



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA**

**CARRERA DE PSICOLOGÍA**

**EL POTENCIAL RESILIENTE DE MADRES CON HIJOS QUE  
HAN SUFRIDO ABUSO SEXUAL INFANTIL Y LA  
PERCEPCIÓN DE RIESGO Y PROTECCIÓN DE ESTOS  
NIÑOS**

**T E S I S**

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

**ANDREA MARTINEZ VILLARREAL**

**JURADO DE EXAMEN**

DIRECTORA: DRA. GUADALUPE ACLE TOMASINI

COMITÉ: LIC. EDUARDO ARTURO CONTERAS RAMÍREZ

MTRA. MARLENE RODRÍGUEZ MARTÍNEZ

DRA. GABRIELA ORDAZ VILLEGAS

DR. JOSÉ MANUEL GARCÍA CORTÉS



CDMX

JUNIO 2016



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.

## **AGRADECIMIENTOS**

*A la Dra. Guadalupe Acle Tomasini gracias por todo su apoyo, por creer en mí, por las invaluable enseñanzas, pero sobre todo por su cariño, es un placer trabajar a su lado. Para usted toda mi admiración y respeto.*

*A los integrantes de mi jurado: Lic. Eduardo Contreras, Mtra. Marlene Rodríguez, Dra. Gabriela Ordaz y Dr. José Manuel García por el tiempo y dedicación que pusieron en la revisión de este trabajo, las recomendaciones, aportaciones y todo el apoyo que me han brindado.*

*Al Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación Tecnológica (PAPIIT) IN302812: Validación social del modelo riesgo/resiliencia en educación especial, por el apoyo económico otorgado para la realización de esta tesis.*

*Al HIMFG por las facilidades otorgadas para la realización de esta investigación.*

## DEDICATORIAS

*A mis padres Dolores y Manuel, no tengo palabras para agradecer todo lo que me han dado, sobre todo por su amor incondicional, creer siempre en mí, animarme en los momentos difíciles y motivarme a salir adelante. Por su apoyo, entrega y dedicación en mi cuidado y educación, también por guiarme con sus valiosos consejos e inculcarme valores. Todo lo que soy es gracias ustedes y son lo más importante en mi vida.*

*A mi hermano José Manuel que a pesar de la distancia estas siempre conmigo. ¡TE QUIERO!*

*A mi abuelita en donde quiera que estés esto es para ti.*

*A Isai, mi compañero de vida, por todo tu amor, por motivarme a ser una mejor persona, apoyarme en todo lo que me propongo, estar conmigo en las buenas y en las malas, también por animarme en los momentos difíciles, sin ti esto no hubiera sido posible. ¡TE AMO!*

*A mi amiga de toda la vida Hassel gracias por estar siempre a mi lado.*

*A mis amigos de carrera con los que he compartido muchos momentos felices, en especial a Lucero por todo tu cariño, apoyo, amistad incondicional y estar siempre al pendiente de mí. ¡TE QUIERO!*

*A Cesar Ortiz por creer en mí, motivarme y apoyarme siempre.*

*Y por último, pero no menos importante gracias a todos los niños y mamás que hicieron posible la realización de esta tesis y a los que tuve la fortuna de conocer en el HIMFG no pude haber tenido mejores maestros de vida. Se quedan en mi corazón.*

## Índice

Resumen.....	1
Introducción .....	2
Capítulo I. Resiliencia.....	3
Definición.....	3
Antecedentes del estudio de la resiliencia.....	12
Tipos y etapas de la resiliencia.....	22
Resiliencia familiar .....	23
Resiliencia educativa .....	24
Resiliencia social, comunitaria o colectiva.....	26
Enfoques teóricos de la resiliencia .....	27
Enfoque de psicopatología del desarrollo .....	28
Enfoque de competencias.....	28
Enfoque psicoanalítico.....	29
Enfoque ecosistémico .....	29
Enfoque sistémico .....	30
Factores de riesgo y protección.....	31
Factores de riesgo.....	32

Factores de protección .....	35
Características de la resiliencia .....	38
Características de los niños resilientes .....	38
Características de los padres resilientes .....	40
Importancia de la promoción de comportamientos resilientes en la infancia .....	42
Capítulo II. Abuso sexual infantil.....	45
Definición.....	45
Antecedentes históricos sobre abuso infantil .....	51
Maltrato Infantil y abuso sexual.....	53
Enfoques sobre el abuso sexual infantil .....	62
Centrados en la familia .....	63
Centrados en el contexto .....	63
Centrados en el abusador.....	64
Centrados en la interacción abusador y sistema social.....	64
Modelos teóricos .....	65
Modelos unifactoriales: .....	66
Modelos multifactoriales:.....	68
Tipos de abuso sexual.....	69
Prevalencia en México de abuso sexual infantil .....	77

Características de los niños sobrevivientes de abuso sexual.....	80
Consecuencias del tipo de abuso sexual en los niños.....	84
Consecuencias a corto plazo:.....	86
Consecuencias a largo plazo:.....	86
Factores de riesgo del abuso sexual infantil.....	88
Factores de riesgo individuales.....	88
Factores de riesgo familiares .....	89
Factores de riesgo sociales .....	89
Factores de protección para tratar y prevenir el abuso sexual infantil .....	90
Resiliencia en casos de abuso sexual .....	94
Capítulo III. Método .....	97
Capítulo IV. Resultados .....	107
Capítulo V. Discusión y Conclusiones .....	151
Limitaciones y sugerencias .....	155
Referencias.....	156

## Resumen

La resiliencia es la capacidad que tiene una persona para hacer frente a las adversidades de la vida, aprender de ellas, superarlas y salir fortalecidos de éstas, producto de la interacción de factores positivos y negativos de la personalidad e interacción social. El abuso sexual infantil tiene efectos devastadores en la vida y desarrollo de los niños que lo sufren y sus familias, siendo una prueba muy costosa para los padres, ya que en muchos de los casos provoca ruptura familiar, por esto es importante estudiar como las madres con hijos que han sufrido abuso sexual infantil, pueden adaptarse positivamente a esta situación y ayudar a sus hijos a superar el abuso sexual.

El objetivo del presente trabajo fue analizar la relación existente entre el potencial resiliente de madres con hijos que han sufrido abuso sexual infantil, las acciones que ellas emprenden a favor de sus hijos y la percepción de riesgo y protección de estos niños en el ámbito individual, familiar y escolar, además de la interacción entre los factores del potencial resiliente de las diadas madre-hijo. Para lo cual participaron de forma voluntaria 9 diadas madre-hijo y dos niñas pertenecientes a una casa hogar atendidos en un hospital infantil. Se realizó una historia clínica, la entrevista sobre resiliencia y abuso sexual, se aplicó la Escala de Potencial Resiliente (E-PoRE) de García J. M y García, M. (en Prensa). De igual forma, se utilizó la Escala de percepción de riesgo y protección versión niños (Acle-Tomasini y Ordaz-Villegas, 2013) y se aplicó el Test del dibujo de la familia de Louis Corman (1967). Se llevó a cabo un estudio de tipo exploratorio y descriptivo, con un diseño mixto no experimental, exploratorio transversal de campo. Los resultados muestran que estas madres cuentan con un alto potencial resiliente lo que les ha permitido emprender acciones a favor de sus hijos y de ellas que ayudan a minimizar los efectos negativos del abuso sexual, este potencial resiliente se ve reflejado en los niños ya que muestran una baja percepción de riesgo sintiéndose protegidos principalmente por sus madres y familia ante esta dura adversidad. Se concluye entonces que, aunque en las madres existan diferentes factores negativos, éstos se ven amortiguados por los factores protectores que ayudan a disminuir el impacto del abuso sexual, se resalta que el vínculo entre madre e hijo y el apoyo familiar son base para la construcción de la resiliencia.

Palabras clave: Resiliencia, abuso sexual infantil, factores riesgo-protección

## Introducción

El abuso sexual infantil es considerado una de las formas más graves de maltrato y violencia hacia los niños debido a que trasgrede sus límites íntimos y personales, los datos al respecto son alarmantes; México ocupa el primer lugar a nivel mundial en abuso sexual infantil, se estima que alrededor de 4.5 millones de niños son víctimas de abuso sexual, sin embargo no existen cifras exactas sobre los casos de este delito, esto se debe a que las víctimas no denuncian por miedo o vergüenza (Orjuela y Rodríguez, 2012; Cuellar, 2015; Figueroa, 2016; Aguilar, Tonantzin y García 2016).

Este tipo de maltrato tiene efectos devastadores en la vida y desarrollo de los niños que lo sufren, se afecta su integridad física y psicológica por ser una de las experiencias más traumáticas no sólo para los niños, también lo es para la familia, es una prueba muy costosa para los padres, puesto que rompe el ritmo de vida familiar y en muchos casos implica su ruptura, en la mayoría de los casos son las madres o las cuidadoras primarias las que enfrentan al mismo tiempo que sus hijos las consecuencias del abuso sexual, por lo que tienen un papel fundamental en el fortalecimiento, recuperación y adaptación del niño y de ellas mismas ante esta situación adversa. Desde esta perspectiva, en el presente trabajo se pretende conocer si madres con hijos que han sufrido abuso sexual infantil cuentan con los factores del potencial resiliente, cómo se desarrolla este proceso que les permite emprender acciones a favor de sus hijos y de ellas mismas, así como estudiar la percepción de factores de riesgo y protección que tienen estos niños en relación a sus ambientes escolar y familiar.

## Capítulo I. Resiliencia

En la actualidad el término resiliencia ha cobrado gran importancia en diferentes disciplinas como la sociología, antropología, derecho, medicina, trabajo social, economía y filosofía; en el campo de la psicología, este interés se debe principalmente a varios estudios de seguimiento, informes clínicos y otros estudios que se han hecho durante varias décadas en los que se indica que existen personas que a pesar de vivir circunstancias difíciles, extremas o traumáticas en la infancia, como abandono, maltrato, guerras, hambre, entre otras, no desarrollaron problemas de salud mental, abuso de drogas o conductas criminales en la adultez (González-Arratia, Valdez y Zavala, 2008).

### Definición

Definir la resiliencia no es nada sencillo debido a un gran número de conceptos asociados a este término. Resiliencia procede del latín, de la palabra “resilio”, que significa volver atrás, volver de un salto, resaltar, rebotar y es tomado de la física para explicar la propiedad de algunos cuerpos de recobrar su forma original luego de haber sido sometidos a altas presiones. Sin embargo, su aplicación en las ciencias humanas presenta una connotación diferente, surge a partir de la necesidad de explicar cómo numerosos individuos, inmersos en situaciones adversas de alta tensión, respondieron de una manera positiva y adaptada, pese a vivir y crecer en condiciones riesgosas (Kotliarenco, Cáceres y Fontecilla, 1997).

Según el Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española (2014), la palabra resiliencia es utilizada en mecánica para expresar la capacidad de un material elástico para absorber y almacenar energía de deformación y en el campo de la psicología se define como, la

capacidad humana de asumir con flexibilidad situaciones límite y sobreponerse a ellas. Por su parte la Asociación Americana de Psicología (APA, 2014) define a la resiliencia como el proceso de adaptarse bien a la adversidad, a un trauma, tragedia, amenaza, o fuentes de tensión significativas, como problemas familiares o de relaciones personales, problemas serios de salud o situaciones estresantes del trabajo o financieras, siendo esta una capacidad humana universal y ordinaria que incluye conductas, pensamientos y acciones que pueden ser aprendidas y desarrolladas por cualquier persona.

Para Rutter (1993) la resiliencia es un fenómeno que manifiestan sujetos jóvenes que evolucionan favorablemente, aunque hayan experimentado una forma de estrés, que implica un grave riesgo de consecuencias desfavorables, este autor entiende a la resiliencia como una respuesta global en la que se ponen en juego los mecanismos de protección, esto es la dinámica que permite al individuo salir fortalecido de la adversidad, en cada situación específica y respetando las características personales

Según Vanistendael (1996) la resiliencia es la capacidad de tener éxito de modo aceptable para la sociedad, a pesar de un estrés o de una adversidad que implica normalmente un grave riesgo de resultados negativos, por su parte Goodyer (1995), admite que hay resiliencia cuando un niño muestra reacciones moderadas y aceptables en un ambiente en el que está sometido a estímulos considerados como nocivos.

Varios autores (Kreiser, 1996; Cyrulnik, 1998, 2001, 2002; Vanistendael, 2000) concuerdan en que la resiliencia es capacidad de un sujeto para superar circunstancias de especial dificultad, gracias a sus cualidades mentales, de conducta y adaptación es decir, mantener un

proceso de crecimiento y desarrollo suficientemente sano y normal a pesar de las condiciones de vida adversas.

Para Vanistendael (1996) la resiliencia es una construcción compleja que compara con una pequeña casita que ayudar a comprender como se construye, mantiene o restablecer la resiliencia y promover acciones destinadas a su construcción. Para este autor es de suma importancia el suelo sobre el cual está construida la casa, que representan las necesidades elementales como lo son la alimentación y los cuidados básicos para la salud. El subsuelo se forma de las redes de contactos informales como la familia, amigos o compañeros en donde la persona se siente aceptada, es en este sentimiento de aceptación se encuentran los cimientos de la casa. La planta baja, donde se sitúa la capacidad de encontrar el sentido y coherencia la vida a través de alguna filosofía o religión, en este nivel también se encuentran los proyectos concretos como ayudar, cuidar y apoyar a otra persona, además la casa cuenta de un jardín que ofrece posibilidades pedagógicas importantes. El primer piso lo conforman tres habitaciones: la autoestima que es fundamental para el desarrollo de resiliencia; las aptitudes y las competencias reconocidas por la persona, la última habitación es el humor y otras estrategias de adaptación que protege a la persona del sufrimiento, ayuda a liberar energías y proporciona otra perspectiva de la realidad.

Por último se encuentra el altillo o desván que representa la apertura hacia otras experiencias que contribuyen a la construcción de resiliencia, es importante mencionar que las habitaciones se comunican entre sí a través de las puertas y escaleras, es decir los elementos que conforman el concepto de resiliencia están entrelazados. El diseño de la casa tiene la finalidad de que al recorrerla se puedan detectar las fortalezas y debilidades de una persona y de su entorno.

En la figura 1 se muestra esquemáticamente lo propuesto por este autor (Vanistendael, 1996, como se citó en Vanistendael y Lecomte, 2002, p. 175).

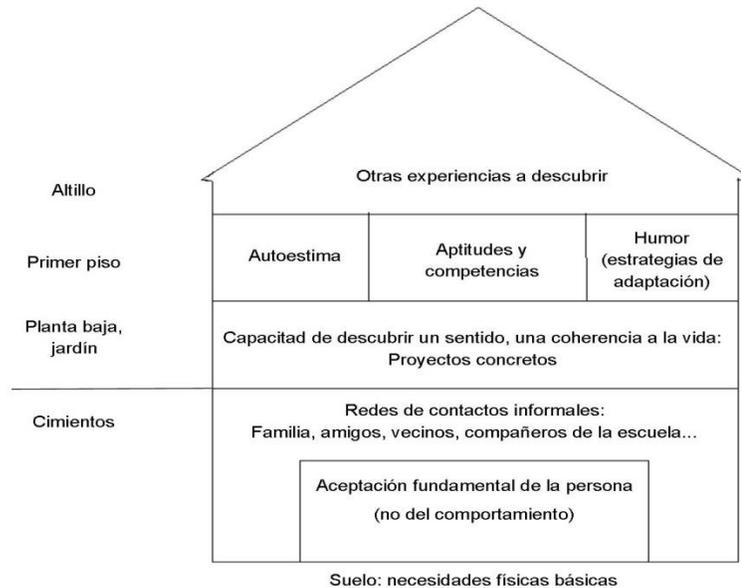


Figura 1. Casita: La construcción de la resiliencia, tomado de Vanistendael y Lecomte (2002).

Grotberg (1995, 1996 1999, 2000, 2001, 2002, 2006), a lo largo de varios años de investigación define a la resiliencia como, la capacidad del ser humano para hacer frente a las adversidades de la vida, aprender de ellas, superarlas e inclusive, ser transformado por estas. Es decir, la capacidad para reaccionar y salir adelante después de situaciones estresantes, de temor o traumáticas serias, que surgen durante el transcurso de la vida.

Para Villalba (2003) la resiliencia es un constructo dinámico que incluye una amplia clase de fenómenos implicados en las adaptaciones exitosas en el contexto de amenazas significativas para el desarrollo. La resiliencia requiere una respuesta individual, sin embargo, no es una característica individual, pues está condicionada tanto por factores individuales como

ambientales y surge de una gran diversidad de influencias que se unen para producir una reacción favorable frente a una amenaza importante.

Manciaux (2003) considera que la resiliencia tiene dos aspectos de resistencia al trauma y de dinámica existencial, y que la resiliencia es más que la resistencia misma y más amplia que la adaptabilidad, que sólo es uno de los elementos y la define como, la capacidad de una persona o de un grupo para desarrollarse bien, para seguir proyectándose en el futuro a pesar de acontecimientos desestabilizadores, de condiciones de vida difíciles y traumas a veces graves. Esto es, abordar los problemas de una manera constructiva, a partir de una movilización de los recursos de las personas directamente afectadas. Sin embargo, afirma que la resiliencia es una capacidad que resulta de un proceso dinámico, evolutivo, en que la importancia de un trauma puede superar los recursos del sujeto y que varía según las circunstancias, la naturaleza del trauma, el contexto y la etapa de la vida; puede expresarse de modos muy diversos según la cultura.

Actualmente la definición más aceptada de resiliencia es la de Garmezy (1991) quien la define como la capacidad para recuperarse y mantener una conducta adaptativa después del abandono o la incapacidad inicial al iniciarse un evento estresante, una definición semejante a la anterior es la de Masten (2001) para quien la resiliencia es un fenómeno que se caracteriza por buenos resultados a pesar de las serias amenazas para la adaptación o el desarrollo.

Para Luthar, Cicchetti y Becker (2000) la resiliencia se refiere a un proceso dinámico que comprende la adaptación positiva dentro del contexto de una adversidad significativa, el propio Luthar (2003) define el término de resiliencia como la manifestación de la adaptación positiva a pesar de significativas adversidades en la vida. Mientras Masten y Powell (2003) indican que la

resiliencia se refiere a patrones de adaptación positiva en el contexto de riesgos o adversidades significativas.

Barudy y Marquebreucq (2006) resumen la resiliencia en cuatro elementos clave que permiten una clara definición de resiliencia, que son:

- 1) Los desgarros traumáticos.
- 2) Las suturas, mejores o peores, de su entorno.
- 3) La evaluación del trauma, las agresiones y golpes reales.
- 4) La evocación del trauma en la representación de lo sucedido, en el relato íntimo y en la mirada social.

Para estos autores la resiliencia es una alternativa de salud mental para un individuo herido que busca desarrollarse, tras el trauma, en su familia y en su sociedad, es decir la actitud ante el sufrimiento psíquico / psicológico. Sin embargo, refieren que en ocasiones la resiliencia no es posible debido a que; los recursos internos no fueron bien fortalecidos, falta de estabilidad afectiva, falta de vínculos seguros, entorno con riesgo de maltrato, problemas graves del desarrollo, otra razón puede ser que la intensidad y duración del trauma han dañado demasiado el psiquismo o el cerebro del agredido o por que el entorno no proporciona al herido ningún tutor o guía de resiliencia.

Como se puede observar, todas estas definiciones tienen en común la resistencia a un trauma, a un suceso o a un estrés considerado grave, y en una evolución posterior, satisfactoria, socialmente aceptable. Se puede decir entonces que la resiliencia es un cambio positivo que ocurre a lo largo del tiempo logrando una adaptación positiva como respuesta ante una

adversidad dependiendo del significado que tenga en ese momento el suceso para la persona en un contexto determinado. El término resiliencia no es un concepto único ni definitivo, es un concepto que sigue en construcción a partir de las investigaciones que se realizan en diferentes disciplinas

Como se definió anteriormente la resiliencia es la capacidad que tiene una persona para hacer frente a las adversidades de la vida, aprender de ellas, superarlas y salir fortalecidos de éstas. Sin duda, todos alguna vez hemos tenido alguna adversidad en la vida, pero nuestra percepción es subjetiva, lo que algunos percibimos como una adversidad no siempre resulta como tal para otras personas. Según Grotberg (1995, 2000) en algunos estudios realizados en diferentes partes del mundo, la gente identificó las adversidades a las que se enfrentaban, de modo que esta autora las dividió en las situaciones experimentadas dentro del ámbito familiar y aquellas que se originaban fuera del mismo.

Algunas de las adversidades experimentadas dentro del ámbito familiar pueden ser: la muerte de uno de los padres o abuelos, el divorcio o la separación de éstos, la enfermedad de los padres o de un hermano, la pobreza, mudarse de casa, un accidente que deje secuelas en la persona, el maltrato, el abuso sexual, el abandono, el suicidio, los segundos matrimonios, la salud frágil y la hospitalización. También se consideran adversidades de este tipo; los incendios que produzcan daños en la persona, la repatriación forzada de la familia, la discapacidad de algún miembro de la familia, la pérdida de trabajo de los padres, entre otras.

Entre las adversidades experimentadas fuera del ámbito familiar se encuentran: los robos, la guerra, los incendios, los terremotos, las inundaciones, los accidentes de automóviles, las condiciones económicas adversas, ser refugiado ilegal, ser inmigrante, los daños provocados por

tormentas, inundaciones o el frío, ser encarcelado por motivos políticos, la hambruna, ser abusado por un extraño, los asesinatos en el vecindario, los gobiernos inestables, la sequía. En la actualidad se podría agregar a esta lista, el terrorismo, las drogas, el embarazo en las adolescentes, los abusos, la violencia en las calles, las familias con un solo ingreso y que además viven en la pobreza, la discriminación, el racismo y los problemas de la salud mental.

Para Goldstein y Brooks (2006, como se citó en Acle-Tomasini, 2012) al vivir en un ambiente vulnerable se está expuesto a una gran cantidad de factores de riesgo, que pueden tener una influencia negativa en el desarrollo de la persona si no se cuentan con los factores protectores adecuados que amortigüen este impacto negativo. Fraser, Kirby y Smokowski (2004) mencionan que la acumulación de factores de riesgos ejerce una mayor influencia en el individuo, pero debido a que esta interacción es compleja es difícil determinar la relación causal entre los factores de riesgo y los problemas sociales, además es importante resaltar que no siempre el vivir bajo la acumulación de factores de riesgo no siempre ejerce una influencia negativa en las personas, ya que las redes sociales pueden tener un papel como factor protector (Seidman y Pedersen, 2007).

Sin embargo Grotberg (1995, 2000) encontró, que sólo alrededor de un tercio de las personas de diferentes partes del mundo demuestran habitualmente ser resilientes, esto es: enfrentan las adversidades, las superan y logran salir fortalecidos o transformados por éstas. En la tabla 1 se presentan algunas definiciones sobre resiliencia en las que el común denominador es la manera en que el individuo hace frente a situaciones de adversidad y a pesar de ésta logra el bienestar personal.

Tabla 1

*Síntesis de las definiciones relevantes de resiliencia presentes desde 1993*

<b>AUTORES</b>	<b>DEFINICIÓN</b>
Rutter (1993).	Respuesta global en la que se ponen en juego los mecanismos de protección, es decir la dinámica que permite al individuo salir fortalecido de la adversidad, en cada situación específica y respetando las características personales.
Vanistendael (1996).	La resiliencia es la capacidad de tener éxito de modo aceptable para la sociedad, a pesar de un estrés o de una adversidad que implica normalmente un grave riesgo de resultados negativos.
Goodyer (1995).	La resiliencia cuando un niño muestra reacciones moderadas y aceptables en un ambiente en el que está sometido a estímulos considerados como nocivos.
Kreisler (1996).	La capacidad de un sujeto para superar circunstancias de especial dificultad, gracias a sus cualidades mentales, de conducta y adaptación.
Cyrulnik (1998, 2001, 2002). Vanistendael (2000).	La capacidad de mantener un proceso de crecimiento y desarrollo suficientemente sano y normal a pesar de las condiciones de vida adversas.
Grotberg (1995, 1996, 1999, 2000, 2001, 2002, 2006).	La capacidad del ser humano para hacer frente a las adversidades de la vida, aprender de ellas, superarlas e inclusive, ser transformado por estas.
Villalba (2003).	La resiliencia es un constructo dinámico que incluye una amplia clase de fenómenos implicados en las adaptaciones exitosas en el contexto de amenazas significativas para el desarrollo.
Manciaux (2003).	La capacidad de una persona o de un grupo para desarrollarse bien, para seguir proyectándose en el futuro a pesar de acontecimientos desestabilizadores, de condiciones de vida difíciles y traumas a veces graves.
Garmezy (1991),	La capacidad para recuperarse y mantener una conducta adaptativa después del abandono o la incapacidad inicial al iniciarse un evento estresante.
Masten (2001).	La resiliencia es un fenómeno que se caracteriza por buenos resultados a pesar de las serias amenazas para la adaptación o el desarrollo.
Luthar, Cicchetti y Becker (2000).	La resiliencia se refiere a un proceso dinámico que comprende la adaptación positiva dentro del contexto de una adversidad significativa.
Luthar (2003).	La manifestación de la adaptación positiva a pesar de significativas adversidades en la vida.
Masten y Powell (2003).	Patrones de adaptación positiva en el contexto de riesgos o adversidades significativas.

Tabla 1 (Continuación)

---

Barudy y Marquebreucq (2006).	La resiliencia es una alternativa de salud mental para un individuo herido que busca desarrollarse, tras el trauma, en su familia y en su sociedad.
-------------------------------	---

---

### **Antecedentes del estudio de la resiliencia**

Como se mencionó anteriormente el concepto de resiliencia ha cobrado gran importancia para entender cómo los niños, adolescentes y adultos son capaces de sobrevivir y superar adversidades a pesar de vivir en condiciones de pobreza, violencia intrafamiliar, enfermedad mental de los padres, o consecuencias de una catástrofe natural, etc. (Luthar et al., 2000). Autores como Grotberg, (1999); Infante, (2001) y Masten, (1999, 2001) coinciden en que el enfoque de la resiliencia surge de los esfuerzos por entender las causas y la evolución de la psicopatología a partir de los estudios que demostraban que había niños que no desarrollaban problemas psicológicos o de adaptación social a pesar de lo que se esperaba por vivir en situaciones estresantes como lo predecían los investigadores.

Vanistendael y Lecomte (2002) mencionan que aunque el estudio de la resiliencia y el uso de este término es relativamente nuevo, la capacidad que actualmente se designa como resiliencia es universal e indica que sin duda ha existido siempre, de hecho desde hace más de treinta años existen numerosos estudios serios y bien documentados que prueban que la “capacidad de superar obstáculos” está muy extendida en todos los países, sociedades y culturas. Ejemplo de esto es la observación que realizó en el siglo XVIII el pedagogo suizo Johann Heinrich Pestalozzi encontrando que niños que vivían en calle, huérfanos y abandonados, mostraban una gran impulso por vivir y salir adelante.

Varios autores como Garmezy (1991; Garmezy, Masten y Tellegen, 1984) sitúan el origen del concepto de resiliencia a partir de la realización de investigaciones sobre hijos de madres esquizofrénicas y el estudio longitudinal realizado por Werner y Smith del que se hablará más adelante. Por su parte Manciaux (2003) menciona que el primero que usó en sentido figurado el término resiliencia, procedente de la física de los materiales, fue John Bowlby (1992) quien sin pretenderlo, al presentar la primera teoría del apego fue uno de los pioneros del concepto de resiliencia, este autor insistió en el papel del apego en el origen de ésta y la definió como el “Resorte moral, cualidad de una persona que no se desanima, que ni se deja abatir” (p. 34).

En la literatura actual sobre resiliencia se ha llegado a un acuerdo rotundo, entre los expertos sobre el tema, es el de que existen dos generaciones de investigadores (Masten, 1999; Luthar et al., 2000; Luthar y Cushing, 1999, Kaplan, 1999). La primera generación surge a principios de los años setenta, en la cual la mayoría de los investigadores forman parte del modelo tríadico de resiliencia, el cual reside en organizar los factores resilientes y de riesgo en tres grupos diferentes: los atributos individuales, los aspectos de la familia y las características de los ambientes sociales en que los individuos se hallan inmersos. En esta generación de investigadores el interés inicial era estudiar las cualidades personales que permitían superar la adversidad como lo son la autoestima y autonomía, tiempo después se enfocaron al estudio de los factores externos al individuo entre los que se encontraban el nivel socioeconómico y estructura familiar, para organizar así los factores resilientes al considerar tanto los atributos individuales como los aspectos de la familia y características del ambiente social (Melillo y Suárez, 2002).

En 1970 Anthony (como se citó en Manciaux, 2003), realizó un estudio con niños de alto riesgo y al observar resultados positivos en el desarrollo de éstos, introdujo el término vulnerabilidad, sin embargo, paralelamente a este concepto surgió la tendencia opuesta, el de la invulnerabilidad, considerando que es invulnerable aquel que no es absorbido por la adversidad, pero este concepto era un tanto extremo y hacía especial énfasis en lo genético. Así que buscó un concepto menos rígido y más global que reflejara la posibilidad de enfrentar efectivamente eventos estresantes, severos y acumulativos, posteriormente se encontró el de “capacidad de afrontar” y posteriormente se prefirió el concepto de resiliencia. En 1971 Garnezy (1991) investigó a niños de padres esquizofrénicos para determinar los riesgos de que desarrollaran esta enfermedad y encontró sorprendentemente un subgrupo que poseía patrones de desarrollo sano.

En el campo de la psicología el concepto de resiliencia se introduce gracias a la psicóloga Emmy Werner que en 1955 junto a su equipo realizó un estudio en la isla Kauai que se encuentra en el archipiélago de Hawai, en dicho estudio se observó el desarrollo de 698 recién nacidos por más de treinta años, 201 de estos niños se encontraban en riesgo de desarrollar serios problemas a causa de la diferentes estresores entre los que se encontraban un nacimiento difícil, la pobreza crónica, un entorno familiar marcado por disputas, divorcio, alcoholismo o enfermedad mental; después de diez años, casi la tercera parte de estos niños comenzaron a tener serias dificultades para el aprendizaje y al cumplir dieciocho años empezaron otros problemas, como la delincuencia.

No obstante, los investigadores se sorprendieron al encontrar que a pesar de lo factores de riesgo que tenían los niños, al llegar a la adultez más de la tercera parte lograron crecer sin problemas, desarrollaron relaciones estables, eran comprometidos en el trabajo, altruistas,

personas constructivas y felices que aprovechaban toda ocasión para mejorar contrario a lo esperado, debido a este descubrimiento modificaron el objetivo del estudio y se dedicaron a estudiar las características de estos chicos. Werner encontró que la educación era un factor fundamental para compensar las dificultades que los niños tenían desde su nacimiento, además presentaban características como: provenir de familias pequeñas, con nacimientos espaciados y que habían recibido el cuidado de alguna persona afectuosa que los había aceptado incondicionalmente y los hacía sentir valiosos; de esta manera pudieron dar sentido a su vida y controlar su destino, algunos de estos niños presentaron dificultades en la adolescencia sin embargo, al llegar a la etapa adulta mejoró su situación, se consideró que el matrimonio, el sostén de personas cercanas, el hecho de ser padres y la participación en un grupo religioso fueron los factores que permitieron esta evolución positiva. Gracias a los análisis de datos obtenidos en este estudio, Werner (1989) clasificó tres clases de factores relacionados que caracterizan a los infantes resilientes:

1. Atributos de disposición del individuo, tal como nivel de actividades sociales, inteligencia promedio, competencia en la capacidad comunicativa (lenguaje y lectura) locus interno de control.
2. Lazos afectivos dentro de la familia que brindan apoyo emocional en tiempos de estrés.
3. Sistemas de apoyo externos, como el colegio, el trabajo o la iglesia que fortalecen las competencias individuales y la determinación, y brindan un sistema de creencias que le da razón a la vida.

Werner y Smith (1982) utilizaron la palabra “Resiliencia” para calificar a estos niños y desde entonces múltiples estudios han obtenido resultados similares al encontrar que muchos

niños se desarrollan favorablemente a pesar de vivir situaciones muy difíciles como es el estar en campos de refugiados, tener padres maltratadores o padecer alguna enfermedad.

A partir de 1980 surge la segunda generación de investigadores y teóricos, los cuales brindaron pautas metodológicas y conceptuales apropiadas al constructo de resiliencia, entre los aportes más destacados de esta generación se pueden mencionar los de Garnezy, Masten y Tellegen y, sin lugar a dudas a Rutter y Grotberg, en esta generación se concibe la resiliencia como un proceso que puede ser promovido a nivel individual, familiar y comunitario (Manciaux, 2003). Para Infante (2001) la segunda generación de investigadores comenzó a publicar a mediados de los noventa, ellos retomaron el interés de la anterior generación al tratar de inferir cuáles son los factores que estaban presentes en aquellos individuos de alto riesgo social que se adaptaban positivamente a la sociedad y ampliaron el constructo al estudiar la dinámica entre aquellos factores que están a la base de la adaptación resiliente.

Esta generación de investigadores realizó grandes aportaciones al concepto de la resiliencia tales como la noción de proceso, que implica la dinámica entre factores de riesgo y de resiliencia que permite que el individuo supere la adversidad y se dedicaron a la búsqueda de modelos para promover resiliencia en forma efectiva a nivel de programas sociales. Se puede decir entonces que la mayoría de los autores de esta generación forman parte del modelo ecológico-transaccional de resiliencia en el cual se propone que al comprender estos procesos dinámicos de interacción entre los diferentes niveles del modelo ecológico se podrá entender mejor el proceso de la resiliencia.

El modelo ecológico-transaccional tiene sus bases en el modelo ecológico de Bronfenbrenner (1981) en el cual el individuo se encuentra inmerso en una ecología determinada

por diferentes niveles que interactúan entre sí y que ejercen una influencia directa en el desarrollo humano. Los niveles que conforman el marco ecológico son; el individual, el familiar, el comunitario los cuales están vinculados a los servicios sociales, la cultural y los valores sociales. Para este autor estos factores interactúan en sistemas denominados: microsistema, mesosistema, exosistema y macrosistema, que a continuación se describen con más detalle.

- **Microsistema:** está conformado por las actividades y roles del niño en su medio inmediato, es decir al conjunto de actividades y relaciones interpersonales vivenciadas en el entorno específico y a través del contacto directo, correspondiendo a la más íntima interacción entre personas y ambiente, basadas en reciprocidades y estabilidad, dentro de este sistema se encuentran los aspectos cotidianos de la casa, la escuela, el trabajo y las relaciones directas con los padres, hermanos, colegas y profesores.
- **Mesosistema:** se forma gracias a la interacción de varios microsistemas que envuelven a una persona y está constituido por los vínculos entre familia y escuela, o familia y grupo de amigos, relación que se va modificando o ampliando en el curso del desarrollo.
- **Exosistema:** este sistema comprende los entornos entre los cuales la persona no está como participante activa pero cuyos eventos influyen su desarrollo, como lo son: el espacio laboral de los padres, los vínculos entre familia y comunidad, representando principalmente los ambientes sociales y organizaciones.
- **Macrosistema:** está compuesto por los patrones culturales vigentes tales como creencias, ideologías, valores, sistemas políticos y económicos, organización de instituciones sociales y comunitarias en una particular cultura o subcultura. Este

sistema tiene mucha influencia en las formas de relación que ocurren en los sistemas anteriores, ya que son internalizados de forma activa por el individuo, influenciando sus comportamientos. En general, se relaciona con los valores, las leyes y la cultura.

Posteriormente Ehrensaft y Tousignant (2003) utilizaron el modelo ecológico de Bronfenbrenner (1981) para tener una mejor comprensión del niño resiliente en su entorno. Estos autores incluyeron un subsistema que se considera muy importante: el ontosistema, el cual estaría constituido por características internas. Para Morelato (2009) toda la persona incluida en el contexto posee una serie de capacidades, competencias y vulnerabilidades que forman parte del ontosistema, para este autor el ontosistema está constituido por factores internos biológicos como: la maduración del sistema nervioso central, el temperamento y genética, además de factores psicológicos como: la calidad del apego, el autoconcepto, la capacidades cognitivas, afectivas entre otros atributos y factores neuropsicológicos que son producto de la interacción entre los dos aspectos anteriores.

Una figura clave para el concepto de resiliencia es Michael Rutter (1987) quien en 1979 realizó una investigación epidemiológica que permitió identificar las diferencias individuales que se presentan al recuperarse del trauma, este autor estudio por diez años a niños que vivían en la isla de Wight y de otras zona de Londres, cuyos padres fueron diagnosticados con alguna enfermedad mental, se encontró que los menores no presentaban alguna enfermedad mental ni conductas desadaptadas. Según Rutter esto se dio gracias a las características individuales y al medio escolar, los cuales se consideraron como factores protectores importantes y, aunque los factores genéticos ayudan a determinar diferencias individuales como la personalidad e inteligencia, el medio escolar está lleno de factores protectores, tales como el fomentar éxito del

niño, además de que enriquece el crecimiento personal e incrementa los contactos sociales. Años después de este estudio Rutter (1993) definió la resiliencia como; un constructo que se enfoca en las fortalezas y los procesos de afrontamiento empleados para llegar a ser exitosos.

La profesora Edith Grotberg (2000) realizó el Proyecto Internacional sobre Resiliencia, que consistió en diferentes entrevistas con 1225 padres de familia y sus niños, tomados de 27 sitios distintos de 22 países de distintos continentes, es por esta investigación que se le considera pionera de la noción dinámica de la resiliencia debido a que organizó los factores de resiliencia en un modelo tríadico, incorporando como elemento esencial la dinámica e interacción entre estos factores. Para ella y sus colaboradores, la resiliencia requiere la interacción de factores resilientes provenientes de tres niveles diferentes: YO TENGO, YO SOY, YO PUEDO, en 1995 Grotberg organizó estos factores de la siguiente manera:

**YO TENGO (apoyo externo):**

1. Una o más personas dentro de mi grupo familiar en las que puedo confiar y que me aman sin condicionamientos.
2. Una o más personas fuera de mi entorno familiar en las que puedo confiar plenamente.
3. Límites en mi comportamiento.
4. Personas que me alientan a ser independiente.
5. Buenos modelos a imitar.
6. Acceso a la salud, a la educación y a servicios de seguridad y sociales que necesito.
7. Una familia y entorno social estables.

**YO SOY (fuerza interior):**

1. Una persona que agrada a la mayoría de la gente.
2. Generalmente tranquilo y bien predispuesto.
3. Alguien que logra aquello que se propone y que planea para el futuro.
4. Una persona que se respeta a sí misma y a los demás.
5. Alguien que se siente empatía por los demás y se preocupa por ellos.
6. Responsable de mis propias acciones y acepto sus consecuencias.
7. Seguro de mí mismo, optimista, confiado y tengo muchas esperanzas.

**YO PUEDO (capacidades interpersonales y de resolución de conflictos):**

1. Generar nuevas ideas o nuevos caminos para hacer las cosas.
2. Realizar una tarea hasta finalizarla.
3. Encontrar el humor en la vida y utilizarlo para reducir tensiones.
4. Expresar mis pensamientos y sentimientos en mi comunicación con los demás.
5. Resolver conflictos en diferentes ámbitos: académico, laboral, personal y social.
6. Controlar mi comportamiento: mis sentimientos, mis impulsos, el demostrar lo que siento.
7. Pedir ayuda cuando la necesito.

Según Grotberg (2006) los factores resilientes pueden promoverse por separado, sin embargo, para enfrentar una circunstancia adversa es necesaria la combinación de todos los factores que se toman de cada categoría según se necesiten, es importante mencionar que la mayoría de las personas cuentan con algunos de estos factores pero no poseen los suficientes o desconocen cómo utilizarlos ante alguna adversidad, y otras personas son resilientes sólo en una determinada circunstancia. En este estudio realizado se concluye que:

- Todas las personas resilientes recibieron ayuda para desarrollar esas capacidades.
- El temperamento determinaba la forma en que reacciona una persona ante los estímulos.
- El temperamento de cada individuo influía en la promoción de la resiliencia.
- El entorno socioeconómico no era un factor determinante para la resiliencia.
- La presencia de solo un factor resiliente no indicaba ser resistente. Por lo contrario, era la interacción de un número de factores resilientes los que indicaba la capacidad resiliente en un individuo.
- Las diferencias culturales constituían un factor importante en la determinación de las diferentes dinámicas para promover la resiliencia.
- La edad o género masculino o femenino del niño estaban relacionados con la capacidad resiliente.

