son responsables de su seguridad, son estrategias que los ayudan pero la responsabilidad de su bien estar es de los adultos, ya sean los cuidadores, profesionales y la sociedad en general. Es importante también ser cautelosos en la implementación de programas preventivos en escuelas ya que pueden ocurrir efectos adversos asociados a la participación a este tipo de eventos.

Hay mucho trabajo que hacer no solamente implementar estos programas y todo lo necesario para llegar a esta condición, lo cual requiere de tiempo y esfuerzos de diferentes sectores, sino que también es necesario evaluar su efectividad y sus efectos, que aunque estudios evaluados han informado mejorías significativas en las medidas de conocimiento y los comportamientos protectores de los niños que han sido sometidos a programas preventivos en escuelas, también se han encontrado estudios de que estas acciones generan daños, especialmente elevan los niveles de ansiedad, lo que implica hacer evaluaciones que permitan dar cuenta de la efectividad de los programas así como su impacto, lo que resultará en mejoras.

Probablemente por el tipo de tema que se está abordando, habrá que realizar estudios que informen sobre la propia sexualidad de los maestros tal parece que el primer obstáculo es que no reconocen su propia sexualidad o tiene conflicto en manejar temas de este tipo, especialmente por que las dos áreas en las que se trabaja es en conceptos básicos: relativo a su cuerpo y los límites personales, zonas íntimas del cuerpo, manifestaciones de afecto, secretos y el manejo de la culpa. Y por otro lado las estrategias de enfrentamiento sobre como detener el abuso, o divulgarlo. Si bien es cierto existen otros apoyos que podrían hacer menos incluyente al maestro y ser una guía, se pueden ayudar de material didáctico, videos, materiales audiovisuales, platicas, representaciones, etc.

El reto es seguir avanzando en el proceso de la comprensión del fenómeno de ASI de este sector y contribuir a la investigación sobre prevención y poder aplicarla, aunque esto no implique resolver el problema ya que también es necesaria la participación social y de autoridades del sector educativo y de salud.

ANEXOS

Anexo 1

Folio _____

ESCALA DE CREENCIAS Y ACTITUDES SOBRE ABUSO SEXUAL INFANTIL Y SU PREVENCIÓN

Se le mostrarán enunciados sobre el tema del abuso sexual infantil y usted responderá **que tan acuerdo está con estos enunciados.**

No hay respuestas correctas e incorrectas, es una escala anónima y confidencial, por lo tanto no se preguntará su nombre ni habrá manera de identificarlo.

INSTRUCCIONES: Por favor marque con una cruz (X) sobre el número de la opción que corresponda.

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1.- ¿Es usted? Hombre.....1 Mujer.....2	2.- Edad: _____ años
3.- Estado civil : Soltero.....1 Casado2 Separado3 Viudo4 Divorciado.....5 Otro, especifique _____ 6	4.- Escolaridad (indique si es trunca) Primaria..... 1 Secundaria..... 2 Preparatoria..... 3 Magisterio..... 4 Licenciatura, ¿cuál? _____ 5 Maestría 6 Doctorado 7 Otro, especifique _____ 8
5.- Actualmente sigue estudiando No1 Si.....2 Especifique _____ 3	9.- ¿Cuál es su partido político de preferencia? PRI 1 PAN 2 PRD 3 Otra, especifique _____ 4
11. Considera su situación económica como: Excelente1 Buena2 Regular3 Mala.....4	12.- Su religión es: Católica 1 Cristiana 2 Judía..... 3 Protestante..... 4 Testigo de Jehová 5 Otra, especifique _____
A continuación se le presentan unos enunciados, lea con atención y responda de acuerdo a la siguiente escala: TA =Totalmente de acuerdo, A =Acuerdo en ciertos aspectos, D =Desacuerdo en ciertos aspectos y TD =Totalmente en desacuerdo, marque una cruz en el espacio correspondiente.	
INSTRUCCIONES: Marque con una cruz una sola opción en los recuadros en blanco	

No.	Enunciado	TA	A	D	TD
1	Se debe castigar al niño/a que fue sexualmente abusado/a.				
2	Me es indiferente saber que se abusa sexualmente de los niños/as.				
3	Las niñas abusadas sexualmente pueden quedar embarazadas.				
4	El/la abusador/a sexual, generalmente, es una persona con estudios.				
5	Acariciar a un/a niño/a de manera sexual es una forma de abusar sexualmente de él/ella.				
6	El abuso sexual infantil es un problema de actualidad en México.				
7	Me sería gratificante ayudar a prevenir el abuso sexual infantil.				
8	Me produce sentimientos de enojo saber que se abusa sexualmente de los niños/as.				
9	Ser víctima de abuso sexual en la infancia se relaciona con el consumo de drogas en la adolescencia y adultez.				
10	El consumo de drogas está relacionado con el abuso sexual infantil.				
11	El/la abusador/a sexual infantil, generalmente, pertenece a la clase alta.				
12	El abuso sexual contra los niños/as sólo ocurre en una ocasión.				
13	El abuso sexual infantil se da cuando un adulto tiene actividad sexual con un niño/a.				
14	Masturbarse frente a un/a niño/a es una forma de abusar sexualmente de él/ella.				
15	Los niños/as de entre 6 y 12 años son más vulnerables de ser víctimas de abuso que los de 13 a 17 años.				
16	El abuso sexual infantil consiste únicamente en tener coito con el niño/a				
17	El abuso sexual no tiene consecuencias en el/la niño/a.				
18	El consumo de alcohol está relacionado con el abuso sexual infantil.				
19	Me entristece saber que se abusa sexualmente de los niños/as.				
20	El desempeño escolar de un/a niño/a abusado/a sexualmente no se ve afectado.				
21	Las personas que abusan sexualmente de un/a niño/a, generalmente fueron abusadas sexualmente en su infancia.				
22	El niño/a que ha sido víctimas de abuso sexual siempre debe recibir atención especializada.				
23	Un/a niño/a también puede abusar sexualmente de otro niño/a.				
24	Los maestros no deben involucrarse en el tema de la prevención de abuso sexual infantil.				
25	Un/a anciano/a también puede abusar sexualmente de un niño/a.				
26	Existen manifestaciones en el niño/a que fácilmente permiten detectar que fue abusado/a sexualmente.				
27	Estoy en la disposición de ayudar a prevenir el abuso sexual infantil pero no sé cómo.				
28	Generalmente el/la abusador/a sexual es un familiar.				
29	El/la abusador/a sexual infantil, generalmente, pertenece a la clase baja.				
30	Me produce sentimientos de agrado saber que se abusa sexualmente de los/las niños/as.				
31	El ser abusado/a sexualmente en la infancia no afecta en la adultez.				
32	Los padres de familia están de acuerdo en que en las escuelas se hable sobre cómo prevenir el abuso sexual infantil.				
33	El/la abusador/a sexual infantil me produce agrado.				
34	La SEP fomenta que se prevenga el abuso sexual infantil.				
35	Ser víctima de abuso sexual en la infancia se relaciona con el consumo de alcohol en la adolescencia y adultez				
36	Cuando un familiar ha abusado sexualmente de un/a niño/a es preciso alejarlo de él/ella, aun cuando sea alguno de los padres.				
37	Aquel que abusa sexualmente de un/a niño/a es un perverso.				
38	El niño/a que ha sido víctimas de abuso sexual siempre debe decirlo.				
39	Forzar al/la niño/a a observar escenas eróticas en televisión, es una forma de abusar sexualmente de él/ella.				
40	El/la niño/a es responsable de ser víctima de abuso sexual				

No	Enunciado	TA	A	D	TD
41	Mostrar los órganos sexuales a un/a niño/a es una forma de abusar sexualmente de él/ella.				
42	Es necesario que la familia del niño/a abusado/a sexualmente reciba atención especializada.				
43	Los/las niños/as víctimas de abuso sexual con el tiempo olvidan lo sucedido.				
44	El/la abusador/a sexual infantil me produce asco.				
45	El/la abusador/a sexual es una persona violenta.				
46	Un/a adolescente también puede abusar sexualmente a un niño/a.				
47	Todos/as los/as niños/as víctimas de abuso sexual de adultos tendrán una preferencia homosexual.				
48	El/la abusador/a sexual infantil, generalmente, es una persona de tez morena.				
49	El/la abusador/a sexual infantil, generalmente, es una persona con baja escolaridad.				
50	La palabra incesto significa que un familiar es el que ha tenido actividad sexual con un niño/a.				
51	Me produce impotencia saber que se abusa sexualmente de los niño/as.				
52	El/la abusador/a sexual con frecuencia recurre a la violencia.				
53	Únicamente las niñas pueden ser víctimas de abuso sexual.				
54	El abuso sexual, generalmente, ocurre en las clases sociales bajas.				
55	Es importante denunciar legalmente el abuso sexual infantil.				
56	En México existen pocos casos de abuso sexual infantil.				
57	Los/las niños/as inventan que han sido víctimas de abuso sexual.				
58	En general existe falta de información sobre la prevención del abuso sexual infantil.				
59	El abuso sexual ocurre más en las clases sociales altas.				
60	El/la abusador/a sexual infantil me produce lástima.				
61	Aquel que abusa sexualmente de un/a niño/a es un criminal.				
62	El/la abusador/a sexual infantil me produce odio.				
63	Es probable que los/las niños/as se contagien de alguna enfermedad de transmisión sexual a causa de ser abusados sexualmente.				
64	Con frecuencia el abusador sexual presenta tendencias homosexuales.				
65	Un/a niño/a puede morir a causa de ser abusado/a sexualmente.				
66	El/la abusador/a sexual infantil, generalmente, pertenece a la clase media.				
67	Las madres nunca abusan sexualmente de sus hijos/as.				
68	Aquel que abusa sexualmente de un niño/a es un enfermo mental.				
69	Un/a niño/a travieso/a tiene más riesgo de ser víctima de abuso sexual.				
70	El abuso sexual, generalmente, ocurre en casa de la víctima.				
71	Me gustaría saber más acerca de la prevención del abuso sexual infantil.				
72	Me es indiferente ayudar a prevenir el abuso sexual infantil.				
73	Se debe prevenir el abuso sexual infantil.				
74	La mayoría de las veces el abusador sexual es el padre.				
75	El/la abusador/a sexual infantil con frecuencia amenaza al niño/a para que no cuente lo ocurrido.				
76	No me considero capaz de ayudar a prevenir el abuso sexual infantil.				
77	Es bueno que los/las maestros/as den información a sus alumnos/as de cómo prevenir el abuso sexual infantil.				
78	El/la abusador/a sexual infantil, generalmente, es una persona de tez blanca.				
79	El/la abusador/a sexual infantil me produce indiferencia.				
80	Me sería molesto ayudar a prevenir el abuso sexual infantil.				