Según Infante (2001) los autores más recientes de esta segunda generación como Luthar y Cushing (1999), Masten (1999), Kaplan (1999) y Benard (1999), también entienden la resiliencia como un proceso dinámico en el que las influencias del ambiente y del individuo interactúan en una relación recíproca que permite a la persona adaptarse a pesar de la adversidad.

Sin duda las personas resilientes existen y han existido siempre, a lo largo de la historia y la literatura encontramos múltiples ejemplos de capacidad resiliente mucho antes de que la palabra haya comenzado a utilizarse. Cabe destacar que los principales elementos que favorecen la resiliencia como; el amor, la amistad, el sentido de la vida, la autoestima, la impresión de poder controlar la existencia son los mismos que favorecen el sentimiento de felicidad en los individuos que no vivieron ningún trauma (Grotberg, 1995).

## **Tipos y etapas de la resiliencia**

Basado en la noción de que una persona puede ser más o menos resiliente según la etapa de la vida y las circunstancias en las que se presenta la adversidad. Ya que la resiliencia es una capacidad que se construye dentro de un proceso continuo, resultado de la interacción entre el individuo y su entorno, Nancy Palmer (Palmer 1997 como se citó en Vanistendael y Lecomte, 2002, p.49), concibe a la resiliencia como un proceso evolutivo del cual destaca cuatro grados:

1. **La sobrevivencia anómica:** viviendo en un estado de constante caos, el individuo concentra toda su energía en su supervivencia y su seguridad. Apela muy poco a sus recursos personales y a los de su entorno y tiene pensamientos y conductas destructivas.
2. **La resiliencia regenerativa:** en esta fase se desarrollan las competencias y las estrategias de adaptación constructivas. La persona descubre medios más eficaces para manejar los desafíos que le impone la existencia y comienza a apelar a sus recursos personales y a los de aquellos que lo rodean. Esta mejoría, sin embargo, está incompleta, los periodos de estabilidad están entre cortados o interrumpidos por frecuentes crisis.
3. **La resiliencia adaptativa:** Los periodos estables son bastante largos a pesar de las interrupciones. La persona tiene una mirada más positiva sobre sí misma y experimenta un sentimiento personal de unidad. Sabe utilizar mejor sus recursos personales y los de su entorno, lo que le permita evolucionar.
4. **La resiliencia floreciente:** La persona se adapta mejor a la realidad de la existencia utilizando plenamente su energía. Experimenta un profundo

sentimiento de integración personal y considera que la vida tiene sentido y que ella misma puede controlarla.

Para el estudio de la resiliencia se deben considerar no sólo a la persona, sino también a su red de apoyo social como la familia, amigos, vecinos, compañeros de clase o colegas de trabajo. En la biografía revisada se puede observar que diversos autores plantean que existen varios tipos de resiliencia entre los cuales destacan la familiar, educativa, social y comunitaria, las cuales se describen a continuación:

### **Resiliencia familiar**

Para Villalba (2003) la resiliencia familiar es la capacidad de auto reparación de la familia que ayuda a identificar y fomentar los procesos que permiten hacer frente con asertividad a las crisis o estrés y salir fortalecidos de ellos. Gómez y Kotliarenco (2010) definen la resiliencia familiar como el conjunto de procesos de reorganización de significados y comportamientos que activa una familia sometida a estrés para recuperar y mantener niveles óptimos de funcionamiento y bienestar, equilibrando sus recursos y necesidades familiares.

La resiliencia familiar se refiere a los patrones conductuales positivos y competencias funcionales que la familia demuestra bajo estrés o circunstancias adversas, recuperándose y manteniendo su integridad como unidad, restaurando el bienestar de cada miembro de la familia y de la familia como un todo (McCubbin, Balling, Possin, Frierdich y Bryne, 2002).

Hawley y De Haan (1996) definen a la resiliencia familiar como el proceso de adaptación que sigue una familia para afrontar el estrés y que le permite salir adelante. Para estos autores las familias resilientes tienen una respuesta positiva ante alguna adversidad, esta respuesta depende

del contexto, nivel de desarrollo, la interacción de factores protectores y de riesgo, así como de una visión familiar compartida.

Kalil (2003) plantea que en el enfoque de resiliencia familiar existen factores protectores tales como; celebraciones familiares, el tiempo compartido, rutinas y tradiciones familiares, que funcionan como un escudo atenuando y neutralizando el impacto de los factores de riesgo, manteniendo un funcionamiento familiar saludable y competente bajo condiciones de estrés.

Según Grotberg (2006) una familia resiliente tiene la capacidad de seguir creciendo aun durante las adversidades y mantener una coherencia en su manera de enfrentar las situaciones críticas. Para esta autora el concepto de resiliencia aplicado a la familia es un mecanismo activo, un proceso que le permite a esta funcionar en un nivel superior. La familia resiliente experimenta entusiasmo y esperanza reales con el deseo de generar cambios y funcionar como un sistema familiar abierto, recibiendo con agrado los cambios inevitables y buscando permanente las relaciones basadas en la cooperación y la ayuda como un modo eficaz de vivir en este mundo.

### **Resiliencia educativa**

Autores como Taylor y Wang (2000), Wang y Gordon (1994), piensan que el estudio de la resiliencia tiene grandes aplicaciones en el campo de la educación. Para Wang, Haertel y Walberg (1994) la resiliencia educativa tiene que ver con el aumento de la probabilidad de éxito educativo, a pesar la vulnerabilidad que provocan las experiencias y condiciones medioambientales. Coinciden con ellos Kimberly, Bámaca-Gomez, Newman, P. y Newman, B. (2001) y Wang, Haertel y Walberg (1998), para quienes gracias a la resiliencia educativa se

puede tener una mayor probabilidad de éxito escolar, a pesar de adversidades, experiencias personales y condiciones ambientales.

Acevedo y Mondragón (2005) sugieren que este tipo de resiliencia puede ser promovido a través de intervenciones que mejoren el aprendizaje de los niños; para que desarrollen las competencias y talentos que ellos poseen y que los protejan de las adversidades. Ya que la escuela pueden contribuir a mitigar factores considerados de riesgo para el desarrollo de problemas psicológicos, académicos y sociales en los estudiantes, promoviendo condiciones medioambientales que fomenten las relaciones sociales, las expectativas elevadas sobre el desempeño y las posibilidades en la vida y donde se otorguen verdaderas oportunidades de participación.

Rirkin y Hoopman (1991, como se citó en Henderson y Milstein, 2003), adaptaron una definición de resiliencia que se puede utilizar en el ámbito escolar, para ellos la resiliencia la capacidad de recuperarse, sobreponerse y adaptarse con éxito frente a la adversidad y de desarrollar competencia social, académica y vocacional pese a estar expuesto a un estrés grave o simplemente a las tensiones inherentes al mundo de hoy.

Por su parte, Bryan (2005) propone que la resiliencia escolar es la habilidad que tiene el niño para tener éxito académico, y salir adelante a pesar de los factores de riesgo que se lo impiden. Sin duda, la escuela tiene papel importante en la construcción de la resiliencia, Henderson y Milstein (2003) consideran que es la clave para desarrollar la capacidad de sobreponerse a la adversidad, adaptación a las presiones o los problemas que enfrentan y para que adquieran las competencias sociales, académicas y vocacionales necesarias para salir adelante.

Se podría decir entonces que, un alumno resiliente posee la habilidad de continuar con sus estudios a pesar de los factores de riesgo que le dificultan permanecer en la escuela (Bryan, 2005). Para Henderson y Milstein (2003) un alumno con estas características es la capaz de recuperarse, sobreponerse y adaptarse con éxito frente a la adversidad y de desarrollar competencia social, académica y vocacional.

Es considerado un alumno resiliente, el que está en riesgo de fracaso escolar, pero que a pesar de los obstáculos, es capaz de adaptarse con optimismo y mantener buenas notas académicas para continuar con su educación (Kimberly et al., 2001). El profesor también tiene un papel importante en la construcción de la resiliencia ya que funge como guía de esta, un maestro resiliente alienta a sus alumnos a utilizar productivamente su energía para lograr sus metas a pesar de las condiciones de adversidad (Patterson, Collins y Abbott, 2004).

### **Resiliencia social, comunitaria o colectiva**

A lo largo de varios años Edith Grotberg (1995), dirigió una extensa investigación internacional sobre resiliencia, para ella la resiliencia puede extenderse a un grupo más amplio que la familia y las relaciones cercanas, también señala la existencia de una resiliencia colectiva la cual ha sido poco estudiada.

Vanistendael y Lecomte (2002) formularon la hipótesis de que el concepto de resiliencia adquiere una dimensión comunitaria debido a que por un lado, la resiliencia del individuo se construye en el seno de una comunidad, la cual juega un rol esencial del apoyo social y por otra parte, consideran a la resiliencia un proceso colectivo.

La resiliencia comunitaria tiene su origen en Latino América y es un concepto más reciente que la resiliencia individual, este tipo de resiliencia se refiere a aspectos de afrontamiento de los traumas y conflictos colectivos en los cuales influyen otros aspectos psicosociales, además de las respuestas individuales al estrés. Uriarte (2013) define a la resiliencia comunitaria como la capacidad del sistema social y de las instituciones para hacer frente a las adversidades y para reorganizarse posteriormente de modo que mejoren sus funciones, su estructura y su identidad, este tipo de resiliencia tiene la finalidad de identificar la manera en que los grupos humanos responden a las adversidades como terremotos, inundaciones, sequías, atentados, represión política entre otras, que afectan al colectivo y mostrar cómo se desarrollan y fortalecen los recursos con los que ya cuenta la comunidad.

Suárez, De la Jara y Márquez (2007) señalan que la resiliencia comunitaria es la condición colectiva para sobreponerse a desastres y situaciones masivas de adversidad y construir sobre ellas. Cada comunidad afronta las adversidades de manera diferente, algunas logran superar estas dificultades de mejor manera que otras, estas formas de afrontamiento se deben a las diferencias culturales, sociales, relaciones grupales previas y condiciones sociopolíticas.

### **Enfoques teóricos de la resiliencia**

La resiliencia ha sido estudiada desde las diferentes perspectivas teóricas que tratan de comprender el proceso por el cual algunas personas logran superar situaciones adversidad, sin embargo no todos las investigaciones pertenecen a un enfoque teórico claro, pero aportan información sobre ésta que ayudan a comprender el proceso de la resiliencia. La psicopatología del desarrollo, el enfoque de competencias, el psicoanalítico, el ecosistémico y el sistémico son

algunos de los enfoques teóricos que se han dedicado al estudio de la resiliencia, aunque se debe aclarar que ha sido estudiada por otros.

### **Enfoque de psicopatología del desarrollo**

Autores como Luthar (2006), Rutter (1993) y Theis (2003), coinciden en que el estudio de la resiliencia surge a partir la psicopatología del desarrollo y de los trabajos realizados sobre el riesgo. Estos trabajos tenían la finalidad de identificar; la vulnerabilidad, los factores protectores que pueden modificar los efectos negativos de las circunstancias adversas y los mecanismos o procesos que subyacen a las asociaciones encontradas. Este modelo tiene énfasis en el modelo médico para el cual es sumamente importante identificar los síntomas y resultados negativos de la psicopatología, el riesgo y la vulnerabilidad en relación a los factores protectores que pueden amortiguan los efectos negativos de las circunstancias de vida difíciles. El conocimiento de los procesos relacionados con este término, que sirven para promover el desarrollo del funcionamiento resiliente temprano.

### **Enfoque de competencias**

El enfoque de competencias surge a partir del enfoque anterior, pero éste se centra en los indicadores positivos, las competencias o fortalezas que los individuos tienen a pesar de las condiciones de vida adversas que pueden aumentan el riesgo de presentar alguna psicopatología (Masten, 2001; Masten y Powell, 2003). Según Kotliarenco et al. (1997) este enfoque trata de explicar el origen y las causas del desarrollo exitoso, a través de modelos conceptuales de naturaleza conductual, sin énfasis en los procesos biológicos.

### **Enfoque psicoanalítico**

Para este enfoque la resiliencia está estrechamente relacionada con la Psicología del Yo. Block, J. y Block, H. (1980) introdujeron el concepto de resiliencia del Yo, que es una característica de la personalidad, dicho de otra manera, un conjunto de rasgos que reflejan recursos generales, tenacidad de carácter y flexibilidad en el funcionamiento en respuesta a múltiples circunstancias ambientales. Para este enfoque la resiliencia es una capacidad dinámica que permite a la persona modificar su nivel de control del Yo en cualquier dirección, respondiendo a diferentes características contextuales, estos procesos ayudan a que el trauma se supere y la persona se recupere o reconstruya (Melillo, 2004).

### **Enfoque ecosistémico**

En el enfoque ecosistémico la resiliencia comprende las características de individuales y ambiente en que la persona interactúa, los cuales proporcionan los recursos necesarios para lograr un desarrollo positivo a pesar de las circunstancias adversas (Ungar et al., 2007). Para esta perspectiva es importante estudiar las interacciones entre el contexto ecológico y la capacidad de los diferentes sistemas dinámicos como el individual, familiar, escolar, la comunidad o sociedad, para resistir o recuperarse de los riesgos o alteraciones, adaptarse de forma positiva al ambiente y restablecer el equilibrio. La prioridad de este enfoque es conocer la relación existente entre los mediadores personales y ambientales que ayudan a amortiguar o agravar el impacto de las situaciones de vida adversas (Baldwin, A., Baldwin, C. y Cole, 1992; Murray, 2003; Waller, 2001).

## **Enfoque sistémico**

Para esta perspectiva los elementos fundamentales de la resiliencia son los procesos de cohesión, flexibilidad, comunicación franca, resolución de problemas y reafirmación del sistema de creencias, estos elementos han sido importantes para el estudio de los procesos de transición ante cualquier situación de crisis (Dallos, 1996 como se citó en Villalba, 2003).

A modo de conclusión se puede decir que en todas las perspectivas teóricas el concepto de resiliencia sigue en construcción, la interacción entre la adversidad y el ambiente está presente en la mayoría de los enfoques, ya que para el enfoque psicoanalítico la resiliencia es una capacidad subjetiva individual que las personas construyen para vivir satisfactoriamente pese a los traumas vividos. Los diferentes enfoques coinciden en que el concepto se encuentran aspectos como los de superar la adversidad, lograr buenos resultados a pesar de ésta, tener competencia social sostenida bajo estrés, recobrase del trauma o restablecer el equilibrio después de la adversidad, para lograr el desarrollo de la persona a partir de la interacción entre los actores y elementos existentes en sus niveles de influencia.

Además para la mayoría de estos enfoques el proceso de resiliencia es dinámico ya que de acuerdo con las circunstancias de la persona, un factor o mediador puede actuar de forma positiva o negativa, amortiguando o agravando el impacto de la adversidad, contribuyendo o no a la adaptación positiva, o dicho de otra manera existen factores de riesgo y protección que ejercen una gran influencia en las personas como se puede observar a continuación.

## **Factores de riesgo y protección**

Manciaux (2003) afirma que la resiliencia es fruto de la interacción entre las huellas que las vivencias anteriores dejaron en el individuo y el contexto en el cual se desarrolla, es decir producto de la interacción de factores de riesgo y de factores de protección, sin embargo un mismo factor puede ser un riesgo o una protección según el contexto, la naturaleza y la intensidad del estrés, la persona y el periodo de vida en el cual se presenta la adversidad.

El concepto de resiliencia está relacionado con los factores de riesgo y protección, autores como Morrison, Storino, Robertson, Weissglass y Dondero (2000) la consideran un macro factor de protección que engloba a todos los demás. Para Fergus y Zimmerman (2005) la resiliencia es el proceso por el cual se superan los efectos negativos de la exposición al riesgo, tener un afrontamiento exitoso de las experiencias traumáticas y la evitación de las consecuencias negativas asociadas con el riesgo. Para estos autores en el proceso de la resiliencia están presentes los factores de riesgo y los de protección que ayudan obtener un resultado positivo y reducir o evitar un resultado negativo.

En las investigaciones sobre resiliencia cambió la forma en que se percibe al ser humano ya que anteriormente se manejaba el modelo de riesgo basado en las necesidades y en la enfermedad, en la actualidad se cuenta con un modelo de prevención y promoción enfocado en las potencialidades y los recursos que la persona tiene y los que le proporciona su entorno, sin embargo ambos enfoques se complementan y se enriquecen, lo que posibilita analizar la realidad y diseñar intervenciones eficaces (Gómez, 2010).

## **Factores de riesgo**

Para Manciaux (2003) existen diversas situaciones que se pueden considerar de riesgo para una persona, algunas de ellas son extremas, otras pueden ser menos graves, pero de larga duración y pueden llegar a desestabilizar con mayor fuerza a una persona. Entre estos factores de riesgo se encuentran el maltrato, el abuso sexual, la indigencia, el aislamiento social, las enfermedades crónicas, las patologías mentales o el alcoholismo parental, alguna toxicomanía, etc. Munist et al. (1998) definen como factor de riesgo a cualquier característica o cualidad de una persona o comunidad que va unida a una elevada probabilidad de dañar la salud.

Gómez (2010) describe a los factores de riesgo como las características, hechos o situaciones propias de la persona o de su entorno que aumentan la posibilidad de desarrollar desajuste psicosocial y aumentan la probabilidad de daño; de hecho identificar estos factores de riesgo permite su prevención. La autora antes mencionada dividió los factores de riesgo en tres grupos: individuales, familiares y sociales.

### **Factores de riesgo individuales**

Para Gómez (2010) los factores de riesgo individuales son las condiciones físicas, psicológicas, características, hechos o situaciones propias del niño que aumentan la probabilidad de daño e identificarlos permite su prevención. Entre los factores individuales se encuentran: la edad, el género, por ejemplo en el abuso sexual infantil se consideran la edad y el género como factores de riesgo debido a que el abuso sexual infantil es más frecuente entre los 5 y 9 años, además las víctimas suelen ser mayoritariamente niñas (Villatoro, Quiroz, Gutiérrez, Díaz y Amador, 2006; Pastor, Romero, Ortiz y Ramos, 2012).

También se consideran factores individuales de riesgo: la baja autoestima, los altos niveles de angustia, los altos niveles de depresión, la pobre percepción del riesgo, los altos niveles de impulsividad, la rebeldía y la resistencia a la autoridad, la gran necesidad de autonomía, la pasividad, la curiosidad, la baja resistencia a las presiones del grupo, la baja aceptación o rechazo del grupo de pares, situaciones asociadas a la disminución del rendimiento escolar como: dificultades, fracaso, suspensiones, deserción, etc.

Además de la manifestación de problemas de conducta en edades tempranas, la sensación de invulnerabilidad exposición crónica a condiciones de presión y estrés, el sentimiento de soledad, la experiencias tempranas de frustración, la capacidad deficiente de afrontamiento, la mayor intolerancia al aburrimiento y a la rutina, la necesidad de transgresión y de ponerse a prueba, falta de sentido de vida y de proyecto a futuro, la falta de guía, cuidados y supervisión, los sentimientos de fracaso e incapacidad disciplina inconsistente o excesivamente severa.

### **Factores de riesgo familiares**

Para Gómez (2010) los factores familiares de riesgo son: la familia como facilitadora o modeladora de conductas de riesgo, grave conflicto marital y divorcio, trastorno psiquiátrico en los padres, hostilidad materna y conflicto con los hijos, criminalidad paterna, violencia familiar, percepción distal de los padres, padres temperamentalmente violentos, distanciamiento afectivo de los padres, expectativas poco realistas sobre los hijos, crisis de valores tradicionales, altos niveles de tensión y malestar familiar, poca capacidad para reconocer y manejar sentimientos, comunicación hipercrítica y falta de respeto, inducción de sentimientos de culpa como mecanismo de control, poca supervisión por parte de los padres, falta de límites o límites difusos, inconsistencia en pautas de autoridad.

También, la pobreza, estrés, disputas diarias, eventos de la vida y/o crisis vitales, familias sin hogar, familias con abuso de alcohol o drogas, alcoholismo y drogodependencia, familias con enfermedades crónica, familias con personas con discapacidad, bajo nivel de educación materna, bajo nivel de educación paterna, falta de vínculo madre-hijo, presencia de familia numerosa, desarmonía familiar o alto nivel de estrés materno, enfermedad mental en la familia, ambiente familiar caótico.

### **Factores de riesgo sociales**

Los factores sociales de riesgo encontrados por Gómez (2010) son: una cultura del riesgo, estrés psicosocial, crisis de valores sociales, sociedad permisiva de ciertas conductas, publicidad hedonista y consumista, falta de redes de apoyo, disponibilidad de drogas, falta de alternativas para el tiempo libre, problemáticas sociales, rapidez de los cambios sociales y los estereotipos sociales.

En resumen los factores de riesgo son circunstancias adversas que pueden presentarse a nivel individual, familiar y social y que afectar negativamente el desarrollo de la persona impidiendo su adaptación, siendo los factores protectores los que amortiguan el impacto de la adversidad, aunque para Rutter (1987) una misma variable puede actuar como un factor de riesgo como uno protector bajo diferentes circunstancias, Kotliarenco et al. (1997) coinciden con Rutter ya que para esta autora algunos de los factores que actuaron en calidad de riesgo, en ciertos momentos, pueden no sólo dejar de serlo, sino que transformarse en factores protectores, además cuando varios de estos factores actúan simultáneamente son capaces de promover un desarrollo sano y positivo, independiente de las dificultades presentes en las condiciones de vida.

## **Factores de protección**

Rutter (1985, como se citó en Kotliarenco et al., 1997), define a los factores protectores como todas aquellas influencias que modifican, mejoran o alteran la respuesta de una persona a algún peligro que predispone a un resultado no adaptativo, fortaleciendo a la persona ante eventos similares, sin embargo en ocasiones estos factores protectores no son experiencias positivas o agradables y pueden ser peligrosas para la persona.

Para estos autores los factores protectores funcionan gracias los siguientes modelos:

- 1) Modelo compensatorio: en el cual los factores estresantes y las características personales se combinan para predecir una consecuencia y el estrés puede ser equilibrado por cualidades personales o fuentes de apoyo.
- 2) Modelo de desafío: en este modelo el estrés funciona como estimulador de competencia con la condición de que el estrés no sea excesivo.
- 3) Modelo de inmunidad: en donde los estresores y los factores protectores interactúan amortiguando el impacto del estrés en la calidad de adaptación, sin embargo pueden tener efectos no detectables en ausencia del estresor.

Por otro lado, para Gómez (2010) los factores de protección son aquellas variables que disminuyen la probabilidad de tener conductas de riesgo, estos factores fomentan la resiliencia y el autocuidado. Munist et al. (1998), los definen como las condiciones o los entornos capaces de favorecer el desarrollo de individuos o grupos y en muchos casos, de reducir los efectos de

circunstancias desfavorables, para ellos estos factores se dividen en individuales, familiares o sociales.

### **Factores de protección individuales**

Los factores individuales aluden a los atributos de la propia persona como: la autoestima, la seguridad, la confianza de sí mismo, la facilidad para comunicarse y la empatía (Munist et al., 1998). Mientras que para Vanistendael (1995) estos factores incluyen las características de personalidad como; la capacidad de autonomía, equilibrada con la disposición de pedir ayuda, la autoestima elevada, creatividad, autonomía, tolerancia a las frustraciones, habilidades comunicativas y de resolución de problemas, competencia escolar y el sentido del humor.

Según Kotliarenco et al. (1997) algunos de los factores de protección individuales más observados y estudiados en las personas resilientes son: la autoestima, la sociabilidad, el don de inspirar simpatía, sentido del humor y tener un proyecto de vida. Para Gómez (2010) algunos de estos son: tener autoconcepto y autoestima positiva, asertividad, manejo saludable del estrés, promoción de valores, manejo adecuado del tiempo libre, desarrollo de métodos eficaces de afrontamiento, sentido del humor, locus de control interno (experiencias de autoeficacia, confianza en sí mismo y autoconcepto positivo).

### **Factores de protección familiares**

Dentro de la familia los factores protectores son: la presencia de apoyo incondicional por parte al menos una persona significativa, que sea competente y emocionalmente estable, creencias religiosas que promuevan la unidad familiar y la búsqueda de significados en los tiempos difíciles (Werner, 1992; Walsh, 1998; Vanistendael, 1995). Para Kotliarenco et al.

(1997) es importante el contar con un entorno en el cual existan uno o varios adultos en los cuales el niño confíe y que le muestren su confianza en él pues se les consideran verdaderos tutores de resiliencia.

### **Factores de protección sociales**

Los factores de protección sociales se refieren a condiciones del medio que actúan reduciendo la probabilidad de daños por ejemplo: la familia unida, el apoyo de un adulto significativo, o la integración social y laboral (Munist et al., 1998) y sin duda el apoyo social es fundamental para la construcción de resiliencia (Kotliarenco et al., 1997). Para Suárez Ojeda (2002) los factores protectores sociales son: la asistencia de pares y personas mayores en la comunidad que favorezcan la alternativa de brindar transiciones positivas en la vida, programas de educación comunitaria a padres, participación activa en una comunidad religiosa.

Para Gómez (2010) también son factores protectores sociales el contar con redes sociales tanto dentro como fuera de la familia: parientes, vecinos, profesores, religión, con pares, clima educativo abierto, positivo, orientador, con normas y valores claros, modelos sociales que valoren el enfrentamiento positivo de los problemas, representados por los padres, hermanos, profesores o amigos

Cabe resaltar que la resiliencia no es la falta de riesgo ni protección total sino la interacción entre estos factores y no se adquiere de una vez para siempre, se construye a lo largo de la vida (Manciaux, 2003), además es de suma importancia tener el balance adecuado entre responsabilidades sociales y expectativas de logro, competencias cognitivas, características temperamentales que favorezcan el afrontamiento efectivo de las adversidades ya que un factor

protector no necesariamente es una experiencia, puede ser una cualidad o característica personal y algunos surgen a partir del medio en el que se desarrolla (Kotliarenco et al., 1997).

### **Características de la resiliencia**

#### **Características de los niños resilientes**

Existen ciertos atributos de la persona están asociados con la posibilidad de ser resiliente. Entre los cuales destacan: el control de las emociones y de los impulsos, la autonomía, el sentido del humor, una alta autoestima, la empatía, la capacidad de comprensión y análisis de las situaciones, cierta competencia cognitiva, la capacidad de atención y la concentración. Además como se mencionó anteriormente las condiciones del medio ambiente social y familiar pueden influir a la posibilidad de ser resiliente como: la seguridad de un afecto recibido a pesar de las circunstancias en las que se desarrolle el niño, la relación de aceptación incondicional de un adulto significativo y la extensión de redes informales de apoyo. (Munist et al., 1998).

Bernard (1999), identificó algunas dimensiones que permiten calificar a los individuos resilientes, encontrando que las personas resilientes son, firmes en sus propósitos, poseen de una visión positiva del futuro, competencia personal, confianza en sí mismos, con control interno, sentido del humor, autonomía y habilidades cognitivas, todos los cuales son factores que facilitan la resiliencia.

Kotliarenco y Dueñas (1994) destacan alguna características personales vistas en personas resilientes (p.7).

- Autonomía: es el sentido de la identidad personal y la habilidad para actuar independientemente ante algunas situaciones del medio
- Características temperamentales: implica las características de personalidad y es la forma en la cual se relacionan con las demás personas, como se comunican con ellas y la visión que se tiene de ellos mismos y sobre la vida
- Humor: se ha observado que la persona que tiene un buen sentido del humor y que lo utiliza cuando se enfrenta a una situación adversa puede desarrollar una perspectiva optimista de la vida
- Capacidad para resolver problemas: esta habilidad permite a la persona encontrar una solución oportuna ante una situación adversa.
- Autoestima: se define como el valor que tiene la persona de sí misma, incluyendo sentimientos, pensamientos, experiencias y sensaciones
- Género: se ha observado que el pertenecer al género femenino es considerado una variable protectora en el sentido de que las mujeres, por su socialización logran expresar sus sentimientos y utilizan más los recursos existentes en el medio
- Religión o fe: funge como un recurso de apoyo que puede ayudar a encontrar significado a la vida, además puede ser una forma de encontrar alivio, fortaleza y potenciar las capacidades para afrontar el sufrimiento

Autores como Wolin, J. y Wolin, S. (1993, como se citó en Kotliarenco et al., 1997, p. 27) señalaron algunas características de las personas que tienen esta capacidad como son:

- Introspección: es el arte de preguntarse a sí mismo y darse una auto respuesta honesta

- Independencia: se define como la capacidad para establecer límites entre uno mismo y los ambientes adversos, así como mantener distancia emocional y física sin llegar a aislarse
- Capacidad de relacionarse: es la habilidad para establecer lazos íntimos y satisfactorios con otras personas para balancear la propia necesidad de simpatía
- Iniciativa: es exigirse y ponerse a prueba en tareas progresivamente más exigentes siendo entonces la capacidad de hacerse cargo de los problemas y de ejercer control sobre ellos
- Humor: se define como la capacidad de encontrar lo cómico en la tragedia
- Creatividad: es la capacidad de crear orden, belleza y finalidad a partir del caos y el desorden
- Moralidad: es el deseo de una vida personal satisfactoria, amplia y con riqueza interior y se refiere a la capacidad de comprometerse con valores y de discriminar entre lo bueno y lo malo

Barudy y Marquebreucq (2006), divide el concepto de resiliencia en resiliencia parental y resiliencia en los niños.

### **Características de los padres resilientes**

El concepto de resiliencia parental es relativamente nuevo, sin embargo diversos investigadores han señalado la importancia que tiene un ambiente familiar cálido, acogedor y una buena relación entre padre e hijo como factor protector y potenciador de resiliencia en los hijos (Baldwin et al., 1992; Masten y Coatsworth, 1998; Ackerman et al., 1999; Wyman y et al., 1999).

Según Barudy y Marquebreucq (2006), la resiliencia parental es la capacidad para mantener un proceso de buen trato hacia los hijos independientemente de condiciones de vida difíciles. En otras palabras es un renacer tras haber vivido algún trauma, reconstruyendo formas de buen trato hacia los hijos, como resultado de las experiencias reparadoras que los padres han conocido, mezcladas con el sufrimiento, en contextos de ayuda y apoyo social.

Se puede decir entonces que, los padres resilientes son capaces de educar adecuadamente a sus hijos incluso estando bajo la presión del estrés psicosocial. Rodrigo (2009) define la resiliencia parental como un proceso dinámico que permite a los padres desarrollar una relación protectora y sensible ante las necesidades sus hijos a pesar de vivir en un entorno potenciador de comportamientos de maltrato. Al considerar que la madre ocupa un papel cultural importante dentro de la familia es relevante centrarse en ellas dado el tema que nos ocupa en el presente trabajo.

En los estudios realizados por Rodrigo (2009) se observaron algunas de las características de las madres con capacidades resilientes entre las cuales destacan: un balance más equilibrado entre riesgos y apoyos sociales, presentan menos indicadores severos y cuentan con una red más adecuada de apoyos sociales, son capaces de cubrir mejor las necesidades de sus hijos y les proporcionan un entorno educativo más adecuado. Además tienen una buena concepción de reciprocidad sobre la relación con sus hijos y su papel como madres. También poseen una adecuada interacción con sus hijos y asumen una mejor disposición mental y conductual para educar adecuadamente a sus hijos.

Para González-Arratia (2007) y Walsh (2004) la familia es un factor protector para el desarrollo de la resiliencia y dentro de la familia, el principal rol promotor lo constituye la madre

como cuidadora principal. Es así como la interacción funcional o disfuncional de la madre con el niño, genera en este último los aprendizajes que conformarán el tipo de vinculación afectiva y el estilo relacional de fortaleza o debilidad, que será la base para la actuación y respuestas del menor ante los retos y demandas del entorno.

Para Cyrulnik (2001) es importante que desde la niñez los padres pongan atención en el desarrollo de aptitudes sociales de sus hijos ya que esto es primordial para el desarrollo de la resiliencia y, es gracias al apego seguro, que se forma en la relación con el cuidador mediante una interacción e intercambio que provee seguridad afectiva en los primeros años de vida en el que este tipo de interacción, especialmente con la madre, se convierte en un mecanismo de protección.

Munist et al. (1998) coinciden en mencionar que el adulto que se interesa y proporciona estímulos, seguridad y una relación cariñosa, ayuda a determinar más que cualquier otro factor, la fuerza emocional en el niño, que a su vez repercutirá en su resiliencia.

### **Importancia de la promoción de comportamientos resilientes en la infancia**

A lo largo de múltiples investigaciones Grotberg (2006), identificó algunas características que favorecen el desarrollo de la resiliencia, estas son:

- **Ambiente facilitador:** en el cual se tenga acceso a la salud, educación, bienestar, apoyo emocional, reglas y límites familiares, estabilidad escolar y del hogar.
- **Fuerza intrapsíquica:** incluye la autonomía, el control de impulsos, el sentirse querido, la empatía.

- **Habilidades interpersonales:** como el manejo de situaciones, la solución de problemas, la capacidad de planeamiento.

Sin duda, la calidad del vínculo entre padres e hijos, las competencias educativas de al menos uno de los padres y la existencia de una red social de apoyo a la familia son base para la construcción de la resiliencia (Barudy y Marquebreucq, 2006). Estos autores mencionan que la comprensión de los procesos resilientes de los niños ayuda a entender mejor el origen de la resiliencia de los padres, ya que la resiliencia es el resultado de un proceso dinámico que tiene su origen en las relaciones en el seno de una familia biológica o sustituta y la interacción social y está unida a la noción de apego.

Según Vanistendael y Lecomte (2002) los niños resilientes tienen características en común entre las cuales destacan: un temperamento que los induce a respuestas positivas dentro de su entorno, una aptitud para analizar y resolver problemas, la creencia de que la vida vale la pena a pesar de todo, además estos niños han podido establecer una relación fuerte con uno o varios adultos los cuales fungen como tutores de resiliencia, los cuales ayudan a desarrollar aptitudes como confianza, simpatía y comprensión, esos adultos pueden ser los padres, ambos o uno de ellos, un miembro de la familia, un vecino, un amigo de mayor edad, un compañero o algún maestro.

Para Gómez (2010, p. 84) los niños resilientes tienden a responder adecuadamente frente a los problemas cotidianos, son flexibles, sociables, racionales, tienen buena capacidad de autocontrol y autonomía, además presentan algunas características de personalidad como:

- Adecuada autoestima y autoeficacia.

- Mayor capacidad de enfrentar constructivamente la competencia y aprender de los propios errores.
- Mejores y más eficaces estilos de afrontamiento.
- Capacidad de recurrir al apoyo de los adultos cuando sea necesario.
- Actitud orientada al futuro.
- Optimismo y mayor tendencia a manifestar sentimientos de esperanza.
- Mayor coeficiente intelectual.
- Capacidad empática.
- Accesibilidad y buen sentido del humor.

Pero sin duda, la influencia positiva del medio familiar y el apoyo de otros adultos significativos para el niño refuerzan estos rasgos de personalidad y habilidades fundamentales para el desarrollo de resiliencia. Por otra parte para Friedrich Lösel (1994), los niños resilientes suelen vivir en un clima educacional abierto en el cual se tienen límites claros, tienen modelos sociales que motivan el enfrentamiento constructivo de problemas, comparten responsabilidades sociales, además están estimulados por la existencia de expectativas de logros realistas por parte de los adultos.

Por lo antes señalado, toma relevancia el fomentar conductas resilientes en niños que han sufrido abuso sexual debido a que se pueden disminuir los efectos negativos de este y tener formas más asertivas de afrontar esta adversidad, además de mejores habilidades individuales, así como relaciones familiares y sociales (Barudy, 1998). El abuso sexual infantil tiene efectos devastadores en la vida y desarrollo de los niños y las niñas que lo sufren y sus familias ya cambia todo, es una prueba muy costosa para los padres, puesto que rompe ritmo de vida de la

familia y en muchos casos implica una reestructuración de los roles familiares. Además el abuso sexual infantil puede percibirse como un potencial peligro de desintegración de la familia, o bien como una oportunidad para el fortalecimiento de la misma, recuperación, adaptación y comprensión de las necesidades y expectativas de cada miembro de la familia, en el que el papel de la madre es fundamental.

## **Capítulo II. Abuso sexual infantil**

### **Definición**

El abuso sexual infantil sin duda no es un problema reciente, como se verá más adelante ha ocurrido a lo largo de la historia, es universal, sucede en todas las culturas sin importar el nivel socioeconómico y, por su magnitud se mantiene en secreto, lo que dificulta su estudio y cuantificación. El abuso sexual infantil es considerado como una de las tipologías de maltrato infantil, existen múltiples intentos de autores y organizaciones mundiales para definir el abuso sexual infantil, sin embargo no existe una definición universal o un consenso entre los expertos sobre lo que es el abuso sexual infantil, lo que hace más complicada su delimitación.

Entre las definiciones más aceptadas se encuentra la de The National Center of Child Abuse and Neglect (Martin y Klaus, 1978) que definen al abuso sexual infantil como la existencia de contactos e interacciones entre un niño y un adulto, cuando el adulto (agresor) usa al niño para estimularse sexualmente él mismo, al niño o a otra persona. El abuso sexual puede ser también cometido por una persona menor de 18 años cuando esta es significativamente mayor que el niño (víctima) o cuando el agresor está en una posición de poder o control sobre otro.

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014) el abuso sexual infantil es una acción en la cual se involucra a un niño en actividades sexuales que no comprende completamente y para las que no tiene capacidad de libre consentimiento y está evolutivamente inmaduro o en actividades sexuales que transgreden las leyes o restricciones sociales.

Por otra parte el Comité de Derechos del Niño (2011) proporciona una definición en la cual el abuso sexual infantil constituye toda actividad sexual impuesta por un adulto a un niño contra la que este tiene derecho a la protección del derecho penal, además considera como abuso a las actividades sexuales impuestas por un niño a otro si el primero es considerablemente mayor que la víctima o utiliza la fuerza, amenazas y otros medios de presión. Cabe resaltar que esta organización no considera como abuso sexual las actividades sexuales entre niños cuando los niños superan el límite de edad establecido por el estado para las relaciones consentidas.

Es por eso que el abuso sexual infantil constituye una grave violación de los derechos fundamentales y de los derechos del niño a la protección y los cuidados necesarios para su bienestar y el derecho a ser protegido contra toda forma de violencia, tal como establece la Convención sobre los derechos del niño (1989), en los artículos 19 y el 34 respectivamente.

Vainstein et al. (2013) mencionan que el abuso sexual infantil reside en involucrar un menor de edad en actividades sexuales de cualquier índole, ya sea con o sin contacto corporal y con o sin violencia física, en estas actividades el agresor busca la gratificación personal, sexual, pero la víctima padece abuso de fuerza y de poder por la asimetría natural de desarrollo y conocimientos entre un niño y el adulto. Según Finkelhor (2005) las conductas abusivas y recurrentes dentro de un abuso sexual pueden incluir un contacto físico ya sea genital, anal o

bucal, o suponer la utilización del menor como objeto de estimulación sexual para el agresor como el exhibicionismo o proyección de películas pornográficas.

Otra definición es la de Intebi (1998, 2008) para quien el abuso sexual son la actividades entre un niño y un adulto, o entre un niño y otro que, por su edad y desarrollo, se encuentra en posición de responsabilidad, confianza o poder. Estas actividades tienen como fin gratificar las necesidades de la otra persona y pueden ser desde la inducción a que un niño se involucre en cualquier tipo de actividad sexual ilegal, la explotación infantil a través de la prostitución o de otras formas de prácticas sexuales ilegales o en la producción de materiales y exhibiciones pornográficas, por lo que el abuso sexual infantil constituye uno de los traumas psíquicos más intensos y con consecuencias sumamente destructivas para la estructuración de la personalidad.