INSTRUCCIONES: Ahora marque con una cruz su respuesta en los recuadros y si es el caso escriba su respuesta sobre las líneas indicadas.

81- En alguna ocasión ¿usted fue víctima de abuso sexual en su infancia?

SÍ	NO
----	----

¿Quién fue la persona que lo agredió? _____

82.- ¿Recibió algún tipo ayuda por dicho evento?

SÍ	NO
----	----

¿Describa que tipo de ayuda y si esta le fue de utilidad? _____

COMENTARIOS

SE AGRADECE SU COLABORACIÓN

Anexo 2

Solución de 2 factores

Reactivos	Factores	
	1	2
p43 Es necesario que la familia del niño/a abusado/a sexualmente reciba atención especializada.	.603	-.014
p47 Un/a adolescente también puede abusar sexualmente a un niño/a.	.560	-.047
p40 Forzar al /la niño/a a observar escenas eróticas en televisión es una forma de abusar sexualmente de él/ella.	.536	-.028
p39 El niño/a que ha sido víctimas de abuso sexual siempre debe decirlo.	.506	-.076
p81 El/la abusador/a sexual infantil con frecuencia amenaza al niño/a para que no cuente lo ocurrido.	.498	.192
p26 Un/a anciano/a también puede abusar sexualmente de un niño/a.	.492	.013
p20 Me entristece saber que se abusa sexualmente de los niños/as.	.482	.076
p84 Es bueno que los/las maestros/as den información a sus alumnos/as de cómo prevenir el abuso sexual infantil.	.445	.099
p42 Mostrar los órganos sexuales a un/a niño/a es una forma de abusar sexualmente de él/ella.	.445	.073
p57 Es importante denunciar legalmente el abuso sexual infantil.	.442	-.082
p37 Cuando un familiar ha abusado sexualmente de un/a niño/a es preciso alejarlo de él/ella, aun cuando sea alguno de los padres.	.440	.191
p32 El ser abusado/a sexualmente en la infancia no afecta en la adultez.	-.437	.028
p76 Me gustaría saber más acerca de la prevención del abuso sexual infantil.	.435	.043
p23 El niño/a que ha sido víctimas de abuso sexual siempre debe recibir atención especializada.	.431	.027
p27 Existen manifestaciones en el niño/a que fácilmente permiten detectar que fue abusado/a sexualmente.	.421	.058
p28 Estoy en la disposición de ayudar a prevenir el abuso sexual infantil pero no sé cómo.	.421	.031
p50 El/la abusador/a sexual infantil, generalmente, es una persona con baja escolaridad.	-.207	.652
p61 El abuso sexual ocurre más en las clases sociales altas.	-.178	.625
p30 El /la abusador/a sexual infantil, generalmente, pertenece a la clase baja.	-.183	.590
p68 Con frecuencia el abusador sexual presenta tendencias homosexuales.	.031	.554
p56 El abuso sexual, generalmente, ocurre en las clases sociales bajas.	-.264	.553
p12 El/la abusador/a sexual infantil, generalmente, pertenece a la clase alta.	-.006	.509
p74 Un/a niño/a travieso/a tiene más riesgo de ser víctima de abuso sexual.	-.217	.504
p79 La mayoría de las veces el abusador sexual es el padre.	.141	.492
p85 El/la abusador/a sexual infantil, generalmente, es una persona de tez blanca.	-.300	.470
p11 El consumo de drogas está relacionado con el abuso sexual infantil.	.240	.450
p19 El consumo de alcohol está relacionado con el abuso sexual infantil	.104	.436
p36 Ser víctima de abuso sexual en la infancia se relaciona con el consumo de alcohol en la adolescencia y adultez	.124	.423
p49 El/la abusador/a sexual infantil, generalmente, es una persona de tez morena.	-.213	.416

Anexo 3

Solución de 3 factores

Reactivos	Factores		
	1	2	3
p11 El consumo de drogas está relacionado con el abuso sexual infantil.	.586	.162	.116
p9 Ser víctima de abuso sexual en la infancia se relaciona con el consumo de drogas en la adolescencia y adultez.	.584	.078	.138
p38 Aquel que abusa sexualmente de un/a niño/a es un perverso.	.555	-.038	.053
p36 Ser víctima de abuso sexual en la infancia se relaciona con el consumo de alcohol en la adolescencia y adultez.	.553	.141	.240
p19 El consumo de alcohol está relacionado con el abuso sexual infantil	.528	.172	.230
p46 El/la abusador/a sexual es una persona violenta.	.516	-.031	.071
p53 El/la abusador sexual con frecuencia recurre a la violencia.	.508	.027	.145
p37 Cuando un familiar ha abusado sexualmente de un/a niño/a es preciso alejarlo de él/ella, aun cuando sea alguno de los padres.	.472	-.051	-.118
p26 Un/a anciano/a también puede abusar sexualmente de un niño/a.	.460	-.248	-.092
p81 El/la abusador/a sexual infantil con frecuencia amenaza al niño/a para que no cuente lo ocurrido.	.450	-.030	-.218
p73 Aquel que abusa sexualmente de un niño/a es un enfermo mental.	.441	.055	-.029
p42 Mostrar los órganos sexuales a un/a niño/a es una forma de abusar sexualmente de él/ella.	.406	-.145	-.132
p70 El/la abusador/a sexual infantil, generalmente, pertenece a la clase media.	-.026	.790	-.169
p61 El abuso sexual ocurre más en las clases sociales altas.	-.008	.725	-.155
p50 El/la abusador/a sexual infantil, generalmente, es una persona con baja escolaridad.	.139	.656	.039
p30 El /la abusador/a sexual infantil, generalmente, pertenece a la clase baja.	.068	.633	-.039
p56 El abuso sexual, generalmente, ocurre en las clases sociales bajas.	.033	.606	.046
p85 El/la abusador/a sexual infantil, generalmente, es una persona de tez blanca.	-.077	.578	.011
p74 Un/a niño/a travieso/a tiene más riesgo de ser víctima de abuso sexual.	.097	.510	.089
p12 El/la abusador/a sexual infantil, generalmente, pertenece a la clase alta.	.139	.506	-.132
p49 El/la abusador/a sexual infantil, generalmente, es una persona de tez morena.	-.014	.480	.006
p4 El/la abusador/a sexual, generalmente, es una persona con estudios	-.024	.422	-.250
p68 Con frecuencia el abusador sexual presenta tendencias homosexuales.	.364	.412	.059
p20 Me entristece saber que se abusa sexualmente de los niños/as.	.025	.114	-.628
p28 Estoy en la disposición de ayudar a prevenir el abuso sexual infantil pero no sé cómo.	-.059	.111	-.622
p76 Me gustaría saber más acerca de la prevención del abuso sexual infantil.	-.015	.097	-.595
p77 Me sería indiferente ayudar a prevenir el abuso sexual infantil.	.173	-.139	.591
p8 Me produce sentimientos de enojo saber que se abusa sexualmente de los niños/as.	-.071	.091	-.589
p7 Me sería gratificante ayudar a prevenir el abuso sexual infantil	-.069	.094	-.554
p87 El/la abusador/a sexual infantil me produce indiferencia.	.027	.034	.448
p52 Me produce impotencia saber que se abusa sexualmente de los niño/as.	.093	.071	-.441

Anexo 4

Solución de 4 factores

Reactivos	Factores			
	1	2	3	4
p46 El/la abusador/a sexual es una persona violenta.	.626	.021	.125	.010
p38 Aquel que abusa sexualmente de un/a niño/a es un perverso.	.588	.004	.104	-.099
p45 El/la abusador/a sexual infantil me produce asco.	.559	.004	-.034	.121
p64 El/la abusador/a sexual infantil me produce odio.	.530	.079	-.126	.230
p63 Aquel que abusa sexualmente de un/a niño/a es un criminal.	.513	.032	-.125	.081
p37 Cuando un familiar ha abusado sexualmente de un/a niño/a es preciso alejarlo de él/ella, aun cuando sea alguno de los padres.	.497	-.022	-.071	-.111
p53 El/la abusador sexual con frecuencia recurre a la violencia.	.486	.063	.185	-.140
p73 Aquel que abusa sexualmente de un niño/a es un enfermo mental.	.479	.088	.013	-.071
p81 El/la abusador/a sexual infantil con frecuencia amenaza al niño/a para que no cuente lo ocurrido.	.449	-.011	-.174	-.152
p47 Un/a adolescente también puede abusar sexualmente a un niño/a.	.412	-.223	-.227	-.060
p43 Es necesario que la familia del niño/a abusado/a sexualmente reciba atención especializada.	.402	-.164	-.335	-.041
p70 El/la abusador/a sexual infantil, generalmente, pertenece a la clase media.	-.082	.783	-.184	-.067
p61 El abuso sexual ocurre más en las clases sociales altas.	-.025	.725	-.165	-.022
p50 El/la abusador/a sexual infantil, generalmente, es una persona con baja escolaridad.	.018	.657	.031	-.165
p30 El /la abusador/a sexual infantil, generalmente, pertenece a la clase baja.	-.082	.622	-.054	-.195
p56 El abuso sexual, generalmente, ocurre en las clases sociales bajas.	-.033	.608	.033	-.069
p85 El/la abusador/a sexual infantil, generalmente, es una persona de tez blanca.	-.069	.582	-.004	.046
p74 Un/a niño/a travieso/a tiene más riesgo de ser víctima de abuso sexual.	.079	.524	.087	-.022
p12 El/la abusador/a sexual infantil, generalmente, pertenece a la clase alta.	.004	.497	-.136	-.211
p49 El/la abusador/a sexual infantil, generalmente, es una persona de tez morena.	.026	.491	.001	.067
p68 Con frecuencia el abusador sexual presenta tendencias homosexuales.	.298	.434	.079	-.160
p4 El/la abusador/a sexual, generalmente, es una persona con estudios	-.021	.416	-.253	-.013
p20 Me entristece saber que se abusa sexualmente de los niños/as.	.097	.102	-.610	.000
p28 Estoy en la disposición de ayudar a prevenir el abuso sexual infantil pero no sé cómo.	.096	.106	-.605	.125
p77 Me sería indiferente ayudar a prevenir el abuso sexual infantil.	.119	-.114	.592	-.036
p8 Me produce sentimientos de enojo saber que se abusa sexualmente de los niños/as.	-.008	.073	-.581	.018
p76 Me gustaría saber más acerca de la prevención del abuso sexual infantil.	.075	.086	-.579	.037
p7 Me sería gratificante ayudar a prevenir el abuso sexual infantil	-.058	.069	-.550	-.043
p87 El/la abusador/a sexual infantil me produce indiferencia.	-.107	.035	.431	-.111
p52 Me produce impotencia saber que se abusa sexualmente de los niños/as.	.287	.088	-.410	.159
p36 Ser víctima de abuso sexual en la infancia se relaciona con el consumo de alcohol en la adolescencia y adultez	.098	.124	.245	-.676
p11 El consumo de drogas está relacionado con el abuso sexual infantil.	.188	.149	.130	-.631
p9 Ser víctima de abuso sexual en la infancia se relaciona con el consumo de drogas en la adolescencia y adultez.	.223	.071	.156	-.585
p19 El consumo de alcohol está relacionado con el abuso sexual infantil	.153	.164	.239	-.572
p29 Generalmente el/la abusador/a sexual es un familiar	-.079	.114	-.143	-.509

Anexo 5

Solución de 5 factores

Reactivos	Factores				
	1	2	3	4	5
p40 Forzar al /la niño/a a observar escenas eróticas en televisión es una forma de abusar sexualmente de él/ella.	.638	-.042	.061	.024	.043
p47 Un/a adolescente también puede abusar sexualmente a un niño/a.	.597	-.057	-.079	.168	-.023
p43 Es necesario que la familia del niño/a abusado/a sexualmente reciba atención especializada.	.574	-.006	-.095	.169	-.138
p37 Cuando un familiar ha abusado sexualmente de un/a niño/a es preciso alejarlo de él/ella, aun cuando sea alguno de los padres.	.486	.089	.026	.298	.073
p26 Un/a anciano/a también puede abusar sexualmente de un niño/a.	.482	-.120	.171	.159	.046
p42 Mostrar los órganos sexuales a un/a niño/a es una forma de abusar sexualmente de él/ella.	.473	-.011	.130	.112	.032
p23 El niño/a que ha sido víctimas de abuso sexual siempre debe recibir atención especializada.	.471	.132	-.248	.123	-.133
p39 El niño/a que ha sido víctimas de abuso sexual siempre debe decirlo.	.440	-.034	-.190	.174	-.185
p81 El/la abusador/a sexual infantil con frecuencia amenaza al niño/a para que no cuente lo ocurrido.	.429	.079	.082	.273	-.072
p57 Es importante denunciar legalmente el abuso sexual infantil.	.406	-.024	-.217	.160	-.153
p70 El/la abusador/a sexual infantil, generalmente, pertenece a la clase media.	-.063	.798	-.010	-.079	-.061
p61 El abuso sexual ocurre más en las clases sociales altas.	.038	.775	-.082	-.061	.011
p56 El abuso sexual, generalmente, ocurre en las clases sociales bajas.	-.088	.601	.035	-.014	.104
p30 El /la abusador/a sexual infantil, generalmente, pertenece a la clase baja.	-.123	.601	.168	-.055	-.029
p50 El/la abusador/a sexual infantil, generalmente, es una persona con baja escolaridad.	-.227	.575	.210	.097	-.027
p85 El/la abusador/a sexual infantil, generalmente, es una persona de tez blanca.	-.149	.559	-.063	-.018	.055
p12 El/la abusador/a sexual infantil, generalmente, pertenece a la clase alta.	.091	.545	.123	-.058	-.028
p74 Un/a niño/a travieso/a tiene más riesgo de ser víctima de abuso sexual.	-.129	.477	.045	.125	.091
p4 El/la abusador/a sexual, generalmente, es una persona con estudios	.069	.462	-.069	-.061	-.131
p79 La mayoría de las veces el abusador sexual es el padre.	.205	.457	.227	-.011	-.015
p49 El/la abusador/a sexual infantil, generalmente, es una persona de tez morena.	-.142	.449	-.051	.082	.020
p36 Ser víctima de abuso sexual en la infancia se relaciona con el consumo de alcohol en la adolescencia y adultez.	-.084	.045	.753	.104	.033
p11 El consumo de drogas está relacionado con el abuso sexual infantil.	-.049	.068	.713	.186	-.079
p9 Ser víctima de abuso sexual en la infancia se relaciona con el consumo de drogas en la adolescencia y adultez.	-.020	-.005	.669	.213	-.048
p19 El consumo de alcohol está relacionado con el abuso sexual infantil	-.056	.093	.642	.153	.064
p46 El/la abusador/a sexual es una persona violenta.	.065	-.069	.128	.627	-.012
p64 El/la abusador/a sexual infantil me produce odio.	-.066	-.046	-.068	.598	-.279
p45 El/la abusador/a sexual infantil me produce asco.	.096	-.059	-.017	.550	-.118
p38 Aquel que abusa sexualmente de un/a niño/a es un perverso.	.229	-.012	.155	.508	.062
p53 El/la abusador sexual con frecuencia recurre a la violencia.	.016	-.025	.263	.494	.036
p73 Aquel que abusa sexualmente de un niño/a es un enfermo mental.	.065	.022	.165	.470	-.093
p63 Aquel que abusa sexualmente de un/a niño/a es un criminal.	.280	.057	-.076	.418	-.077
p77 Me sería indiferente ayudar a prevenir el abuso sexual infantil.	.200	-.033	-.021	.025	.717
p76 Me gustaría saber más acerca de la prevención del abuso sexual infantil.	-.080	.020	.020	.125	-.687
p8 Me produce sentimientos de enojo saber que se abusa sexualmente de los niños/as.	-.012	.053	-.015	.005	-.621
p7 Me sería gratificante ayudar a prevenir el abuso sexual infantil	-.011	.058	.034	-.051	-.586
p20 Me entristece saber que se abusa sexualmente de los niños/as.	.140	.129	-.042	.045	-.577
p28 Estoy en la disposición de ayudar a prevenir el abuso sexual infantil pero no sé cómo.	.090	.117	-.150	.072	-.574
p87 El/la abusador/a sexual infantil me produce indiferencia.	.022	.078	.065	-.136	.501
p88 Me sería molesto ayudar a prevenir el abuso sexual infantil.	.079	.113	-.110	.020	.453
p52 Me produce impotencia saber que se abusa sexualmente de los niños/as.	.051	.051	-.113	.291	-.446