Para Pichardo (2013) el abuso sexual infantil es uno de los tipos del maltrato infantil, en el cual existe una interacción de naturaleza sexual entre dos o más personas basada en el abuso de poder, la asimetría de edad y desarrollo, existiendo por lo general una situación de vulnerabilidad pretraumática en el menor, la cual se caracteriza por pobreza vincular y la disfuncionalidad o colapso de la estructura familiar los que facilita el proceso del abuso sexual, este proceso es paulatino y el agresor se gana la confianza del niño utilizando el chantaje, la ambigüedad y la seducción para lograr su cometido. Es importante mencionar que un alto porcentaje el abuso sexual infantil se lleva a cabo dentro del ámbito familiar, realizado por un conocido, familiar o figura parental, y puede suceder en una sola ocasión o de forma reiterativa y sostenida a lo largo del tiempo. Para este autor, el abuso sexual infantil puede ir desde los tocamientos, la exhibición, hasta la penetración y violación. El impacto emocional del niño depende de múltiples factores como, la vulnerabilidad pretraumática, la estructura y sistema

familiar, el tiempo de exposición, la intensidad, la etapa de desarrollo en la que ocurrió el abuso, el vínculo con el agresor, así como el tipo de abuso al que fue expuesto el menor.

La autora mexicana Ruth González-Serratos (1995), considera como abuso sexual infantil a todos aquellos actos en los que se involucra a un menor a una actividad sexual inapropiada para su edad, en la cual el agresor le pide al niño que guarde el secreto sobre este comportamiento, amenazándolo de que si relata lo sucedido provocará daño a sí mismo, al perpetrador, y/o su familia, generando en el niño sentimientos de confusión emocional, miedo y en algunas ocasiones de placer.

Según Lameiras (2002) el abuso sexual infantil es toda aquella conducta en la que un menor es utilizado como objeto sexual por parte de otra persona con la que mantiene una relación de desigualdad, ya sea por edad, madurez o poder. Cortés y Cantón (1997, como se citó en Villatoro et al., 2006), consideran abuso sexual infantil a los contactos e interacciones entre un niño y un adulto, cuando el adulto usa al niño para estimularse sexualmente él mismo, al menor o a otra persona. Es importante resaltar que para que exista un abuso sexual no necesariamente tiene que haber contacto físico entre el agresor y el niño como la penetración o tocamientos.

Mientras que para Barudy (1998) el abuso sexual infantil viola los límites íntimos e individuales del menor, en el cual un adulto o en ocasiones otro menor impone conductas de contenido sexual a un niño, estos actos se realizan en un marco de desigualdad, asimetría de poder y normalmente el agresor utiliza el engaño, la fuerza, la mentira o la manipulación. A diferencia de otro tipo de maltrato, en todos los casos de abuso sexual infantil existe asimetría de

poder y la manipulación psicológica del menor lo que hace que este identifique el abuso como normal o inevitable.

Barudy (1998) identificó las dos variables que intervienen para que se dé el abuso sexual infantil:

- Coerción: El abusador utiliza la situación de poder.
- Asimetría de edad: El abusador es mayor que el abusado y no necesariamente mayor de edad.

Sin embargo para López y Del Campo (1997) la asimetría no sólo es de edad en el abuso sexual infantil también existe; asimetría en el deseo sexual, asimetría de afectos sexuales, asimetría en las habilidades sociales, asimetría en la experiencia sexual, todas estas asimetrías constituyen una coerción. El abuso sexual también se da entre iguales en donde la coerción puede venir por amenazas, seducción, etc.

De acuerdo con Echeburúa, De Corral y Amor (1997) el abuso sexual no sólo transgrede la integridad física, también afecta psicológicamente al menor. Estos autores definen abuso sexual infantil al acto sexual impuesto a un menor que carece del desarrollo emocional, madurativo y cognoscitivo para consentir en dicha actividad. Las Naciones Unidas consideran al abuso sexual infantil como el crimen encubierto más extendido en la humanidad (Volnovich, 2002).

Según Orjuela y Rodríguez (2012) el abuso sexual infantil tiene efectos devastadores en la vida de los niños y las niñas que lo sufren ya que es una de las formas más graves de violencia contra la infancia, es la transgresión de los límites íntimos y personales del niño. Para estos

autores el abuso sexual infantil puede incluir contacto sexual, sin embargo actividades sin contacto directo como el exhibicionismo, la exposición a un menor de material pornográfico, el grooming o la utilización o manipulación de niños o niñas para la producción de material visual de contenido sexual.

El grooming es un término relativamente nuevo, la UNICEF (2014), lo define como a la acción deliberada de un adulto de acosar sexualmente a un niño o niña mediante el uso de Internet, la mayoría de las veces estos adultos suelen generar un perfil falso en una red social, sala de chat, foro u otro, haciéndose pasar por un chico o una chica y entablan una relación de amistad y confianza con el niño o niña que quieren acosar. Por lo regular el agresor suele pedir alguna foto o video de índole sexual o erótica y cuando la consigue, comienza a chantajear y amenazar a la víctima con hacer público ese material si no entrega nuevos videos o fotos o si no accede a un encuentro personal.

Se puede concluir entonces que el abuso sexual infantil es un hecho traumático que comúnmente llega a ser desapercibido ya que en muchos de los casos no deja lesiones físicas específicas, pero ocasiona lesiones psicológicas que son heridas ocultas generan como veremos más adelante un sin fin de consecuencias a corto, mediano o largo plazo (Vainstein et al., 2013), estas consecuencias son terribles y devastadoras para las niñas, niños y las familias que viven esta experiencia, es por eso que se considera al abuso sexual infantil como una de las formas más graves de maltrato.

## **Antecedentes históricos sobre abuso infantil**

El abuso sexual infantil ha existido siempre en la historia de la humanidad, y sucede en todas las culturas, sociedades y sin importar la clase social. Además es un problema complejo resultado de la interacción de factores individuales, familiares, sociales y culturales (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000). Sin embargo desde hace poco tiempo es considerado un problema grave que transgredía las normas sociales debido a que se observó el impacto, las consecuencias y secuelas negativas que tienen en la vida y desarrollo de las víctimas, que incluso puede llegar a ocasionar la muerte (Finkelhor y Ormrod, 2001), además se reconoció a los niños como sujetos de derechos (Orjuela y Rodríguez, 2012).

De Mause (1982), realizó una revisión histórica sobre cómo fueron tratados los niños a lo largo de la historia, en la cual describe seis estilos diferentes de relación paternofilial, durante los distintos periodos de tiempo estas son:

- **El infanticidio:**

Durante la antigüedad hasta el siglo IV D.C. el asesinato de los hijos a manos de sus padres era común y los niños no tenían un lugar dentro del grupo social, representaban una sobrecarga, un estorbo (en el caso de las hijas legítimas) o una vergüenza (en caso de los hijos ilegítimos) antes que seres humanos con potencialidades.

- **El abandono**

Esta relación paternofilial es característica de los siglos IV y XIII, cuando dar muerte a los niños empezaba a ser considerado legalmente un asesinato, las maneras de deshacerse de él

pasaron a ser el abandono, la entrega al ama de cría, la internación en monasterios o conventos, la cesión a otras familias en adopción, el envío a casas de otros nobles como criado o rehén o el mantenerlos en el hogar en una situación de grave abandono afectivo.

- **La ambivalencia**

Es durante el periodo comprendido entre los siglos XIV al XVII cuando se le permite al niño tomar contacto y entrar en la vida afectiva de los padres, pero todos los esfuerzos se dirigen a mantenerlos bajo control, se les compara con arcilla, con yeso o cera blanda a la que hay que darle forma y en esta época aparecen un número importante de manuales de instrucción infantil

- **La intrusión**

En el siglo XVIII, los adultos comienzan a tomar contacto con sus hijos de otra manera. Se modificaron las concepciones acerca de la infancia, ya que se les empezó a atribuirles un alma, aunque salvaje y maligna, pero los castigos físicos fueron reemplazados por sustitutivos, entre ellos el confinamiento y el encierro en cuartos oscuros durante horas e incluso días. Un dato importante es que en este siglo nace la pediatría que, junto con la mejora general de los cuidados de los padres, redujo la mortalidad infantil.

- **La Socialización**

Desde el siglo XIX y hasta mediados del XX, la crianza comienza a entenderse como la posibilidad de formar, guiar por el buen camino, enseñar a adaptarse, socializar al niño. Los padres comienzan a interesarse por su hijo y su educación, ayudando la madre en la crianza. Es en esta época donde el interés por investigar a la infancia y surgen las diferentes teorías

psicológicas sobre los niños, cómo perciben el mundo y su pensamiento y a fines de esta etapa aparecen las primeras descripciones de niños maltratados.

- **La ayuda**

En la segunda mitad del siglo XX, se tiene la idea de que el niño sabe mejor que los padres lo que necesita en cada etapa de su vida e implica la plena participación de ambos padres en el desarrollo de la vida del niño, esforzándose por empatizar con él y satisfacer sus necesidades peculiares y crecientes. El niño no recibe golpes ni reprensiones y sí disculpas cuando se le da un grito motivado por la fatiga o el nerviosismo. Sin embargo, es importante decir que la evolución de la relación paterno filial no ha ocurrido en todas las familias y culturas como veremos a continuación, además se describirá con más detalle el desarrollo histórico maltrato infantil y abuso sexual.

### **Maltrato Infantil y abuso sexual**

Desde tiempos remotos se puede observar que los niños han sufrido diferentes formas de violencia ya sea física, psicológica y sexual, debido a los ritos en los que se sacrificaban niños, por creencias religiosas o para imponer disciplina; el infanticidio era el maltrato más común en esta época. Se han encontrado indicios de que estas prácticas tienen sus orígenes en la cultura Egipcia en la que cada año ofrendaban una niña al río Nilo para fertilizar la cosecha (Pinto, 2009). Es claro que en Grecia y Roma, era natural el infanticidio de hijos legítimos e ilegítimos, los niños eran arrojados a los ríos, echados en zanjas, puestos en vasijas para que se murieran de hambre y abandonados en cerros y caminos.

Para De Mause (1982 como se citó en Intebi, 1998) en esta época los niños vivían en un ambiente de manipulación sexual, en Grecia y Roma los varones jóvenes eran utilizados como objetos sexuales por hombres mayores. Se sabe que en las ciudades romanas existían burdeles de muchachos, en Atenas se podía contratar el alquiler de un joven. En las regiones donde no estaba autorizada la utilización sexual de niños libres, los hombres disponían de los niños esclavos.

Además Pinto (2009) menciona que, en la antigua Grecia era habitual que los maestros tuvieran relaciones sexuales con los efebos que eran los jóvenes menores de edad, como una forma de expresar el denominado amor platónico y dar culto a la belleza y la juventud. Según este autor, los niños espartanos también son un claro ejemplo del maltrato infantil, los niños recién nacidos eran fiscalizados por una comisión del gobierno que evaluaba sus capacidades físicas y su potencialidad de convertirse en soldado, si se detectaban debilidades, se mataba al niño. En Roma era tradición que al nacer un niño fuera llevado ante el Pater Familis (Patriarca familiar), quien decidía si el niño iba a mantenerse y a criarse, o si se le dejaba morir.

Inclusive, en Las Doce Tablas de la Ley Romana se establecía matar al niño que naciera deforme, el infanticidio llegó a ser un crimen en la Ley Romana en 374 D.C, de hecho existen antecedentes que datan del año 450 A.C de que se intentó poner límites a los derechos absolutos de los padres sobre los hijos. Es el caso, por ejemplo, de algunas leyes de protección a los menores de edad (Gelles, 2001), sin embargo a los agresores raramente se les perseguía (Radville, 1974). En América durante la época Prehispánica se también realizaban sacrificios de niños, por ejemplo los aztecas y los mayas depositaban la autoridad al varón, quien gozaba del derecho de vida y muerte sobre los hijos.

El infanticidio de hijos ilegítimos seguía siendo común durante la Edad Media, aunque el de los legítimos se redujo ligeramente durante esta época (De Mause, 1982). En esta época todavía no se reconocía la infancia como una etapa de la vida, ni sus características y cualidades. En el siglo XV la infancia era vista sólo como una transición leve o de corta duración y no tenía importancia para la sociedad medieval. Se pensaba que cuando un individuo superaba la edad de mortalidad era inmune a la insalubridad que existía en esa época, se consideraba un sujeto activo de la sociedad y se le incorporaba a las tareas diarias de un adulto como la producción de bienes y servicios (Enesco, 2001).

En esta época cuando los niños de las clases sociales más pobres y marginadas, cumplía siete años era considerados adultos, a partir de esta edad eran independientes de sus padres o adultos dedicados a su cuidado, tenían que cumplir con responsabilidades y costumbres de la vida adulta, tales como trabajar, usar ropa de adultos, podían socializar al mismo nivel con éstos, y asistían a lugares en donde se consumían bebidas alcohólicas (Aries 1987, como se citó en Villatoro et al., 2006).

En cuanto el abuso sexual infantil, a pesar en que en la Edad Media el cristianismo consideraba a los criaturas inocentes, incontaminadas, puras, sin conocimiento carnal que ignoraban por completo toda noción de placer y de dolor, se cuentan con números registros de la utilización sexual de niños a manos de sirvientes y niñeras (De Mause, 1982 como se citó en Intebi, 1998). Durante la edad media la utilización de niños para la gratificación sexual de adultos fue una práctica muy difundida y aceptada en numerosas culturas, además la victimización de niños y el hábito del matrimonio entre adultos con niñas era frecuente (Olivos, 2013).

Durante el siglo XVII no hubo un conocimiento de la infancia tal y como se entiende actualmente (Enesco, 2001). Intebi (1998), menciona que fue durante el Renacimiento (que comprende los siglos XV y XVI) y el siglo XVIII se reprobaban los contactos sexuales con los niños, no obstante, los moralistas sostenían que era deber del niño impedir que otros abusaran de él. A pesar de ello existen registros de los siglos XVIII y XIX que indican que el abuso sexual seguía ocurriendo, pero no se responsabilizaba a los padres, sino a los criados, a otros adultos o a adolescentes. Es en esta época en donde el concepto niñez y adolescencia comienza a evolucionar y adquirir importancia.

En la primera mitad del siglo XIX los reformadores sociales crearon los reformatorios juveniles y orfanatos, la mayoría de carácter religioso debido a la preocupación sobre el maltrato infantil, ya que se empezaron a dar cuenta del el impacto negativo que los niños podrían tener a largo plazo en la moral además de los problemas con la ley que los niños tendrían de adultos. Sin embargo, no se preocuparon por el sufrimiento inmediato de los niños y cuando éstos eran institucionalizados, no recibían tratamiento especial por el abuso o el abandono, al contrario, eran tratados como la mayoría de otros niños internados por otras razones, como orfandad o pobreza. (Giovannoni, 1989 como se citó en Feldman, 2003).

Según Casas (2006) es a mediados del siglo XIX cuando médicos, legistas y juristas franceses principalmente, comienzan las investigaciones acerca del abuso sexual infantil y es a finales de dicho siglo que en Francia, Nueva York y Londres surgieron grupos y organizaciones destinadas a proteger y velar por la vida de los niños.

En el año de 1875 surge en Estados Unidos el primer caso documentado de maltrato infantil en el cual el estado intervino, se trataba de Mary Ellen una niña de nueve años de edad

víctima de maltrato por parte de su madre. El caso fue descubierto por una trabajadora social de la caridad quien dio a conocer el caso a las autoridades, sin embargo no existía alguna ley de protección a la infancia, así fue como la Sociedad Protectora de Animales intervino e inició el proceso judicial, recurriendo a la Ley contra la crueldad hacia los animales, bajo el argumento de que la niña, como parte del reino animal, merecía tanta protección como uno de éstos y en ese mismo año se crea la New York Society for The Prevention of Cruelty to Children (Pereda, 2006).

Pero, a pesar de la fundación de la primera Sociedad para la Prevención de la Crueldad hacia los Niños en 1875 y el surgimiento de varias más durante los siguientes 80 años, las investigaciones realizadas actualmente revelan que el interés hacia tema del maltrato infantil era muy escaso antes de 1960 (Secretaría de Salud, 2006).

Pereda (2006) realiza un recuento histórico sobre el abuso sexual infantil, en el cual se destacan las importantes aportaciones del médico forense Ambroise Tardieu en 1860 quien describió múltiples casos de malos tratos físicos, abuso sexual y negligencia y, aunque años atrás Tardieu, ya había observado lesiones en niños y niñas ocasionadas intencionadamente por sus cuidadores u otros adultos, su trabajo más destacado fue el reconocimiento de la elevada frecuencia de situaciones de malos tratos hacia niños y niñas por parte de sus cuidadores, la descripción de las posibles consecuencias físicas y psicológicas de estas situaciones, además de advertir a la comunidad médica de lo que él consideró un importante problema de salud pública.

Al inicio de su carrera Sigmund Freud (1981) identificó que el abuso sexual en la infancia era la causa de muchísimas enfermedades mentales y emocionales en la edad adulta, sin embargo cuando hizo público su descubrimiento fue criticado y ridiculizado por sus colegas. A causa de

esto, años más tarde Freud se retractó y propuso que los actos sexuales o bien eran fruto de la fantasía o del deseo de sus pacientes. De esta manera, el conocimiento científico dio marcha atrás y las víctimas de abusos sexuales quedaron abandonadas durante bastantes años.

En 1937, Bender y Blau realizaron un estudio en el cual continuaron con esta visión del menor como seductor e iniciador de la relación sexual con el adulto. Estos autores observaron un grupo de menores que habían mantenido relaciones sexuales con adultos, concluyendo que estos niños y niñas presentaban un rol activo en la relación sexual con el adulto y que, en ningún caso, desarrollaban psicopatología sino una gran satisfacción y enriquecimiento como resultado de esa relación.

Posteriormente, en 1946 el radiólogo pediátrico John Caffey publica su descubrimiento sobre niños con múltiples fracturas óseas y otras lesiones a nivel cerebral, sin aparentes problemas de salud que las pudieran ocasionar y relaciona estas lesiones con un posible origen traumático, a pesar de la negación de los padres. En 1953 el también radiólogo, Frederic N. Silverman, atribuye las fracturas denominadas como espontáneas en menores con una estructura ósea normal, a traumatismos no accidentales causados por agresiones deliberadas o negligencia por parte de sus cuidadores.

Se considera a Kinsey, Pomeroy, Martin y Gebhard (1953) como los pioneros en la investigación sobre el abuso sexual infantil en América ya que publicaron una investigación con elevados porcentajes de prevalencia de este problema en las mujeres norteamericanas, sin embargo algunas de sus ideas y conclusiones minimizaron los posibles efectos de los abusos sexuales en la infancia.

En 1962, debido al aumento de niños que llegaban a los servicios médicos con lesiones no accidentales, se realizó un simposio sobre abuso infantil en el encuentro anual de la Academia Pediátrica Americana, organizado por Kempe y sus colaboradores (Feldman, 2003). En ese mismo año Kempe, Silverman, Steele, Droegemueller y Silver, (1962) publicaron el artículo “síndrome del niño maltratado” presentando el problema de la violencia hacia los niños bajo el término malos tratos, se inició así la preocupación que existe por el abuso y la negligencia hacia los niños, y que en la actualidad ha crecido y se ha difundido entre todos los países durante las últimas cuatro décadas (Gelles 2001).

Este artículo surgió cuando el doctor Kempe y sus colaboradores (1962) observaron algunas manifestaciones clínicas como hematomas, heridas y cicatrices que podían percibirse a simple vista en el cuerpo de algunos niños menores de cinco años de edad, posteriormente con el apoyo de estudios radiológicos pudieron detectar en estos niños fracturas simples o múltiples en huesos largos y cabeza. Estos hallazgos les permitieron determinar que la causa de las alteraciones investigadas eran los traumatismos derivados del maltrato físico que sufrían. Actualmente diferentes disciplinas han realizado investigaciones que han complementado los hallazgos de Kempe y sus colaboradores dando como resultado una visión multidisciplinaria de este problema.

Según Corsi (1995) esta publicación contribuyó a la creación de leyes protectoras de la infancia y cambió de manera importante la visión profesional y social que existía sobre el maltrato infantil, ya que en esa época la violencia familiar era considerada un fenómeno poco frecuente y anormal que se atribuía a personas con trastornos psicopatológicos o de una clase social determinada.

Feldman (2003) considera que Kempe generó una campaña con el fin de que se promulgara una ley que obligaba a los médicos a denunciar los casos de abuso infantil y gracias a él se creó un nuevo organismo federal, el Centro Nacional sobre el Abuso y el Abandono Infantil (National Center on Child Abuse and Neglect). Pero, debido a la adopción del término de síndrome del niño maltratado se tenía la idea del que abuso infantil estaba basado en la figura del padre-agresor con trastornos psiquiátricos, además no se reconocía alguna responsabilidad por parte de la sociedad y entonces el tratamiento se dirigía a los abusadores, no había una conciencia de la necesidad de un tratamiento paralelo dirigido al niño objeto de abuso.

Es en 1978, cuando Kempe publica artículo "Sexual abuse another hidden pediatric problem", en el que destaca el gran desconocimiento social y profesional sobre este problema. Se puede decir que el abuso sexual infantil es una de las tipologías de maltrato más tardíamente estudiada, debido a los mitos y prejuicios que se tienen sobre este tema, sin embargo a mediados de la década del 70' cuando surge el interés científico sobre el abuso sexual, y se provoca un incremento de los estudios sobre el abuso sexual infantil que favoreció el avance del conocimiento sobre este problema (Pereda, 2006).

En 1978, Finkelhor (1979) realizó una investigación con una muestra comprendida por 530 mujeres estudiantes de Ciencias Sociales, inscritas en universidades de Nueva Inglaterra, descubrió que aproximadamente 10% había sufrido abuso sexual por un pariente. Posteriormente realizó más estudios con estudiantes universitarios, y encontró indicadores de deterioro de salud mental en las víctimas adultas de abuso sexual infantil. En otra de sus investigaciones realizada con 521 padres en Boston, el 15% de las mujeres entrevistadas dijeron haber sido abusadas

sexualmente antes de los dieciséis años, de las cuales el 5% reportó haber sufrido incesto (Finkelhor, 1984).

También en 1978, Trai Wagner menciona que después del abuso sexual existen diferentes factores tales como la naturaleza secreta que normalmente tiene la experiencia, la posibilidad de haber experimentado placer sexual en el encuentro y los autorreproches por no haber sido capaz de detener al agresor, estos factores afectan a las víctimas y hacen más difícil olvidar este evento traumático. Además, en 1985 Baker y Duncan concluyeron que, por la naturaleza y tipo de contacto que caracteriza el abuso sexual, las formas son muy variadas, van desde situaciones de abuso en las que no llega a haber algún tipo de contacto físico hasta aquellas en que se hace uso de fuerza física (Buendía, 1996).

Finkelhor y Browne (1986) realizaron una investigación sobre el impacto del abuso sexual infantil y concluyeron que los adultos víctimas de abuso sexual en la infancia, muestran deterioro, además encontraron que por lo menos una quinta parte de estos adultos mostraban evidencia de patología grave en comparación con las personas que no habían sufrido abuso sexual. Por lo que concluyeron que el riesgo de deterioro de salud mental inicial y a largo plazo para víctimas de abuso sexual infantil debe tomarse con mucha seriedad.

Buendía (1996) menciona que en 1992 Kilpatrick señaló que en la mayoría de los casos de abuso sexual, las experiencias sexuales de niños y adolescentes con adultos no se realizaban por la fuerza sino por otro tipo de presión más sutil. Y en 1993, Kendall-Tackett y colaboradores realizaron estudios con niños y adolescentes en los cuales encontraron que entre las manifestaciones más comunes que presentaban los niños agredidos sexualmente eran

agresividad, pesadillas, problemas escolares, hiperactividad, depresión, retraimiento, conductas suicidas o auto lesivas, quejas somáticas, actos ilegales, escapadas y abuso de sustancias.

En 1995 Sanderson, hizo hincapié en dos aspectos principales para la delimitación de una situación de abuso; la desigualdad de poder en la relación y la utilización del menor como objeto sexual (Buendía, 1996). Esta evolución culmina en el siglo XX con el desarrollo de diversas legislaciones referentes a los derechos de los niños, tanto a nivel nacional como internacional, incluyendo el concepto de abuso sexual y su tratamiento como problema, sin embargo, no existe una definición universal y cada enfoque teórico lo ve y define de diferente manera, además es importante realizar estudios sobre el tema, que además de ampliarlo proporcionen datos reales y fidedignos.

También es necesario un registro nacional e internacional adecuado de todos los casos de abuso sexual infantil reportados a las distintas autoridades como salud, educación, protección a la infancia o justicia, ya que muchos de estos niños y sus familias sólo reciben atención de una de estas autoridades debido a que sólo llegan a conocimiento de las autoridades los casos más severos, mientras que la mayor parte no son notificados, y quedan, por tanto, fuera de los registros (Secretaría de Salud, 2006).

### **Enfoques sobre el abuso sexual infantil**

A lo largo de la historia los diferentes enfoques teóricos han estudiado el abuso sexual infantil tratando de explicar este fenómeno. Según García-Jaime (2013) fue a partir de 1950 que se desarrollaron modelos y teorías sistematizadas para explicar el origen, causas, tipos y consecuencias del abuso sexual infantil, sin embargo estos modelos se encuentran limitados en

su desarrollo por la aceptación social, enfrentaron la poca comunicación y comprensión existente entre las diversas escuelas de psicología, debido a que cada una consideraba que sus explicaciones y conclusiones eran verídicas, con lo cual minimizaban las aportaciones proporcionadas desde otros modelos.

### **Centrados en la familia**

Una de estas perspectivas está centrada en la familia y en la cual la raíz del abuso sexual se halla en una dinámica familiar distorsionada. En la familia, la niña reemplaza a la madre como compañera sexual del padre o viceversa. Las investigaciones realizadas actualmente han mostrado que los abusadores sexuales suelen iniciar sus actividades de victimización cuando son adolescentes y experimentan una activación sexual hacia los niños antes de ser padres, por lo que se puede decir que el abuso sexual infantil no se sitúa en la dinámica familiar (Moreno Manso, 2006). Este enfoque acentúa la presencia de conflicto marital acompañado de violencia o no, y el alejamiento sexual de la pareja. Para Crivillé (1987) el abuso sexual infantil era producto de una confusión e inversión de roles entre los diferentes miembros de la familia.

### **Centrados en el contexto**

También existen modelos explicativos centrados en criterios contextuales, para los cuales, el abusador sexual es una persona introvertida, solitaria y con falta de apoyo social, además de haber crecido en un ambiente familiar no protector, de abandono, maltrato físico y abuso sexual, características observadas en numerosos abusadores (Milner, 1990).

### **Centrados en el abusador**

Para Moreno Manso (2006) existe una perspectiva que está centrada en el abusador desarrollada a partir del estudio de abusadores sexuales internados en instituciones y que ha permitido establecer que la raíz del abuso sexual se encuentra en las características psicológicas y fisiológicas del agresor. Finkelhor (1984) trata de explicar el abuso sexual infantil desde un modelo centrado en criterios individuales y señala que los agresores cuentan con características personales tales como inmadurez, baja autoestima, sentimientos de inutilidad entre otras dejando atrás la hipótesis de que los abusadores sexuales tienen ciertas patologías psíquicas.

En 1984, Finkelhor propuso un modelo que explica el abuso sexual infantil, en el que señala que para que ocurra el abuso sexual es necesaria la presencia de varios factores simultánea o sucesivamente tales como, congruencia emocional, una importante inmadurez en el abusador que se experimenta a sí mismo como un niño, manifiesta necesidades emocionales infantiles y, por tanto, desea relacionarse con niños, activación sexual ante los niños, bloqueo de las relaciones sexuales normales, sentimientos de inutilidad personal, inadecuación interpersonal y distanciamiento sexual en sus relaciones de pareja, además desinhibición comportamental, es importante resaltar que de este factor depende que el abuso sea estable o esporádico.

### **Centrados en la interacción abusador y sistema social**

Posteriormente en 1993 Faller propone un modelo integrador que diferencia entre las condiciones que propician abuso sexual y los factores que contribuyen a la aparición del abuso sexual pero no lo provocan. Para Faller las condiciones que propician el abuso sexual están en

algunos factores del sistema social vigente tales como; la educación específica para cada sexo, reparto rígido de papeles, relaciones de poder/dependencia y sexualización de relaciones.

Además de factores biográficos como; situaciones personales de la vida de víctimas entre los que destacan; relaciones familiares difíciles y servidumbre frente a la autoridad y situaciones personales de la vida de los agresores como; antecedentes de abuso sexual, desvalorización personal y problemas para desenvolverse en la sociedad; además de factores familiares como incesto, estos factores pueden llegar a favorecer una situación de abuso sexual. En este sentido para Faller (1993) los factores que contribuyen a la aparición del abuso sexual son personales como; la activación sexual del adulto en presencia de un niño y tendencia a actuar de manera congruente con dicha activación fisiológica, culturales como: el dominio de los varones, sexualidad del varón, rol de la mujer, familiares como; conflictos maritales, malas relaciones sexuales, madre no protectora, niño “seductor”, ambientales entre los cuales destaca, el aislamiento social, desempleo, acceso no vigilado al niño, factores de personalidad como; la baja autoestima, consumo de sustancias tóxicas, escasas habilidades sociales y biográficos como; experiencia sexuales infantiles traumáticas, infancia sin cuidados afectivos, modelos sexuales afectivos.

### **Modelos teóricos**

González, Martínez, Leyton y Bardi (2004) realizaron una revisión de los modelos teóricos que se han desarrollado para explicar el abuso sexual infantil. Ellos distinguen modelos unifactoriales y multifactoriales, pero observaron que ninguno de estos modelos es predominante y el abuso sexual es el resultado de una interacción entre distintos factores.

### **Modelos unifactoriales:**

#### **Modelo biológico:**

Los investigadores este modelo señalan que los factores genéticos, hormonales y de neurotransmisores podrían estar relacionados con la impulsividad y un aumento del interés y excitación sexual.

#### **Modelo psicoanalítico:**

Este modelo tiene sus orígenes en la teoría de la seducción de Freud (1981), según él la seducción sexual de un menor por parte de un adulto, generalmente el padre, está relacionada con la histeria en la etapa adulta. Posteriormente debido a que esta teoría sugería una alta prevalencia de abuso sexual infantil, fue reformulada en términos de las fantasías reprimidas y no satisfechas relacionadas con la sexualidad del menor. Actualmente la teoría psicoanalítica está enfocada en las características del abusador, relacionadas con las dificultades en la conformación del self y en el proceso de separación-individuación.

#### **Modelo feminista:**

Este modelo enfatiza la gratificación por el abuso de poder que ejerce el agresor. De tal modo que el abuso está causado por el desequilibrio de poder existente en la familia patriarcal tradicional, el cual lleva al hombre a dominar a la esposa y a los niños y a percibirlos como posesiones que puede usar según sus deseos.

### **Modelo conductual:**

Este modelo utiliza la perspectiva del aprendizaje social y explica el abuso sexual infantil y resalta la importancia de experiencias tempranas de condicionamiento, en las cuales el ofensor frecuentemente recordaría sus experiencias sexuales iniciales y esa fantasía adquiriría propiedades sexuales de excitación.

### **Modelo sistémico familiar:**

Desde esta perspectiva, el incesto es visto como producto de un sistema familiar problemático, en el cual cada uno de los miembros de la familia contribuye potencialmente al abuso del menor. Según García-Jaime (2013) desde este modelo, el abuso sexual no es responsabilidad exclusiva de una mente perversa del agresor, sino la manifestación de una problemática familiar o de una crisis en dicho sistema, el abuso sexual es entonces la expresión de la caótica realidad familiar, por lo que la responsabilidad de los hechos no recae solamente en alguno de sus miembros, sino que, de algún modo, todos la comparten, y son al mismo tiempo victimarios y víctimas del abuso. Este autor menciona que en la intervención sistémica es de suma importancia la interacción de todos miembros del sistema familiar y en las cualidades de sus relaciones cotidianas, por lo que se puede decir que cada miembro de la familia contribuye en la aparición y mantenimiento del abuso sexual. Además este modelo propone analizar las triadas, límites interpersonales, límites intergeneracionales, comunicación entre subsistemas, roles, jerarquías, entre otros.

García-Jaime (2013) menciona que el modelo más divulgado en el estudio del abuso sexual es el de víctima-perpetrador, utilizado por diversos enfoques clínicos como; el

conductismo, psicoanálisis, neuropsicología, psiquiatría y criminología. Para este enfoque las agresiones sexuales son acciones unilaterales, iniciadas y realizadas por un adulto con algún desequilibrio que ejerce poder sobre un menor que es víctima de sus actos.

### **Modelos multifactoriales:**

#### **Multisistémico (Trepper y Barret, 1989):**

Según Trepper y Barrey (1989) para que se dé un abuso sexual se tienen que conjugar factores socio ambientales, variables culturales, factores de la familia de origen del abusador tales como; experiencia de abuso, ausencia de ambiente de cuidado y afecto, además de factores psicológicos individuales como; baja autoestima, habilidades sociales inadecuadas y depresión y factores del sistema familiar como; la distorsión de roles. Por lo que se puede afirmar que desde este enfoque el abuso sexual tiene un ciclo y es multidimensional.

#### **Modelo de las cuatro precondiciones (David Finkelhor, 1984):**

Según Finkelhor (1984) para que un abuso sexual ocurra es necesaria la motivación de abusar, ya sea por experiencias propias traumáticas o por incapacidad de relacionarse con otras personas adultas; un bloqueo de los inhibidores internos, esto es: falta de conciencia, moral y autocontrol; bloqueo de los inhibidores externos como: el control social, la represión judicial, la acción de la familia y de la comunidad; y acceso a una persona menor vulnerable, ya sea por falta de información, por aislamiento o porque jamás se le reconocieron sus derechos. Se cree, también, que es imprescindible incluir en el análisis los modelos de socialización y género así como las pautas de crianza.

## **Tipos de abuso sexual**

Para Pereda (2006) el abuso sexual infantil es una de las tipologías de maltrato que más tardíamente se ha estudiado, debido a las dificultades para definirlo y delimitarlo, como se puede observar cada autor divide de manera diferente el abuso sexual, por ejemplo: en algunos estudios consideran como abuso sexual las conductas que implican contacto físico: caricias, masturbación, penetración; y, conductas que no implican contacto directo: exhibicionismo, obligar al menor a presenciar actividades sexuales de otras personas, utilizar al menor para la producción de pornografía, entre otras.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2001) refiere que las actividades cuyo fin es gratificar o satisfacer las necesidades de la otra persona abarcan pero no se limitan a la inducción a que un/a niño/a se involucre en cualquier tipo de actividad sexual ilegal, la explotación de niños/as a través de la prostitución o de otras formas de prácticas sexuales ilegales y la explotación de niños/as en la producción de materiales y exhibiciones pornográficas.

Save the Children (2001) destaca las siguientes categorías de abuso sexual infantil:

- **Abuso sexual:** Cualquier forma de contacto físico con o sin acceso carnal, con contacto y sin contacto físico realizado sin violencia o intimidación y sin consentimiento. Puede incluir: penetración vaginal, oral y anal, penetración digital, caricias o proposiciones verbales explícitas.
- **Agresión sexual.** Cualquier forma de contacto físico con o sin acceso carnal con violencia o intimidación y sin consentimiento.

- **Exhibicionismo.** Es una categoría de abuso sexual sin contacto físico.
- **Explotación sexual infantil.** Una categoría de abuso sexual infantil en la que el abusador persigue un beneficio económico y que engloba la prostitución y la pornografía infantil. Se suele equiparar la explotación sexual con el comercio sexual infantil.

Según el Ministerio de Salud, Unicef (2011) el abuso sexual puede ocurrir con o sin contacto físico, mediante conductas que van desde provocaciones verbales hasta violencia con penetración anal, vaginal o bucal y considera abuso sexual infantil actividades como:

- Contacto físico sexual en forma de penetración vaginal, oral o anal, utilizando para ello cualquier parte del cuerpo del abusador, algún objeto o animal.
- El tocamiento intencionado de los genitales o partes íntimas, incluyendo los pechos, área genital, parte interna de los mismos o nalgas, o las ropas que cubren estas partes, por parte del perpetrador hacia el niño, niño o adolescente.
- Alentar, forzar o permitir al niño, niña o adolescente que toque de manera inapropiada las mismas partes del perpetrador.
- Exponer los órganos sexuales a un niño, niña o adolescente con el propósito de obtener excitación/gratificación sexual, agresión, degradación o propósitos similares.
- Realizar el acto sexual intencionadamente en la presencia de un menor de edad con el objeto de buscar la excitación o la gratificación sexual, agresión, degradación u otros propósitos semejantes.
- Auto-masturbación en la presencia de un niño, niña o adolescente.

- Forzar a la pornografía.

Además se incluyen los diversos tipos de explotación sexual comercial infantil.

Mientras que para Vainstein et al. (2013) existen diferentes formas de abuso sexual con una amplia gama de comportamientos que pueden o no implicar contacto físico del agresor.

Según estos autores el abuso sexual puede manifestarse de las siguientes formas:

1. Según la forma de contacto
2. Según el vínculo
3. Como delito organizado

#### **1. Según la forma de contacto**

##### **a) Abuso sexual con contacto físico:**

- **Agresión sexual:** consiste en contacto físico sexual sin acceso carnal con otra persona el cual existe una estimulación o gratificación de los deseos sexuales del agresor, con violencia, intimidación y dominación de la situación. Implica la estimulación sexual genital al menor, intento de coito, tocamientos, manoseos, etc.
- **Violación:** contacto físico sexual con otra persona y/o utilizando algún objeto con acceso carnal (vía vaginal, anal u oral) ejerciendo violencia física o intimidación.

##### **b) Abuso sexual sin contacto físico:**

Incluyen propuestas indecentes a un menor o seducción verbal explícita, actitudes o comentarios inadecuados acerca de su intimidad sexual, el exhibicionismo en todas sus formas, el voyeurismo, tomar fotografías desnudos o en poses sexualmente sugerentes, la proyección de videos, u otro material con contenidos pornográficos, etc.

## 1. Según el vínculo

- a) **Abuso sexual intrafamiliar (incesto):** es toda interacción de índole sexual con un menor por parte de un pariente de consanguinidad lineal (padre, madre, abuelo, abuela) o por hermanos/as, tíos/as, sobrinos/as o personas que son percibidas como figuras adultas parentales (padres adoptivos, parejas estables).
- b) **Abuso sexual extrafamiliar:** En estos casos, el agresor puede ser alguien que pertenece a su entorno, a quien el niño conoce y frecuenta (vecino, amigo, profesor, entrenador, confesor religioso etc.) o en los casos menos frecuentes es una persona desconocida.

## 2. Como delito organizado

- Explotación sexual y comercial infantil
- Trata de personas con fines de explotación sexual
- Explotación sexual y Comercial Infantil en viajes y turismo
- Pornografía infantil

Autores como Arruabarrena, De Paúl y Torres (1996) diferenciaron entre el abuso sexual intrafamiliar, también llamado incesto que es cuando el abuso es realizado por un pariente de consanguinidad, ya sea el padre, la madre, abuelo, abuela, o por un hermano/a, tío/a, primo/a, sobrino/a o alguna persona adulta que funja como figura parental. Y el abuso sexual extrafamiliar, el cual se produce cuando existe contacto sexual entre un adulto y un niño exceptuando los casos señalados para el incesto.

Para Ireland (2002) el abuso sexual abarca un amplio rango de comportamientos que pueden incluir o no los contactos de naturaleza sexual. Entre los actos que no involucran dicho contacto se incluyen: los comentarios de índole sexual, el exhibicionismo y la masturbación, el

voyerismo y la exposición a material pornográfico. Los actos de contacto, en cambio, incluyen: el contacto sexual, la penetración digital o con objetos y el intercambio sexual. Es importante señalar que el abuso sexual ocurre principalmente al interior de la familia en todos los grupos étnicos y clases sociales (Clark, Freeman-Clark y Adamec, 2001).

Díaz, Casado, García, Ruíz y Esteban (1999, 2000); Echeburúa y Guerricaechevarría (2000) proponen cuatro categorías de abuso sexual infantil, el abuso sin contacto físico, con contacto físico, intrafamiliar, extrafamiliar. Por otra parte, Corsi (1995) lo divide en abuso intrafamiliar, cuando el abusador es parte de la familia de la víctima y abuso extrafamiliar, cuando el abuso es perpetrado por alguien ajeno a la familia de la víctima, puede ser conocido o desconocido.

Según Claramunt (1996) el abuso sexual puede ser directo por ejemplo, la penetración, las caricias, los besos y el sexo oral, pero también puede ser indirecto, sin contacto físico, como ocurre en el exhibicionismo, el voyerismo, las frases sexualizadas y la utilización del cuerpo de la niña o niño en fotografías y películas pornográficas.

Por otra parte para Coulborn Faller (1988) el abuso sexual incluye tres formas distintas de comportamiento sexual:

- **Intrusión:** Incluye la penetración del pene en forma oral, anal o genital y la penetración digital.
- **Tocamiento genital:** Incluye otra forma de contacto genital pero sin penetración aparente.

- **Otros actos de abuso sexual no específico:** Incluye actos de distinta índole que no involucran el contacto genital como la explotación sexual y la pornografía.

Bear y Demock (1988) y Blume (1990) (como se citó en González-Serratos, 1995) incluyen dentro del abuso sexual infantil; la desnudez, la exhibición de material sexualmente explícito, el contacto corporal, la masturbación, sexo oral, anal, genital, u obligar al niño a ver actos sexuales entre adultos, el exhibicionismo, las insinuaciones sexuales, conductas sugestivas, el presenciar cómo abusan sexualmente de otro/s menor/es, la prostitución, la pornografía infantil, entre otros.

Cortés y Cantón (1997) mencionan que los niños pueden ser utilizados como objeto de estimulación sexual, entre los que incluyen el incesto, la violación, la vejación sexual como lo son los tocamientos o manosear 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 como la seducción verbal, las solicitudes indecentes, la exposición de órganos sexuales al menor para obtener gratificación sexual, la realización del acto sexual en presencia de un menor, la masturbación en presencia de un niño y la pornografía.

Smith-Slep y Heyman (2006) utilizaron los siguientes criterios para definir abuso sexual, para considerar como un abuso sexual infantil se deben de cumplir alguno de estos tres criterios:

- **Explotación sin contacto:** Forzar, engañar, amenazar o presionar a un niño o niña a participar en actos que producen gratificación sexual para la persona sin contacto físico directo entre el niño y el agresor.

Estos actos incluyen, la exposición genital, ano, o senos del niño o del agresor, hacer al niño que se masturbe o que observe a otros en actos de masturbación; hacer que el niño participe en actividades sexuales con terceras personas incluyendo la prostitución infantil, hacer que el niño pose desnudo o que se comporte de forma sexual incluyendo aquí la pornografía infantil, exponer al niño a observar pornografía o actos sexuales en vivo y exponerlo a acciones de observación como el voyerismo.

- **Violación:** Uso de la fuerza física, manipulación emocional, o la ingenuidad de un niño o adolescente para lograr la penetración del pene en la vulva o el ano del niño.
- **Otro tipo de ataque sexual:** Contacto físico de naturaleza sexual entre un niño y un agresor en el que no hay penetración del pene a la vulva o ano, incluye contacto orogenital u oroanal, penetración del recto o la vulva con las manos, los dedos u otros objetos, intentos de penetración, tocar, frotar, acariciar, golpear o comportamientos similares directamente o por encima de la ropa.

Existen múltiples conductas que forman parte de las definiciones de abuso sexual, siendo la más agresiva y penada la penetración (oral, anal o vaginal). Pero el tipo de abuso de abuso sexual más frecuente son los tocamientos (Lameiras, Carrera, y Failde, 2008). Sin embargo para (García, Loredo y Gómez, 2009) el tipo de abuso sexual más frecuente en la infancia es el incesto, debido a que generalmente este tipo de abuso se mantienen en secreto.

Como se observó el abuso sexual se presenta de varias maneras, unas incluyen el contacto físico y otras utilizan formas más indirectas de acción, pero es primordial mencionar que el impacto que posee este tipo de maltrato en la vida de los niños y las niñas siempre es perjudicial sin importar la forma de abuso a la que fue expuesto el menor (Chinchilla y Castillo, 2011).

Tabla 2

*Síntesis de los Tipos de Abuso sexual según diferentes autores e instancias*

<b>AUTORES</b>	<b>DEFINICIÓN</b>
OMS (2001)	La inducción a que un/a niño/a se involucre en cualquier tipo de actividad sexual ilegal
Ireland (2002)	El abuso sexual abarca un amplio rango de comportamientos que pueden incluir o no los contactos de naturaleza sexual.
Save the Children (2001); Ministerio de Salud, UNICEF (2011); Bear y Demock (1988) y Blume (1990); Cortés y Cantón (1997)	Existen dos tipos de abuso sexual: con contacto o sin contacto físico.
Claramunt (1996)	El abuso sexual puede ser directo o indirecto.
Arruabarrena, De Paúl y Torres (1996); Corsi (1995)	Existen dos tipos de abuso sexual: intrafamiliar (incesto) y abuso sexual extrafamiliar.
Coulborn Faller (1988)	El abuso sexual incluye tres formas distintas de comportamiento sexual: la Intrusión, el tocamiento genital y otros actos de abuso sexual no específicos como la explotación sexual y la pornografía.
Smith- Slep y Heyman (2006)	Para considerar como un abuso sexual infantil se deben de cumplir alguno de estos tres criterios: explotación sin contacto, violación u otro tipo de ataque sexual.
Díaz, Casado, García, Ruíz y Esteban (1999, 2000); Echeburúa y Guerricaechevarría (2000)	Proponen cuatro categorías de abuso sexual infantil: sin contacto físico, con contacto físico, intrafamiliar, extrafamiliar.
Vainstein, Fernández, Padín, Zito, Pinto y Duro (2013)	Existen 5 tipos de abuso sexual: con contacto físico, sin contacto físico, intrafamiliar (incesto), extrafamiliar y con fines de explotación.

Para fines de esta investigación se utilizó la categorización realizada por Díaz et al. (1999, 2000; Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000) que se puede observar en la tabla 2, en las cuales existe abuso sexual infantil con contacto físico o sin contacto físico y este puede ser intrafamiliar o extrafamiliar.

## **Prevalencia en México de abuso sexual infantil**

El abuso sexual infantil es considerado como una violación a los derechos humanos de las personas menores de edad, debido a que afecta directamente el derecho de los niños, niñas y adolescentes a vivir libre de maltrato. No obstante, como se ha estado señalando anteriormente, a pesar de que se ha reconocido como una de las principales formas de violencia hacia las personas menores de 18 años, el abuso sexual sigue siendo uno de los delitos que más se comete alrededor de todo el mundo y que no siempre se denuncia (Palacios, 2008; Pereda, 2009).

Según Villatoro et al. (2006) la estimación de la prevalencia de abuso sexual varía enormemente debido las diferentes definiciones utilizadas, la manera en que se recopila la información y la población estudiada ya que en algunas encuestas se realizan con niños, otras con adolescentes o adultos que informan sobre su experiencia en la niñez, mientras que en otras se pregunta a los padres acerca de lo que pueden haber experimentado con sus hijos, estos métodos pueden producir resultados muy distintos. Santamaría (1992) agrega que las variaciones amplias en las estimaciones de la prevalencia en los diferentes estudios realizados podrían ser resultado de diferencias reales del riesgo que existe en las distintas culturas o de las diferencias en la forma en que se efectuaron los estudios.

El Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) estima que 228 niños por hora son víctimas de abuso, además se calcula que anualmente alrededor de 73 millones de niños y 150 millones de niñas menores de 18 años sufren algún tipo de violencia sexual en el mundo y que más de un 20% de la personas adultas ha experimentado algún tipo de abuso, sin embargo esta cifra está muy lejos de la realidad debido a que la mayoría

de las víctimas nunca llega a presentar una denuncia por miedo o vergüenza (Secretaría de Salud, 2010).

La Organización Mundial de la Salud (2014) indica que en estudios internacionales realizados, aproximadamente un 20% de las mujeres y entre un 5% y un 10% de los hombres han sufrido abusos sexuales en la infancia, un 23% de las personas de ambos sexos manifiestan haber sufrido maltrato físico en la infancia. Sin embargo, la falta de una definición única, las definiciones ambiguas y las diferentes disposiciones que en cada país existen para reportar los casos de maltrato o negligencia infantil no permiten hacer las comparaciones internacionales que permitan una estimación confiable del abuso sexual a nivel mundial (Belsey, 1993 como se citó en Newell 1999).

De acuerdo con la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) México ocupa el primer lugar a nivel mundial en abuso sexual, violencia física y homicidio cometido contra personas menores de 14 años, además señala que alrededor de 4.5 millones de niñas y niños son víctimas de abuso sexual en México aunque únicamente 2% de los casos se conoce en el momento en el que el abuso es cometido (Cuellar, 2015; Figueroa, 2016; Aguilar et al., 2016).

Ramos, Saldívar, Medina-Mora y Rojas (1998) estiman que la prevalencia de abuso sexual es de 4.3% en adolescentes varones y mujeres, estudiantes de enseñanza media y media superior de poblaciones rurales y urbanas de México además resaltaron el gran impacto que tiene el abuso sexual en los índices de abuso de sustancias y depresión. Tapia (2014) afirma que el abuso sexual de menores de edad ha aumentado en México, pues mientras a lo largo de 2013 se registraron 5 mil 736 denuncias por violación infantil, en el primer trimestre de 2014 se han

presentado 2 mil 216, casi la mitad de las acusaciones del 2013. Esta investigación arroja que en 2013 hubo 5 mil 736 víctimas de violación de entre cero y 17 años de edad.

La Secretaría de Seguridad Pública (2010) estima que en México el 77% de las víctimas de abuso sexual son niñas, con un promedio de edad de 5.7 años. En todos los casos la víctima conocía al agresor: el hermano (19%), el padrastro (18%), un tío (16%), el padre (15%). Sin embargo no existen cifras exactas sobre los casos de abuso sexual infantil, ya que la mayoría de las víctimas nunca llega a presentar una denuncia por llegar a tener miedo o vergüenza, pero se sospecha que son más altas.

Tabla 3

*Datos sobre la Prevalencia de abuso sexual infantil en México*

<b>FECHA</b>	<b>CIFRA</b>
En 1998 (Ramos, Saldívar, Medina-Mora y Rojas)	4.3% de los adolescentes varones y mujeres, estudiantes de enseñanza media y media superior de poblaciones rurales y urbanas de México sufrieron abuso sexual
2010 (La Secretaría de Seguridad Pública)	En México el 77% de las víctimas de abuso sexual son niñas, con un promedio de edad de 5.7 años.
2010 (UNICEF), (Secretaría de Salud).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 228 niños por hora son víctimas de abuso</li> <li>• Alrededor de 73 millones de niños y 150 millones de niñas menores de 18 años sufren algún tipo de violencia sexual en el mundo cada año.</li> </ul>
2013 Tapia (2014)	En México se registraron 5 mil 736 denuncias por violación infantil a niños de entre cero y 17 años de edad.
En el primer trimestre del 2014	Se presentaron 2 mil 216 denuncias por violación infantil.
2014 (OCDE), (Cuellar, 2015)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• México ocupa el primer lugar a nivel mundial en abuso sexual, violencia física y homicidio cometido contra personas menores de 14 años.</li> <li>• Alrededor de 4.5 millones de niñas y niños son víctimas de abuso sexual en México.</li> <li>• Sólo el 2% de los casos se conoce</li> </ul>

Tabla 3 (Continuación)

2014 (OMS)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aproximadamente un 20% de las mujeres y entre un 5% y un 10% de los hombres han sufrido abusos sexuales en la infancia</li> </ul>
---------------	--

En México todavía no se cuenta con un registro nacional adecuado de todos los casos de maltrato infantil reportados a las distintas autoridades (salud, educación, protección a la infancia o justicia). Es decir, no hay manera de saber si los casos que reporta uno de estos sectores son los mismos registrados en otro. De igual modo, no debe olvidarse que sólo llegan a conocimiento de las autoridades los casos más severos, mientras que la mayor parte no son notificados y quedan, por tanto, fuera de los registros (Secretaría de Salud, 2006).

No obstante y sin duda las cifras obtenidas en los diferentes estudios realizados (Tabla 3) destacan la magnitud del abuso sexual a nivel nacional, es por eso que se deben orientar esfuerzos para disminuir y erradicar este problema, las investigaciones deben hacer hincapié en demostrar con mayor contundencia los efectos que el abuso sexual causa en el desarrollo físico y emocional de las personas que han sido víctimas de abuso sexual en la infancia (Ramírez, 2008).

### **Características de los niños sobrevivientes de abuso sexual**

Es importante mencionar que no existe un perfil único que pueda englobar las características específicas de la víctima, sin embargo Pérez (s. f) menciona que se han identificado algunas características que constituyen factores de riesgo para la ocurrencia del Abuso Sexual Infantil algunos de éstos son:

- Falta de educación sexual.

- Baja autoestima.
- Necesidad de afecto y/o atención.
- Niño o niña con actitud pasiva.
- Tendencia a la sumisión.
- Baja capacidad de toma de decisiones.
- Niño o niña en aislamiento.
- Timidez o retraimiento.

Según Holman (2000) son necesarias más investigaciones que permitan identificar por qué un agresor se centra en algunos niños y niñas y no en otros, sin embargo se ha observado que los agresores buscan a niños y niñas sobre los cuáles sea fácil ejercer el poder por lo que son más vulnerables a sufrir un abuso sexual los niños con:

- Familias con necesidades emocionales o económicas.
- Niños y niñas que creen que son “malos”, o aquellos que no son valorados por la sociedad.
- Niños y niñas con una autoestima baja o que necesitan amor y atención.
- Niños y niñas que se sienten aislados de sus amigos y su familia, o que han sido rechazados por sus familias o comunidades.
- Niños y niñas para quienes es difícil decirle a nadie lo que está pasando, o a los que difícilmente se va a creer (se les considera “mentirosos” o “niños y niñas problemáticos”).
- Niños y niñas que físicamente no pueden defenderse.

- Niños y niñas que creen ser invulnerables (los agresores los consideran “un reto especial”).
- Niños y niñas que ya han sufrido abusos.

Para Intebi (1998) las características de los niños abusados sexualmente se refieren a su edad, su relación con el mundo exterior y su lugar en la familia. Según esta autora la edad promedio de las víctimas va de 8 a 13 años, aunque como se mencionó antes, es más frecuente entre los 5 y 9 años y las víctimas suelen ser mayoritariamente niñas (Villatoro et al., 2006; Pastor et al., 2012). En cuanto a la relación con el mundo exterior, la experiencia de abuso sexual hace que la víctima no pueda establecer relaciones profundas y de confianza con los demás, por vergüenza y temor a que los otros se den cuenta de lo que le ocurre en su entorno familiar.

Dentro de la familia Intebi (1998), considera que la víctima tiene una posición doble dentro de la familia: es a la vez la sacrificada y la que goza de privilegios con respecto al agresor. Sacrificada, porque a partir de su silencio protege la cohesión familiar; y privilegiada, porque goza de la atención exclusiva del agresor. Sin embargo el abuso sexual siempre es vivido por la víctima de una manera confusa y traumática, estos niños pueden presentar síntomas clínicos como: miedo al fracaso, claustrofobia, terrores nocturnos, amenorreas, y también intentos suicidas y anorexia, entre otros que veremos en el siguiente apartado.

Según Echeburúa y De Corral (2006) menciona que los niños con mayor riesgo de sufrir abuso sexual son aquellos con una capacidad reducida para resistirse o revelarlo, como son los que todavía no hablan y los que muestran retrasos del desarrollo y discapacidades físicas y psíquicas. También se encuentran en alto riesgo los niños que se encuentran carentes de afecto en

la familia debido a que pueden sentirse halagados por la atención de la que son objeto, sin embargo con el tiempo este placer produce un profundo sentimiento de culpa.

No obstante, los niños con familias monoparentales, reconstruidas, caóticas, desestructuradas, con problemas de hacinamiento y en donde las hijas mayores asumen las responsabilidades de esta, que tienen una madre frecuentemente enferma, ausente, con alguna discapacidad o emocional mente poco accesibles y en muchos casos con un antecedente de abuso sexual en la infancia tienen mayor riesgo de sufrir abuso sexual (Echeburúa y De Corral, 2006).

De acuerdo con Vainstein et al. (2013) los menores que están más expuestos a ser abusados sexualmente son los que crecen con falta de cuidados y carencia de afecto ya que es más fácil para el agresor manipularlos al ofrecerles atención y recompensas a cambio de permitir el abuso. Esta vulnerabilidad que es consecuencia de las carencias no les permite disponer de recursos para discriminar el afecto y el amor, del abuso y el chantaje afectivo, por lo que se someten a las exigencias del abusador. Algunas condiciones del entorno que hacen vulnerables a los niños son:

- Situación de desprotección, falta de satisfacción de las necesidades básicas.
- Carencia afectiva.
- Crecimiento en un entorno de relaciones violentas.
- Condiciones de aislamiento, carencia de redes familiares y sociales de apoyo.
- Ausencia prolongada de los padres.
- Insuficientes ingresos económicos y condiciones laborales precarias e inestables.
- Falta de vivienda o vivienda que no reúne condiciones adecuadas.

Para estas autoras (Vainstein et al., 2013) sin duda el abuso sexual infantil siempre tiene efectos en los niños, pero la manifestación y la intensidad de éstos no es la misma en todos los casos ya que depende de varios factores que pueden explicar las diferencias individuales que se observan en los casos de los niños abusados sexualmente:

- Características del niño o niña.
- Forma del abuso.
- Edad del menor al inicio de la situación abusiva.
- Duración del abuso en el tiempo.
- Tipo de vínculo o relación del niño con el abusador.
- Actitud de los adultos protectores.
- Consecuencias que suceden a la develación del abuso.

El abuso sexual infantil como se mencionó anterior mente se presenta en todas las clases sociales, religiones, y niveles socioculturales, y afecta a niños y niñas de diferentes edades por lo que es difícil saber los rasgos físicos o de personalidad que atrae al agresor es decir, no existe un perfil o característica específica que determine la ocurrencia del abuso en un tipo de niño o niña y en otros no (Pérez, s. f).

### **Consecuencias del tipo de abuso sexual en los niños**

Como se mencionó anteriormente el abuso sexual afecta la integridad física y psicológica del menor siendo una gran amenaza para el adecuado desarrollo del niño debido a que afecta todas las áreas de la vida (Echeburúa et al., 1997; Pereda, 2009) teniendo efectos devastadores en los niños y las niñas que lo sufren ya que es una de las formas más graves de violencia contra la

infancia, ya que es una transgresión de los límites íntimos y personales del niño (Orjuela y Rodríguez, 2012).

García et al. (2009) han observado que el abuso sexual se descubre frecuentemente al recibir atención médica o psicológica por situaciones que aparentemente no están relacionadas con el abuso sexual y que salen a la luz accidentalmente cuando el niño decide romper el silencio o cuando se descubre una conducta sexual, sin embargo en muchos de los casos este descubrimiento se da mucho tiempo después del primer abuso, debido a que los niños que lo sufrieron generalmente no presentan manifestaciones físicas (Echeburúa y De Corral, 2006).

Algunas de las manifestaciones conductuales y físicas más frecuentes en niños que sufrieron abuso sexual son: miedo generalizado, pesadillas, agresividad, aislamiento, enuresis, cambios bruscos de conducta, bajo rendimiento escolar, masturbación compulsiva, tocamientos genitales a otros menores, dolor genital o anal, infecciones de transmisión sexual (Loredo et al., 2010).

Para Vainstein et al. (2013) el abuso sexual infantil origina una pérdida del equilibrio provocando diferentes efectos negativos en los niños que lo sufren. Santana, Sánchez y Herrera (1998); Finkelhor (2005); Quirós (2006) y Echeburúa y De Corral (2006) concuerdan en que existen algunos indicadores físicos, conductuales, emocionales, sexuales y sociales de la presencia de abuso sexual, estas consecuencias se pueden presentar a corto y largo plazo:

### **Consecuencias a corto plazo:**

- **Físicas:** El niño puede presentar dolor, golpes, enrojecimiento, quemaduras, sangrado o heridas en la zona genital o anal, enfermedades de transmisión sexual, dificultades para caminar y sentarse, así como enuresis y encopresis.
- **Conductuales:** El niño puede presentar pérdida del apetito, problemas de sueño (pesadillas), llanto frecuente, cambios bruscos de conducta, resistencia a desnudarse o bañarse, aislamiento, problemas escolares, bajo rendimiento escolar, hiperactividad, conductas regresivas, tendencia al secretismo y agresividad.
- **Emocionales:** Miedo generalizado, hostilidad, enojo, agresividad, culpa, vergüenza, depresión, ansiedad, baja autoestima, sentimientos de estigmatización, rechazo del propio cuerpo, desconfianza, rencor hacia los adultos y trastorno de estrés postraumático.
- **Sexuales:** El niño puede presentar rechazo al contacto físico, conductas seductoras e hipersexualizadas, conocimientos sexuales inadecuados para su edad, interés exagerado por comportamientos sexuales de los adultos, masturbación compulsiva, agresión sexual hacia otros niños y problemas de identidad sexual.
- **Sociales:** Déficit en habilidades sociales, retraimiento social y conductas antisociales.

### **Consecuencias a largo plazo:**

- **Físicas:** Dolores crónicos generales, hipocondría, trastorno de somatización, alteraciones de sueño como pesadillas, problemas gastrointestinales, desórdenes alimenticios, especialmente bulimia.

- **Conductuales:** Intentos de suicidio, consumo de drogas y/o alcohol y trastorno disociativo de la identidad (identidad múltiple).
- **Emocionales:** Depresión, ansiedad, baja autoestima, estrés postraumático, trastornos de la personalidad, desconfianza y miedo hacia los hombres, dificultad para expresar y recibir sentimientos de ternura e intimidad.
- **Sexuales:** Fobias o aversiones sexuales, falta de satisfacción sexual, alteraciones en la motivación sexual, trastornos de la activación sexual y del orgasmo, creencia de ser valorada por los demás solamente por el sexo
- **Sociales:** Problemas en las relaciones interpersonales, aislamiento y dificultades en la educación de los hijos.

Quirós (2006) menciona que a variabilidad de la sintomatología que presente un niño(a) va a depender de diversos factores como: la severidad del trauma, la frecuencia y duración del abuso, la relación con el agresor, la reacción de los otros significativos al momento de la revelación del abuso, los recursos de la red social, las características y recursos propios del niño así como la etapa del desarrollo en la que se encuentre. Sin embargo es importante que estos indicadores se valoren de forma global y conjunta, ya que no se puede establecer una relación directa entre un solo síntoma y el abuso sexual (Echeburúa y De Corral, 2006).

Asimismo, se resalta que debido a los múltiples efectos negativos que tiene el abuso sexual infantil es de suma importancia que los niños y sus familias reciban asistencia médica, psicológica y legal para disminuir los efectos negativos del abuso sexual ya que los menores abusados que no tienen acceso a ayuda profesional especializada están en situación de mayor riesgo de padecer secuelas a corto, medio y largo plazo (Vainstein et al., 2013).

## **Factores de riesgo del abuso sexual infantil**

Para diferentes instituciones y autores existen diversos factores que hacen más susceptible que los niños sufran abuso sexual estos se pueden categorizar en factores individuales, familiares y sociales.

### **Factores de riesgo individuales**

El Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) (2007, citado por Mebarak, Martínez, Herrera y Lozano, 2010); Orjuela y Rodríguez (2012) y El Ministerio de Salud, Unicef (2011) identificaron como factores de riesgo para el abuso sexual infantil: ser de sexo femenino, se ha comprobado que las niñas tienen mayor riesgo de abuso sexual que los niños, tener entre 6 y 12 años, tener antecedentes de otros tipos de maltrato infantil, baja autoestima, sumisión a la autoridad y poca confianza en los adultos, los niños que no tienen vínculos de apego seguro con sus cuidadores o con carencias afectivas

Para Lameiras et al. (2008) mencionan que el nivel de desarrollo cognitivo de es un factor de riesgo para el abuso sexual y corren mayor riesgo los niños que padecen discapacidad intelectual ya que muestran mayor sumisión y dependencia a los cuidadores ya que tienen mayor confianza a desconocidos, menor discriminación de conductas abusivas y carencia de educación sexual. Según El Ministerio de Salud, Unicef (2011) el desamparo afectivo producido por el rechazo o ausencia de los padres y la anulación niño como sujeto de derecho son otros factores que entran en esta categoría.

## **Factores de riesgo familiares**

Sin duda un factor que debe tenerse en cuenta es el tipo de familia ya que los niños que tienen familias en donde existe maltrato y abandono físico y emocional son más propensos a sufrir abuso sexual (Lameiras et al., 2008), para Finkelhor, Hotaling, Lewis y Smith (2002) también son factores de riesgo asociados la familia el vivir sin uno de sus padres biológicos, incapacidad de la madre para cuidar a su hijo ya sea por discapacidad o por ausencia del hogar, vivir en un matrimonio infeliz o conflictivo, una pobre relación entre padres e hijos y convivir con un padrastro.

Se puede agregar a esto tener una madre con historia de abuso sexual infantil, historia de ruptura familiar, problemas psicológicos, madre enferma, discapacitada o ausente del hogar, una relación padres-hijos desadaptada, ciclo ascendente de agresión, técnicas de disciplina coercitiva, falta de vinculación afectiva, Tamaño excesivo familiar o con problemas de hacinamiento o aislamiento social de la familia (Save the Children, 2001).

Según Pereda y Abad (2012) el que el niño cuente con una sola figura parental biológica, la presencia de una figura masculina en el hogar, sin relación de parentesco con el menor, como los son los padrastros y de otros familiares como tíos o abuelos, la ausencia o falta de supervisión parental, uso de drogas en la madre o en el agresor.

## **Factores de riesgo sociales**

Entran en esta categoría el desempleo, pobreza, insatisfacción laboral o tensión en el trabajo, el aislamiento, pérdida, alta movilidad, escasa integración social, la legitimación de la violencia, los

estereotipos de género, la aceptación del castigo físico, vulneración de los derechos de la infancia (Save the Children, 2001; El Ministerio de Salud, Unicef, 2011 y Orjuela y Rodríguez, 2012)

Es importante mencionar que las agresiones sexuales no ocurren de manera inesperada a los niños que están protegidos y con sus necesidades atendidas debido a que es bastante frecuente que el abuso sexual ocurra cuando existe alguna desprotección por parte de los padres (Intebi, 2012). Por lo que es importante conocer los factores protectores que ayudan a disminuir la probabilidad de que ocurra alguna situación de abuso.

### **Factores de protección para tratar y prevenir el abuso sexual infantil**

Los niños reaccionan de diferentes formas frente a la experiencia de abuso sexual, debido a que sus experiencias no comparten las mismas características. Como se mencionó anteriormente, el impacto emocional que tiene el abuso sexual en la infancia depende de diferentes variables, el hecho de que la familia, especialmente la madre apoye al niño dando crédito al testimonio del menor y protegiéndolo es imprescindible para que las víctimas mantengan o recuperen su nivel de adaptación general después de la revelación de abuso sexual (Echeburúa y De Corral, 2006).

La Fundación para la Confianza y el Centro de Estudios de la Niñez Corporación Opción (2012) menciona a la familia y, principalmente a los padres, como las figuras centrales para prevenir situaciones de abuso. Al promover el diálogo y la comunicación afectiva con los niños, el estímulo de actividades compartidas e intercambio cotidiano de ideas, la expresión de afecto y la búsqueda de estrategias de disciplina no basadas en castigos, también inculcar conductas que tiendan a la autonomía y valores que los habiliten para distinguir entre el respeto y la sumisión, son factores protectores que previenen el abuso sexual infantil.

El desarrollo de habilidades de autocuidado y protección en los niños y niñas ayudan a que ellos puedan identificar riesgos, transgresiones de límites, saber cuándo y a quien pedir ayuda, fortalecer la conexión y confianza en sus propias sensaciones y emociones, más que en una autoridad externa. Sin duda el autocuidado es un importante factor de protección del abuso sexual ya que hace a los niños competentes para adaptarse, saber afrontar y superar los riesgos. Es importante desarrollar en los niños el descubrimiento de sus cualidades y potenciarlas para conseguir su realización personal, activando su capacidad de resiliencia (Fundación para la Confianza y Centro de Estudios de la Niñez Corporación Opción, 2012).

Según Deza (2005) es importante identificar los factores de riesgo que incrementan la probabilidad de aparición del abuso pero también los de protección que contribuyen a disminuir o controlar los factores de riesgo, reduciendo así la posibilidad del abuso sexual. Entre los factores protectores que evitan el abuso sexual se encuentran:

- **El conocimiento sobre el tema:** Sus derechos y responsabilidades, límites adecuados en la relación con pares y con adultos, reconocimiento de las partes del cuerpo, saber identificar partes íntimas (genitales) y los distintos tipos de caricias por las partes del cuerpo en que se dan (Partes visibles y partes privadas) y sentimientos que provocan (vergüenza, alegría, etc), tener normas de seguridad familiar como lo son saber la dirección y el teléfono de casa, saber cuáles son las personas de confianza dentro y fuera de la familia, saber diferenciar responsabilidad sobre hechos (reconocimiento de daño evidente) y culpas atribuidas (trasladar idea y responsabilidad de daño), saber diferenciar entre información que se debe guardar y secretos que no deben ocultarse y tener un concepto del abuso sexual e identificación acorde a la edad.

- **Los niños con habilidades como:** Sentido de humor, se pueden promover aptitudes (deportivas, musicales, artísticas, etc) que favorecen la percepción de autocontrol sobre su vida y circunstancias, tener habilidades de resolución de problemas y estrategias de salida frente a posibles situaciones de abuso, la capacidad de superación, cuidado del cuerpo y habilidad de expresión corporal (juego, danza, teatro etc).
- **Tener actitudes y sentimientos como:** Sentimiento de aceptación incondicional de una o más personas significativas, tener una adecuada autovaloración, contar con una conciencia de los derechos y determinación para defenderlos, y valores y creencias que den sentido la vida.

Pero sin duda, para Deza (2005) la mejor forma de prevenir el abuso sexual es propiciar una buena comunicación entre padres e hijos, maestros y alumnos que permita en forma conjunta tomar las decisiones más adecuadas. Aunado a esto, Sinclair y Martínez (2006) consideran que el apoyo materno es el factor más significativo en la moderación del impacto traumático en los niños. Según Deblinger y Heflin (1996) varios autores llegan a la conclusión de que los niños que reciben mayor apoyo de padres no ofensores aparentan sufrir menos sintomatología post abuso.

Según Save the Children (2001) los factores de protección que evitan el abuso sexual infantil están divididos en diferentes niveles ecológicos y son:

- **Desarrollo del individuo:** Como las habilidades interpersonales de comunicación y resolución de problemas, alta autoestima, asertividad, desarrollo normalizado, educación afectivo sexual adecuada, apego materno/ paterno.

- **Microsistema:** Entre los que destacan, un ambiente familiar sin exposición a violencia, experiencia en los cuidados del niño, planificación familiar, satisfacción personal de los miembros de la familia, educación afectiva y sexual adecuada en la familia, apego materno y paterno al hijo, armonía marital.
- **Exosistema**
  - **Sociolaboral:** Satisfacción laboral, acceso a recursos sociales y económicos.
  - **Vecindario:** Red de apoyo psicosocial amplia.
- **Macrosistema**
  - **Sociales:** Políticas igualitarias, Aplicación adecuada de las penas a los agresores, procedimiento penal protector de la víctima.
  - **Culturales:** Actitud positiva hacia la infancia, la mujer y la paternidad, la concepción del niño como persona independiente y con derechos, y de la familia como un ámbito social integrado y la consideración del niño como miembro de la familia, no como propiedad de los padres.

Para Pereda (2011) el conocer las variables mediadoras relacionadas con la experiencia de abuso sexual infantil permite un mejor tratamiento de los niños abusados sexualmente y también la prevención de problemas psicológicos posteriores además es importante promover estos factores protectores para prevenir el abuso sexual infantil a través de talleres y cursos impartidos por instituciones educativas y de salud pública. Finalmente como se mencionó anteriormente, el abuso sexual infantil es el resultado de la conjunción de una serie de factores, existe un único factor causal debido a esto es importante trabajar y promover los factores de protección y evaluar los riesgos añadidos procedente de las poblaciones de riesgo, pero sin estigmatizarlas (Save the Children, 2001).

## **Resiliencia en casos de abuso sexual**

Según Barudy (1998) los niños que sufrieron abuso sexual infantil con capacidades resilientes tienen mejores recursos internos, como mayores niveles de autoestima, mejores destrezas sociales y de afrontamiento que constituyen un mejor apego durante la infancia, aparecen con niveles anímicos más estables en la adultez, con mayor capacidad de elaborar el trauma generado por el maltrato y una mejor capacidad para asignarles sentido a las experiencias de sufrimiento, un mejor control de impulsos de agresión; una mayor capacidad para empatizar con los otros y con mejores habilidades sociales y a nivel social y familiar, tienen menos estresores ambientales, mayor apoyo emocional, relaciones más satisfactorias y una red de apoyo más numerosa y de mejor calidad.

Como se mencionó anteriormente el tener una experiencia de abuso sexual en la infancia es un importante factor de riesgo para el desarrollo de múltiples consecuencias adversas, sin embargo existen niños que logran superar esta experiencia y convertirse en adultos capaces, sanos e integrados, se estima que aproximadamente un tercio de las víctimas de abuso sexual en la infancia son resilientes y no desarrollan sintomatología psicopatológica ante este estrés y consiguiendo superar favorablemente esta experiencia y utilizando la superación de este evento para el posterior crecimiento psicológico (Pereda, 2009).

Aunado a esto Pereda (2006) considera que tener una elevada autoestima es un importante factor protector o variable que promueve la resiliencia que ayuda a tener una adecuada adaptación al estrés tras acontecimientos como el abuso sexual, Spaccarelli y Kim (1995, como se citó en Pereda, 2006; 2009) mencionan que las víctimas de abuso sexual infantil resilientes presentan un mayor nivel de apoyo parental, así como un menor nivel de variables de

riesgo relacionadas con el abuso y con los hechos posteriores al abuso. Por eso es importante conocer mejor las variables relacionadas con la experiencia de abuso sexual infantil ya que esto permitirá un mejor tratamiento de estas víctimas, así como la prevención de problemas psicológicos posteriores.

El apoyo de los padres es un componente fundamental en la resiliencia del niño, ya que se convierte en un tutor de resiliencia (Cyrulnik, 2001). Es importante que los padres ayuden a sus hijos a superar la experiencia de abuso sexual mostrándose empáticos y poniéndose en el lugar del niño o niña, entendiendo su sufrimiento y su silencio, sin culpabilizarlo, teniendo la fortaleza necesaria para tomar todas las medidas de protección que se requieran, lo que en ocasiones supondrá tener que implicarse en un procedimiento judicial; manteniéndose serenos y seguros, evitando expresiones de alarma, miedo, venganza u odio.

Vanistendael y Lecomte (2002) también mencionan que los padres deben de ser capaces de escuchar de forma activa, fomentando la expresión de emociones en el niño e introduciendo reflexiones e ideas que le permitan corregir todas las creencias distorsionadas que puede presentar con respecto a sí mismo y las relaciones afectivas, haciendo que el niño se sienta siempre acompañado y fomentando sus relaciones sociales, reduciendo sus sentimientos de estigmatización, soledad y aislamiento, preparándolo ante posibles dificultades futuras, ofreciéndole un espacio de confianza donde no se le cuestiona y donde puede acudir siempre que lo necesite.

Para Quiceno, Mateus, Cardenas, Villareal y Vinaccia (2013) los niños que fueron víctima de abuso sexual con características resilientes puede llegar a tener menor riesgo de ideación suicida al llegar a la adolescencia y una favorable calidad de vida, debido a que la

resiliencia es una variable protectora que amortigua la salud física y mental, además mostraron características como: el tener metas claras y perspectivas futuras, ver el futuro de manera optimista, promueven la experiencia emociones positivas y la apreciación por la vida, favorece la autoestima, la aceptación por la imagen corporal y los gustos personales. Cabe resaltar que, las mujeres tienen más probabilidades de ser resilientes frente al episodio de abuso sexual en la infancia.

Como lo mencionan, Carvalho, Galvao y Cardoso (2009) sin duda la madre también es una víctima secundaria del abuso sexual de sus hijos debido a esto es importante mencionar que no solamente el niño que fue abusado necesita de cuidados y apoyo también los necesita la madre y toda la familia. Ya que en muchos de los casos el abuso sexual infantil sucede en familias con un buen apego entre madre e hijo, cercano y protector. Cuando sucede esto por lo general el abuso no llega a ser crónico ya que esas madres, casi siempre, denuncian el abuso, captan las manifestaciones presentadas por la niño victimado y en cuanto detectan indicios o descubren el abuso sexual toman medidas para proteger al niño.

Como se puede ver, el abuso sexual infantil es un fenómeno que afecta todo el contexto familiar, en ocasiones provoca ruptura en esta, principalmente abuso sexual es intrafamiliar. Debido a esto las madres presentan sentimientos de dolor, sensación de impotencia, culpa por sentirse responsables del abuso sexual que sufrió su hijo, también muestran desesperación. Sin embargo también muestran el deseo de superar las consecuencias del el abuso sexual, tienen la esperanza de amenizar o borrar por completo el dolor que les causo esta experiencia y minimizar las alteraciones de comportamiento, manifestadas por sus hijos (Carvalho, et al., 2009). Por esto

es importante que los niños abusados sexualmente y sus familias reciban la atención multidisciplinar que contribuya a la superación de las graves consecuencias este tipo de abuso.

### **Capítulo III. Método**

#### **Planteamiento del problema**

La relevancia del término resiliencia surge gracias a diferentes estudios realizados durante varios años que han demostrado científicamente que algunas personas a pesar de vivir circunstancias difíciles, extremas o traumáticas en la infancia, como abandono, maltrato, guerras, hambre, entre otras, no desarrollaron problemas de salud mental, abuso de drogas o conductas criminales en la adultez (González-Arratia et al., 2008).

Para Pereda (2009) la experiencia de abuso sexual es una amenaza significativa para el adecuado desarrollo del niño que puede afectar todas las áreas de la vida, en la mayoría de los casos se manifiesta con la presencia de problemas emocionales como: baja autoestima, sentimiento de culpa, sintomatología postraumática, depresión, ideación y conducta suicida (principalmente en adolescentes). Además también pueden presentarse problemas cognoscitivos y de rendimiento académico, dificultades de atención y concentración, así como conducta hiperactiva, problemas para relacionarse, dificultades para confiar en los demás, problemas conductuales como conducta hipersexualizada y comportamientos erotizados, conducta agresiva y de tipo funcional, como lo son los problemas de sueño, dificultades de control de esfínteres, o trastornos alimenticios, entre otros (Pereda, 2009).

Es importante resaltar que un alto porcentaje el abuso sexual infantil se lleva a cabo dentro del ámbito familiar, realizado por un conocido, familiar o figura parental, lo cual puede suceder en una ocasión o de forma repetitiva y sostenida a lo largo del tiempo, y puede ir desde los tocamientos, la exhibición, hasta la penetración y violación. El tipo de impacto emocional y físico del niño depende de múltiples variables como, la vulnerabilidad pretraumática, la estructura y sistema familiar, el tiempo de exposición, la intensidad, la etapa de desarrollo, el vínculo con el agresor, así como el tipo o modalidad del abuso (Pichardo, 2013).