Anexo 6

Solución de 6 factores

Reactivos	Factores					
	1	2	3	4	5	6
p43 Es necesario que la familia del niño/a abusado/a sexualmente reciba atención especializada.	.637	.005	-.003	.001	-.193	.016
p47 Un/a adolescente también puede abusar sexualmente a un niño/a.	.615	-.079	.001	-.055	-.007	.030
p23 El niño/a que ha sido víctimas de abuso sexual siempre debe recibir atención especializada.	.557	.142	-.166	.040	-.124	.056
p40 Forzar al /la niño/a a observar escenas eróticas en televisión es una forma de abusar sexualmente de él/ella.	.555	-.089	.061	-.247	.008	-.009
p37 Cuando un familiar ha abusado sexualmente de un/a niño/a es preciso alejarlo de él/ella, aun cuando sea alguno de los padres.	.527	.057	.154	-.013	.157	.039
p57 Es importante denunciar legalmente el abuso sexual infantil.	.503	-.005	-.121	.101	-.150	.051
p39 El niño/a que ha sido víctimas de abuso sexual siempre debe decirlo.	.500	-.050	-.105	.053	-.058	.171
p81 El/la abusador/a sexual infantil con frecuencia amenaza al niño/a para que no cuente lo ocurrido.	.474	.062	.196	-.002	-.015	.082
p42 Mostrar los órganos sexuales a un/a niño/a es una forma de abusar sexualmente de él/ella.	.410	-.063	.159	-.175	.083	.057
p24 Un/a niño/a también puede abusar sexualmente de otro niño/a.	.410	-.008	-.073	-.021	-.014	.012
p63 Aquel que abusa sexualmente de un/a niño/a es un criminal.	.410	.044	.110	.201	.126	.166
p26 Un/a anciano/a también puede abusar sexualmente de un niño/a.	.410	-.183	.211	-.165	.135	.079
p70 El/la abusador/a sexual infantil, generalmente, pertenece a la clase media.	-.037	.800	-.034	-.107	-.054	.057
p61 El abuso sexual ocurre más en las clases sociales altas.	.096	.798	-.081	-.077	-.076	-.056
p56 El abuso sexual, generalmente, ocurre en las clases sociales bajas.	-.025	.641	.053	-.024	-.052	-.159
p50 El/la abusador/a sexual infantil, generalmente, es una persona con baja escolaridad.	-.142	.622	.260	.048	-.141	-.073
p30 El /la abusador/a sexual infantil, generalmente, pertenece a la clase baja.	-.118	.614	.144	-.108	-.105	-.020
p85 El/la abusador/a sexual infantil, generalmente, es una persona de tez blanca.	-.076	.590	-.046	.027	-.012	-.078
p12 El/la abusador/a sexual infantil, generalmente, pertenece a la clase alta.	.039	.509	.083	-.206	.024	.094
p74 Un/a niño/a travieso/a tiene más riesgo de ser víctima de abuso sexual.	-.076	.469	.102	.035	.175	.029
p49 El/la abusador/a sexual infantil, generalmente, es una persona de tez morena.	-.059	.465	-.001	.083	.055	.010
p79 La mayoría de las veces el abusador sexual es el padre.	.149	.429	.205	-.230	-.043	.030
p4 El/la abusador/a sexual, generalmente, es una persona con estudios	.052	.428	-.101	-.112	.012	.193
p36 Ser víctima de abuso sexual en la infancia se relaciona con el consumo de alcohol en la adolescencia y adultez	-.161	.061	.754	-.172	-.214	-.164
p11 El consumo de drogas está relacionado con el abuso sexual infantil.	-.110	.064	.740	-.132	-.179	-.003
p9 Ser víctima de abuso sexual en la infancia se relaciona con el consumo de drogas en la adolescencia y adultez.	-.078	-.015	.709	-.110	-.115	.004
p19 El consumo de alcohol está relacionado con el abuso sexual infantil	-.126	.083	.662	-.147	-.042	-.072
p53 El/la abusador sexual con frecuencia recurre a la violencia.	.161	.008	.475	.256	.037	-.045
p46 El/la abusador/a sexual es una persona violenta.	.288	-.024	.411	.399	.051	-3.64
p64 El/la abusador/a sexual infantil me produce odio.	.194	-.004	.203	.507	-.037	.242
p29 Generalmente el/la abusador/a sexual es un familiar	.109	.181	.188	-.492	-.071	.036
p15 Masturbarse frente a un niño/a es una forma de abusar sexualmente de él/ella.	.140	-.120	.118	-.443	.169	.242
p75 El abuso sexual, generalmente, ocurre en casa de la víctima.	.103	.293	.088	-.441	-.012	.065
p88 Me sería molesto ayudar a prevenir el abuso sexual infantil.	.032	.054	-.100	-.087	.553	-.113
p77 Me sería indiferente ayudar a prevenir el abuso sexual infantil.	.161	-.049	.013	-.109	.525	-.460
p32 El ser abusado/a sexualmente en la infancia no afecta en la adultez.	-.262	.012	-.101	.066	.441	-.015
p8 Me produce sentimientos de enojo saber que se abusa sexualmente de los niños/as.	-.092	-.053	-.075	-.063	-.051	.743
p7 Me sería gratificante ayudar a prevenir el abuso sexual infantil	-.135	-.063	-.059	-.138	-.014	.741
p20 Me entristece saber que se abusa sexualmente de los niños/as.	.092	.041	-.071	-.064	-.096	.653
p6 El abuso sexual infantil es un problema de actualidad en México.	.049	-.004	-.005	-.350	.193	.513
p28 Estoy en la disposición de ayudar a prevenir el abuso sexual infantil pero no sé cómo.	.130	.087	-.136	.074	-.237	.512
p52 Me produce impotencia saber que se abusa sexualmente de los niño/as.	.140	.011	-.008	.200	-.020	.508
p76 Me gustaría saber más acerca de la prevención del abuso sexual infantil.	-.008	.027	.052	.159	-.438	.484

Anexo 7

Solución de 7 Factores

Reactivos	Factores						
	1	2	3	4	5	6	7
p37 Cuando un familiar ha abusado sexualmente de un/a niño/a es preciso alejarlo de él/ella, aun cuando sea alguno de los padres.	.630	.047	.002	-.001	-.046	-.009	-.111
p40 Forzar al /la niño/a a observar escenas eróticas en televisión es una forma de abusar sexualmente de él/ella.	.550	-.084	.012	-.222	-.046	-.007	.145
p47 Un/a adolescente también puede abusar sexualmente a un niño/a.	.534	-.075	.086	-.013	.014	.052	.278
p43 Es necesario que la familia del niño/a abusado/a sexualmente reciba atención especializada.	.525	.018	-.058	.031	.024	.021	.378
p81 El/la abusador/a sexual infantil con frecuencia amenaza al niño/a para que no cuente lo ocurrido.	.513	.062	-.070	.034	-.123	.047	.044
p39 El niño/a que ha sido víctimas de abuso sexual siempre debe decirlo.	.477	-.045	-.091	.043	.164	.143	.129
p23 El niño/a que ha sido víctimas de abuso sexual siempre debe recibir atención especializada.	.456	.149	-.020	.038	.190	.060	.297
p42 Mostrar los órganos sexuales a un/a niño/a es una forma de abusar sexualmente de él/ella.	.455	-.065	.027	-.136	-.127	.048	.011
p63 Aquel que abusa sexualmente de un/a niño/a es un criminal.	.434	.032	.064	.241	-.021	.144	-.005
p26 Un/a anciano/a también puede abusar sexualmente de un niño/a.	.432	-.187	.111	-.095	-.195	.092	.048
p84 Es bueno que los/las maestros/as den información a sus alumnos/as de cómo prevenir el abuso sexual infantil.	.421	.017	-.240	-.079	.005	.166	-.147
p38 Aquel que abusa sexualmente de un/a niño/a es un perverso.	.406	-.060	.157	.253	-.267	.092	-.121
p70 El/la abusador/a sexual infantil, generalmente, pertenece a la clase media.	.017	.794	-.070	-.121	.037	.035	-.104
p61 El abuso sexual ocurre más en las clases sociales altas.	.077	.793	.016	-.081	.068	-.050	.059
p56 El abuso sexual, generalmente, ocurre en las clases sociales bajas.	.023	.635	-.048	-.041	-.031	-.183	-.080
p50 El/la abusador/a sexual infantil, generalmente, es una persona con baja escolaridad.	-.135	.619	-.049	.097	-.265	-.078	.017
p30 El/la abusador/a sexual infantil, generalmente, pertenece a la clase baja.	-.100	.612	-.042	-.076	-.170	-.019	-.009
p85 El/la abusador/a sexual infantil, generalmente, es una persona de tez blanca.	-.114	.582	.101	.038	.020	-.053	.044
p12 El/la abusador/a sexual infantil, generalmente, pertenece a la clase alta.	.035	.502	.099	-.150	-.131	.125	.030
p49 El/la abusador/a sexual infantil, generalmente, es una persona de tez morena.	-.041	.454	.063	.089	.014	.009	-.074
p74 Un/a niño/a travieso/a tiene más riesgo de ser víctima de abuso sexual.	.065	.451	.017	.025	-.037	-.013	-.319
p79 La mayoría de las veces el abusador sexual es el padre.	.173	.427	.001	-.173	-.225	.037	.036
p4 El/la abusador/a sexual, generalmente, es una persona con estudios	.026	.422	.065	-.089	.063	.216	.042
p77 Me sería indiferente ayudar a prevenir el abuso sexual infantil.	.138	-.077	.622	-.069	-.045	-.362	-.029
p88 Me sería molesto ayudar a prevenir el abuso sexual infantil.	.027	.022	.587	-.044	.058	-.021	-.122
p76 Me gustaría saber más acerca de la prevención del abuso sexual infantil.	.026	.049	-.555	.140	.009	.385	.019
p83 No me considero capaz de ayudar a prevenir el abuso sexual infantil.	-.009	.073	.539	-.030	.075	.005	.106
p1 Se debe castigar al niño/a que fue sexualmente abusado/a	-.095	-.051	.421	.222	-.048	.265	.024
p64 El/la abusador/a sexual infantil me produce odio.	.162	-.012	-.028	.571	-.109	.214	.083
p46 El/la abusador/a sexual es una persona violenta.	.306	-.035	.042	.482	-.301	-.027	.029
p45 El/la abusador/a sexual infantil me produce asco.	.247	-.059	.139	.455	-.161	.174	.108
p29 Generalmente el/la abusador/a sexual es un familiar	.071	.189	.070	-.406	-.297	.093	.178
p75 El abuso sexual, generalmente, ocurre en casa de la víctima.	.135	.296	.006	-.404	-.149	.084	.010
p36 Ser víctima de abuso sexual en la infancia se relaciona con el consumo de alcohol en la adolescencia y adultez	-.118	.071	-.121	-.038	-.785	-.162	.063
p11 El consumo de drogas está relacionado con el abuso sexual infantil.	-.072	.070	-.099	.020	-.767	.001	.065
p19 El consumo de alcohol está relacionado con el abuso sexual infantil	-.116	.081	.085	.011	-.714	-.033	.074
p9 Ser víctima de abuso sexual en la infancia se relaciona con el consumo de drogas en la adolescencia y adultez.	.004	-.012	-.119	.018	-.703	-.013	-.035
p8 Me produce sentimientos de enojo saber que se abusa sexualmente de los niños/as.	-.157	-.051	-.020	.021	-.002	.775	.097
p7 Me sería gratificante ayudar a prevenir el abuso sexual infantil	-.121	-.062	-.096	-.082	.006	.744	-.059
p20 Me entristece saber que se abusa sexualmente de los niños/as.	.015	.045	-.042	.013	.013	.678	.166
p6 El abuso sexual infantil es un problema de actualidad en México.	.126	-.012	.062	-.298	-.037	.526	-.163
p28 Estoy en la disposición de ayudar a prevenir el abuso sexual infantil pero no sé cómo.	.075	.098	-.231	.087	.136	.488	.148
p52 Me produce impotencia saber que se abusa sexualmente de los niños/as.	.145	.008	-.097	.236	.054	.478	-.009
p32 El ser abusado/a sexualmente en la infancia no afecta en la adultez.	-.049	-.014	.115	-.012	.186	-.066	-.578
p57 Es importante denunciar legalmente el abuso sexual infantil.	.285	.003	.130	.159	.083	.115	.517
p44 Los/las niños/as víctimas de abuso sexual con el tiempo olvidan lo sucedido.	-.052	.142	-.026	-.016	.106	-.030	-.457
p59 Los/las niños/as inventan que han sido víctimas de abuso sexual.	-.173	.109	-.066	.070	.024	.036	-.444