En la mayoría de los casos es la madre o la cuidadora primaria quien suele convertirse en la fuente primordial de los cuidados de aquel o aquellos miembros de la familia que han vivido abuso sexual, por lo que es importante también tener en cuenta su propia salud mental y física, porque estas cuidadoras adquieren muchas responsabilidades, al igual que juegan diferentes roles tales como: amas de casa, madres, abuelas, esposas y, en algunos casos, proveedoras económicas y trabajadoras fuera del hogar. El interés por estudiar el potencial resiliente de madres con hijos que han sufrido abuso sexual infantil surge a partir de observar que las madres o cuidadoras primarias tienen un papel muy importante en el desarrollo de la resiliencia, debido a que en la mayoría de los casos de abuso sexual infantil, asumen la responsabilidad de cumplir con las tareas y roles que implican el cuidado, la atención médica, psicológica y legal de sus hijos descuidando su propio bienestar emocional (Liello, 2009), además como se mencionó anteriormente el abuso sexual infantil tiene efectos devastadores en la vida y desarrollo de estos niños y sus familias por lo que la atención brindada por instituciones de salud debe ser extendida a la familia y principalmente a las madres o cuidadoras primarias

La Secretaría de Salud (2010) indica que la Organización Mundial de la Salud (OMS) calcula que anualmente alrededor de 73 millones de niños y 150 millones de niñas menores de 18 años sufren algún tipo de violencia sexual en el mundo y que más de un 20% de la personas adultas ha experimentado algún tipo de abuso, una problemática que sea encontrado es el ocultamiento aunado al silencio social que se sigue manteniendo a pesar del incremento de los casos.

En México se registran altos índices de abuso sexual infantil ocupando el primer lugar a nivel mundial en abuso sexual, violencia física y homicidio cometido contra personas menores de 14 años, se estima que alrededor de 4.5 millones de niñas y niños son víctimas de abuso sexual, aunque únicamente 2% de los casos se conoce en el momento en el que el abuso es cometido. 77% de las víctimas de abuso sexual infantil son niñas, con un promedio de edad de 5.7 años. En todos los casos la víctima conocía al agresor: el hermano (19%), el padrastro (18%), un tío (16%), el padre (15%). No obstante, no existen cifras exactas sobre los casos de abuso sexual infantil, ya que la mayoría de las víctimas nunca llega a presentar una denuncia por llegar a tener miedo o vergüenza, pero se sospecha que son más altas (Secretaria de Seguridad Pública, 2010; Cuellar, 2015; Figueroa, 2016; Aguilar et al., 2016).

Por lo anterior, es necesario estudiar más a fondo si madres que tienen hijos sobrevivientes de abuso sexual infantil cuentan con los factores del potencial resiliente, como es que desarrolla este proceso que les permite emprender acciones a favor de sus hijos y de ellas, así como estudiar la percepción de factores de riesgo y protección que tienen estos niños en relación a sus ambientes escolar y familiar. A partir de los resultados del presente trabajo, podrá profundizarse en la relación entre el potencial resiliente de la madre ante el abuso sexual a sus

hijos así como algunas características del desarrollo emocional de éstos, ello facilitará la realización de programas de intervención tanto con las madres como con los niños víctimas de abuso sexual.

### **Preguntas de investigación**

¿Cuál es el potencial resiliente de madres de niños que han sufrido abuso sexual infantil?

¿Cómo es la percepción de factores de riesgo y de protección, en el ámbito individual, familiar y escolar que tienen los niños que han sufrido abuso sexual?

¿Cuál es la relación entre el potencial resiliente de las madres, las acciones que ellas emprenden y la percepción de factores de riesgo y protección de sus hijos que han sufrido abuso sexual?

### **Objetivo general**

Analizar la relación existente entre el potencial resiliente de madres con hijos que han sufrido abuso sexual infantil, las acciones que ellas emprenden a favor de sus hijos y la percepción de riesgo y protección de estos niños en el ámbito individual, familiar y escolar.

### **Objetivos particulares**

- Identificar el potencial resiliente de las madres cuyos hijos han sufrido abuso sexual.
- Identificar la percepción de factores de riesgo y protección de los niños que han sufrido abuso sexual.
- Analizar el perfil de la díada madre-niño que han sufrido abuso sexual.

- Analizar la relación entre el potencial resiliente de las madres, las acciones que emprenden y la percepción de factores de riesgo y protección de sus hijos que sufrieron abuso sexual.

### **Tipo de estudio y diseño**

Se llevó a cabo un estudio de tipo exploratorio y descriptivo, con un diseño mixto no experimental, exploratorio transversal de campo (Hernández, Fernández y Baptista, 2010). Es no experimental porque las variables en el estudio no fueron manipuladas, es de tipo exploratorio porque existe poca información sobre la relación que existe entre el potencial resiliente de las madres, las acciones que ellas emprenden y la percepción de factores de riesgo y protección de sus hijos que han sufrido abuso sexual y es descriptivo al estructurar ciertas tipologías descriptivas en torno al potencial resiliente de las madres, las acciones que ellas emprenden y la percepción de factores de riesgo y protección de sus hijos que han sufrido abuso sexual dentro de un hospital infantil de tercer nivel (Hernández et al., 2010).

### **Participantes**

El estudio se realizó con madres cuyos hijos sufrieron abuso sexual infantil. Los participantes estuvieron conformados por 9 diadas madres-hijos y dos niñas pertenecientes a una casa hogar que recibían atención en dicho hospital.

### **Madres**

Las participantes estuvieron conformadas por 9 madres, cuya edad fluctuó entre 28 y 41 años, con una  $M_{\text{edad}} = 35$  ( $DE = 4.1$ ), de ellas, 4 eran madres solteras y 5 estaban casadas, 5 vivían

dentro de una familia nuclear, 3 eran madres solteras y 1 se encontraba dentro de un núcleo familiar extenso. Una de ellas cuenta con una licenciatura, 2 terminaron la preparatoria, 4 estudiaron la secundaria y una de las madres cuenta con la primaria. Además 4 de ellas eran amas de casa y 5 empleadas, en la Tabla 4 se puede observar a detalle las características de estas madres.

Tabla 4. *Características de las madres participantes*

<b>Madres</b>	<b>Edad madre</b>	<b>Edad hijo</b>	<b>Estado civil</b>	<b>Tipo de familia</b>	<b>Escolaridad</b>	<b>Ocupación</b>
Aurora	28	7	Casada	Nuclear	Preparatoria	Empleada
Mariana	39	9	Casada	Nuclear	Secundaria	Ama de casa
Rosa	37	7	Casada	Nuclear	Licenciatura	Ama de casa
Rosa	37	11	Casada	Nuclear	Licenciatura	Ama de casa
Bárbara	36	9	Soltera	Extensa	Primaria	Empleada
Claudia	35	6	Casada	Nuclear	Secundaria	Ama de casa
María	41	7	Soltera	Madre soltera	Secundaria	Empleada
Laura	31	10	Soltera	Madre soltera	Preparatoria	Empleada
Carmen	32	6	soltera	Madre soltera	Secundaria	Empleada

## **Niños**

La muestra estuvo conformada por 11 niños de 6 a 11 años, con una M edad= 8 ( $DE= 1.97$ ), 9 eran niñas y 2 niños, su escolaridad era de 1° a 6°, 9 de ellos vivían con su familia mientras 2 niñas vivían en una casa hogar en la Tabla 5 se pueden observar las características familiares de estos niños. Todos eran atendidos en dicha institución.

Tabla 5. *Porcentaje del tipo de familia en que vivían los niños*

TIPO DE FAMILIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Nuclear	5	45.5 %
Mamá Soltera	3	27.3 %
Extensa	1	9.1 %
Casa hogar	2	18.2 %
Total	11	100 %

Cabe resaltar que 7 de los niños sufrieron abuso sexual, mientras que 4 fueron agredidos mediante tocamientos, además, en 8 de los casos el abuso sexual fue cometido por un familiar cercano como se puede observar en la Tabla 6.

Tabla 6. *Tipo de abuso sexual y agresor de los niños*

NOMBRE	EDAD	ESCOLARIDAD	TIPO DE FAMILIA	TIPO DE ABUSO	AGRESOR
Leticia	7	Tercero	Nuclear	Tocamientos	Compañera
Paola	9	Cuarto	Nuclear	Tocamientos	Primo
Antonio	7	Primero	Nuclear	Abuso sexual	Maestro
Elizabeth	11	Sexto	Nuclear	Abuso sexual	Vecino
Diana	9	Quinto	Extensa	Abuso sexual	Padre
Manuel	6	Primero	Nuclear	Abuso sexual	Primo
Blanca	7	Segundo	Mamá Soltera	Abuso sexual	Padre
Lesly	10	Quinto	Mamá Soltera	Tocamientos	Tío
Ángela	6	Primero	Mamá Soltera	Tocamientos	Padre
Monserrat	6	Primero	Casa hogar	Abuso sexual	Padre
Dulce	11	No acude	Casa hogar	Abuso sexual	Tío

**Nota:** Los nombres son ficticios con objeto de cumplir con las normas éticas en vigor y salvaguardar la confidencialidad de los datos.

## Instrumentos

1. Escala de Potencial Resiliente (E-PoRE) de García J. M y García, M. (en Prensa) consta de 33 reactivos en formato tipo Likert con seis opciones de respuesta: 1= totalmente en

desacuerdo; 2= en desacuerdo; 3= ligeramente en desacuerdo; 4= ligeramente de acuerdo; 5= de acuerdo y 6= totalmente en acuerdo.

La escala tiene por objeto evaluar la capacidad que posee el individuo para poder hacer frente a la adversidad, producto de la interacción de factores positivos y negativos de su personalidad e interacción social. La escala total explica el 52.06% de la varianza y cuenta con un Alpha de Cronbach global de .681. Los factores del E-PoRE, son siete:

- Evasión, evalúa el desvío del conflicto por medio de factores externos que llevan a la persona a evitar enfrentar la adversidad (6 reactivos,  $\alpha = .750$ )
- Autodeterminación, evalúa la capacidad de la persona para re-significar las situaciones de adversidad, adaptarse a los cambios y dotar de sentido la vida (5 reactivos,  $\alpha = .732$ )
- Aflicción, evalúa la respuesta emocional de molestia, sufrimiento, tristeza, angustia, o preocupación ante una adversidad (6 reactivos,  $\alpha = .770$ )
- Control, evalúa la creencia de poseer capacidades y cualidades que ayudan a la persona a determinar los resultados de sus acciones (5 reactivos,  $\alpha = .758$ )
- Afiliación, evalúa la capacidad de relacionarse con otros con fines de apoyo para la solución de problemas (4 reactivos,  $\alpha = .632$ )
- Sobregeneralización, evalúa las reacciones de enojo, apatía e impulsividad producto de la creencia de no poder controlar ni determinar los resultados en la vida, sin importar si realmente se tiene poder en hacerlo (4 reactivos,  $\alpha = .533$ )
- Bienestar, evalúa la percepción del estado personal que proporciona una sensación de satisfacción y tranquilidad consigo mismo y con el porvenir (3 reactivos,  $\alpha = .642$ ).

2. Escala de Percepción de Riesgo y Protección Versión niños (Acle-Tomasini y Ordaz-Villegas, 2013): consta de una serie de 29 preguntas con formato tipo Likert y cinco opciones de respuesta: 1= nunca; 2= casi nunca; 3= a veces; 4= casi siempre y 5= siempre. La prueba obtuvo una confiabilidad de .93 a través de un Alfa de Cronbach. En la que se exploran elementos individuales, familiares y escolares.
3. Guía de entrevista para madres de 19 preguntas abiertas 9 de relacionadas con resiliencia y 10 sobre abuso sexual permite conocer los recursos que las madres ha utilizado para enfrentar esta adversidad (Martínez-Villarreal, 2014).
4. Guía de historia clínica utilizada en dicho hospital.
5. Test del dibujo de la familia de Louis Corman (1967). Su objetivo es conocer cómo el niño percibe subjetivamente las relaciones entre los miembros de la familia y cómo se incluye él en este sistema al que se le considera como un todo. Además, permite investigar acerca de los aspectos de la comunicación del pequeño con otros miembros de su familia y de los miembros restantes entre sí (Esquivel, Heredia y Lucio, 2007).

## **Procedimiento**

Se solicitó permiso a las autoridades de dicho hospital para la realización de este estudio, se realizó una revisión de los expedientes clínicos de los pacientes pertenecientes a la clínica de maltrato de dicho hospital, se eligió a los niños con antecedentes de abuso sexual que estuvieran dentro de un rango de edad entre 6 a 12 años, más tarde se contactó vía teléfono con los padres de los niños o con los trabajadores sociales de las casas hogares en donde se encuentran, se les dio a conocer el propósito del estudio y se les dio una cita en las instalaciones de este Hospital.

Con previo consentimiento informado de las madres, cuidadores primarios o tutores de los menores y el asentimiento de los niños, se acudió a un cubículo asignado para la elaboración de la historia clínica con la finalidad de saber algunos datos sobre el estado y desarrollo del menor, además de su situación familiar, después de esto se aplicó la entrevista a madres sobre resiliencia y abuso sexual cuya duración de 40 minutos en promedio y previa explicación de la forma de contestar, se les pidió que respondieran la Escala de Potencial Resiliente (E-PoRE) de García J. M y García, M. (en Prensa).

Posteriormente se le explicó al niño la forma de respuesta y se realizó la aplicación de la Escala de percepción de riesgo y protección versión niños (Acle-Tomasini y Ordaz-Villegas, 2013), también se le entregó una hoja blanca tamaño carta en posición horizontal y se le pidió al niño que dibujara a su familia. El proceso de aplicación tuvo una duración de 30 minutos aproximadamente.

### **Análisis de datos**

Los datos recabados se ordenaron y se agruparon, se utilizó el paquete estadístico SPSS 20; los datos sociodemográficos y respuestas obtenidas en los instrumentos se agruparon de acuerdo a frecuencias y se realizó un análisis descriptivo de los datos obtenidos tanto de las madres como de los hijos debido al tamaño de la muestra.

Para el análisis del dibujo de la familia se utilizaron los criterios propuestos por Corman (1967), quien propone analizar el plano gráfico en donde se describe la fuerza del trazo, la amplitud, el ritmo y el sector de la página que se utilizó para el dibujo, en el plano estructural se

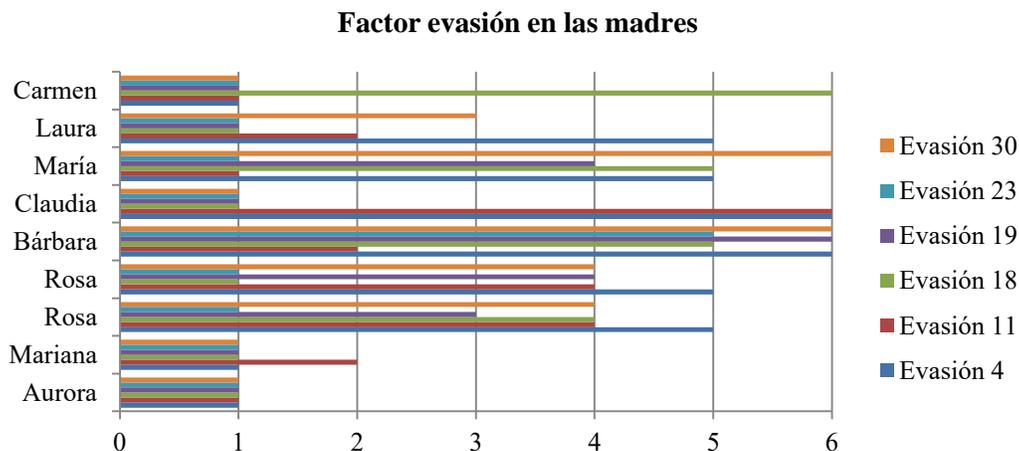
describió si los dibujos son de tipo sensorial o racional y por último se analizó el plano del contenido en donde se comparó el dibujo realizado por el niño con su familia real.

## Capítulo IV. Resultados

Los resultados se presentan en tres etapas a) la identificación del potencial resiliente de las madres, b) la identificación de los factores de riesgo y protección por los niños y c) Los perfiles de las diadas Madres-hijos.

### a) Identificar el potencial resiliente de las madres

A continuación se presenta la descripción de cada uno de los elementos que con base en el concepto de resiliencia planteado en este trabajo pretende dilucidar los elementos que favorecen el papel de las madres cuyos hijos han sufrido abuso sexual. Respecto al factor evasión en el que se evalúa el desvío del conflicto por medio de factores externos que llevan a la persona a evitar enfrentar la adversidad la  $M_{total\ de\ respuesta} = 16.11$  ( $DE = 7.75$ ); la variabilidad de las respuestas por cada madre puede observarse en la Figura 2.



*Figura 2:* Respuestas a los reactivos correspondientes al factor evasión de cada una de las madres (1=totalmente en desacuerdo; 6=Totalmente en acuerdo).

Al proceder al análisis de las respuestas, encontramos que son pocas las madres (3) que señalan que mantienen en control lo que pasa en su vida (Evasión 4), mientras que la mayoría de ellas indican que les es difícil controlar las situaciones a las que se enfrentan. Esto se puede ilustrar con el siguiente comentario:

“Me siento sola y quiero tirar la toalla y no lo hago porque lo tengo que hacer no porque yo quiera” (Claudia, madre de Manuel niño de 6 años que sufrió abuso sexual)

Por otro lado, 6 de las madres señalan no agredir a las personas que les rodean cuando se encuentran en alguna dificultad mientras que las otras 3 si manifiestan que cuando están en dificultades agreden a las personas cercanas a ellas (Evasión 11). 5 de ellas si piensan en las consecuencias antes de actuar, mientras que las otras 4 señalan actuar sin pensar en las consecuencias (Evasión 18). Esto último se puede ilustrar con el siguiente comentario:

“Quería golpear a el agresor y a su mamá, pero no arreglaba nada con eso” (Mariana, madre de Paola niña de 9 años que fue agredida sexualmente por medio de tocamientos)

“Lo quería matar, de hecho lo amenace con un cuchillo, pero no valía la pena” (María, madre de Blanca niña de 7 años que sufrió abuso sexual)

Ante alguna situación difícil, 6 madres coinciden en señalan que no se consideran malas personas cuando están en problemas, mientras que 3 de ellas consideran que son malas personas (Evasión 19). 8 madres negaron consumir bebidas alcohólicas ante una situación estresante y sólo una afirmó hacerlo cuando se encuentra en situaciones de estrés (Evasión 23). 6 madres señalan hacer frente a las dificultades que se les presentan en la vida, mientras que 3 de ellas afirmaron huir de ellas (Evasión 30)

De acuerdo a lo anterior podemos decir que, se encontró que existen diversos factores externos que llevan a las madres a evitar enfrentar la adversidad, entre los cuales destacan una significativa impotencia por controlar los sucesos de la vida, además se observó que varias madres se consideran impulsivas ya que actúan sin pensar en las consecuencias de sus actos, pero la mayoría de ellas logran reflexionar acerca de las consecuencias que tendrán éstos. Algunas de las madres perciben que huyen de sus dificultades, sin embargo la mayoría hace frente a las adversidades que se les presentan en la vida, además no se encontraron datos indicadores de factores como agresión, autocastigo y el consumo de bebidas alcohólicas.

Respecto al factor autodeterminación que evalúa la capacidad de la persona para re-significar las situaciones de adversidad, adaptarse a los cambios y dotar de sentido la vida, la  $M_{total\ de\ respuesta} = 27.22$  ( $DE=3.30$ ), la variabilidad de las respuestas por cada madre puede observarse en la Figura 3.

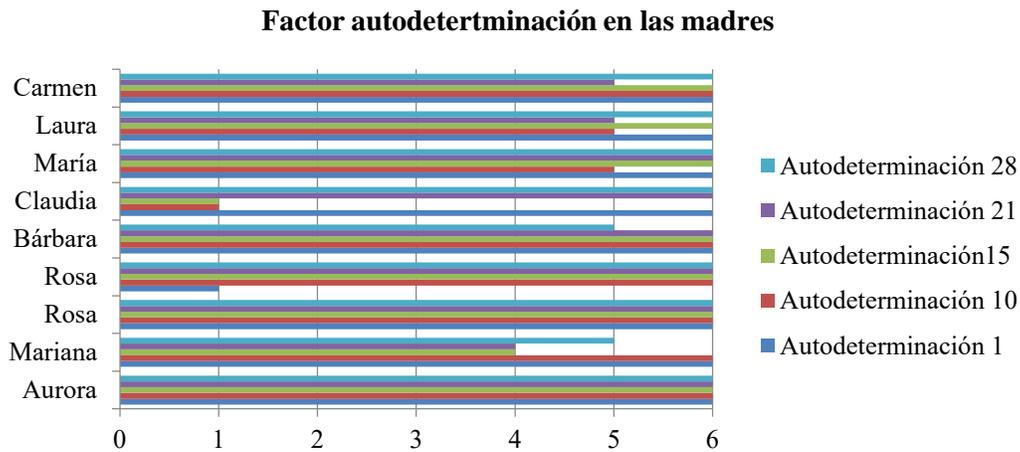


Figura 3: Respuestas a los reactivos correspondientes al factor autodeterminación de cada una de las madres. (1=totalmente en desacuerdo; 6=Totalmente en acuerdo)

Al analizar las respuestas, encontramos que para 8 de las madres los problemas son retos que se deben resolver, mientras que sólo una piensa lo contrario (Autodeterminación 1). Para la mayoría los problemas son una oportunidad para cambiar además y ellas piensan que los cambios son buenos para mejorar su vida (Autodeterminación 10 y 15). Esto se puede ilustrar con los siguientes comentarios:

“Lo que paso nos unió más” (Madres de niños que fueron abusados sexualmente y agredidos sexualmente por medio de tocamientos)

“Han cambiado muchas cosas, nos tenemos más confianza” (Bárbara, madre de Diana niña de 9 años que sufrió abuso sexual)

Todas las madres piensan en cosas positivas al enfrentarse a momentos estresantes (Autodeterminación 21). Además, para todas las dificultades que se le presentan en la vida les ayudan a crecer como persona (Autodeterminación 28). Esto se puede ilustrar con el siguiente comentario:

“Pienso que los problemas no van a durar todo el tiempo y tengo las herramientas suficientes para salir adelante” (Aurora madre de Paola niña de 7 edad que fue agredida mediante tocamientos por una niña de su misma edad)

Conforme a lo anterior se puede indicar que todas las madres muestran características de Autodeterminación, cuentan con la capacidad para re-significar las situaciones de adversidad, adaptarse a los cambios y dotar de sentido la vida, además son optimistas, tienen sensaciones de reto, superación y necesidad de crecimiento personal. Además se puede afirmar que ellas son autodeterminadas desde el momento en que al enterarse del abuso lo denunciaron, muchas de ellas captaron las manifestaciones conductuales y físicas presentadas por sus hijos y al detectar indicios o descubrir el abuso sexual tomaron medidas para proteger al niño como lo es denunciar al agresor y buscar atención médica y psicológica. Como se mencionó anteriormente

frecuentemente existe una ruptura familiar principalmente en los casos en donde abuso sexual es intrafamiliar (Carvalho et al., 2009).

Respecto al factor aflicción en el que se evalúa la respuesta emocional de molestia, sufrimiento, tristeza, angustia, o preocupación ante una adversidad, la  $M_{total\ de\ respuesta} = 21.44$  ( $DE=6.42$ ), la variabilidad de las respuestas por cada madre puede observarse en la Figura 4.

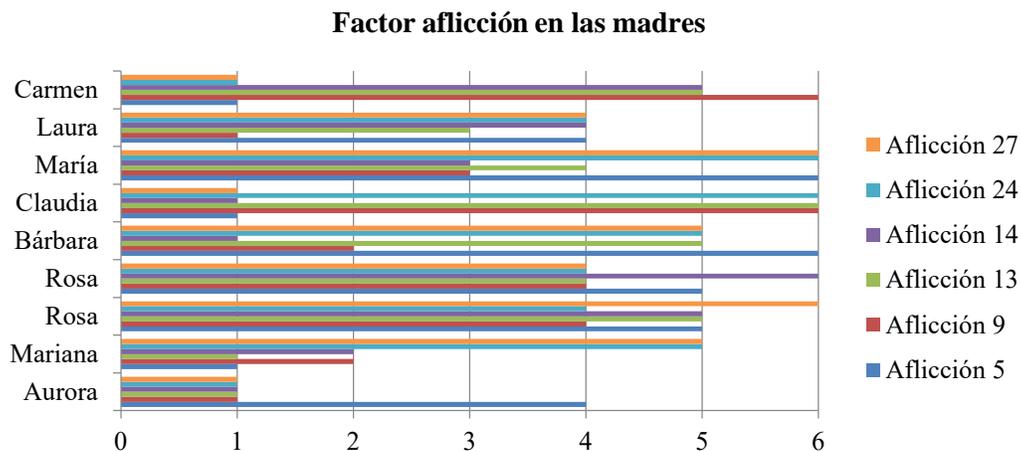


Figura 4: Respuestas a los reactivos correspondientes al factor aflicción de cada una de las madres. (1=totalmente en desacuerdo; 6=Totalmente en acuerdo)

Al proceder al análisis de las respuestas, encontramos que 6 de ellas se sienten débiles al enfrentarse a alguna adversidad y 3 negaron sentirse débiles ante los problemas (Aflicción 5). Esto se puede ilustrar con el siguiente comentario:

“Hay días en los que me siento agotada” (Claudia, madre de Manuel niño de 6 años que sufrió abuso sexual)

4 de las madres se sienten tontas ante alguna adversidad, mientras que 5 lo niegan (Aflicción 9). 6 de ellas se frustran cuando se les presenta una situación problemática, mientras que 3 lo niegan (Aflicción 13). 4 de ellas se preocupan por llegar a tener algún problema, mientras que 5 niegan preocupación (Aflicción 14). 7 señalan tener miedo de meterse en

problemas, mientras que 2 lo niegan (Aflicción 24). 6 de ellas se deprimen cuando tienen alguna dificultad, mientras que 3 negaron sentirse deprimidas ante una situación difícil (Aflicción 27).

Lo anterior se puede ilustrar con los siguientes comentarios:

“Me deprimí y me fui para abajo” (Laura, madre Lesly niña de 10 años que fue agredida sexualmente por medio de tocamientos).

“La vida es una y debo saberla vivir por más dura que sea la situación tengo que salir adelante” (Mariana, madre de Paola niña de 9 años que fue agredida sexualmente por medio de tocamientos).

Se encontró en las entrevista que las madres manifestaron significativas respuestas emocionales de molestia, sufrimiento, tristeza, angustia o preocupación, además de la presencia de sentimientos de miedo, preocupación, debilidad, tristeza e impotencia ante las adversidades a las que se enfrentan. Es normal que después de la experiencia del abuso sexual de sus hijos las madres presenten sentimientos de dolor, sensación de impotencia, culpa por sentirse responsable por el abuso sexual infantil y desesperación (Carvalho et al., 2009).

Respecto al factor control en el que se evalúa la creencia de poseer capacidades y cualidades que ayudan a la persona a determinar los resultados de sus acciones, la  $M_{total\ de\ respuesta} = 26.44$  ( $DE=3.43$ ), la variabilidad de las respuestas por cada madre puede observarse en la Figura 5.

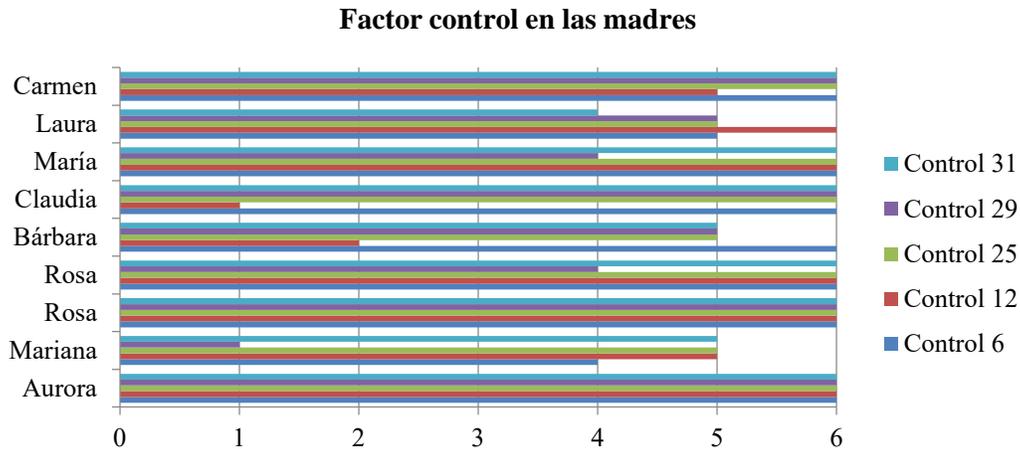


Figura 5: Respuestas a los reactivos correspondientes al factor control de cada una de las madres. (1=totalmente en desacuerdo; 6=Totalmente en acuerdo)

Al proceder al análisis de las respuestas, encontramos que todas ellas se consideran personas fuertes para resolver los problemas que se le presentan en la vida (Control 6). Se ilustra con el siguiente comentario:

“Me he enfrentado a todo esto yo sola” (Laura, madre Lesly una niña de 10 años que fue agredida sexualmente por medio de tocamientos).

Analizando los datos se observa que todas las madres se consideran personas independientes para resolver los problemas que se le presentan en la vida (Control 25), no obstante 7 de ellas saben lo que quiere en su vida, mientras 2 no lo saben (Control 12). 8 de ellas consideran que pueden manejar los problemas que se presentan en su vida, mientras que sólo una se siente incapaz de manejarlos (Control 29). Todas las madres consideran que cuentan con la habilidad para resolverlos (Control 31). Puede señalarse que a pesar de que sus hijos fueron abusados sexualmente, estas madres perciben poseer capacidades y cualidades que les ayudan a determinar los resultados de sus acciones.

Respecto al factor afiliación en el que se evalúa la capacidad de relacionarse con otros con fines de apoyo para la solución de problemas, la  $M_{total\ de\ respuesta} = 18.33$  ( $DE = 7.29$ ), la variabilidad de las respuestas por cada madre puede observarse en la Figura 6.

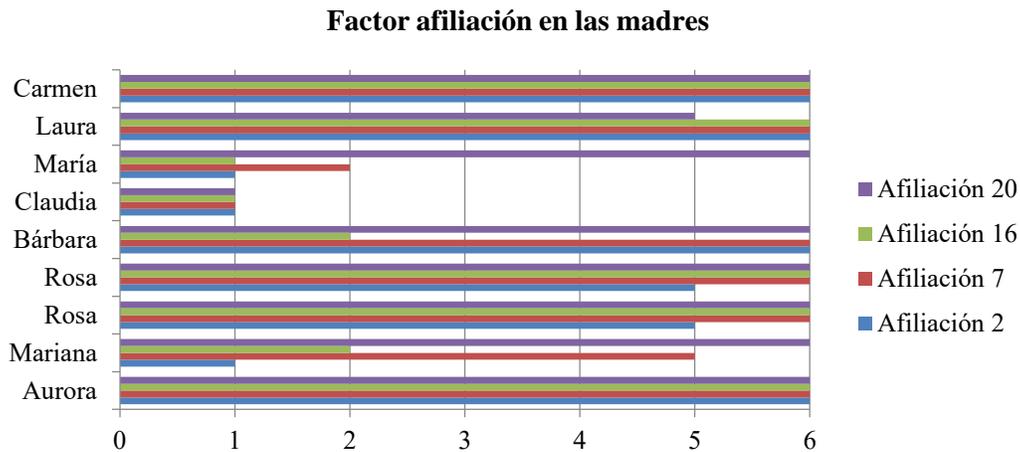


Figura 6: Respuestas a los reactivos correspondientes al factor afiliación de cada una de las madres. (1=totalmente en desacuerdo; 6=Totalmente en acuerdo)

Al proceder al análisis de las respuestas, encontramos que 6 de ellas tienen fe en las personas que están a su alrededor, mientras que 3 no creen en las personas que les rodean (Afiliación 2). 7 se sienten apoyadas por su familia cuando están en dificultades, mientras que 2 de ellas no se sienten apoyadas por su familia (Afiliación 7). Esto se puede ilustrar con los siguientes comentarios:

“Mi mamá y mi hermana no me han dejado sola” (Laura, madre de Lesly niña de 10 años que fue agredida sexualmente por medio de tocamientos).

“Tratamos de apoyarnos en todo” (Carmen, madre de Ángela niña de 6 años que fue agredida sexualmente por medio de tocamientos).

En este sentido, 5 de las madres señalan tener amigos que la apoyan cuando se encuentran en problemas, 4 de ellas no cuentan con este tipo de apoyo (Afiliación 16). 8 de ellas saben

dónde buscar un consejo cuando lo necesitan, mientras que una no lo sabe (Afiliación 20). Esto se puede ilustrar con el siguiente comentario:

“Saco fortaleza de los consejos de mis papás” (Mariana, madre de Paola niña de 9 años que fue agredida sexualmente por medio de tocamientos).

En términos generales se observa que la mayoría de las madres cuenta con la capacidad de relacionarse con los otros con fines de apoyo para la solución de problemas, en general cuentan con buenos vínculos de apoyo en la familia y amigos, habilidad para buscar ayuda y confianza en las personas, a excepción de 4 de ellas madres que no se sienten apoyadas por su familia y entorno social.

Respecto al factor sobregeneralización en el que se evalúa las reacciones de enojo, apatía e impulsividad producto de la creencia de no poder controlar ni determina los resultados en la vida, sin importar si realmente se tiene poder en hacerlo, la  $M_{totalderespuesta}=14.44$  ( $DE=2.96$ ), la variabilidad de las respuestas por cada madre puede observarse en la Figura 7.

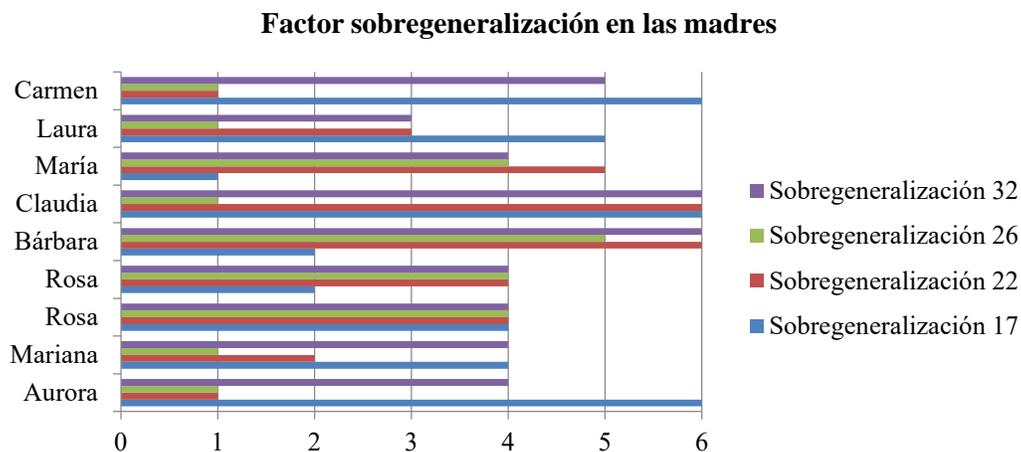


Figura 7: Respuestas a los reactivos correspondientes al factor sobregeneralización de cada una de las madres. (1=totamente en desacuerdo; 6=Totalmente en acuerdo)

Al analizar de las respuestas, encontramos que 6 de ellas indican evitar involucrarse en los problemas de la gente, mientras que 3 de ellas si se involucran (Sobregeneralización 17). 5 de ellas sienten que los problemas que se les presentan salen de su control, mientras que 4 logran mantener en control de dichos problemas (Sobregeneralización 22). 5 de ellas no toman decisiones precipitadas cuando se encuentran en problemas, mientras que 4 si lo hacen (Sobregeneralización 26). 8 de ellas se enojan cuando están en problemas, mientras que sólo una dijo no enojarse cuando tiene algún problema (Sobregeneralización 32).

Se encontró en la mayoría de las madres reacciones de enojo e impulsividad producto de la creencia de no poder controlar ni determinar los resultados en la vida, sin importar si realmente se tiene el poder de hacerlo, aunque existen madres que sienten que si pueden controlar los problemas que se les presentan en la vida. Es importante mencionar que los padres ayuden a sus hijos a superar la experiencia de abuso sexual manteniéndose serenos y seguros, evitando expresiones de alarma, miedo, venganza u odio, sin embargo al ser una experiencia traumática para toda la familia es normal que los padres muestren sentimientos negativos (Vanistendael y Lecomte, 2002).

Respecto al factor bienestar el que se evalúa la percepción del estado personal que proporciona una sensación de satisfacción y tranquilidad consigo mismo y con el porvenir, la  $M_{total\ de\ respuesta} = 13.33$  ( $DE = 4.00$ ), la variabilidad de las respuestas por cada madre puede observarse en la Figura 8.

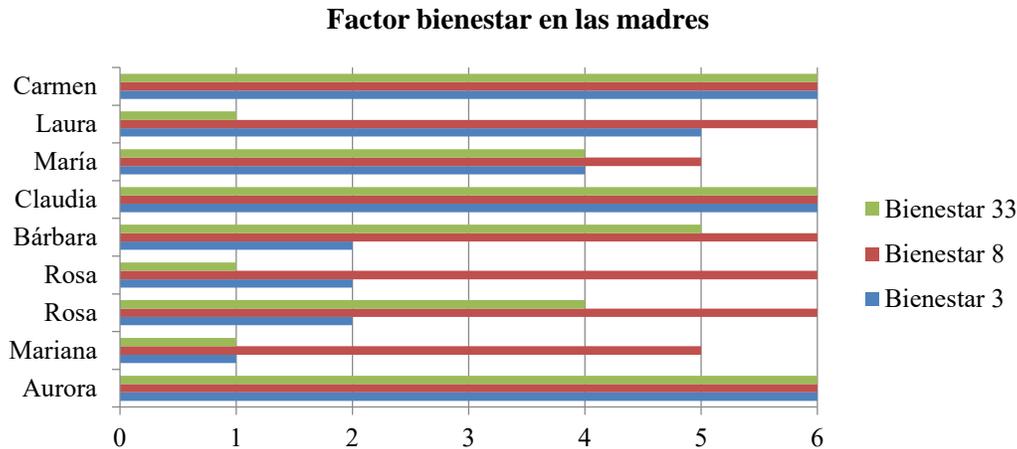


Figura 8: Respuestas a los reactivos correspondientes al factor bienestar de cada una de las madres. (1=totalmente en desacuerdo; 6=Totalmente en acuerdo)

Al analizar las respuestas, encontramos que 5 de ellas se consideran personas estables aun cuando están en problemas, mientras que 4 no se consideran estables ante alguna adversidad (Bienestar 3). Todas las madres piensan que lo que están haciendo hoy, las llevará a un mejor futuro (Bienestar 8), además 6 de ellas se consideran personas felices aun cuando se encuentran en dificultades, mientras que 3 no se consideran ser felices (Bienestar 33). Por último, se observó que la mayoría tiene una buena percepción del estado personal que les da una sensación de satisfacción y tranquilidad consigo mismas y con el porvenir. Casi todas tienen una sensación de felicidad, estabilidad personal y recompensa por el esfuerzo. A pesar de la experiencia de abuso sexual la mayoría mostro el deseo de superación de las consecuencias dejadas por el abuso sexual, esperanza de amenizar o borrar por completo todos los dolores que ocasiono este suceso, así como las alteraciones de comportamiento, manifestadas por sus hijos (Carvalho et al., 2009).

Se puede indicar entonces que, aunque en las madres existan diferentes factores negativos, éstos se ven amortiguados por los positivos que les ayudan a salir adelante de las adversidades que se les presentan en la vida, lo que se ve reflejado en buscar la disminución de

los factores de riesgo que puedan presentárseles a sus hijos y convertirse así en un verdadero tutor de resiliencia como lo menciona Cyrulnik (2001).

**b) Identificación de factores de riesgo y protección por los niños.**

Se presenta a continuación la descripción de la percepción de los factores de riesgo y protección de los niños que sufrieron abuso sexual y que son indispensables en la comprensión de la resiliencia, pues ambos coexisten en las situaciones de adversidad.

Respecto al factor de riesgo en el que se evalúan las características, hechos o situaciones propias de la persona o de su entorno que aumentan la posibilidad de desarrollar desajuste psicosocial y aumentan la probabilidad de daño, la  $M_{total\ de\ respuesta} = 34.81$  (DE=18.32), la variabilidad de las respuestas por cada niño puede observarse en la Figura 9.