Anexo 8

Solución de 8 factores

Reactivos	Factores							
	1	2	3	4	5	6	7	8
p43 Es necesario que la familia del niño/a abusado/a sexualmente reciba atención especializada.	.604	-.035	-.021	.032	-.045	.039	.321	.083
p23 El niño/a que ha sido víctimas de abuso sexual siempre debe recibir atención especializada.	.580	.069	.023	-.045	.091	.092	.234	.185
p40 Forzar al /la niño/a a observar escenas eróticas en televisión es una forma de abusar sexualmente de él/ella.	.493	-.022	.027	.032	-.040	-.033	.119	-.307
p47 Un/a adolescente también puede abusar sexualmente a un niño/a.	.491	-.054	.099	.144	.020	.032	.249	-.118
p84 Es bueno que los/las maestros/as den información a sus alumnos/as de cómo prevenir el abuso sexual infantil.	.490	-.029	-.189	-.052	-.080	.183	-.197	-.006
p39 El niño/a que ha sido víctimas de abuso sexual siempre debe decirlo.	.483	-.060	-.067	.096	.137	.144	.092	-.009
p37 Cuando un familiar ha abusado sexualmente de un/a niño/a es preciso alejarlo de él/ella, aun cuando sea alguno de los padres.	.480	.096	.002	.266	.010	-.049	-.127	-.199
p42 Mostrar los órganos sexuales a un/a niño/a es una forma de abusar sexualmente de él/ella.	.438	-.052	.055	.028	-.152	.034	-.020	-.164
p81 El/la abusador/a sexual infantil con frecuencia amenaza al niño/a para que no cuente lo ocurrido.	.419	.082	-.064	.229	-.089	.021	.024	-.114
p24 Un/a niño/a también puede abusar sexualmente de otro niño/a.	.409	-.015	.001	.017	.078	.004	.076	-.026
p70 El/la abusador/a sexual infantil, generalmente, pertenece a la clase media.	-.070	.835	-.098	.034	.102	.016	-.092	-.071
p61 El abuso sexual ocurre más en las clases sociales altas.	-.038	.803	-.005	.007	.102	-.056	.057	.030
p56 El abuso sexual, generalmente, ocurre en las clases sociales bajas.	-.101	.685	-.092	.107	.062	-.206	-.059	-.063
p30 El /la abusador/a sexual infantil, generalmente, pertenece a la clase baja.	-.137	.621	-.060	.004	-.134	-.027	.000	.005
p50 El/la abusador/a sexual infantil, generalmente, es una persona con baja escolaridad.	-.207	.612	-.081	.147	-.199	-.088	.036	.109
p85 El/la abusador/a sexual infantil, generalmente, es una persona de tez blanca.	-.095	.547	.088	-.016	.022	-.044	.044	.183
p12 El/la abusador/a sexual infantil, generalmente, pertenece a la clase alta.	.067	.486	.113	-.085	-.159	.125	.015	.008
p79 La mayoría de las veces el abusador sexual es el padre.	.127	.456	.001	.012	-.205	.019	.029	-.137
p74 Un/a niño/a travieso/a tiene más riesgo de ser víctima de abuso sexual.	.016	.433	.013	.068	-.022	-.020	-.320	.072
p4 El/la abusador/a sexual, generalmente, es una persona con estudios	.047	.415	.074	-.049	.048	.214	.032	.015
p77 Me sería indiferente ayudar a prevenir el abuso sexual infantil.	.013	-.013	.591	.087	.020	-.404	-.008	-.148
p88 Me sería molesto ayudar a prevenir el abuso sexual infantil.	.006	.024	.590	-.013	.050	-.041	-.119	.007
p83 No me considero capaz de ayudar a prevenir el abuso sexual infantil.	.004	.067	.541	-.035	.060	-.006	.104	.050
p76 Me gustaría saber más acerca de la prevención del abuso sexual infantil.	.167	-.049	-.508	-.032	-.082	.431	-.020	.226
p1 Se debe castigar al niño/a que fue sexualmente abusado/a	-.104	-.093	.429	.159	-.049	.252	.029	.184
p45 El/la abusador/a sexual infantil me produce asco.	-.066	.019	.079	.705	.044	.094	.156	-.066
p64 El/la abusador/a sexual infantil me produce odio.	-.083	.010	-.077	.680	.058	.160	.120	.119
p46 El/la abusador/a sexual es una persona violenta.	.127	-.055	.017	.566	-.196	-.064	.040	.160
p73 Aquel que abusa sexualmente de un niño/a es un enfermo mental.	.004	.067	-.039	.536	-.124	.046	-.030	-.079
p38 Aquel que abusa sexualmente de un/a niño/a es un perverso.	.167	-.010	.133	.516	-.142	.027	-.103	-.112
p63 Aquel que abusa sexualmente de un/a niño/a es un criminal.	.186	.105	.028	.510	.123	.079	.015	-.143
p53 El/la abusador sexual con frecuencia recurre a la violencia.	.102	-.026	-.027	.403	-.312	-.106	-.058	.119
p36 Ser víctima de abuso sexual en la infancia se relaciona con el consumo de alcohol en la adolescencia y adultez	-.112	.045	-.112	.025	-.787	-.162	.065	-.005
p11 El consumo de drogas está relacionado con el abuso sexual infantil.	-.062	.029	-.080	.077	-.777	-.001	.061	.035
p9 Ser víctima de abuso sexual en la infancia se relaciona con el consumo de drogas en la adolescencia y adultez.	-.010	-.041	-.101	.101	-.706	-.020	-.038	-.009
p19 El consumo de alcohol está relacionado con el abuso sexual infantil	-.133	.058	.092	.088	-.705	-.045	.080	.014
p8 Me produce sentimientos de enojo saber que se abusa sexualmente de los niños/as.	-.189	-.019	-.007	.112	.024	.747	.112	-.115
p7 Me sería gratificante ayudar a prevenir el abuso sexual infantil	-.147	-.020	-.076	.037	.019	.718	-.048	-.189
p20 Me entristece saber que se abusa sexualmente de los niños/as.	.047	.034	-.011	.055	-.011	.670	.153	-.020
p28 Estoy en la disposición de ayudar a prevenir el abuso sexual infantil pero no sé cómo.	.209	.017	-.184	-.043	.045	.520	.108	.191
p52 Me produce impotencia saber que se abusa sexualmente de los niños/as.	.166	-.053	-.067	.181	.026	.482	-.031	.173
p6 El abuso sexual infantil es un problema de actualidad en México.	.031	.088	.076	.003	-.001	.476	-.152	-.417
p32 El ser abusado/a sexualmente en la infancia no afecta en la adultez.	-.044	-.038	.124	-.083	.154	-.060	-.577	.062
p57 Es importante denunciar legalmente el abuso sexual infantil.	.289	-.014	.133	.167	.087	.111	.496	.092
p44 Los/las niños/as víctimas de abuso sexual con el tiempo olvidan lo sucedido.	-.071	.133	-.026	-.037	.102	-.028	-.452	.028
p59 Los/las niños/as inventan que han sido víctimas de abuso sexual.	-.156	.067	-.059	-.030	.002	.048	-.440	.137
p5 Acariar a un/a niño/a de manera sexual es una forma de abusar sexualmente de él/ella.	.094	.097	-.009	.083	.007	.208	-.100	-.560
p17 El abuso sexual infantil consiste únicamente en tener coito con el niño/a.	-.124	.169	.071	.122	-.024	.029	-.045	.439
p15 Masturbarse frente a un niño/a es una forma de abusar sexualmente de él/ella.	.160	-.039	.118	-.104	-.172	.231	-.086	-.422
p13 El abuso sexual contra los niños/as sólo ocurre en una ocasión.	.097	.059	.290	.005	-.034	.036	-.047	.413