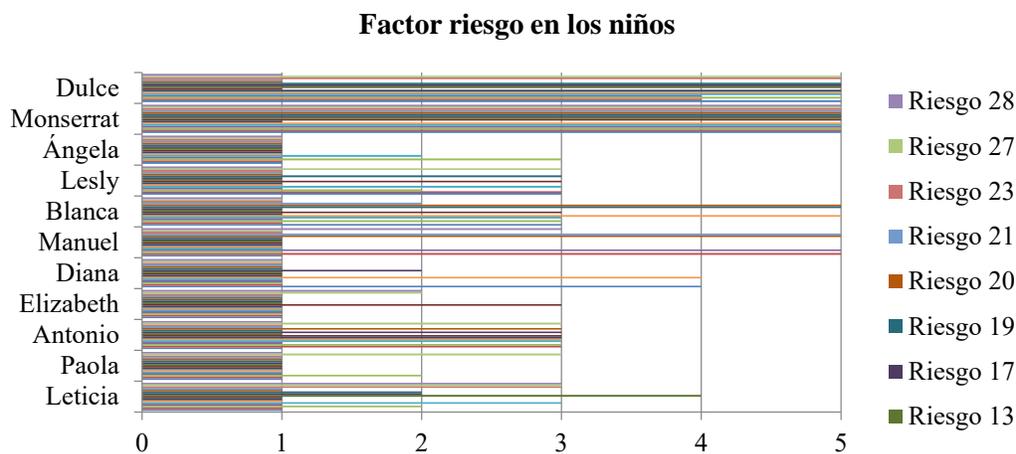


Figura 9: Respuestas a los reactivos correspondientes al factor riesgo de cada uno de los niños. (1=nunca; 5=siempre)

Al analizar las respuestas brindadas por los niños, encontramos que los principales factores de riesgo que perciben los niños son: en ellos mismos, sentirse solos, resuelven los problemas a golpes y gritos o encerrándose en su cuarto. En la familia, las peleas familiares,

recibir golpes y maltratos, que estén tristes, estar solos en la casa y el aislamiento. En el ambiente escolar, sentirse solos, que los maestros los regañen, castiguen y sean desordenados, ser molestados por sus compañeros y que les copien en los exámenes.

Es importante resaltar que las diferencias que se observaron fueron entre los niños que viven con su familia y las dos menores que viven en una casa hogar. ya que estas niñas si se perciben en una situación de mayor riesgo, se sienten solas, se sienten tristes, no tienen recursos para la resolución de problemas, son agresivas y no cuentan con el apoyo de compañeros y maestros (Figura 10). Como se mencionó antes, los factores de riesgo son características, hechos o situaciones propias de la persona y de su entorno que aumentan la posibilidad de desarrollar desajuste psicosocial y aumentan la probabilidad de daño siendo de suma importancia identificar estos factores de riesgo ya que esto permite la prevención de ciertas situaciones que dañan tanto a los niños como a sus madres como lo es el abuso sexual (Gómez, 2010).

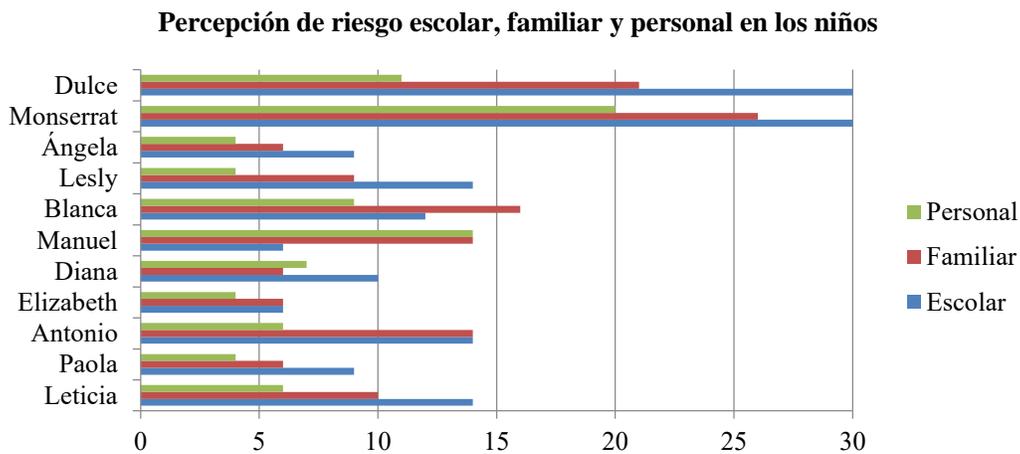


Figura 10: comparación de la percepción de riesgo que tienen los niños en las diferentes esferas escolar, familiar y personal que se evaluaron en la prueba.

Respecto al factor de protección en el que se evalúan aquellas variables que disminuyen la probabilidad de tener conductas de riesgo, la  $M_{\text{total de respuesta}}=50.36$  ( $DE=7.54$ ), la variabilidad de las respuestas por cada niño puede observarse en la Figura 11.

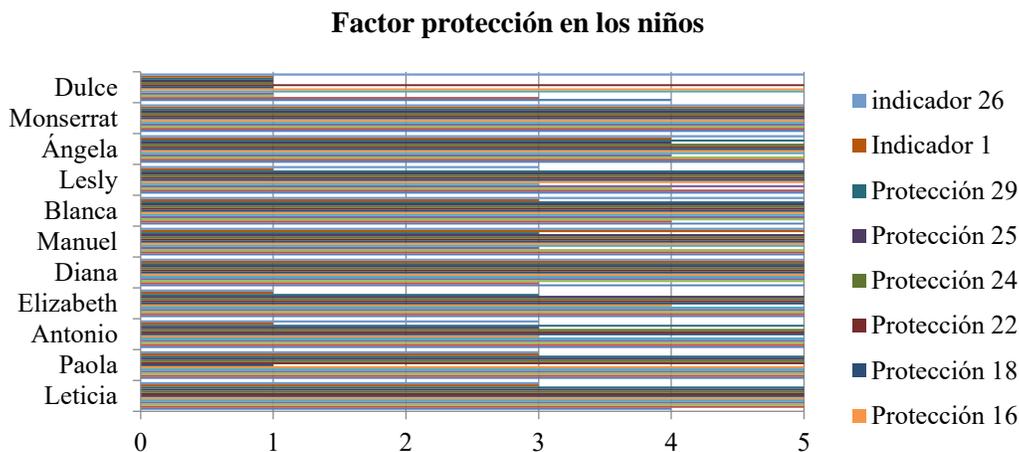


Figura 11: Respuestas a los reactivos correspondientes a los elementos que componen el factor protección de cada uno de los niños. (1=nunca; 5=siempre)

Al proceder al análisis de las respuestas en cuanto a los factores protectores se encontró que todos los niños le cuentan a su mamá cuando tienen algún problema y mencionan que en su familia son cariñosos. La mayoría se sienten comprendidos y escuchados por sus familias, se ponen de acuerdo para resolver problemas y los resuelven unidos, comparten todo como un equipo y creen que su familia respeta lo que piensan otras personas.

También se encontró que la mayoría de los niños confían en sus amigos y les dicen sus secretos, son responsables de sus tareas y les gusta como explican sus maestros la clase, además les gusta ser amistosos y se ponen tristes cuando tiene un problema. Se puede decir entonces que la mayoría de los niños se sienten protegidos a pesar de las situaciones adversas a las que se enfrentan, siendo la madre una figura importante de protección para los niños. Sin embargo se

hallaron diferencias entre los niños que viven con su familia y las dos menores que viven en una casa hogar ya que no se sienten comprendidas, respetadas, escuchadas y no se perciben amistosas.

Se encontró además que estos niños perciben una mayor protección de su entorno familiar a pesar de que en la mayoría de los casos el abuso sexual por parte de algún familiar, sin embargo se sienten apoyados y escuchados por otros miembros de esta. A excepción de una de las niñas que se encuentra en casa hogar (Dulce) quien no percibe protección dentro de su familia en comparación con los otros niños (Figura 12).

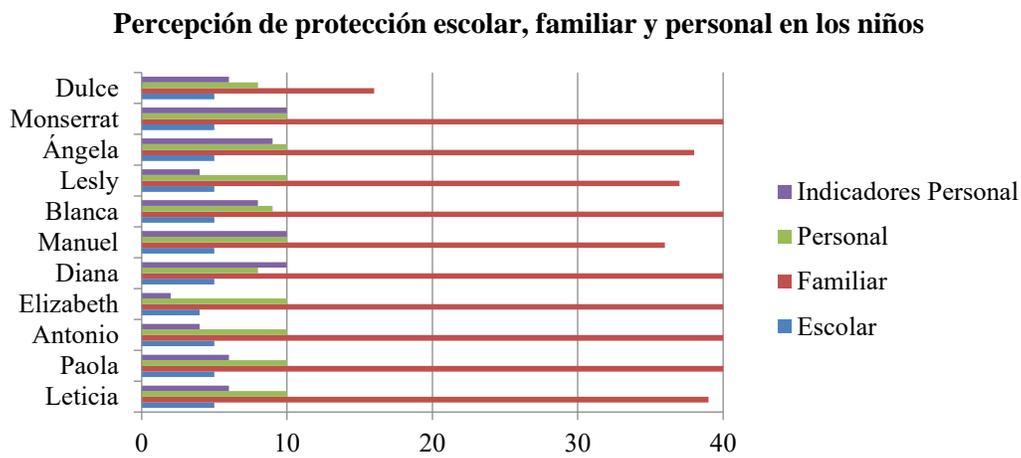


Figura 12: comparación de la percepción de protección que tienen los niños en las diferentes esferas escolar, familiar y personal que se evaluaron en la prueba.

En la figura 13 puede observarse que las niñas (Dulce y Montserrat) que se encuentran en la casa hogar son las que perciben mayores factores de riesgo y menor protección en comparación con los niños que viven con su familia, quienes aun cuando perciban riesgo en algunos aspectos, se sienten muy protegidos por su familia.

### Comparación de la percepción de riesgo y protección en los niños

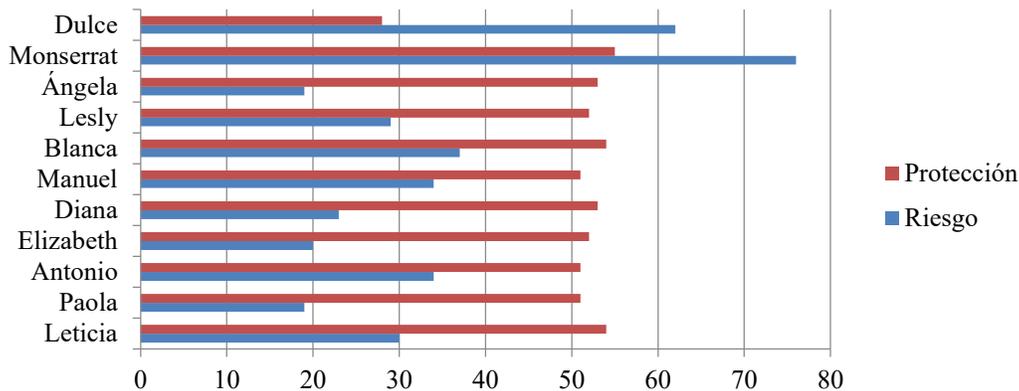


Figura 13: Comparación de la percepción de riesgo y protección que tienen los niños.

Se puede concluir entonces que las madres de niños víctimas de abuso sexual infantil muestran poseer un potencial resiliente, el cual se ve reflejado en los niños que en su mayoría muestran una baja percepción de riesgo. El potencial resiliente de las madres hace que ellas se movilicen y busquen atención médica, psicológica y legal para ella y sus hijos. Y que éstos se sientan protegidos de la situación de vulnerabilidad vivida. Lo que concuerda con González-Arratia (2007) y Walsh (2004) para quienes la familia es el principal factor protector para el desarrollo de la resiliencia y son las madres quienes promueven que los niños tengan la capacidad para salir adelante y fortalecidos de las diferentes situaciones de adversidad que se les presentan en la vida, una de estas y de las más devastadoras el abuso sexual a los que estos niños se vieron enfrentados. Es así como los factores protectores amortiguan los efectos negativos de las circunstancias de vida difíciles.

Como se puede observar la calidad del vínculo entre las madres e hijos y el apoyo de la familia son base para la construcción de la resiliencia (Barudy y Marquebreucq, 2006), debido a

esto se realizó una comparación de las características de las diadas madre-hijo que arrojó los siguientes hallazgos.

### c) Perfil diada madre-hijo

A fin de analizar la relación entre el potencial resiliente de las madres y la percepción de factores de riesgo y protección en los ámbitos personal, familiar y escolar de sus hijos que sufrieron abuso sexual, se procedió a examinar la situación de cada diada madre-hijo que participaron en el estudio.

#### Diada Aurora-Leticia

Leticia tiene 7 años de edad, vive dentro de una familia nuclear y fue agredida sexualmente mediante tocamientos por parte de una compañera de escuela de su misma edad. Aurora, su madre tiene 28 años de edad y es casada. En la figura 14 se puede observar el perfil del potencial resiliente de la madre.

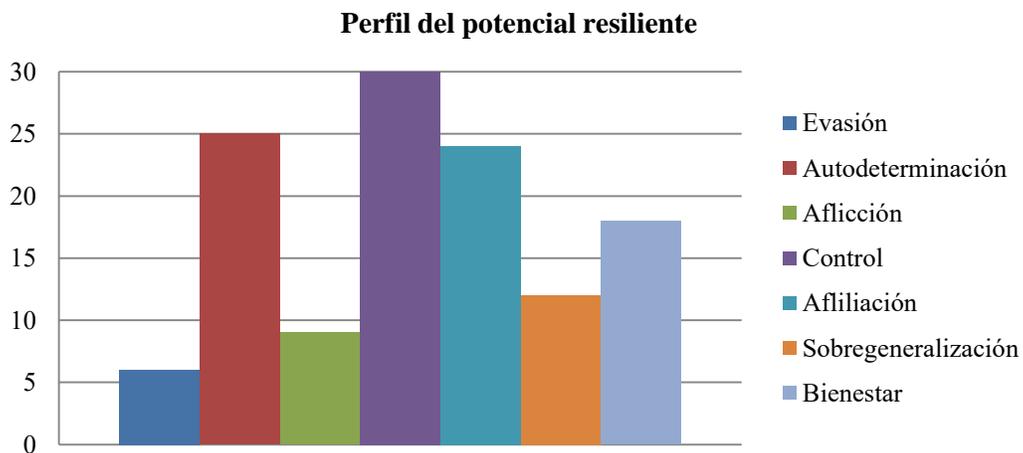


Figura 14: Perfil del potencial resiliente de Aurora, madre de Leticia

En términos generales puede señalarse que la madre de Leticia no desvía los conflictos por medio de factores externos para evitar enfrentar la adversidad siendo el factor de evasión el puntaje más bajo, cuenta con una alta capacidad para re-significar las situaciones de adversidad, adaptarse a los cambios y dotar de sentido la vida, esta madre no mostró respuestas emocionales de molestia, sufrimiento, tristeza, angustia, o preocupación ante una adversidad, sin embargo dijo sentirse débil al enfrentarse a algunas adversidades. Además ella tiene la creencia de poseer capacidades y cualidades que la ayudan a determinar los resultados de sus acciones, el porcentaje de control fue el más alto lo cual quiere decir que es la mayor fortaleza de esta madre y lo que en mayor medida le ha permitido salir delante del abuso sexual que sufrió su hija por parte de una compañera de escuela.

Esta madre muestra una buena capacidad de relacionarse con otros con fines de apoyo para la solución de problemas, cuenta con el apoyo de toda su familia y sabe en dónde o a quien pedirle ayuda en caso de necesitarlo. Tiene la creencia de tener su vida bajo control y poder manejar los diferentes problemas que se le presentan en la vida, aunque en ocasiones tiene reacciones de enojo no es una persona impulsiva y tiene una percepción de satisfacción y tranquilidad consigo misma y con su futuro. El poseer este potencial resiliente se refleja en que Leticia siente la mayor protección en su familia, mientras que es en la escuela en la que percibe más riesgo, debido a que el abuso fue por parte de una compañera dentro de este entorno (Figura 15).

### Comparación de la percepción de riesgo y protección escolar, familiar y personal

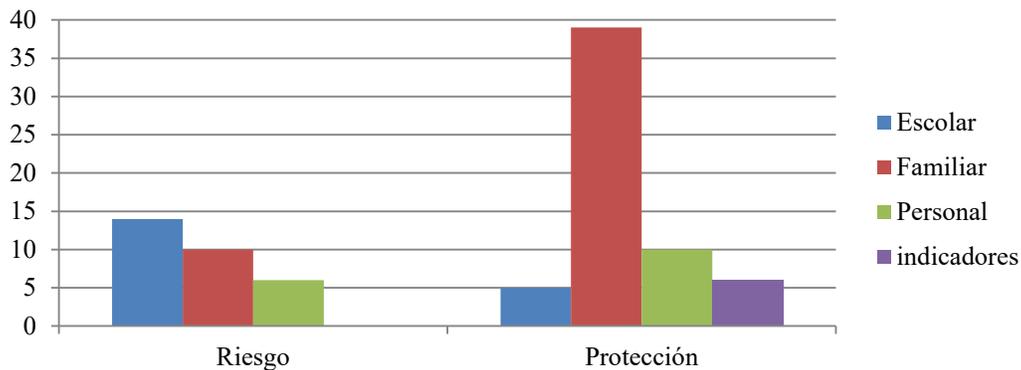


Figura 15: Comparación de la percepción de riesgo y protección que tiene Leticia en las diferentes esferas.

La protección vivida en el medio familiar se ilustra en la figura 16)

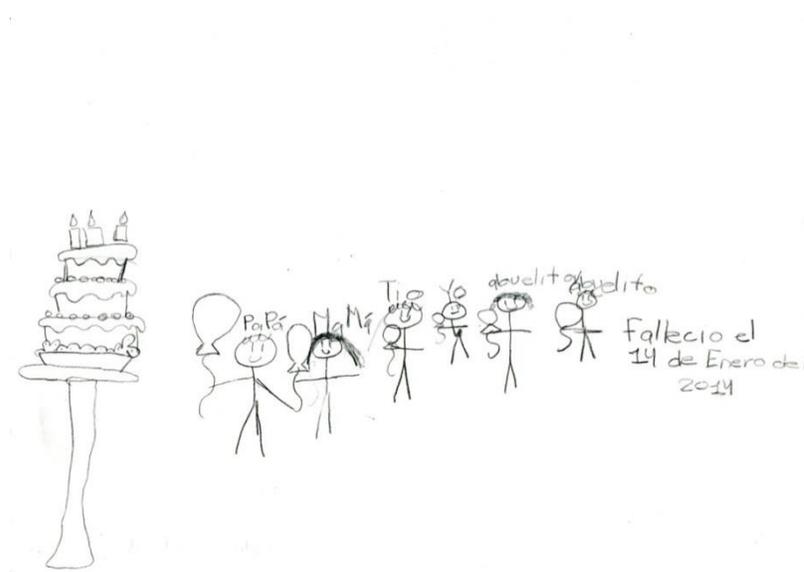


Figura 16: Dibujo de la familia (Leticia)

Para Leticia su padre es una figura significativa, con su madre tiene una relación cercana y de confianza, también se siente protegida por un tío y la abuela materna quienes la cuidan mientras sus padres trabajan. Todos los miembros de la familia se encuentran próximos por lo que se puede observar que conforman una familia unida, con adecuados vínculos de

comunicación, Leticia vive en un ambiente familiar estable y acogedor, además Leticia percibe a su familia feliz y lo expresa al dibujarlos sonrientes.

### Diada Mariana-Paola

Paola tiene 9 años de edad, vive dentro de una familia nuclear y fue agredida sexualmente mediante tocamientos por su primo paterno. Mariana, su madre tiene 39 años de edad, es casada. Los elementos que conforman perfil de potencial resiliente de la madre puede observarse en la Figura 17.

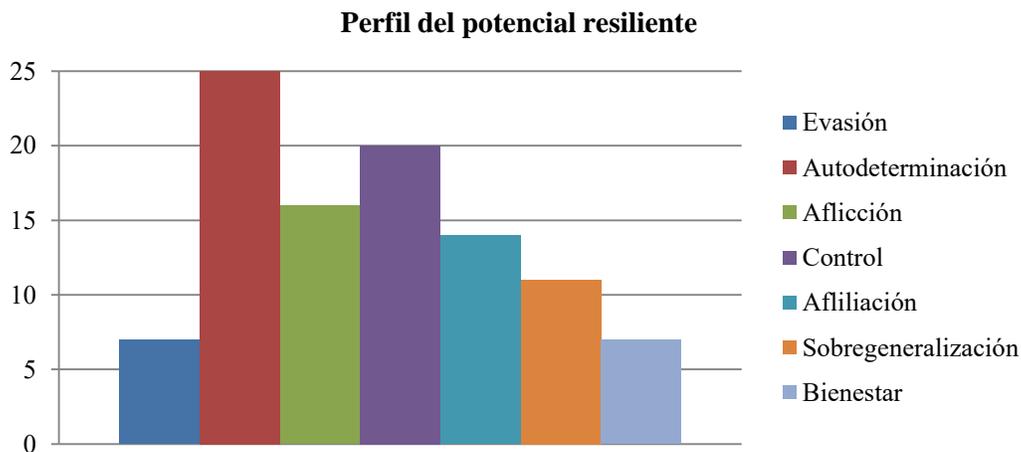


Figura 17: Perfil del potencial resiliente de Mariana, madre de Paola.

Se encontró que la mayor fortaleza de esta madre es la autodeterminación, es decir su gran capacidad para re-significar las situaciones de adversidad, adaptarse a los cambios y dotar de sentido la vida, lo que en mayor medida le ha permitido salir adelante del abuso sexual que sufrió su hija por parte de su primo. Por otro lado, ella no mostró respuestas emocionales de molestia, sufrimiento, o angustia ante una adversidad. No obstante, señaló sentirse triste y preocupada al enfrentarse a algunos problemas, de hecho, mencionó sentirse incapaz para

manejar los problemas que hay en su vida. Aun cuando ella tiene la capacidad de relacionarse con otros con fines de apoyo para la solución de problemas, ésta se limitó en relación a su familia nuclear, pues, hubo una ruptura con la familia de su esposo debido al abuso sexual que sufrió la niña por parte de su primo. Además ella afirmó haber perdido la fe en las personas que la rodean y no tiene muchos amigos con quien apoyarse cuando tiene algún problema, sin embargo se siente comprendida y apoyada por el personal del hospital. En ocasiones actúa de manera impulsiva y tiene la creencia de no poder controlar ni determinar los resultados en la vida, sin importar si realmente se tiene poder en hacerlo, no tiene una buena percepción de satisfacción y tranquilidad consigo misma, pero piensa que lo que está haciendo hoy, la llevará a un mejor futuro, es decir, carece bienestar.

La autodeterminación y control que la madre de Paola muestra es lo que conduce a la niña a sentirse protegida en su medio familiar (Figura, 18).

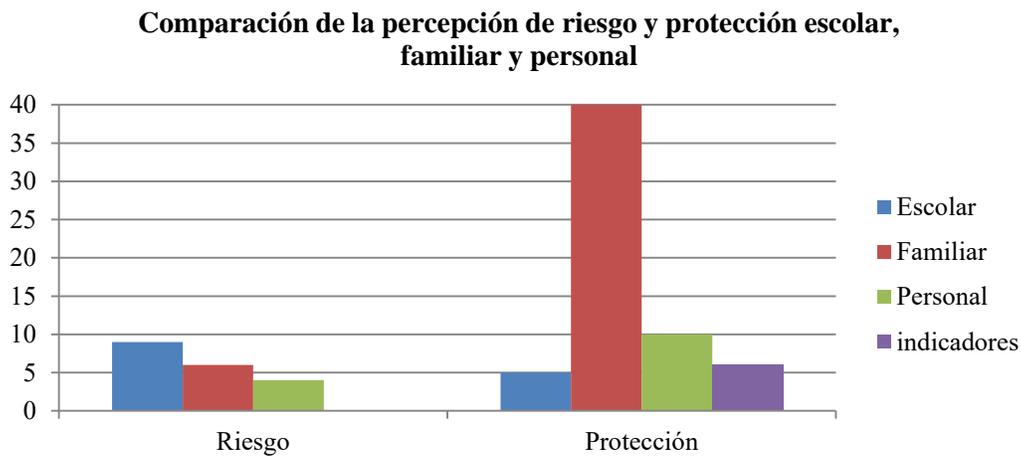


Figura 18: Comparación de la percepción de riesgo y protección que tiene Paola en las diferentes esferas.

Dentro del medio familiar su padre, es una figura de importancia y autoridad para ella, sin embargo Paola se percibe más cercana a su madre con quien tiene más confianza. Esto puede observarse en la figura 19.

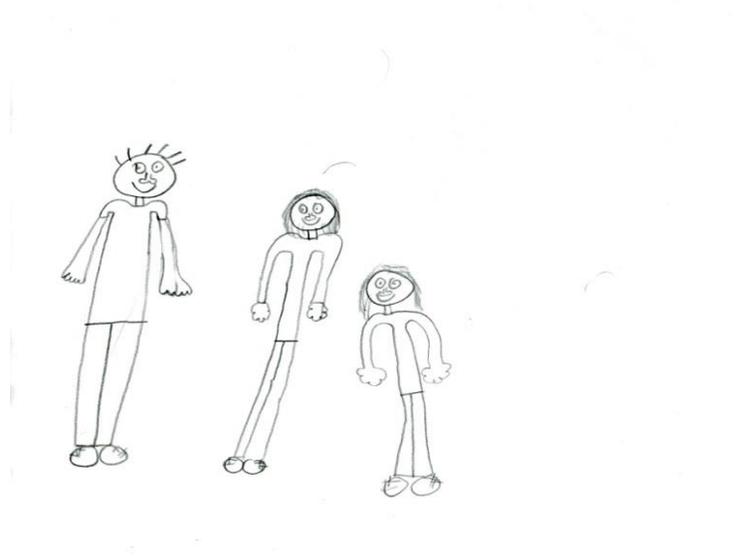


Figura 19: Dibujo de la familia (Paola)

### **Diada Rosa-Antonio**

Antonio tiene 7 años de edad, vive dentro de una familia nuclear y sufrió abuso sexual por parte de un maestro. Rosa, su madre tiene 37 años de edad y es casada. Los elementos que conforman el perfil de potencial resiliente de la madre pueden observarse en la Figura 20.

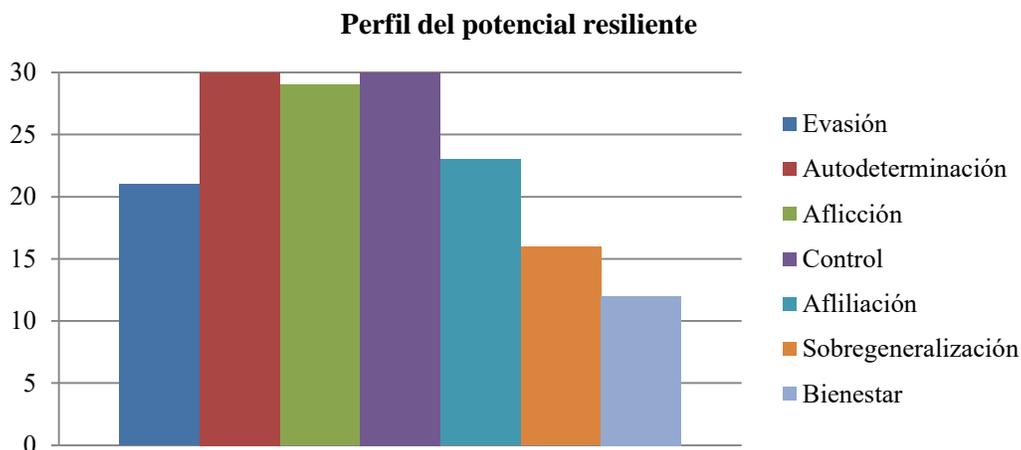


Figura 20: Perfil del potencial resiliente de Rosa, madre de Antonio

Una de las mayores fortalezas que se aprecian en el perfil de esta madre es la autodeterminación, es decir, cuenta con capacidad para re-significar las situaciones de adversidad, adaptarse a los cambios y dotar de sentido la vida, lo cual se aúna a su control, es decir a la creencia de poseer capacidades y cualidades que la ayudan a determinar los resultados de sus acciones, factores que son los que en mayor medida le han permitido salir delante del abuso sexual que sufrió su hijo. Por otro lado tiene una buena capacidad de relacionarse con otros con fines de apoyo para la solución de problemas, cuenta con el apoyo de toda su familia y sabe en dónde o a quien pedirle ayuda en caso de necesitarlo.

Sin embargo, a pesar de contar estas fortalezas se pueden también apreciar altos niveles de aflicción, pues, mostró respuestas emocionales de molestia, sufrimiento, tristeza, angustia o preocupación ante una adversidad. Muestra reacciones de enojo, apatía e impulsividad producto de la creencia de no poder controlar ni determinar los resultados en la vida, sin importar si realmente se tiene poder en hacerlo, no tiene una buena percepción de satisfacción y tranquilidad

consigo misma, y muestra un bajo nivel de bienestar. No obstante, piensa que lo que está haciendo hoy, la llevará a un mejor futuro, siendo bienestar el puntaje más bajo.

Se puede observar que, aunque en la madre existen diferentes factores negativos de su personalidad e interacción social, éstos se ven amortiguados por los factores protectores, que le ayudan a salir adelante del abuso sexual sufrido por su hijo, esto se ve reflejado en la búsqueda de la minimización de los factores de riesgo que se le lleguen a presentar. Las fortalezas como la autodeterminación y el control que se aprecian en la madre contribuyen a la percepción que tiene Antonio de la protección en el medio familiar (Figura 21).

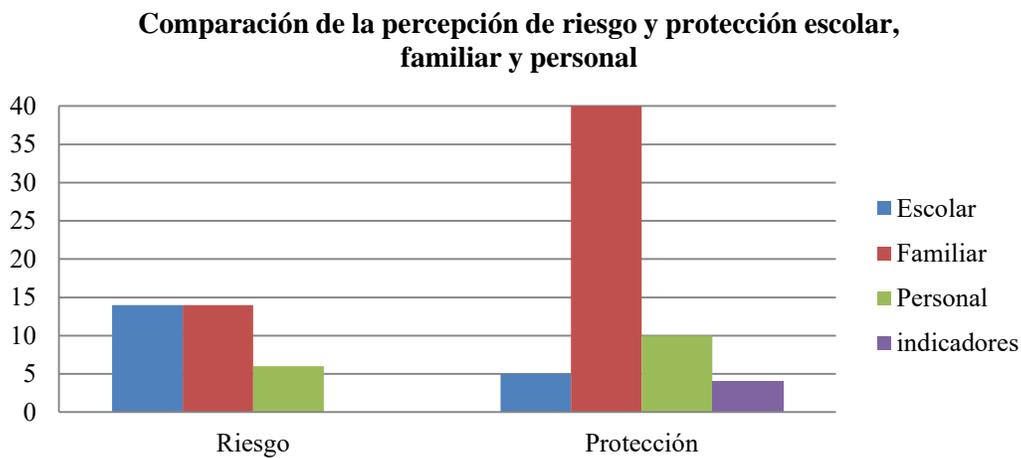


Figura 21: Comparación de la percepción de riesgo y protección que tiene Antonio en las diferentes esferas.

Para Antonio su madre es la figura más importante y con la que muestra tener mayor cercanía, pues a su padre lo percibe un poco más alejado del resto de la familia, ya que por cuestiones de trabajo éste se encuentra de viaje constantemente y no convive mucho con la familia, no obstante para Antonio es una figura de autoridad (Figura 22).



Figura 22: Dibujo de la familia (Antonio)

El mayor riesgo lo percibe en el ambiente escolar esto debido a que el abuso fue por parte de un maestro dentro de este entorno y debido a que la escuela lo tomo ninguna medida contra el maestro la madre cambio de escuela a Antonio.

### **Diada Rosa-Elizabeth**

Elizabeth tiene 11 años de edad, vive dentro de una familia nuclear y sufrió abuso sexual por parte de un vecino. Rosa su madre tiene 37 años de edad y es casada. Los elementos que conforman el perfil de potencial resiliente de la madre pueden observarse en la Figura 23.

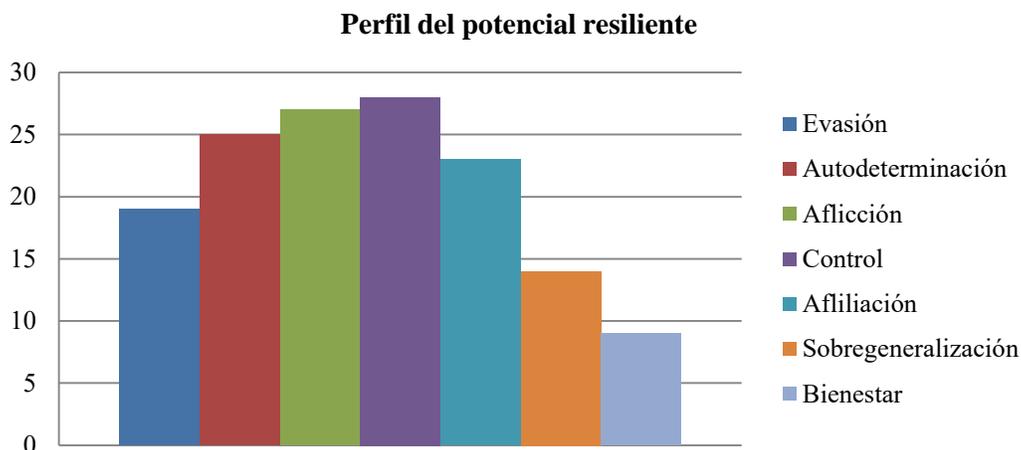


Figura 23: Perfil del potencial resiliente de la Rosa, madre de Elizabeth

Se encontró que la madre obtuvo un alto puntaje en evasión por lo que podemos decir que desvía los conflictos por medio de factores externos para evitar enfrentar la adversidad, aunque negó consumir bebidas alcohólicas ante situaciones estresantes y obtuvo un alto puntaje en aflicción, esta madre mostro respuestas emocionales de molestia, sufrimiento, tristeza, angustia o preocupación ante una adversidad.

Sin embargo, cuenta con una alta capacidad para re-significar las situaciones de adversidad, adaptarse a los cambios y dotar de sentido la vida, tiene la creencia de poseer capacidades y cualidades que la ayudan a determinar los resultados de sus acciones, el porcentaje de control fue el más alto lo cual quiere decir que es la mayor fortaleza de esta madre y lo que en mayor medida le ha permitido salir delante del abuso sexual que sufrió su hija por parte de un vecino.

Por otro lado tiene una buena capacidad de relacionarse con otros con fines de apoyo para la solución de problemas, cuenta con el apoyo de toda su familia y sabe en dónde o a quien pedirle ayuda en caso de necesitarlo, sin embargo en la entrevista menciono que se sentía sola y

con toda la responsabilidad del cuidado de sus hijos debido a que su esposo sale de viaje por cuestiones de trabajo.

Esta madre tiene reacciones de enojo, apatía e impulsividad producto de la creencia de no poder controlar ni determina los resultados en la vida, sin importar si realmente se tiene poder en hacerlo, no tiene una buena percepción de satisfacción y tranquilidad consigo misma y pero piensa que lo que está haciendo hoy, la llevará a un mejor futuro, siendo bienestar el puntaje más bajo.

Las fortalezas que se aprecian en la madre contribuyen a la percepción de protección que tiene Elizabeth dentro de su entorno familiar (Figura 24).

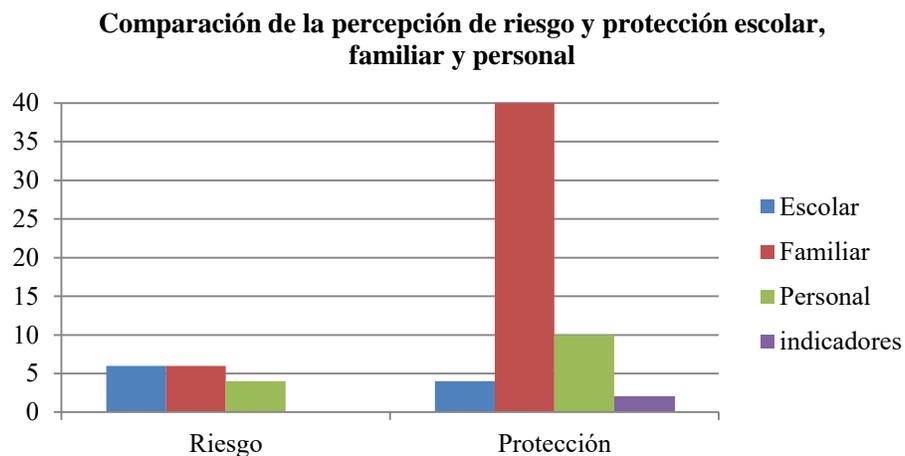


Figura 24: Comparación de la percepción de riesgo y protección que tiene Elizabeth en las diferentes esferas.

Para Elizabeth su hermano es la figura muy importante al cual quiere mucho, pero es con su madre con quien tiene una relación más cercana, con su padre lo percibe más alejado del resto de la familia, esto se debe a que por cuestiones de trabajo el padre se encuentra de viaje

constantemente y no convive mucho con su familia, sin embargo que para Elizabeth es una figura de autoridad (Figura 25).

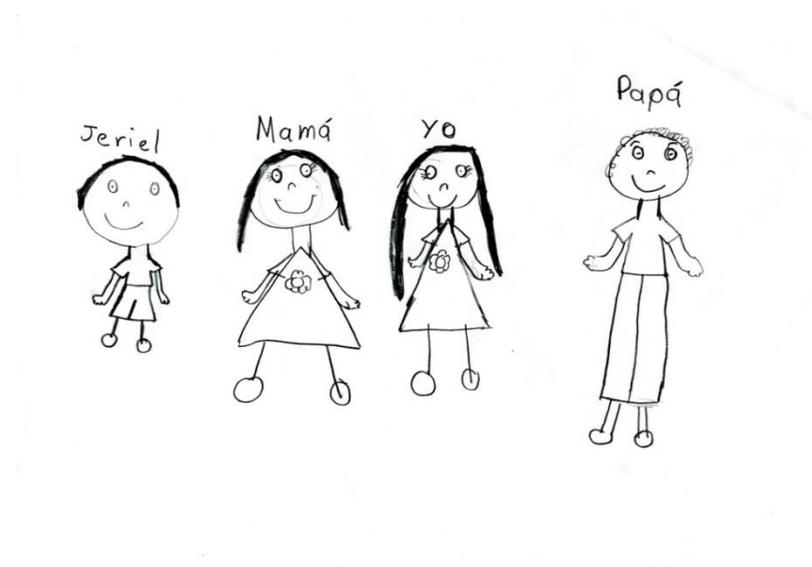


Figura 25: Dibujo de la familia (Elizabeth)

Es importante mencionar que la madre de Antonio y Elizabeth es la misma, sus hijos fueron abusados en diferentes momentos y circunstancias, sin embargo se puede observar que los resultados de la madre como de los niños son similares.

### **Diada Bárbara-Diana**

Diana tiene 9 años de edad, sufrió abuso sexual por parte de su padre biológico, vive dentro de una familia extensa, actualmente la niña vive con su tía materna, cabe resaltar que la entrevista se le realizó a la abuela materna de 62 años de edad debido a que su madre de 36 años de edad es sordomuda, ella es madre soltera.

Los elementos que conforman el perfil del potencial resiliente de la abuela pueden observarse en la Figura 26.

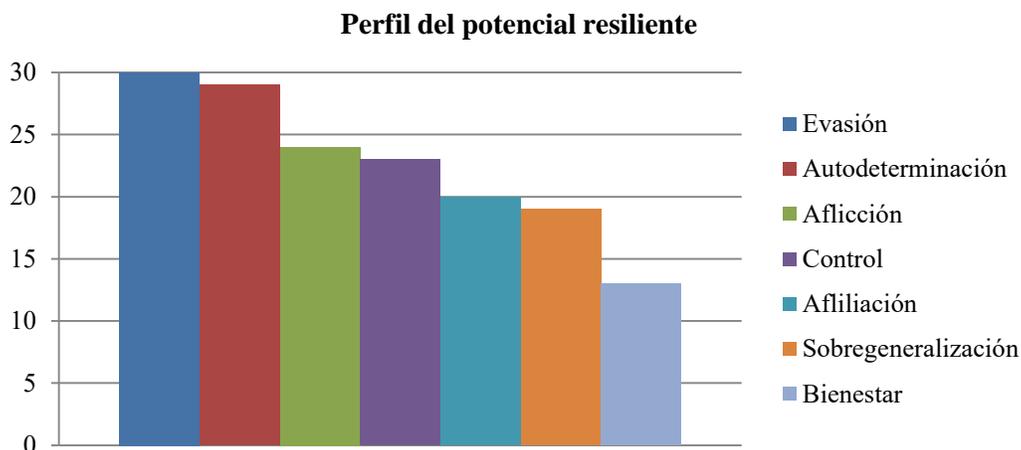


Figura 26: Perfil del potencial resiliente de Bárbara, abuela de Diana

En términos generales se encontró que la abuela materna de Diana tiene un alto puntaje en evasión por lo que podemos decir que desvía los conflictos por medio de factores externos para evitar enfrentar la adversidad, menciono que en ocasiones consume bebidas alcohólicas ante situaciones estresantes y es importante mencionar que este fue el puntaje más alto, también obtuvo un alto puntaje en aflicción, esta madre mostro respuestas emocionales de molestia, sufrimiento, tristeza, angustia.

Tiene reacciones de enojo, apatía e impulsividad producto de la creencia de no poder controlar ni determinar los resultados en la vida, sin importar si realmente se tiene poder en hacerlo, no tiene una buena percepción de satisfacción y tranquilidad consigo misma y pero piensa que lo que está haciendo hoy, la llevará a un mejor futuro, siendo el puntaje de bienestar el más bajo.

Sin embargo estos factores negativos se ven minimizados por la mayor fortaleza de esta madre que es la autodeterminación, es decir su gran capacidad para re-significar las situaciones de adversidad, adaptarse a los cambios y dotar de sentido la vida, lo que en mayor medida le ha

permitido salir delante del abuso sexual que sufrió su nieta por parte del padre biológico de la niña. Además tiene la creencia de poseer capacidades y cualidades que la ayudan a determinar los resultados de sus acciones, sin embargo menciona no saber lo que quiere en la vida. Por otro lado tiene una buena capacidad de relacionarse con otros con fines de apoyo para la solución de problemas, cuenta con el apoyo de toda su familia y sabe en dónde o a quien pedirle ayuda en caso de necesitarlo, pero menciona no contar con amigos cercanos que la apoyen.

Las fortalezas que se aprecian en su abuela contribuyen a la percepción de protección que tiene Diana dentro de su entorno familiar (Figura 27).

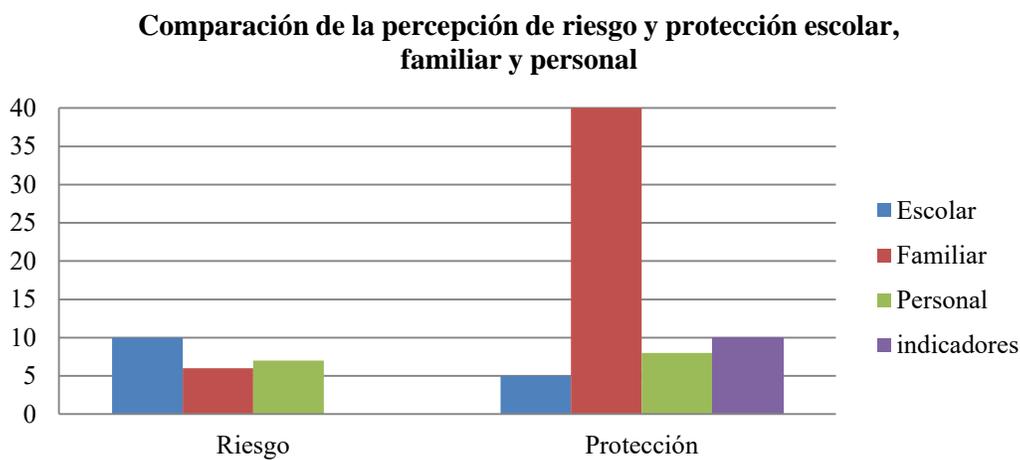


Figura 27: Comparación de la percepción de riesgo y protección que tiene Diana en las diferentes esferas.

Para Diana sus primos son una gran fuerte de apoyo y son figuras significativas, al igual que sus tíos con los que vive actualmente y que son sus figuras paternas. Sus tíos y abuelos también son figuras importantes ya que se siente protegida por ellos. A su madre y la pareja los percibe más alejados que el resto de la familia y por último se dibuja a ella lo cual es un signo de desvalorización. Esto puede observarse en la figura 28.



Figura 28: Dibujo de la familia (Diana)

### Diada Claudia-Manuel

Manuel tiene 6 años de edad es importante mencionar que el niño tiene dificultades de lenguaje y aprendizaje, sin embargo comprende lo que se le dice, vive dentro de una familia nuclear y sufrió abuso sexual por parte de un primo. Claudia, su madre tiene 35 años de edad y es casada. Los elementos que conforman el perfil de potencial resiliente de la madre pueden observarse en la Figura 29.

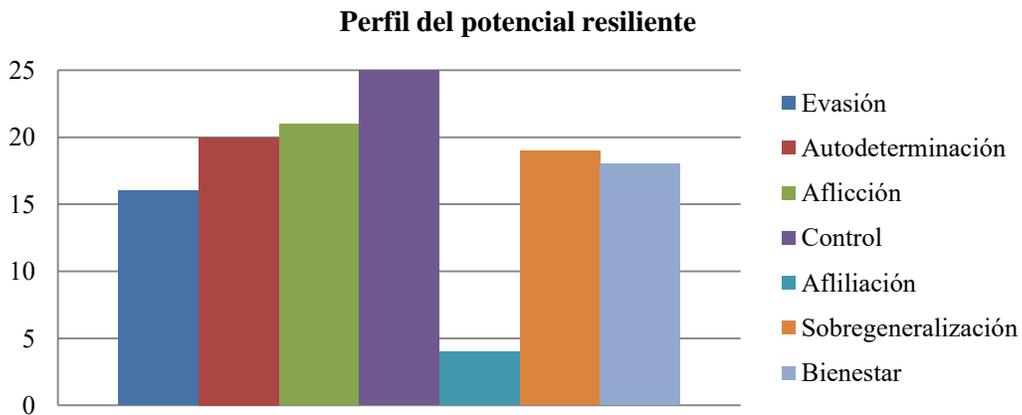


Figura 29: Perfil del potencial resiliente de Claudia, madre de Manuel

Se encontró que la madre obtuvo un alto puntaje en evasión es decir, desvía los conflictos por medio de factores externos para evitar enfrentar la adversidad, aunque negó consumir bebidas alcohólicas ante situaciones estresantes además afirmó que le es difícil controlar lo que pasa en su vida y molestar a las personas cuando tiene dificultades. Obtuvo un alto puntaje en aflicción, esta madre mostro respuestas emocionales de molestia, sufrimiento, tristeza, angustia. Esta madre tiene no tiene buena capacidad de relacionarse con otros con fines de apoyo para la solución de problemas, no cuenta con el apoyo de su familia y no sabe en dónde o a quien pedirle ayuda en caso de necesitarlo, el puntaje de afiliación fue el más bajo.

Además, cuenta con una alta capacidad para re-significar las situaciones de adversidad, adaptarse a los cambios y dotar de sentido la vida y la creencia de poseer capacidades y cualidades que la ayudan a determinar los resultados de sus acciones aunque menciono no saber lo que quiere en la vida, el porcentaje de control fue el más alto lo cual quiere decir que es la mayor fortaleza de esta madre y lo que en mayor medida le ha permitido salir delante del abuso sexual que sufrió su hijo por parte de un primo.

Posee la creencia de poder manejar los diferentes problemas que se le presentan en la vida, aunque en ocasiones siente que no puede controlar ni determinar los resultados en la vida, tiene reacciones de enojo pero no es una persona impulsiva asimismo y tiene una percepción de satisfacción y tranquilidad consigo misma y con su futuro.

Las fortalezas que se aprecian en la madre contribuyen a la percepción de protección que tiene Manuel dentro de su entorno familiar (Figura 30).

**Comparación de la percepción de riesgo y protección escolar, familiar y personal**

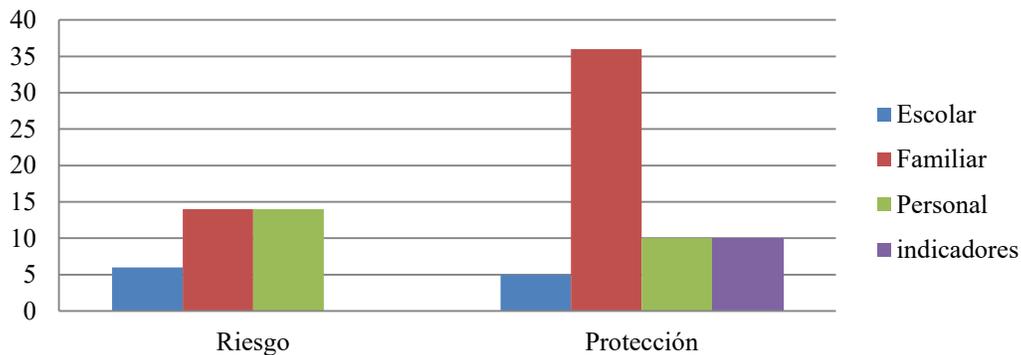


Figura 30: Comparación de la percepción de riesgo y protección que tiene Manuel en las diferentes esferas.

Debido a que el niño presenta dificultades de lenguaje y aprendizaje, el dibujo no se muestra ordenado jerárquicamente, sin embargo su padre es una figura de autoridad y Manuel de percibe más cercano a su madre y hermanos. Esto puede observarse en la figura 31.

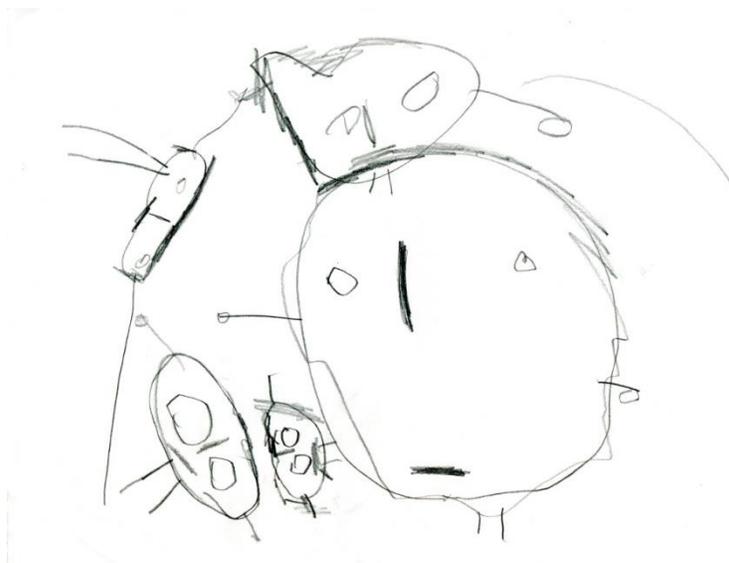


Figura 31: Dibujo de la familia (Manuel)

Es importante mencionar que los niños con alguna discapacidad física o mental o como en este caso de lenguaje son los más vulnerables a sufrir abuso sexual en la infancia Echeburúa y De

Corral (2006), es por eso que se deben adecuar a estos niños los programas de prevención del abuso, así como este tipo de pruebas que ayuden a prevenir y detectar el abuso, así como el tratamiento interdisciplinario que deben de tener tanto los niños como la familia, y principalmente las madres que suelen ser las responsables del cuidado de su familia.

### Diada María-Blanca

Blanca tiene 7 años de edad, sufrió abuso sexual por parte de su padre biológico, vive dentro de una familia nuclear. María, su madre tiene 41 años de edad y es madre soltera, debido al abuso sexual existió ruptura familiar. Los elementos que conforman el perfil de potencial resiliente de la madre puede observarse en la Figura 32.

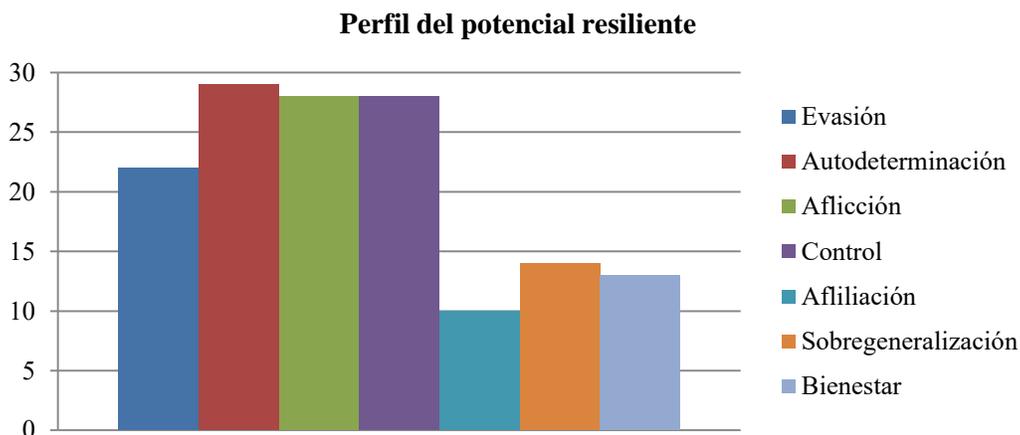


Figura 32: Perfil del potencial resiliente de la María, madre de Blanca

Se encontró que la madre obtuvo un alto puntaje en evasión es decir, desvía los conflictos por medio de factores externos para evitar enfrentar la adversidad, aunque negó consumir bebidas alcohólicas ante situaciones estresantes, también tiene un alto puntaje en aflicción, mostro respuestas emocionales de molestia, sufrimiento, tristeza, angustia o preocupación ante una adversidad, tiene buena capacidad de relacionarse con otros con fines de apoyo para la

solución de problemas, no cuenta con el apoyo de su familia y no sabe en dónde o a quien pedirle ayuda en caso de necesitarlo, el puntaje de afiliación fue el más bajo.

A demás reacciones de enojo, apatía e impulsividad producto de la creencia de no poder controlar ni determinar los resultados en la vida, sin importar si realmente se tiene poder en hacerlo, no tiene una buena percepción de satisfacción y tranquilidad consigo misma y pero piensa que lo que está haciendo hoy, la llevará a un mejor futuro.

Sin embargo, la mayor fortaleza de esta madre es la autodeterminación, es decir su gran capacidad para re-significar las situaciones de adversidad, adaptarse a los cambios y dotar de sentido la vida, lo que en mayor medida le ha permitido salir delante del abuso sexual que sufrió su hija por parte de su padre biológico. Y cuenta con la creencia de poseer capacidades y cualidades que la ayudan a determinar los resultados de sus acciones.

Las fortalezas que se aprecian en la madre contribuyen a la percepción de protección que tiene Blanca dentro de su entorno familiar (Figura 33).

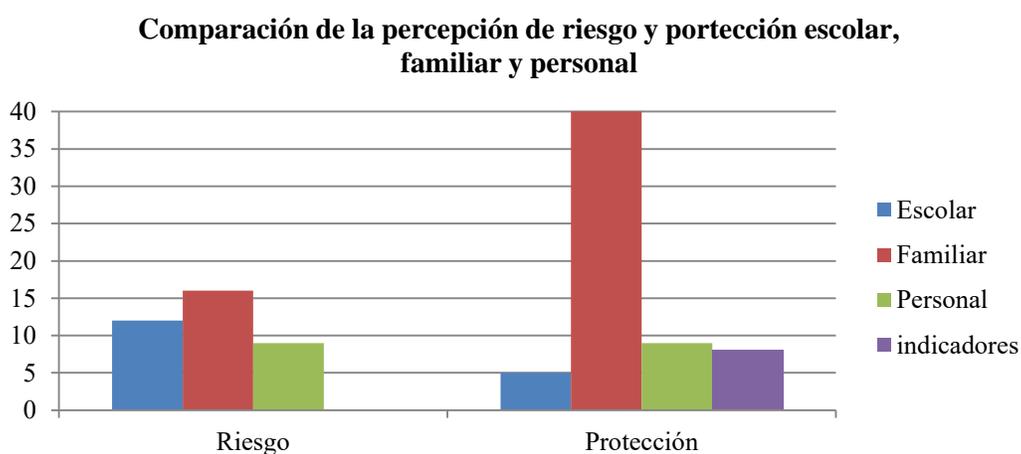


Figura 33: Comparación de la percepción de riesgo y protección que tiene Blanca en las diferentes esferas.

Para Blanca su madre es una figura de importancia y autoridad, sin embargo ella se percibe más cercana su hermano con quien siente mayor confianza, de hecho fue a él a quien Blanca le contó lo sucedido y es este hermano el que la cuida cuando su mamá sale a trabajar. Esto puede observarse en la figura 34.



Figura 34: Dibujo de la familia (Blanca)

### **Diada Laura-Lesly**

Lesly tiene 10 años de edad, fue agredida sexualmente mediante tocamientos por parte de su tío paterno, vive con su mamá y su hermano debido a que el al descubrirse el abuso hubo ruptura familiar ya que el padre de la niña no creyó el abuso. Laura, su madre tiene 31 años de edad y es madre soltera. Los elementos que conforman el perfil de potencial resiliente de la madre puede observarse en la Figura 35.

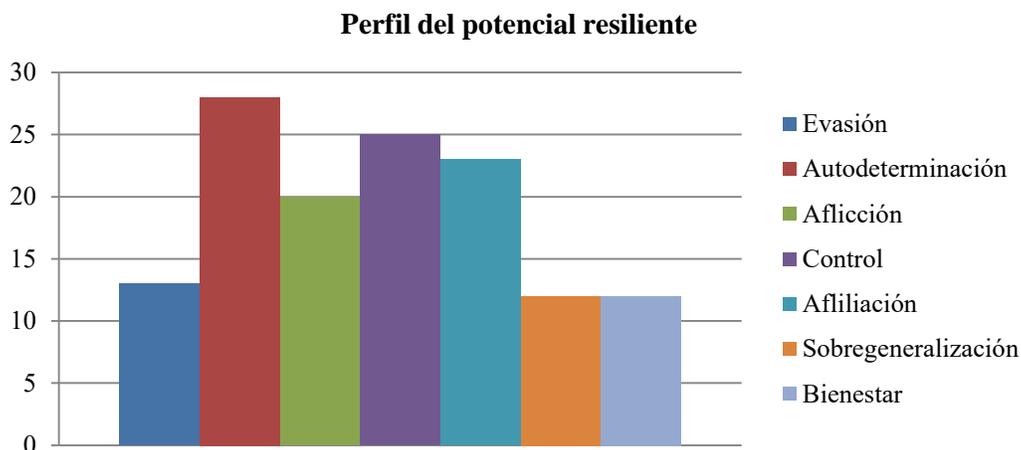


Figura 35: Perfil del potencial resiliente de la Laura, madre de Lesly.

En términos generales puede señalarse que la madre de Lesly no desvía los conflictos por medio de factores externos para evitar enfrentar la adversidad, pero afirmo que le es difícil controlar lo que pasa en su vida, obtuvo un alto puntaje en aflicción, esta madre mostro respuestas emocionales de molestia, sufrimiento, tristeza, angustia, además no tiene una buena percepción de satisfacción y tranquilidad consigo misma y pero piensa que lo que está haciendo hoy, la llevará a un mejor futuro, el puntaje de sobregeneralización y el de bienestar fueron los más bajos.

Se encontró que la mayor fortaleza de esta madre es la autodeterminación, es decir su gran capacidad para re-significar las situaciones de adversidad, adaptarse a los cambios y dotar de sentido la vida, lo que en mayor medida le ha permitido salir delante del abuso sexual que sufrió su hija por parte de su tío paterno y lo que fracturo completamente la relación con su esposo.

Además tiene la creencia de poseer capacidades y cualidades que la ayudan a determinar los resultados de sus acciones. Esta madre tiene una buena capacidad de relacionarse con otros

con fines de apoyo para la solución de problemas, cuenta con el apoyo de toda su familia y sabe en dónde o a quien pedirle ayuda en caso de necesitarlo.

Las fortalezas que se aprecian en la madre contribuyen a la percepción de protección que tiene Lesly dentro de su entorno familiar (Figura 36).

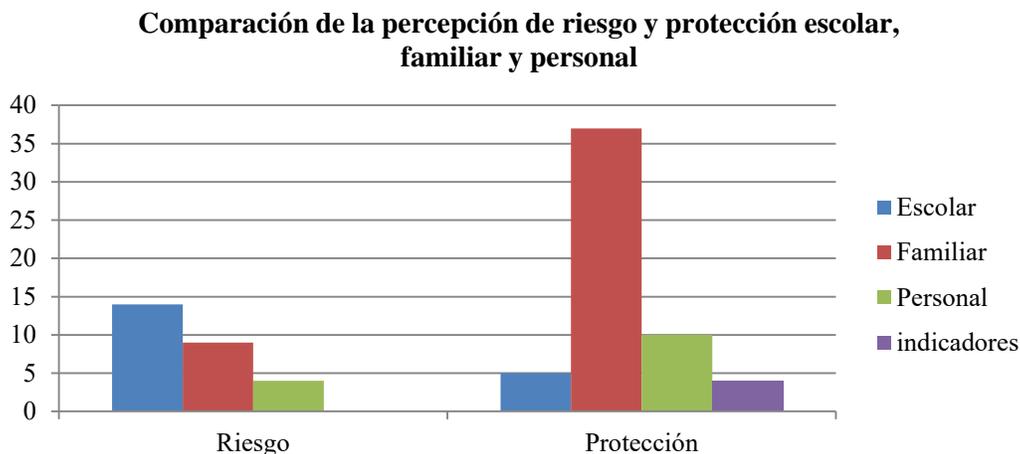


Figura 36: Comparación de la percepción de riesgo y protección que tiene Lesly en las diferentes esferas.

Para Lesly su madre es una figura de importancia y autoridad, también dibuja a su hermano menor con el cual tiene muy buena relación, sin embargo ella se percibe más cercana a su tía y a su abuela quienes la cuidan cuando su mamá trabaja esto indica que tiene un ambiente familiar acogedor, las expresiones sonrientes de la cara demuestran que Lesly percibe a su familia feliz. Esto puede observarse en la figura 37.



Figura 37: Dibujo de la familia (Lesly)

### **Diada Carmen-Ángela**

Ángela tiene 6 años de edad, vive con su mamá de 32 años de edad quien es madre soltera, la niña fue agredida sexualmente mediante tocamientos por parte de su padre biológico, es importante mencionar que Ángela tiene dificultades de audición por lo que utiliza aparato auditivo y también tiene problemas de lenguaje, sin embargo comprende lo que se le dice. La entrevista se le realizó a la tía materna de 32 años de edad debido a que es ella quien la lleva a consultas cuando la madre no puede asistir por cuestiones de trabajo. Los elementos que conforman el perfil de potencial resiliente de Carmen, la tía de Ángela puede observarse en la Figura 38.

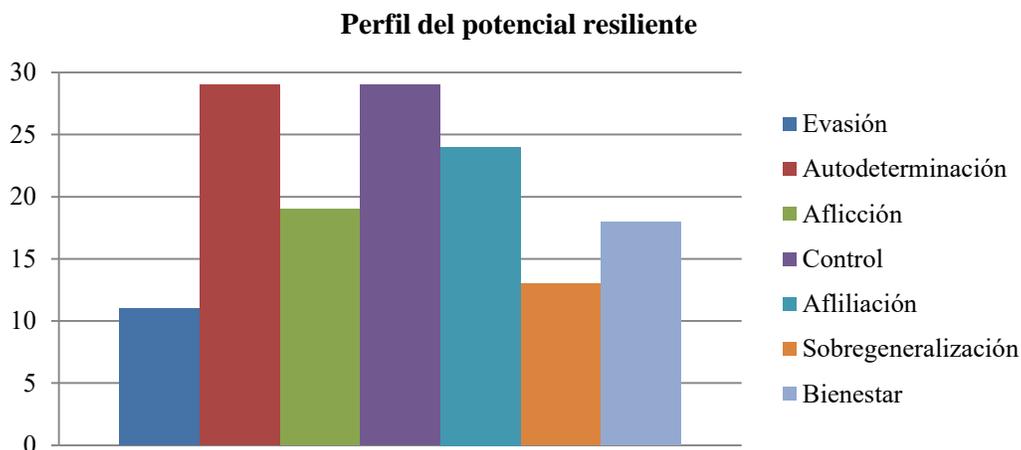


Figura 38: Perfil del potencial resiliente de la Madre de Ángela

Se encontró que la tía, no desvía los conflictos por medio de factores externos para evitar enfrentar la adversidad, pero afirmó que en ocasiones actúa sin pensar en las consecuencias sin embargo, el factor de evasión fue el puntaje más bajo, obtuvo un alto puntaje en aflicción es decir, mostró respuestas emocionales de molestia, sufrimiento, tristeza, angustia.

Una de sus mayores fortalezas es la autodeterminación, es decir su gran capacidad para re-significar las situaciones de adversidad, adaptarse a los cambios y dotar de sentido la vida, también obtuvo altos puntajes en control, es decir tiene la creencia de poseer capacidades y cualidades que la ayudan a determinar los resultados de sus acciones, estos factores son los que en mayor medida le ha permitido salir adelante del abuso sexual que sufrió su sobrina por parte de su padre biológico. Tiene una buena capacidad de relacionarse con otros con fines de apoyo para la solución de problemas, cuenta con el apoyo de toda su familia y sabe en dónde o a quien pedirle ayuda en caso de necesitarlo, tiene la creencia de tener su vida bajo control y poder manejar los diferentes problemas que se le presentan en la vida, aunque en ocasiones tiene

reacciones de enojo no es una persona impulsiva y tiene una percepción de satisfacción y tranquilidad consigo misma y con su futuro.

Las fortalezas que se aprecian en la tía contribuyen a la percepción de protección que tiene Ángela dentro de su entorno familiar (Figura 39).

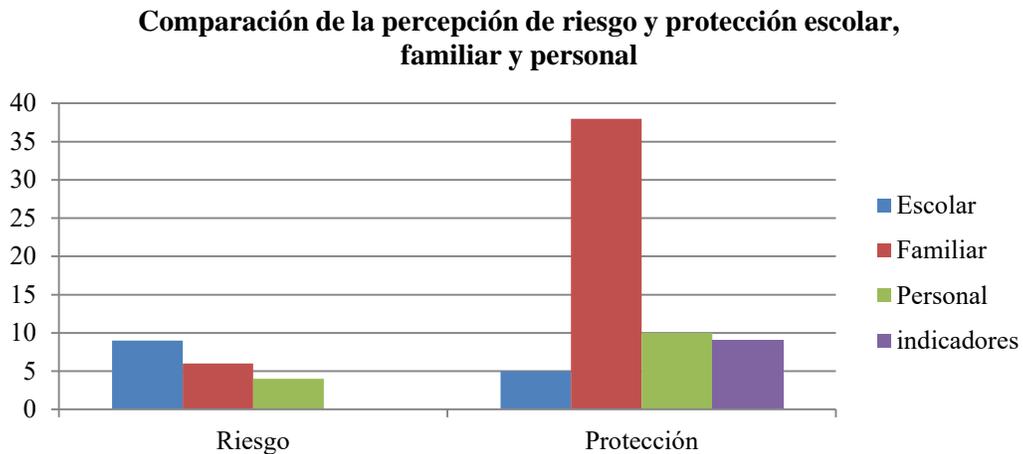


Figura 39: Comparación de la percepción de riesgo y protección que tiene Ángela en las diferentes esferas.

Debido a que la niña presenta dificultades de audición y lenguaje el dibujo no se muestra ordenado jerárquicamente y no se logra distinguir a los integrantes de la familia. Esto puede observarse en la figura 40.

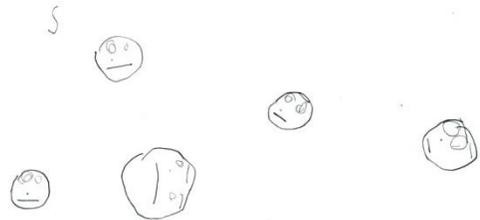


Figura 40: Dibujo de la familia (Ángela)

### Niñas en casa hogar

#### Monserrat

Monserrat tiene 6 años de edad, sufrió abuso sexual por parte de su padre biológico y actualmente vive en una casa hogar en lo que se esclarece la situación legal de la madre. La niña muestra una alta percepción de riesgo en el medio escolar, familiar y personal, a pesar de ello percibe mayor protección en el medio familiar (Figura 41).

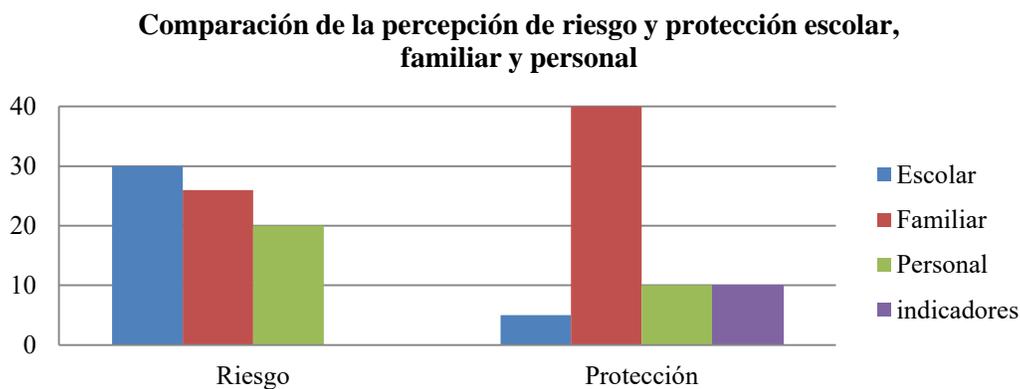


Figura 41: Comparación de la percepción de riesgo y protección que tiene Monserrat en las diferentes esferas.

Los dibujos hípersexualizados son indicativos del abuso sexual (Zúñiga, 2013). Esto puede observarse en la figura 42.

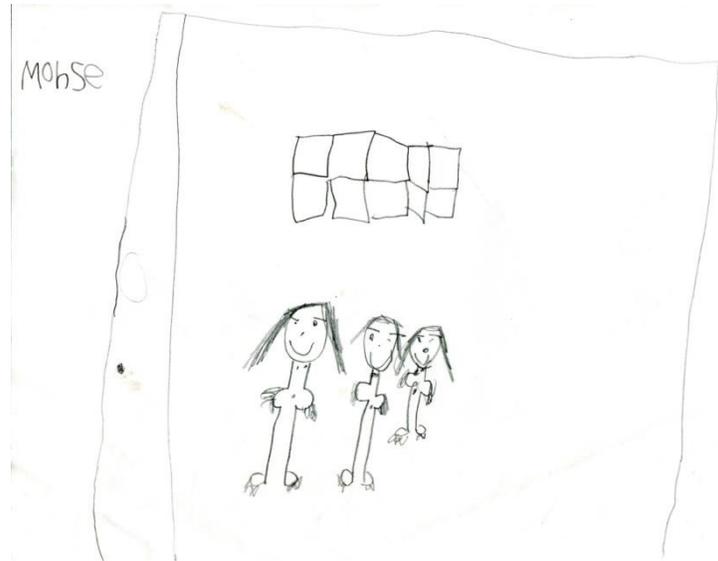


Figura 42: Dibujo de la familia (Monserrat).

### **Dulce**

Dulce tiene 11 años de edad, la niña vivía con sus tíos debido a que a edad muy temprana ella y sus hermanos fueron abandonados por sus padres con distintos familiares, de hecho la niña no conoce a sus padres. Dulce sufría maltratos por parte de sus tíos y su tío abusaba sexualmente de ella, actualmente vive en un hogar transitorio en lo que se esclarece su situación legal. De hecho, es una niña que percibe mayores índices de riesgo a nivel personal y en su ambiente familiar, y escolar (Figura 43).

**Comparación de la percepción de riesgo y protección escolar, familiar y personal**

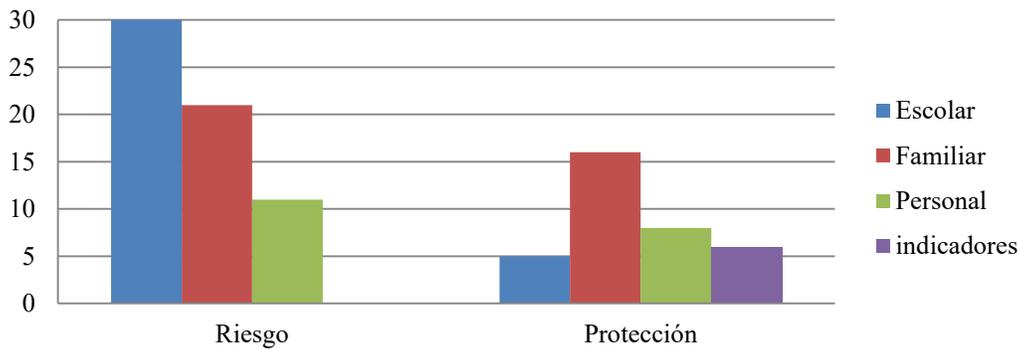


Figura 43: Comparación de la percepción de riesgo y protección que tiene la Dulce en las diferentes esferas.

Dulce dibuja a sus hermanos los cuales son figuras importantes para ella, y a sus tíos quienes son figuras de autoridad cabe resaltar que ellos maltrataban física y sexualmente a Dulce y ella se dibuja en medio de sus tíos. Algo que llama mucho la atención es que los tíos son de mayor tamaño que los niños y están sonriendo, sin embargo la niña menciona al dibujarlos “ellos me pegaban”, todos los niños tienen cara triste y están llorando lo cual indica el estado emocional de la niña. Esto puede observarse en la figura 44.

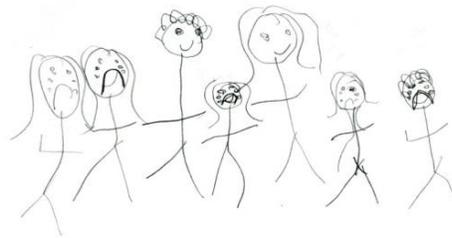


Figura 44: Dibujo de la familia (Dulce)

## Capítulo V. Discusión y Conclusiones

En Noruega, a los niños resilientes les llaman “niños diente de león”, por su similitud con la planta frágil que crece por todas partes, incluso en medios muy difíciles. En la India les representan con la flor de loto, porque es capaz de nacer en aguas sucias. (Vanistendael y Lecomte, 2002), pero evidentemente un niño con características resilientes es fruto de padres resilientes (Barudy y Marquebreucq, 2006). Sin duda el abuso sexual infantil es una de las experiencias más traumáticas y devastadoras en la vida de estos niños, pero también lo es para sus familias ya que en muchos de los casos provoca ruptura familiar, en el que las madres tienen un papel importante en el fortalecimiento, recuperación y adaptación ante esta situación adversa (González-Arratia, 2007).

De acuerdo con el objetivo general de la presente investigación se analizó la relación existente entre el potencial resiliente de madres con hijos que han sufrido abuso sexual infantil, las acciones que ellas emprenden a favor de sus hijos y la percepción de riesgo y protección de estos niños en el ámbito individual, familiar y escolar. Y a su vez la interacción entre los factores del potencial resiliente de las diadas madre-hijo. Se destaca que estas madres cuentan con un alto potencial resiliente lo que les ha permitido emprender acciones a favor de sus hijos y de ellas mismas, como lo es acudir a una institución de salud o seguridad para recibir atención médica, psicológica y asesoría legal que les ayuden a minimizar los efectos negativos del abuso sexual sufrido por sus hijos.

Como lo menciona Manciaux (2003), el potencial resiliente de las madres es producto de la interacción de factores de riesgo y de factores de protección, lo que concuerda con García J. M y García, M. (en Prensa) cuya Escala de Potencial Resiliente (E-PoRE) utilizada en esta

investigación tiene como objetivo evaluar la capacidad que posee el individuo para poder hacer frente a la adversidad, producto de la interacción de factores positivos y negativos de su personalidad e interacción social, los factores protectores amortiguan los efectos negativos de las circunstancias de vida difíciles.

El potencial resiliente de las madres se ve reflejado en los niños ya que muestran una baja percepción de riesgo sintiéndose protegidos principalmente por sus madres y familia ante esta dura adversidad. Este potencial resiliente de las madres hace que ellas se movilicen y busquen atención médica, psicológica y legal para ella y sus hijos. Y que éstos se sientan protegidos de la situación de vulnerabilidad vivida. Lo que concuerda con González-Arratia (2007) y Walsh (2004) para quienes la familia es el principal factor protector para el desarrollo de la resiliencia ya que son las madres quienes promueven que los niños tengan la capacidad para salir adelante y fortalecidos de las diferentes situaciones de adversidad que se les presentan en la vida, una de estas y de las más devastadoras el abuso sexual a los que estos niños se vieron enfrentados.

Es así como, el vínculo entre madre e hijo y el apoyo familiar son fundamentales para la construcción de la resiliencia (Barudy y Marquebreucq, 2006). Debido a que el abuso sexual tiene efectos catastróficos para los niños que lo sufren así como para sus familias es importante que tanto niños y padres reciban atención multidisciplinaria que permita superar esta situación.

Sin embargo, como lo menciona Goldstein y Brooks (2006, citado en Acle-Tomasini, 2012) al vivir en un ambiente vulnerable se está expuesto a una gran cantidad de factores de riesgo, que pueden tener una influencia negativa el desarrollo de la persona si no se cuentan con los factores protectores adecuados que amortigüen este impacto negativo, tal es el caso de las dos menores pertenecientes a una casa hogar. Cabe resaltar que se encontraron diferencias

importantes entre los niños que viven con su familia y las dos menores que viven en una casa hogar, ya que estas niñas sí se perciben en una situación de mayor riesgo, al no contar con los factores protectores familiares adecuados que amortigüen los efectos negativos del abuso sexual, a pesar de esto las niñas manifestaron sentirse protegidas por el personal de las instituciones en que son atendidas, por lo que es de suma importancia que las personas que estén a cargo de estos niños estén capacitados para promover el desarrollo de la resiliencia en estos niños, buscando la disminución de los factores de riesgo que se puedan presentar y convertirse así en tutores de resiliencia.

Para alcanzar un óptimo bienestar emocional y la disminución de los efectos negativos del abuso sexual infantil en los niños y sus padres o cuidadores primarios es necesaria la creación de programas de intervención para padres y familias, como son los grupos de apoyo de niños y de madres que han tenido esta experiencia ya que se ha demostrado que favorecen una mejoría significativa en la salud mental de las víctimas, ayudan a disminuir la depresión y mejorar la autoestima debido a que: perciben que no están solos, se sienten verdaderamente comprendidos y descubren que pueden ayudar a otras personas, además puede motivar a las víctimas a proyectarse hacia un mejor futuro (Vanistendael y Lecomte, 2002).

En esta línea, debido a que los niños abusados sexualmente que se encuentran al cuidado de instituciones o alberges no cuentan con el apoyo familiar, que es el principal pilar para la construcción de resiliencia, es importante la creación de programas de capacitación para el personal de salud y educación que están en contacto con estos niños, cuyo objetivo sea que éste tenga las herramientas necesarias para desarrollar el potencial resiliente en los niños y así

aminorar los efectos negativos del abuso sexual. Es importante que estos programas de intervención se den inmediatamente después de darse a conocer dicho abuso.

No se debe dejar de lado la importancia de los programas de prevención del abuso sexual infantil en la población con potencial riesgo de sufrirlo, y también dirigirlos a las madres o cuidadores primarios promoviendo así factores protectores ante esta terrible situación.