Anexo 9

Solución de 9 factores

Reactivos	Factores								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
p43 Es necesario que la familia del niño/a abusado/a sexualmente reciba atención especializada.	.598	-.040	-.067	.030	-.032	-.002	.326	.016	-.110
p40 Forzar al /la niño/a a observar escenas eróticas en televisión es una forma de abusar sexualmente de él/ella.	.539	-.016	.126	.029	-.032	.038	.079	-.152	.146
p23 El niño/a que ha sido víctimas de abuso sexual siempre debe recibir atención especializada.	.526	.029	-.015	-.055	.094	.075	.268	.025	-.307
p47 Un/a adolescente también puede abusar sexualmente a un niño/a.	.519	-.048	.083	.147	.034	.042	.231	.010	.068
p37 Cuando un familiar ha abusado sexualmente de un/a niño/a es preciso alejarlo de él/ella, aun cuando sea alguno de los padres.	.514	.097	.071	.263	.019	-.010	-.156	-.088	.047
p84 Es bueno que los/las maestros/as den información a sus alumnos/as de cómo prevenir el abuso sexual infantil.	.483	-.039	-.203	-.057	-.072	.157	-.187	-.055	-.119
p39 El niño/a que ha sido víctimas de abuso sexual siempre debe decirlo.	.477	-.068	-.090	.094	.145	.121	.093	-.034	-.076
p81 El/la abusador/a sexual infantil con frecuencia amenaza al niño/a para que no cuente lo ocurrido.	.447	.087	-.035	.228	-.079	.024	.002	-.074	.026
p24 Un/a niño/a también puede abusar sexualmente de otro niño/a.	.440	.007	-.057	.025	.096	-.040	.062	.063	.070
p42 Mostrar los órganos sexuales a un/a niño/a es una forma de abusar sexualmente de él/ella.	.434	-.079	.141	.016	-.154	.117	-.021	-.109	-.069
p70 El/la abusador/a sexual infantil, generalmente, pertenece a la clase media.	-.031	.847	-.069	.040	.107	.012	-.124	-.043	.062
p61 El abuso sexual ocurre más en las clases sociales altas.	-.068	.812	-.014	.014	-.111	-.075	-.035	.039	.005
p56 El abuso sexual, generalmente, ocurre en las clases sociales bajas.	-.064	.699	-.059	.108	.062	-.195	-.100	-.101	.063
p30 El /la abusador/a sexual infantil, generalmente, pertenece a la clase baja.	-.107	.633	-.056	.008	-.130	-.039	-.018	.006	.040
p50 El/la abusador/a sexual infantil, generalmente, es una persona con baja escolaridad.	-.206	.608	-.051	.144	-.202	-.101	.030	-.025	-.085
p85 El/la abusador/a sexual infantil, generalmente, es una persona de tez blanca.	-.128	.518	.078	-.021	.016	-.037	.066	.075	-.206
p12 El/la abusador/a sexual infantil, generalmente, pertenece a la clase alta.	.074	.470	.070	-.084	-.154	.147	.026	.101	-.055
p79 La mayoría de las veces el abusador sexual es el padre.	.157	.451	.057	.010	-.202	.066	.009	-.067	.037
p77 Me sería indiferente ayudar a prevenir el abuso sexual infantil.	.001	-.053	.714	.074	.009	-.220	-.003	.084	-.029
p76 Me gustaría saber más acerca de la prevención del abuso sexual infantil.	.138	-.044	-.622	-.030	-.077	.277	.004	-.067	-.170
p88 Me sería molesto ayudar a prevenir el abuso sexual infantil.	.011	.008	.462	-.004	.060	.021	-.086	.388	.018
p87 El/la abusador/a sexual infantil me produce indiferencia.	-.042	.009	.447	-.188	-.106	-.164	-.056	.069	-.119
p83 No me considero capaz de ayudar a prevenir el abuso sexual infantil.	-.016	.035	.446	-.033	.063	.066	.142	.303	-.070
p45 El/la abusador/a sexual infantil me produce asco.	-.071	.005	.103	.702	.041	.122	.145	-.050	-.007
p64 El/la abusador/a sexual infantil me produce odio.	-.096	.009	-.141	.683	.061	.095	.123	.019	-.067
p46 El/la abusador/a sexual es una persona violenta.	.110	-.064	-.014	.562	-.192	-.103	.052	.057	-.146
p73 Aquel que abusa sexualmente de un niño/a es un enfermo mental.	.036	.082	-.043	.540	-.116	.031	-.053	-.018	.088
p63 Aquel que abusa sexualmente de un/a niño/a es un criminal.	.238	.131	-.012	.522	.140	.055	-.020	.034	.171
p38 Aquel que abusa sexualmente de un/a niño/a es un perverso.	.179	-.023	.152	.513	-.138	.073	-.108	.014	-.004
p53 El/la abusador sexual con frecuencia recurre a la violencia.	.103	-.024	-.047	.401	-.306	-.144	-.052	.048	-.085
p36 Ser víctima de abuso sexual en la infancia se relaciona con el consumo de alcohol en la adolescencia y adultez	-.067	.074	-.091	.027	-.782	-.181	.047	-.021	.111
p11 El consumo de drogas está relacionado con el abuso sexual infantil.	-.052	.028	-.069	.072	-.778	.001	.068	-.020	-.031
p9 Ser víctima de abuso sexual en la infancia se relaciona con el consumo de drogas en la adolescencia y adultez.	-.001	-.044	-.060	.093	-.709	-.005	-.035	-.062	-.031
p19 El consumo de alcohol está relacionado con el abuso sexual infantil	-.100	.071	.047	.092	-.698	-.045	.083	.116	.077
p8 Me produce sentimientos de enojo saber que se abusa sexualmente de los niños/as.	-.214	-.053	-.108	.114	.017	.772	.142	.004	-.015
p7 Me sería gratificante ayudar a prevenir el abuso sexual infantil	-.173	-.059	-.114	.034	.007	.770	-.023	-.086	-.022
p20 Me entristece saber que se abusa sexualmente de los niños/as.	.028	.009	-.156	.060	-.008	.651	.186	.078	-.054
p6 El abuso sexual infantil es un problema de actualidad en México.	.072	.078	.087	.007	-.005	.576	-.168	-.063	.211
p52 Me produce impotencia saber que se abusa sexualmente de los niños/as.	.130	-.074	-.239	.185	.033	.403	.015	.144	-.181
p32 El ser abusado/a sexualmente en la infancia no afecta en la adultez.	-.029	-.023	.021	-.071	.166	-.094	-.559	.246	.029
p57 Es importante denunciar legalmente el abuso sexual infantil.	.286	-.014	.030	.174	.100	.069	.501	.114	-.026
p44 Los/las niños/as víctimas de abuso sexual con el tiempo olvidan lo sucedido.	-.067	.136	-.046	-.034	.104	-.043	-.444	.071	-.023
p59 Los/las niños/as inventan que han sido víctimas de abuso sexual.	-.129	.101	-.211	-.012	.018	-.055	-.428	.233	.064
p1 Se debe castigar al niño/a que fue sexualmente abusado/a	-.073	-.067	.086	.190	-.019	.155	.070	.573	.119
p13 El abuso sexual contra los niños/as sólo ocurre en una ocasión.	.072	.056	.017	.020	-.014	-.074	.016	.487	-.190
p18 El abuso sexual no tiene consecuencias en el/la niño/a.	.150	.042	.070	-.145	-.010	-.054	.012	.473	-.078
p2 Me produce indiferencia saber que se abusa sexualmente de los niños/as	-.084	-.016	.132	.142	.068	-.152	-.043	.470	.229
p21 El desempeño escolar de un/a niño/a abusado/a sexualmente no se ve afectado.	-.079	.034	-.125	-.094	-.007	.013	-.237	.424	.029
p48 Todos/as los/las niños/as víctimas de abuso sexual de adultos tendrán una preferencia homosexual.	-.089	.119	-.004	-.013	-.286	.064	.007	.001	-.432
p71 Las madres nunca abusan sexualmente de sus hijos.	.071	.212	.003	-.015	.063	-.063	-.014	-.111	-.402

Anexo 10

Folio _____

ESCALA DE CREENCIAS Y ACTITUDES SOBRE ABUSO SEXUAL INFANTIL Y SU PREVENCIÓN

Se le mostrarán enunciados sobre el tema del abuso sexual infantil y usted responderá **que tan acuerdo está con estos enunciados**.