Entre las principales aportaciones de la presente investigación, se destaca: la identificación de los elementos que conforman el potencial resiliente en las madres con hijos que han sufrido abuso sexual infantil, así como la interacción de estos factores en las diadas madre-hijo y el conocimiento de la percepción de los factores de riesgo y protección de estos niños, estas contribuciones pueden ser tomadas en cuenta por diferentes instituciones de salud, educación y seguridad pública para el tratamiento y prevención del abuso sexual infantil, ya que se muestra de forma clara cómo se da este proceso al que llamamos resiliencia.

Para investigaciones posteriores es fundamental la realización de estudios comparativos del potencial resiliente de madres con hijos que presenten indicios de un probable abuso sexual sin que se haya comprobado y las madres con hijos que han sufrido abuso sexual infantil, lo cual permitirá observar cómo es la interacción de los elementos que conforman el potencial resiliente en ambas muestras y estudiar el impacto que tiene en las madres el diagnóstico de abuso sexual y si éste repercute en la percepción de los factores de riesgo y protección de los niños respecto a su ambiente familiar y escolar.

### **Limitaciones y sugerencias**

Es importante adecuar los instrumentos utilizados a la población que sea más susceptible de sufrir abuso sexual como lo son los niños pequeños y adolescentes, ya que esto limitó el tamaño de la muestra. También a niños con alguna discapacidad severa ya sea motriz, intelectual, de lenguaje, visual o auditiva, pues estos niños podrían encontrarse en mayor riesgo de ser abusados sexualmente debido su condición.

Y por último adecuar algunas preguntas de los instrumentos a niños con diferentes tipos de familias como lo son los hijos de madres solteras, padres divorciados, menores que no viven con sus padres o que viven en casas hogares, ya que esto puede sesgar la información.

## Referencias

- Acevedo, V. y Mondragón, H. (2005). Resiliencia y escuela. *Pensamiento Psicológico*, 1(5), pp. 21-35.
- Ackerman, B. P., Izard, C. E., Schoff, K., Youngstrom, E. A. y Kogos, J. (1999). Contextual risk, caregiver emotionally, and the problem behaviors of six and seven-year-old children from economically disadvantaged families. *Child Development*, 70 (6), 1415-1427.
- Acle-Tomasini, G. (2012). *Resiliencia en educación especial. Una experiencia en la escuela regular*. España: GEDISA.
- Acle-Tomasini, G. y Ordaz-Villegas, G. (2013). Escala de precepción de riesgo y protección versión Niños. México: FESZ-UNAM.
- Aguilar, C. M. (2009). Abuso sexual en la infancia. *Anales de Derecho*, Vol. 27.
- Aguilar, R., Tonantzin, P. y García, M. (23 de mayo de 2016). En 25 estados, el abuso sexual infantil es cosa menor; no lo consideran delito grave. *Excélsior*. Recuperado de: <http://www.excelsior.com.mx/nacional/2016/05/23/1094349>
- American Psychological Association, Centro de apoyo. (2014). *El Camino a la Resiliencia*. Disponible en <http://www.apa.org/centrodeapoyo/resiliencia-camino.aspx>
- Aries, P. (1987). *El niño y la vida familiar en el antiguo régimen*. Madrid: Editorial Taurus.
- Arruabarrena, M.I., De Paúl, J. y Torrés, B. (1996). *El maltrato infantil: detección, notificación, investigación y evaluación. Programa para la mejora del sistema de atención social a la infancia (SASI)*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales.
- Baldwin, A. L., Baldwin, C. & Cole, R. E. (1992). Stress-resistant families and stress-resistant children. En J. Rolf, A. Masten, D. Cicchetti, K. Nuechterlein & S. Weintraub (Eds.), *Risk and protective factors in the development of psychopathology*. Cambridge, Reino Unido: Cambridge University Press
- Barudy, J. y Marquebreucq, A.P. (2006). *Hijas e hijos de madres resilientes. Traumas infantiles en situaciones extremas: violencia de género, guerra, genocidio, persecución y exilio*. Barcelona, Gedisa.
- Batres, G. (2003). Niños/as que abusan sexualmente en forma reactiva. Manual para terapeutas. ILANUD. Programa Regional de Capacitación contra la Violencia Doméstica. San José, Costa Rica.
- Bear, E. y Dimock, P. (1988) *Adults Molested As Children: A Survivor's Manual for Woman and Men*. Vermont: Fay Honey Koop.

- Belsey, M. A. (1993). Child abuse: Measuring a global problem. *World Health Stat Q* 46(1).
- Bender, L., & Blau, A. (1937). The reaction of children to sexual relations with adults. *American Journal of Orthopsychiatry*, 7, 500-518.
- Bernard, B. (1999). "Applications of resilience: possibilities and promise", en M. Glantz y J. Johnson (comps.), *Resilience and Development: Positive Life Adaptations*, Nueva York. Plenum Publishers, pp. 269-277.
- Block, J. & Block, J. H. (1980). The role to ego-control and ego resiliency in the organization of behavior. En W. A. Collins (Ed.). *Minnesota Symposium on Child Psychology*, 13, 39 – 101.
- Blume, S. (1990) *Secret Survivors*. U.S.A.: Jhon Wiley and Sons.
- Bowlby, J. (1992). Continuité et discontinuité: vulnérabilité et résilience. *Devenir*, 4, 7-31.
- Bronfenbrenner, U. (1981). *Ecology of Human Development: Experiment by Nature and Design*. Cambridge, Massachussets. Harvard University Press.
- Bryan, J. (2005). Fostering educational resilience and achievement in urban schools through school - family - community partnerships. *Professional School Counseling*, 8 (3), 219-227.
- Buendía, J. (1996). *Psicopatología en Niños y Adolescentes*. Madrid: Piramide.
- Caffey J. (1946). Multiple fractures in the long bones of infants suffering from chronic subdural hematoma. *Am J Roentgenol Radium Ther.* 56:163-173.
- Carvalho, Q. C. M., Galvao, M. T. G. y Cardoso, M. V. L. M. L. (2009). Child sexual abuse: the perception of mothers concerning their daughters' sexual abuse. *Revestita Latino-Am. Enfermagem*, São Paulo, vol.17, n.4, p. 501-506.
- Casas, G. A. (2006). La protección de los derechos de niños, niñas y adolescentes frente a la violencia sexual. ¿De qué hablamos cuando hablamos de violencia sexual hacia niños, niñas y adolescentes? Instituto Interamericano Del Niño-Oea, Y Claves-Juventud Para Cristo Uruguay.
- Chinchilla, I. & Castillo, A. (2011). Backlash y abuso sexual infantil: la emergencia de nuevas amenazas a la protección de los derechos humanos de las personas menores de edad. *Revista Latinoamericana de Derechos Humanos*, 2011, (23), 105-126.
- Claramunt, C. (1996). *Abuso sexual infantil: pautas para su intervención*. Ponencia auspiciada por el proyecto Mujer, Salud y Desarrollo de la Organización Panamericana de la Salud para ser presentada en la Primera Conferencia Nacional de la Niñez, adolescencia y Violencia. Managua, Nicaragua: 14 al 16 agosto.

- Claramunt, C. (1997). *Casitas quebradas: El problema de la violencia doméstica en Costa Rica*. San José, Costa Rica: EUNED.
- Clark, R. E., Freeman-Clark, J. y Adamec, C. (2001). *The encyclopedia of child abuse*. 2nd Edition. Nueva York (NY): Facts on File:203-8.
- Comité de los derechos del niño. Observación General N° 13 (2011), CRC/C/GC/13 disponible en [http://www2.ohchr.org/english/bodies/crc/docs/CRC.C.GC.13\\_sp.pdf](http://www2.ohchr.org/english/bodies/crc/docs/CRC.C.GC.13_sp.pdf) recuperado el 10 de septiembre de 2014.
- Corman, L. (1967). *El test del dibujo de la Familia en la práctica médico-pedagógica*. Buenos Aires, Argentina: Ed. Kapeluz.
- Corsi, J. (1995). *Violencia familiar: una mirada interdisciplinaria sobre un grave problema social*, Paidós, Buenos Aires.
- Cortés, M. R. y Cantón, J. (1997). Definición, incidencia y causas del maltrato infantil en el contexto familiar. En J. Cantón y M.R. Cortés (eds.). *Malos tratos y abuso sexual infantil*. (pp.1-72). España: Editorial Siglo Veintiuno Editores.
- Coulborn Faller, K. (1988). *Understanding child sexual abuse*. London: Sage Publications.
- Crivillé, A. (1987). *Parents maltraitants. Enfants Meurtris*. Paris: E.S.F.
- Cuellar, C. L. (2015). Iniciativa con proyecto de decreto por el que se adiciona la fracción XVI del Artículo 7 de la Ley General de Educación, en materia de prevención del Abuso sexual infantil. Disponible en [http://sil.gobernacion.gob.mx/Archivos/Documentos/2015/04/asun\\_3242975\\_20150430\\_1430412637.pdf](http://sil.gobernacion.gob.mx/Archivos/Documentos/2015/04/asun_3242975_20150430_1430412637.pdf) recuperado el 1 de mayo de 2015.
- Cyrulnik, B. (2001). *La maravilla del dolor: el sentido de la resiliencia*, Barcelona, Granica.
- Cyrulnik, B. (2002). *Los patitos feos*, Barcelona, Gedisa.
- Cyrulnik, B. y colab. (1998). *Ces enfants qui tiennent le coup*, Revigny-sur-Ornain, Hommes et Perspectives.
- Dallos, R. (1996). *Sistema de creencias familiares*. Barcelona. Paidós.
- De Mause, L. (1982) *Historia de la infancia*. Madrid, Alianza.
- Deblinger, E. y Heflin, A.H. (1996). *Treating Sexually Abused Children and Their Nonoffending Parents*. Sage: California. pp.1-22.
- Deza, V. S. (2005). Factores protectores en la prevención del abuso sexual infantil. *Liberabit. Revista de Psicología*, 10-11( ) 19-24. Recuperado de <http://oai.redalyc.org/articulo.oa?id=68601103>

- Díaz Huertas, J. A., Casado-Flores, J., García, E., Ruiz, M. A., Esteban, J. (dir). (1999). Detección de riesgo social en la embarazada. Prevención del maltrato infantil. Madrid. Consejería de Servicios Sociales.
- Díaz Huertas, J. A., Casado-Flores, J., García, E., Ruiz, M. A., Esteban, J. (2000). Niños maltratados. El papel del pediatra. *An Esp Pediatr*; 52: 548-553.
- Echeburúa, E. y De Corral, P. (2006). Secuelas emocionales en víctimas de abuso sexual en la infancia. *Cuadernos de Medicina Forense*, 12, 75-82.
- Echeburúa, E. y Guerricaechevarría, C. (2000) Abuso sexual en la infancia: víctimas y agresores. Un enfoque clínico. Barcelona: Ariel.
- Echeburúa, E., De Corral, P. y Amor, P. J. (1997). Características psicopatológicas de los ofensores sexuales. En M. Lameiras y A. López (Eds.), *Sexualidad y Salud. La transmisión sexual del VIH y las agresiones sexuales* (pp. 165-180). Santiago: Tórculo Edicións.
- Ehrensaft, E. y Tousignant, M. (2003). Ecología humana y social de la resiliencia. En M. Manciaux (comp.). *La resiliencia: resistir y rehacerse* (pp. 159-173). España: Gedisa.
- Enesco, I. (2001). El concepto de infancia a lo largo de la historia. Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid. Recuperado de: [http://beceneslp.edu.mx/PLANES2012/6o%20Sem/El%20ni%F1o%20como%20sujeto%20social/Materiales/U%20de%20A%20I/La infancia en la historia.pdf](http://beceneslp.edu.mx/PLANES2012/6o%20Sem/El%20ni%F1o%20como%20sujeto%20social/Materiales/U%20de%20A%20I/La%20infancia%20en%20la%20historia.pdf) .
- Esquivel, F., Heredia, C., Lucio, E. (2007) *Psicodiagnóstico Clínico del Niño*. México. Editorial Manual Moderno. México 3º edición.
- Faller, K. C. (1993). *Child sexual abuse: intervention and treatment issues*. Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office/U.S. Department of Health and Human Services/National Center on Child Abuse and Neglect.
- Feldman, D. (2003). *Puesta a punto bibliográfica sobre la relación de los conceptos parafilias y abuso sexual infantil*. Trabajo de Conclusão de Curso, Universidad de Belgrano, Buenos Aires.
- Fergus, S. y Zimmerman, M. A. (2005). Adolescent resilience: A framework for understanding healthy development in the face of risk. *Annual Review of Public Health*. 26, 1-26.
- Figueroa, H. (29 de marzo de 2016). México tendrá su día contra el abuso sexual infantil, tras escalada de casos. *Excélsior*. Recuperado de: <http://www.excelsior.com.mx/nacional/2016/03/29/1083535>
- Finkelhor, D. (1979). What's wrong with sex between adults and children? Ethics and the problem of sexual abuse. *American Journal of Orthopsychiatry*. 49 (4): 692-97.

- Finkelhor, D. (1984) *Child sexual abuse. New theory and research*. Free Press. New York.
- Finkelhor, D. (2005). Las experiencias descritas En: David Finkelhor. *Abuso Sexual al Menor*. México: Editorial Pax, pp. 79-105.
- Finkelhor, D. y Browne, A. (1986). Initial and long-term effects: A conceptual framework. En D. Finkelhor, *A sourcebook on child sexual abuse*, pp. 180-198. Beverly Hills (Ca): Sage Publications.
- Finkelhor, D., Hotaling, G. I. A., Lewis & Smith, C. (2002). Sexually abuse in a national survey of adult men and woman: Prevalence characteristics and risk factors. *Child Abuse&Neglect*, 14. (1) 19-28.
- Finkelhor, D. & Ormrod, D. (2001). [Offenders Incarcerated for Crimes Against Juveniles](#). *Juvenile Justice Bulletin – NCJ191028* (pgs. 1-12). (CV45).
- Fraser M.W., Kirby, D. L. & Smokowski P.R. (2004). Risk and resilience in childhood. En: M.W. Fraser (Ed.) *Risk and resilience in childhood. An ecological perspective*. (pp. 13-66). Washington. D.C. National Association of Social Workers Press.
- Freud, S. (1981). La etiología de la histeria. Tomo III. *Obras Completas*. Editorial Amorrortu. Buenos Aires.
- Fundación para la Confianza y Centro de Estudios de la Niñez Corporación Opción. (2012). *Abuso: Configuración y supervivencia. Representaciones sociales de niños y niñas y el relato de adultos sobrevivientes de abuso sexual en su niñez*. Santiago de Chile: LOM.
- Gallego, C. L., Medina, M. T. y Montoya, L. P. (2007). Historia de abuso sexual y su relación con depresión, autoestima y consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de media vocacional del municipio de Caldas Antioquia, Colombia. *Rev CES Med* 2008; 22(1): 17-27.
- García A. (1983). *Selección de lecturas de Evaluación y Diagnóstico Infantil*. U.H. La Habana.
- García, J. & García, M. (En prensa). *Una Aproximación a la Medición de la Resiliencia*.
- García, P., Loredo, A. y Gómez, J. (2009). Guía para la atención del abuso sexual infantil. *Acta Pediatr Mex*; 30(2):94-103.
- García-Jaime, R. (2013). Abuso sexual en la niñez. *Boletín Científico Sapiens Research*, 3(2), 13-17.
- Garnezy, N. (1991). “Resiliency and vulnerability to adverse developmental outcomes associated with poverty”. *American Behavioral Scientist*, 34 (4), pp. 416-430.

- Garnezy, N. (1991). Resilience in children's adaptation to negative life events and stressed environments. *PediatricAnnals*, 20, 459-466.
- Garnezy, N., Masten, A.S. y Tellegen, A. (1984). The study of stress and competence in children: A building block for developmental psychopathology. *Child Development*, 55, 97-111.
- Gelles, R. J. (2001). Child abuse-An overview. En: Clark RE, Freeman-Clark J, Adamec C. 2001. *The encyclopedia of child abuse*. 2nd Edition. Nueva York (NY): Facts On File: XI-XXIV.
- Giovannoni, J. (1989). Definitional issues in child maltreatment. En D. Cicchetti y V. Carlson (comps.), *Child maltreatment: Theory and research on the causes and consequences of child abuse and neglect*. (pp. 3-37). Cambridge: Cambridge University Press.
- Goldstein, S. & Brooks, R.B. (2006). Why study resilience? En: S. Goldstein & R.B. Brooks, *Handbook of resilience in children* (pp. 3-15). USA: Springer.
- Gómez, E. y Kotliarenco, M. A. (2010). Resiliencia Familiar: un enfoque de investigación e intervención con familias multiproblemáticas. *Revista de Psicología*, 19 (2), 103-131.
- Gómez, M. B. (2010). Resiliencia individual y familiar. Disponible en <http://www.avntf-evtntf.com> recuperado el 5 de noviembre de 2014.
- González Arratia, L. F. N. I. (2007). "Factores determinantes de la resiliencia en niños de la ciudad de Toluca", tesis no publicada de Doctorado. Universidad Iberoamericana. México.
- González Arratia, L. F. N. I., Valdez, M. J. L. y Zavala, B. Y. C. (2008). *Resiliencia en adolescentes mexicanos*. Enseñanza e Investigación en Psicología, 13 (1), 41-52.
- González, E., Martínez, V., Leyton, C. y Bardi, A. (2004). Características de los abusadores sexuales. *REV SOGIA* ; 11(1): 6-14.
- González-Serratos R. (1995). Informe preliminar sobre algunos aspectos de la investigación en sobrevivientes de abuso sexual en la infancia. *Salud Reproductiva y Sociedad*. 6-7,14-17.
- Goodyer, I. (1995). *Risk and resilience processes in childhood and adolescence*". London: Social Pediatrics.
- Grotberg, E. H. (1995). *A Guide to Promoting Resilience in Children*. La Haya, The Bernard Van Leer Foundation.
- Grotberg, E. H. (1996). *Guía de promoción de las resiliencia en los niños para fortalecer el espíritu humano*. Holanda: La Haya. Fundación Bernard van Leer.

- Grotberg, E. H. (1999). *Tapping your Inner Strength: How to Find Resilience to Deal with anything*. Okland, CA, New Harbinger Publications, Inc.
- Grotberg, E. H. (2000). "International resilience research project", en A.L. Comunian y U. Gielen (comps.), *International Perspectives on Human Development*. Viena, Pabst Science Publishers, pp. 379-399.
- Grotberg, E. H. (2001). "Resilience and culture". *International Psychology Reporter*, 12, pp. 13-14, primavera.
- Grotberg, E. H. (2002). "From terror to triumph: the path to resilience", en C. E. Stout (comp.), *The Psychology of Terrorism*, Westport, CT, Praeger, pp. 167-189.
- Grotberg, E. H. (2006). *La resiliencia en el mundo de hoy. Cómo superar las adversidades*. España: Gedisa.
- Hawley, D. & De Haan, L. (1996). Towards a definition of family resilience: Integrating individual and family perspectives. *Family Process*, 35, 283–298.
- Henderson, N. y Milstein, M. (2003). *Resiliencia en las escuelas*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. y Baptista Lucio, P. (2010). *Metodología de la investigación* (5ta ed.). México: McGraw-Hill.
- Holman, K. (2000). Abuso sexual infantil, programas de Prevención. ¿Cuál es el efecto del trabajo en prevención? Seminario de Expertos. Helsingör. Save the Children/Grupo Europa.
- Horno, G. P. y Santos, N. A. (2001). *Abuso sexual infantil*. Madrid: Save the Children: 14-7.
- Infante, F. (2001). "La resiliencia como proceso: una revisión de la literatura reciente", en A. Melillo y N. Suárez-Ojeda (comps.), *Resiliencia, descubriendo las propias fortalezas*. Buenos Aires, Paidós.
- Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) (2007). *Guía de atención para niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia sexual*. Bogotá: Impresol Ediciones.
- Intebi, I. (1998). *Abuso sexual infantil. En las mejores familias*. Buenos Aires. Granica.
- Intebi, I. (2008): *Valoración de las sospechas de abuso sexual infantil*. Colección Documentos Técnicos. Dirección General de Políticas Sociales, Consejería de Empleo y Bienestar Social, Gobierno de Cantabria, España.
- Intebi, I. (2012). *Estrategias y modalidades de intervención en abuso sexual infantil intrafamiliar*. Colección de Documentos técnicos 05. Gobierno de Cantabria.

- Ireland, T. O. (2002). Child maltreatment. En: Encyclopedia Crime & Punishment. Thousand Oaks: Sage Publications; vol. 1:185-91.
- Kalil, A. (2003). *Family resilience and good child outcomes: A review of the literature*. Centre for Social Research and Evaluation, Ministry of Social Development: New Zealand.
- Kaplan, H. (1999). "Toward an understanding of resilience: a critical review of definitions and models", en M. Glantz y J. Johnson (comps.), *Resilience and Development: Positive Life Adaptations*, Nueva York. Plenum Publishers, pp. 17-83.
- Kempe, C. H. (1978). Sexual abuse, another hidden pediatric problem, the 1977 C. Anderson Aldrich lecture. *Pediatrics*, 62, 382-389.
- Kempe, C.H., Silverman, F.N., Steele, B.F., Droegemueller, W. y Silver H.K. (1962). The battered child syndrome. *Journal of the American Medical Association*, 181, 105-112.
- Kimberly, R., Bámaca-Gomez, M., Newman, P. & Newman, B. (2001). Educationally resilient adolescents' implicit knowledge of the resilience phenomenon. *Ponencia presentada en Annual Conference of the American Psychological Association*, San Francisco, CA. Recuperado de <http://eric.ed.gov/?id=ED459393>
- Kinsey, A. C., Pomeroy, W. B., Martin, C. E., & Gebhard, P. H. (1953). *Sexual behavior in the human female*. Philadelphia: Saunders.
- Kotliarenco, M.A. y Dueñas, V. (1994). Vulnerabilidad versus "Resiliencia": Una Propuesta de Acción Educativa. *Derecho a la Infancia*, 3er. Bimestre. Santiago-Chile.
- Kotliarenco, M.A., Cáceres, I. y Fontecilla, M. (1997). *Estado de arte en resiliencia*. Washington: Organización Panamericana de la Salud.
- Kreisler, L. (1996). "La résilience mise en spirale". *Spirale*, 1,162-165.
- Lameiras, M. (2002). *Abusos sexuales en la Infancia: Abordaje psicológico y jurídico*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Lameiras, M., Carrera, V. y Failde, J. (2008) Abusos sexuales a menores: estado de la cuestión a nivel nacional e internacional. *Revista D' Estudis de la Violència*. Número 6. Julio- Noviembre 2008. España.
- Liello, F. (2009). El concepto de Resiliencia aplicado en niños con algún tipo de discapacidad. Recuperado de <http://es.slideshare.net/noecastillosaravia/resiliencia-en-nios-con-alguna-discapacidad>
- López, F. y Del Campo, A. (1997). *Prevención de abusos sexuales a menores. Guía para educadores*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales y Amarú Ediciones.

- López, F., Carpintero, E., Hernández, A., Martín, M.J., y Fuertes, A. (1995). Prevalencia y consecuencias del abuso sexual al menor en España. *Child Abuse and Neglect*, 19(9), 1039-1050.
- Loredo Abdalá, A., Trejo Hernández, J., García Piña, C., Portillo González, A., Capistrán Guadalajara, A., Carballo Herrera, R., Mendoza Rojas, O., Hernández Roque, A., Alcántar Escalera, M. I., Saucedo García, J. M., Ramos Lira, L., Llata Romero, M. d. I., Sotelo Morales, M. T. & Martín Martín, V. (2010). Maltrato infantil: Una acción interdisciplinaria e interinstitucional en México. Comisión Nacional para el Estudio y la Atención Integral al Niño Maltratado. Primera parte. *Salud Mental*, 33(3) 281-290.
- Lösel, F. (1994). *La resiliencia en el niño y el adolescente*. Revista La infancia en el mundo. 5 (3): 8-11.
- Luthar, S. & Cushing, G. (1999). "Measurement issues in empirical study of resilience: an overview" en M. Glantz y J. Johnson (comps.), *Resilience and Development: Positive Life Adaptations*, Nueva York. Plenum Publishers, pp. 129-160.
- Luthar, S. (2003). Preface. En S.S. Luthar (Ed.), *Resilience and vulnerability. Adaptation in the context of childhood adversities* (pp. xix-xxi). Cambridge, RU: Cambridge University Press.
- Luthar, S. (2006). Resilience and development: A synthesis of research across five decades. In D. Cicchetti & J. Cohen (Eds.). *Developmental psychopathology: Risk, disorder and adaptation* (pp. 739-795). New York: Wiley.
- Luthar, S., Cicchetti, D. & Becker, B. (2000). "The construct of resilience: a critical evaluation and guidelines for future work". *Child Development*, 71, pp. 543-558.
- Mac Farlane K. y Cunningham C. (1990). *Steps to Healthy Touching*. Kids Rights. Florida, E.E.U.U.
- Manciaux, M. (2003). *La resiliencia: resistir y rehacerse*. Barcelona: Gedisa.
- Martín, M.P. & Kalus, S. (1978). 1978 Annual Review of child abuse & Neglect Research. Washington, D.C.: National Center on Child Abuse and Neglect.
- Masten, A. S. & Coatsworth, J. D. (1998). The development of competence in favorable and unfavorable environments: Lessons from research on successful children. *American Psychologist*, 53, 205-220.
- Masten, A. S. & Powell, J. L. (2003). A resilience framework for research, policy, and practice. En S.S. Luthar (Ed.), *Resilience and vulnerability. Adaptation in the context of childhood adversities* (pp. 1-25). Cambridge, RU: Cambridge University Press.

- Masten, A. S. (1999). "Resilience comes of age: reflections on the past and outlooks for the next generation of researchers", en M. Glantz y J. Johnson (comps.), *Resilience and Development: Positive Life Adaptations*, Nueva York. Plenum Publishers, pp. 281-296.
- Masten, A. S. (2001). Ordinary magic. Resilience processes in development. *American Psychologist*, 56, 227-238.
- McCubbin, M., Balling, K., Possin, P., Friedrich, S. & Bryne, B. (2002). Family resilience in childhood cancer. *Family Relations*, 51(2), 103-111.
- Mebarak, M. R., Martínez, M. L., Herrera, A. S., y Lozano, J. E. (2010). Una revisión acerca de la sintomatología del abuso sexual infantil. *Psicología desde el Caribe*, 25, 128-154.
- Melillo, A. (2004). Realidad social, psicoanálisis y resiliencia. En A. Melillo, E. Suárez y D. Rodríguez (Comps.). *Resiliencia y subjetividad* (pp. 62-76). España: Paidós.
- Melillo, A. y Suárez, E. (2002). *Resiliencia: Descubriendo las propias fortalezas*. Buenos Aires: Paidós.
- Milner, J.S. (1990). Características familiares y del perpetrador en los casos de maltrato físico y abuso sexual infantil. *Infancia y Sociedad*, 2, 5-15.
- Ministerio de Salud, Unicef. (2011). *Guía Clínica: Atención de Niños, Niñas y Adolescentes Víctimas de Abuso Sexual*. Santiago de Chile.
- Morelato, G. (2009). *Evaluación de la resiliencia en niños víctimas de maltrato familiar* (Tesis doctoral inedita). Universidad Nacional de San Luis, Argentina.
- Moreno Manso, J. M. (2006). Revisión de los principales modelos teóricos explicativos del maltrato infantil. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 11(2) 271-292. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29211205> .
- Morrison, G.M., Storino, M.H., Robertson, L.M., Weissglass, T. y Dondero, A. (2000). The protective function of after-school programming and parent education and support for students at risk for substance abuse. *Evaluation and Program Planning*, 23, 365-371.
- Munist, M., Kotliarenko, MA., Santos, H., Suárez Ojeda, EN., Infante, F., Grotberg, E. (1998). *Manual de identificación y promoción de la Resiliencia en niños y adolescentes*. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Fundación W.K. Kellogg, Autoridad Sueca para el Desarrollo Internacional (ASDI)
- Murray, Ch. (2003). Risk factors, protective factors, vulnerability, and resilience. *Remedial & Special Education*, 24 (1), 16-27.
- Newell, P. (1999). Niños y violencia. En: UNICEF. *Innocenti Digest*. Florencia, Italia: UNICEF: 5, 15.

- Olivos, M. A. (2013). Diseño de un DVD interactivo sobre la información y educación de abuso sexual infantil en niños niñas y adolescentes. Pontificia Universidad Javeriana. Facultad De Enfermería Departamento De Salud Colectiva. Bogotá, D.C.
- Organización Mundial de la Salud. (2001).OMS: *Integrated Multisector Approach to Child Abuse: Introduction and Core Guidelines: General Information*. Octubre 2001.
- Organización Mundial de la Salud. (2014). Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/es/> recuperado el 8 de noviembre de 2014.
- Orjuela, L y Rodríguez, V. (2012). Violencia Sexual contra los niños y las niñas. Abuso y explotación sexual infantil. Madrid: Save The Children España.
- Palacios, P. (2008). El abuso sexual a niñas, niños y adolescentes: un secreto familiar, un problema social. En: *Revista Educare* Vol. XII (Nº Extraordinario), pp. 99-111. Heredia, Costa Rica.
- Pastor, E. R., Romero, R. A., Ortiz, R. A. y Ramos, L. P. (2012). Protocolo de atención a niñas, niños y adolescentes víctimas de explotación sexual comercial. Dirigido a: Sector Salud. México: Sistema Nacional. DIF.
- Patterson, J., Collins, L. & Abbott, G. (2004). A study of teacher resilience in urban schools. *Journal of Instructional Psychology*, 31 (1), 3-9.
- Pereda, B. N. (2006). *Malestar psicológico en estudiantes universitarios víctimas de abuso sexual infantil y otros estresores*. Tesis doctoral no publicada, Universidad de Barcelona, España.
- Pereda, B. N. (2009). Consecuencias psicológicas iniciales del abuso sexual infantil. En: *Papeles del Psicólogo* 30 (2), 3-13. Madrid, España.
- Pereda, B. N. y Abad, J. (2012). Enfoque multidisciplinar de la exploración del abuso sexual infantil. *Revista Española de Medicina Legal*.
- Pereda, N. (2011). Resiliencia en niños víctimas de abuso sexual: el papel del entorno familiar y social. *Educación Social*, no. 49, p. 103-114.
- Pérez, S. A. (s.f.). Abuso sexual infantil. Recuperado el 3 agosto de 2015, de [http://www.consultasexual.com.mx/Documentos/abuso\\_sex\\_infantil.htm](http://www.consultasexual.com.mx/Documentos/abuso_sex_infantil.htm)
- Pichardo M.A. (2013). Psicotraumatología clínica del abuso sexual infantil. Inédito.
- Pinto, C. (2009). Perspectiva histórica en el estudio del maltrato infantil. *Revista electrónica de psicología social*. Recuperado de: <http://www.funlam.edu.co/revistas/index.php/poiesis/article/viewFile/166/153>.

- Quiceno, J. M., Mateus, J., Cardenas, M., Villareal, D., y Vinaccia, S. (2013). Calidad de vida, resiliencia e ideación suicida en víctimas de abuso sexual. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 18, 107-117.
- Quirós, B. P. (2006). Comparación de las dinámicas familiares en familias que presentan abuso sexual con otros tipos de familia. Tesis de Magister en Psicología. Universidad de Chile. 10-11p.
- Radville, S. (1974). *A history of child abuse and infanticide*, en Steinmetz, Suzanne K. y Murray A. Strauss. *Violence in the Family*. New York: Dodd, Mead & Co.
- Ramirez, H. C. (2008). Consecuencias del abuso sexual en el desarrollo psicológico en la infancia y la adolescencia. Tesis Doctoral para optar por el título de Doctora en Psicología en la Universidad de Granada. Granada.
- Ramos, L., Saldívar, G., Medina-Mora, M. E. y Rojas, E. (1998). Prevalencia de abuso sexual en estudiantes y su relación con el consumo de drogas. *Salud Publica Mex*; 40: 221-233.
- Real Academia Española. (2014). Internet [artículo nuevo]. En *Diccionario de la lengua española* (23.<sup>a</sup> ed.). Recuperado de <http://lema.rae.es/drae/?val=resiliencia>
- Rodrigo, M. J. (2009). Una mirada integradora de la resiliencia parental: Desde el contexto hasta la mente de las madres y los padres en riesgo psicosocial. *Psicología da Educação*, 28, 51-71.
- Román, H. (2011). Dibujos Proyectivos de Niños/as y Adolescentes: Interpretaciones Clínicas en el Contexto Forense. Disponible en <http://www.ramajudicial.pr/Miscel/Conferencia/7ma/Dibujos-Proyectivos-Ninos-Adolescentes-Interpretaciones-Clincasen-Contexto-Dr-Hugo-Roman.pdf>
- Rutter, M. (1979). "Protective factors in children's responses to stress and disadvantage". *Annals of the Academy of Medicine*, Singapur, 8, pp. 324-338.
- Rutter, M. (1987). "Psychosocial resilience and protective mechanisms". *American Journal of Orthopsychiatry*, 57 (3) 316-329.
- Rutter, M. (1993). "Resilience: Some conceptual considerations". *Journal of Adolescent Health*, 14 (8), 626-631.
- Santamaría, G. R. (1992). El maltrato infantil o maltrato social. En: El Maltrato a los niños sus repercusiones educativas. Memorias del 2do. Simposio Interdisciplinario e Internacional. (Vol. II 201-206). México, DF.: Federación Iberoamericana contra el Maltrato Infantil.
- Santana, R., Sánchez, R. & Herrera, E. (1998). El maltrato infantil: un problema mundial. *Salud Pública de México*, 40(1).

- Save the Children. (2001). Manual de formación para profesionales en abuso sexual infantil. Recuperado de: [http://www.savethechildren.es/ver\\_doc.php?id=54](http://www.savethechildren.es/ver_doc.php?id=54)
- Secretaría de Salud. (2006). Informe Nacional sobre Violencia y Salud. México, DF: SSA.
- Secretaria de salud. (2010). Panorama actual del abuso sexual infantil. *Vigilancia Epidemiológica*, 27, 1-3.
- Secretaria de Seguridad Pública. (2010). Maltrato y Abuso Infantil en México: Factor de Riesgo en la Comisión de Delitos. Dirección General de Prevención del Delito y Participación Ciudadana, México D.F.
- Seidman E. & Pedersen, S. (2007). Holistic contextual perspectives on risk, protection and competence among low-income urban adolescents. (pp. 318-342). En: S. Luthar. (Ed). *Resilience and vulnerability. Adaptation in the context of childhood adversities*.
- Silverman, F. (1953). Roentgen manifestations of unrecognized skeletal trauma in infants. *American Journal of Roentgenology*. Vol. 69 p. 413-426.
- Sinclair, C. y Martínez, J. (2006). Culpa o Responsabilidad: Terapia con Madres de Niñas y Niños que han sufrido abuso sexual. *PSYKE*, 15 (2), 25-35.
- Smith Slep, A. M., y Heyman, R. E. (2006). Creating and field testing child maltreatment definitions: Improving the reliability of substantiation determinations. *Child Maltreatment*, 1, 217-236.
- Spaccarelli, S. y Kim, S. (1995). Resilience criteria and factors associated with resilience in sexually abused girls. *Child Abuse & Neglect*, 19 (9), 1171-1182.
- Suárez, O. E. N.; De la Jara, A. M. y Márquez, G. C. V. (2007). Trabajo comunitario y resiliencia social. En M. Munist, E. Suárez, D. Krauskopf y T. Silber (comp.) *Adolescencia y Resiliencia*, 81-108.
- Summit, R.C. (1983): The child sexual abuse accommodation syndrome (El syndrome de acomodación al abuso sexual infantil). *Child Abuse & Neglect*, 7, págs. 177-193.
- Tapia, H. R. (04 de agosto de 2014). Aumenta el abuso sexual a menores. El Universal. Recuperado de: <http://archivo.eluniversal.com.mx/primera-plana/2014/impreso/violacin-infantil-el-delito-8220invisible-8221-46310.html>
- Taylor, R. & Wang, M. (Eds). (2000). *Resilience across Contexts: Family, work, culture and community*. Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, publishers.
- Theis, A. (2003). La resiliencia en la literatura científica. En M. Manciaux (Comp.). *La resiliencia: resistir y rehacerse* (pp. 45-57). España: Gedisa.

- Trepper, S. y Barrey, M. (1989). Systemic treatment of incest. New York: Brunner/Mazel Publishers.
- Ungar, M., Brown, M., Liebenberg, L., Othman, R., Kwong, W.M., Armstrong, M. & Gilgun, J. (2007). Unique pathways to resilience across cultures. *Adolescence*, 42(166), 28-309.
- UNICEF Argentina y Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación. (2014). Grooming: Guía práctica para adultos. Información y consejos para entender y prevenir el acoso a través de Internet. Disponible en [http://www.unicef.org/argentina/spanish/guiagrooming\\_2014.pdf](http://www.unicef.org/argentina/spanish/guiagrooming_2014.pdf) recuperado el 01 de Agosto de 2014.
- UNICEF. (1989). Convención sobre los Derechos del Niño.
- Uriarte, J.D. (2013). La perspectiva comunitaria de la resiliencia. *Revista de Psicología Política*, 47, 7-18.
- Vainstein, N., Fernández, A.V., Padín, C. Zito. L. V., Pinto, G. y Duro E. (2013). Por qué, cuándo y cómo intervenir desde la escuela ante el abuso sexual a niños, niñas y adolescentes. Guía conceptual. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF).
- Valdés R. (1979). El desarrollo pictográfico del niño. La Habana. Científico-Técnico.
- Vanistendael, S. (1996). *La résilience ou le réalisme de l'espérance: blessé mais pas vaincu*. Génève: Bureau International Catholique de l'Enfance (BICE).
- Vanistendael, S. (2000). Resiliencia y Espiritualidad: El realismo de la fe. Editado por el Bureau Internacional Católica de la Infancia (BICE).
- Vanistendael, S. y Lecomte, J. (2002), *La felicidad es posible. Despertar en los niños maltratados la confianza en sí mismos: construir la resiliencia*, Barcelona, Gediza.
- Villalba, Q.C. (2003). El concepto de resiliencia individual y familiar. Aplicaciones en la intervención social. *Revista sobre Igualdad y Calidad de Vida*, 12(3), 283-299.
- Villanueva, I. (2013). El abuso sexual infantil: Perfil del abusador, la familia, el niño víctima y consecuencias psíquicas del abuso. En *Psicogente*, 16(30), 451-470.
- Villatoro, J., Quiroz, N., Gutiérrez ML., Díaz, M. y Amador, N. (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. Tomo I, II, III. Buenos Aires: Lumen.

- Waller, M. (2001). Resilience in ecosystemic context: Evolution of the concept. *American Journal of Orthopsychiatry*, 71 (3), 290-297.
- Walsh, F. (2004). *Resiliencia familiar. Estrategias para su enfrentamiento*. Buenos Aires, Amorrortú.
- Wang, M. & Gordon, E. (1994). *Educational resilience in inner-America: Challenges and prospects*. Hillsdale, New York: Lawrence Erlbaum.
- Wang, M. C., Haertel, G. D., & Walberg, H. J. (1998). *Educational resilience*. USA, Philadelphia: National Research Center on Education in the Inner Cities.
- Wang, M. C., Haertel, G. D., & Waldberg, H. J. (1994). Educational resilience in inner cities. En M. C. Wang y E. W. Gordon (Eds.). *Educational Resilience in Inner-City America: Challenges and prospects* (pp.45-72). Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- Werner, E. & Smith R. S. (1982). *Vulnerable But Invincible: A Study of Resilient Children*. New York, McGraw-Hill.
- Werner, E. E. (1989). "High risk children in young adulthood: A longitudinal study from birth to 32 years". *American Journal of Orthopsychiatry*, 59, pp. 72-81.
- Wyman, P. A., Cowen, E. L., Work, W. C., Hoyt-Meyers L., Magnus, K. B. & Fagen, D. B. (1999). Caregiving and developmental factors differentiating young at-risk urban children showing resilient versus stress-affected outcomes: a replicant and extension. *Child Development*, 70 (3), 645-659.
- Zúñiga, C. I. (2013). Abuso sexual infantil: una alerta para el personal médico de primer contacto. *Archivos de Investigación materno infantil*, 5, 3-10.