No hay respuestas correctas e incorrectas, es una escala anónima y confidencial, por lo tanto no se preguntará su nombre ni habrá manera de identificarlo.

INSTRUCCIONES: Por favor marque con una cruz (X) sobre el número de la opción que corresponda.

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1.- Sexo Hombre.....1 Mujer.....2
2.- Edad: _____ años
3.- Estado civil : Soltero.....1 Casado.....2 Divorciado.....3 Otro, especifique_____4
4.- Máximo nivel educativo Normal1 Licenciatura, ¿cuál?_____2 Maestría.....3 Doctorado.....4 Otro, especifique_____5
5.- Considera su situación económica como: Excelente.....1 Buena.....2 Regular.....3 Mala.....4

A continuación se le presentan unos enunciados, lea con atención y responda de acuerdo a la siguiente escala: **TA**

=Totalmente de acuerdo, **A** =Acuerdo en ciertos aspectos,

D =Desacuerdo en ciertos aspectos y **TD** =Totalmente en desacuerdo, marque una cruz en el espacio correspondiente.

INSTRUCCIONES: Marque con una cruz una sola opción en los recuadros en blanco.

No.	Enunciado	TA	A	D	TD
1	El/la abusador/a sexual infantil, generalmente, es una persona con baja escolaridad.				
2	El/la abusador/a sexual infantil con frecuencia amenaza al niño/a para que no cuente lo ocurrido.				
3	Me gustaría saber más acerca de la prevención del abuso sexual infantil.				
4	Aquel que abusa sexualmente de un/a niño/a es un perverso.				
5	El abuso sexual ocurre más en las clases sociales altas.				
6	Aquel que abusa sexualmente de un niño/a es un enfermo mental.				
7	Ser víctima de abuso sexual en la infancia se relaciona con el consumo de drogas en la adolescencia y adultez.				
8	El/la abusador/a sexual infantil me produce odio.				
9	El/la abusador/a sexual infantil, generalmente, es una persona de tez morena.				
10	Me produce impotencia saber que se abusa sexualmente de los niños/as.				
11	Un/a anciano/a también puede abusar sexualmente de un niño/a.				
12	El/la abusador/a sexual infantil, generalmente, pertenece a la clase alta.				
13	Cuando un familiar ha abusado sexualmente de un/a niño/a es preciso alejarlo de él/ella, aun cuando sea alguno de los padres.				
14	El consumo de alcohol está relacionado con el abuso sexual infantil.				
15	Es necesario que la familia del niño/a abusado/a sexualmente reciba atención especializada.				
16	Me produce sentimientos de enojo saber que se abusa sexualmente de los niños/as.				
17	El/la abusador/a sexual con frecuencia recurre a la violencia.				
18	Con frecuencia el abusador sexual presenta tendencias homosexuales.				
19	Un/a adolescente también puede abusar sexualmente a un niño/a.				
20	El consumo de drogas está relacionado con el abuso sexual infantil.				
21	Aquel que abusa sexualmente de un/a niño/a es un criminal.				
22	Me sería indiferente ayudar a prevenir el abuso sexual infantil.				
23	Es probable que los/las niños/as se contagien de alguna enfermedad de transmisión sexual a causa de ser abusados sexualmente.				
24	El abuso sexual, generalmente, ocurre en las clases sociales bajas.				
25	El/la abusador/a sexual es una persona violenta.				
26	Ser víctima de abuso sexual en la infancia se relaciona con el consumo de alcohol en la adolescencia y adultez				
27	Me sería gratificante ayudar a prevenir el abuso sexual infantil.				
28	El/la abusador/a sexual infantil me produce asco.				
29	El/la abusador/a sexual infantil, generalmente, es una persona de tez blanca.				
30	Me entristece saber que se abusa sexualmente de los niños/as.				
31	El niño/a que ha sido víctimas de abuso sexual siempre debe decirlo.				
32	El/la abusador/a sexual infantil, generalmente, pertenece a la clase baja.				
33	Estoy en la disposición de ayudar a prevenir el abuso sexual infantil pero no sé cómo.				

INSTRUCCIONES: Ahora marque con una cruz su respuesta en los recuadros y si es el caso, escriba su respuesta sobre las líneas indicadas.

34- En alguna ocasión ¿usted fue víctima de abuso sexual en su infancia?

SÍ	NO
----	----

¿Quién fue la persona que lo agredió? _____

35.- ¿Recibió algún tipo ayuda por dicho evento?

SÍ	NO
----	----

¿Describa que tipo de ayuda y si esta le fue de utilidad?

COMENTARIOS

SE AGRADECE SU COLABORACIÓN

REFERENCIAS

- Casi3n JM (2002) El Maltrato Infantil. Una propuesta de acci3n para su detecci3n en el 3mbito escolar. Programa de prevenci3n y detecci3n de situaciones de desprotecci3n y maltrato infantil. Asociaci3n de Desarrollo Comunitario en 3reas de Arag3n. Instituto Aragon3s de Servicios Sociales. Zaragoza, Espa1a.
- Ajzen (2006) <http://people.umass.edu/aizen/pdf/tpb.measurement.pdf>
- Ajzen, I. (1988). Attitudes, personality and behavior. Milton Keynes: Open University Press.
- 3lvarez R. (1995) Estadística multivariante y no paramétrica con SPSS. Aplicaci3n a las ciencias de la salud. Madrid
- Alvaro JL. (2003). Psicología Social. Perspectivas Psicol3gicas y Sociol3gicas. Mc Graw Hill. Espa1a.
- APA. (2000) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edn. Washington, DC.
- Ander-Egg E. (1978) Introducci3n a las T3cnicas de Investigaci3n Social. Ed. Huanitas. Argentina, Buenos Aires.
- Attie T. (1995) Violencia sexual silenciosa. Psicología Iberoamericana, 3 (3):
- Batres G. (1997) Del ultraje a la esperanza. Tratamiento de las secuelas del incesto. ILANUD. Costa Rica.
- Bernardi M. (1996) Un problema inventado. La educaci3n sexual. Orientaciones y propuestas desde la edad preescolar hasta la adolescencia. Gedisa. Espa1a,
- Burnan MA, (1988) Sexual assault and mental disorders in a community population. Consult Clinical Psychology; 56,6843–6850.
- Caba1eros J. (2003) Efecto de la deseabilidad social en preguntas sobre temas comprometidos. IX Conferencia Espa1ola de Biometría. La Coru1a.
- C3digo Penal Federal. <http://www.ordenjuridico.gob.mx/Federal/Combo/C-8.pdf>. Acceso 2007.
- Cohen L (2002) Impulsive personality traits in male pedophiles versus health controls: Is pedophilia an impulsive-aggressive disorder? Comprehensive Psychiatry, 43 (2).
- Crooks R (2004). Nuestra sexualidad. S3ptima edici3n. Thomson Editores. M3xico.

- De la Garza–Aguilar (1997) Elementos para el estudio de la violación sexual. *Salud Pública de México*; 39 (6) 539–545.
- De la Huerta Y. (1994) Evaluación de un programa de abuso sexual. *Psicología Social en México*, Vol. V.
- Díaz–Martínez A. (1999) Enseñanza de contenidos de violencia intrafamiliar y sexual en instituciones de educación superior. *Gaceta Médica de México*. Vol. 135 Núm. 3.
- Elejabarrieta F. (1984) Construcción de escalas de actitud tipo Thurst y Likert. Universidad Autónoma de Barcelona. España.
- Estrada Q, (1995). La agresión sexual infantil dentro del núcleo familiar. *Psicología Iberoamericana*; 3 (3) 37-41.
- Ferrando P. (2007) A measurement model for likert responses that incorporates response time. *Multivariate Behavioral Research*. Vol. 42(4):675-706.
- Finnilä-Tuohimaa K. (2008) Attitudes related to child sexual abuse: scale construction and explorative study among psychologists. *Scandinavian Journal of Psychology*. Vol. 49(4):311-323.
- Finkelhor D. (1994) Victimization of children. *American Psychology*.49:173-183.
- Finkelhor D. (2005) El abuso sexual al menor. Causas, consecuencias y tratamiento psicosexual. Ed. Pax, México, D.F. pp.302.
- Fishbein, M.; Ajzen, I. (1975) *Belief, attitude, intention and behavior*. Reading, M.A.; Addison-Wesley.
- Florenzano U. (1995) Frecuencia de maltrato infantil y sexual en escolares de Santiago de Chile: antecedentes familiares y consecuencias. *Revista de Psiquiatría XII*, 2 60-66.
- Font P. (2002) *Pedagogía de la sexualidad. Material para la innovación educativa*. Ed. Grao. España pp167.
- Frayser S.(1994) Defining normal childhood sexuality: An anthropological approach. *Annual Review of Sex Research*, 5, 173-217.
- Frías A. (1987) Aspectos legales y conductuales del maltrato infantil: alternativas de modificación a la ley en materia civil y penal. *Revista Sonorense de Psicología*. Vol. 1 Num.2.
- García C. (1999) *Socioantropología de la violencia de género*. La Venta, Núm. 10,

Venezuela.

- García H. (1989) Patrones de interacción familiar y el abuso físico del niño. *Revista Sonorense de Psicología*. Vol. 3. Núm. 2.
- García S. (1998) El sistema de actitudes en relación con la enfermedad mental: un modelo descriptivo de su formación y consecuencias. Tesis para obtener el grado de doctora en psicología.
- Garralda H. (1980) El abuso hacia los niños. *Salud Mental*. Vol. 3 Núm. 3.
- Gelles R., (1990) Domestic violence d sexual abuse of children: A review of research in the eighties. *Journal of marriage and the family*. 52, 1045 – 1058.
- González Serratos R. (2001) Intervención en abuso sexual a menores: una perspectiva de género. *Psiquiatría*. Vol. 17 Núm. 3.
- González Serratos R., (2003) Formación profesional en violencia sexual y doméstica. En Uribe Elías, Billings D., *Violencia sobre la salud de las mujeres ¿por qué hoy?* Femego / Ipas 191 – 205, México.
- Hernández S. (2003) *Metodología de la Investigación*. Mc Graw Hill. México.
- Herrada-Huidobro A. (1992) El niño maltratado en Tlaxcala: estudio de casos. *Salud Pública de México*. Vol. 34. Núm. 6.
- Ibáñez B. (1998) Un modelo para la prevención y tratamiento del abuso sexual. *Psicología y Salud*. Instituto de Investigaciones Psicológicas. Universidad Veracruzana; 11, ene – jun, 23 – 28.
- Ibáñez, T. (1988) *Ideologías de la vida cotidiana*. Sendai. Barcelona. 1988
- Johnson C. (2004) Child sexual abuse Review. *The Lancet*. Vol. 364: 462-470.
- Kempe CH (1978) Sexual abuse, another hidden pediatric problem: the 1977 C. Anderson Aldrich Lecture. *Pediatrics*; 62:382-389.
- Kerlinger F. (2002) *Investigación del Comportamiento: Métodos de Investigación en Ciencias Sociales*. McGraw-Hill México.
- Lammoglia E. (1999) *Abuso sexual en la infancia. Cómo prevenirlo y superarlo*. Editorial Grijalbo. México D.F. pp. 289.
- León JM. (2004) *Psicología de la salud y de la calidad de vida*. Ed. UOC. Barcelona, España.
- Loredo-Abdalá A. (2004) *Maltrato en niños y adolescentes*. Editores de Textos

- Mexicanos. México D.F.pp.397.
- Loredo-Abdalá A. (2008) Maltrato infantil: consideraciones básicas para el diagnóstico de las formas más preponderantes. *Acta Pediátrica de México*. Vol. 29(5):255-261.
- Maes M. (2001) Pedophilia: A biological disorder? *Current Opinion in Psychiatry*, 14.
- Martínez B. (2000) Prevención del Abuso Sexual Infantil: Análisis crítico de los Programas escolares Escuela de Psicología Pontificia Universidad Católica de Chile. Proyecto Fondef "Educación para la no violencia."
- MacIntyre D. (2000) Development of the Stay Safe Programme. *Child Abuse Review*. 9(3):200-216.
- McCary JL. (2000) *Sexualidad Humana de McCary*. Ed. Manual Moderno. México.
- Mora M. (2002) La Teoría de la Representación Social de Serge Moscovici. *Athenea Digital*. Num. 2.
- Moscovici S. (1986) *Psicología social, II. Pensamiento y vida social. Psicología social y problemas sociales. Cognición y desarrollo humano*. Barcelona, España. Ed. Paidós, pp 747.
- MacMillan H. (1994) Primary prevention of child physical abuse and neglect: A critical review. Part I. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and allied disciplines*, 35, (5):835-856.
- Nelson E. (2002) Association between self reported childhood sexual abuse and adverse psychosocial outcomes. *Archives General of Psychiatry* .Vol. 59.
- Nunnally J. (1995) *Teoría Psicométrica*. Ed. Mc Graw Hill. México.
- Núñez C. (2001) Exploración del sentido de vida a través el diseño de un instrumento cuantitativo, tesis de maestría en desarrollo humano. UG
- Oliverio F. (2004) ¿Qué es la pedofilia? Ed. Paidós. *Saberes Cotidianos* España. pp.247.
- Olsen J. (1993) Prevention of child abuse and neglect. *Applied and Preventing Psychology*. 2(4):217-229.
- Organización Mundial de la Salud. OMS (1975) *Instrucción y asistencia en cuestiones de sexualidad humana: Formación de profesionales de la salud*. Ginebra.
- Organización Panamericana de la Salud.OPS. (1995) *Libro de lecturas: Manual de Comunicación para Programas de Prevención del uso de Drogas*. Reproducción de Documentos Serie No. 12.

- Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud. OPS/OMS (200) Informe mundial sobre la violencia y la salud. Washington, EE.UU.
- Owens P. (2003) Comorbidity and psychiatric diagnosis among women reporting child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 27.
- Pick S. (1994) El personal docente como agente de educación sexual: programas de capacitación a nivel nacional. *La Psicología Social en México. Volumen V.*
- Quintana ME. (1992) Diagnóstico: abuso sexual contra menores. Dos generaciones, Centro Nicaragüense de Promoción de la Juventud y la Infancia. Managua, 1992. pp 60.
- Rainer G. (2007) Ordinal methodology in analysis of Likert scales. *Quality & Quantity*. Vol. 41:601-626.
- Ramos L. (1995) Violencia doméstica y maltrato emocional. Consideraciones sobre el daño psicológico. *Salud Reproductiva y Sociedad*. Año II, Num. 6.
- Redondo C. (2005) El abuso sexual infantil. Revisión. *Boletín de Pediatría*. 45:3-16.
- Repucci D. (1998) Child sexual abuse prevention programs that target young children. En Trickett P. *Violence against children in the family and the community*. Washington: American Psychological Association.
- Roberts R.(2004) The effects of child sexual abuse in later family life; mental health, parenting and adjustment of offspring. *Child Abuse & Neglect* ,28,
- Rodas A. (2006) El maltrato al menor: definición integral. *Honduras Pediátrica*. Vol. 21 (1).
- Sallán Leyes J (2001) Modelos de estrategia formalizada y eficacia organizativa: el caso de las instituciones de educación superior europeas. Tesis Doctoral. Universidad Politécnica de Cataluña. <http://www.tdx.cat/TDX-0426101-090510>.
- Santana-Tavira R. (1998) El maltrato infantil: un problema mundial. *Salud Pública de México*. Vol. 40 Núm. 1.
- Simarra J. (2002) Malos tratos infantiles: representaciones sociales de la población en general y de los profesionales del ámbito de la infancia en el Caribe colombiano. *Chile Abuse & Neglect*. 26.
- Streiner D. (1995) *Ealth Measurement Scales. A practical guide to their development and use*. Oxford University Press. United States.

- Sullivan D. (2004) El Sexo que se calla. Dinámica y tratamiento del abuso y traumas sexuales en niños y adolescentes. Ed. Pax. México. México. pp 268.
- Summers G. (1976) Medición de actitudes. Ed. Trillas. México.
- Torregrosa, J.R. (1968).El estudio de las actitudes: Perspectivas psicológicas y sociológicas. Revista Española de Opinión Pública, 11, 155-165.
- Triola M. (2004) Estadística. Ed. Pearson Addison Wesley. México.
- Vázquez M. (1995) Agresión sexual. Evaluación y tratamiento en menores. Ed. Siglo Veintiuno. España.
- UNICEF (2005) Violence Against Children in Europe. A preliminary review of research. Innocenti Research Centre.
- U.S. Department of Health & Human Services. Administration for Children and Families. (2006) Child Maltratment 2006. Administration on Children, Youth and Families. Children Bureau. Washington D.C.
- Villarino H. (2001) Incesto y abuso sexual en la infancia y adolescencia. Psiquiatría y Salud Mental 18 (1) 10-33.
- Villatoro, J (2006). ¿Cómo educamos a nuestros/as hijos/as? Encuesta de Maltrato Infantil y Factores Asociados 2006. Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES). Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (INPRFM). México, D.F.
- Volnovich J (2002) Abuso sexual en la infancia. Lumen Humanitas, Buenos Aires-México.
- World Health Organization. WHO. (1999) Injuries and violence prevention. Washington,