

98

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



0292356

ABUSO SEXUAL INFANTIL: DETECCIÓN DE
INDICADORES EMOCIONALES DE KOPPITZ
EN EL DIBUJO DE LA FIGURA HUMANA
(DFH).

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO DE PSICOLOGIA

PRESENTAN:

GONZÁLEZ GÓMEZ CLAUDIA

VARGAS MEDINA MARÍA LILIANA

UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO.



DIRECTOR DE TESIS

DR. JUAN JOSE SANCHEZ SOSA

REVISOR

DRA. EMILIA SUAREZ-MAQUEO

FAC. PSICOLOGIA.

MEXICO, D.F.

2001



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

Al Director de nuestra tesis el **Dr. Juan José Sánchez Sosa** por compartir su conocimiento, experiencia y hacer posible esta tesis. A nuestra revisora por el tiempo y dedicación otorgada a nuestro trabajo la **Dra. Emilia Lucio Gómez-Maqueo**. Al comité de Sinodales: **Mtro. Samuel Jurado, Lic. Marquina Terán** y la **Lic. Eva María Esparza**, agradecemos sus aportaciones y recomendaciones.

Al Hospital Psiquiátrico "Juan N. Navarro" en especial a las **Psicólogas Guadalupe Martínez, Araceli Vidal y Verónica Pérez** por su invaluable ayuda y facilidades para la realización de nuestra tesis. A la escuela pública "Samuel Delgado I. Moya", en especial al **Director Narciso Martínez López** por permitirnos obtener información de los sujetos de nuestro estudio.

Al **Dr. Serafín Mercado** por su apoyo metodológico. A **Rubén Varela y Lourdes Monroy** por su ayuda e inquietudes.

Dedicatorias

Liliana

A ti Andy y Jullis por su tolerancia y paciencia en mi tesis y por toda la motivación que me dan para seguir creciendo personal y profesionalmente, los amo.

Carlos gracias por tu apoyo y motivación para continuar, me has enseñado que las cosas no son tan fáciles como parecen.

Papá y mamá les agradezco que hallan estado y estén apoyándome en mis estudios con sus consejos y su comprensión, y que gracias a ustedes estoy aquí.

Marce gracias por tu nobleza, **Carmen** tu dureza me ha motivado, contigo **Cris** veo todo más fácil y a ti **Rosy** que desde niña me has alentado, te acuerdas.

Dr. Serafín muchas gracias por ser mi "padre académico" por estar siempre conmigo y transmitirme sus conocimientos de la manera que solo usted sabe, lo admiro mucho.

Dra. Rita gracias por sus consejos y ayuda incondicional en todo momento.

Claudia gracias por ser una amiga más que una compañera y por incitarme a retomar el camino profesional nuevamente.

ARCOP agradezco su apoyo sobre todo a Rafael Giménez Y Efraín Hernández.

A Lauro Mercado y Francisco Abundis, gracias por sus consejos.

A Fotocenter por permitirme continuar, te agradezco Anabel Buenrostro y Sergio Gracia.

A mis amigos que siempre han estado conmigo y me han motivado, especialmente a ti **Edith**.

Dedicatorias

Claudia

A mi esposo Juan: gracias por tu amor, tu apoyo y tu sentido del humor. Nuestro matrimonio rebasa mis expectativas, soy tan feliz a tu lado que esto ha impregnado todas mis metas.

Te amo.

Mamá: siempre he sabido que tu amor es incondicional, cuento contigo en las buenas y en las malas las 24 hrs. del día desde 1970. Me siento muy orgullosa de tí, esta tesis es una meta conjunta, un proyecto de vida que nos incluye a las dos.

Gracias te quiero mucho.

Gaby: gracias por tu compañía y amor. Toda mi vida está colmada de recuerdos tuyos y ahora la alegría y amor de mis sobrinos me hacen sentir la tía más feliz del mundo.

Lourdes Maya: gracias por enseñarme que el pasado es sólo el comienzo del principio. Ahora sé que uno no necesita sufrir un caos continuo para crecer. Siempre recordaré tu frase "la vida es como un circo donde uno viene a divertirse", me ha ayudado muchísimo. Gracias.

Contenido

I. Importancia del abuso sexual infantil	1
1. Recorrido histórico	1
2. Abuso sexual infantil: un problema conceptual	9
3. Etiología	17
Nivel individual	19
Características del ofensor:	19
Características de la víctima:	26
Nivel familiar	28
Nivel sociocultural	34
4. Incesto	39
5. Indicadores del abuso sexual infantil	48
6. Consecuencias	54
Consecuencias a corto plazo	54
Consecuencias a largo plazo	56
II. La importancia de la evaluación en los casos de abuso sexual infantil	61
1. Instrumentos y técnicas de Diagnóstico	68
III. El Dibujo de la Figura Humana de Koppitz	75
IV. Método	89
1. Planteamiento del problema.	89
Objetivo	89
Preguntas de Investigación	89
Justificación	89
2. Hipótesis	90
3. Definición conceptual de las variables	90
4. Definición operacional de las variables	95
5. Sujetos	99
6. Instrumentos	100
7. Tipo de estudio	101

8. Diseño de investigación	101
9. Procedimiento	101
Análisis estadístico de los datos	103
V. Resultados	105
VI. Discusión	129
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	135
ANEXO 1	145
ANEXO 2	147

I. Importancia del abuso sexual infantil

1. Recorrido histórico

Aunque el abuso sexual de niños ha sido documentado a través de la historia, lo que ha variado considerablemente ha sido la voluntad de la sociedad para reconocer este problema (Wurtele & Miller-Perrin, 1992).

En tiempos pasados el usar a los niños como objetos sexuales era no solo aceptado sino a menudo alentado por los adultos. Ciertos grupos sociales como los Incas, Egipcios y Hawaianos lo practicaban con el objeto de preservar el linaje (Nakashima & Zakus, 1977). Participar en actividades sexuales con adultos no era visto como malo o dañino sino como apropiado e igualmente saludable para los niños. Por ejemplo, Aristóteles creyó que si masturbaba niños aceleraría su condición de hombre (DeMause, 1974).

En la moralidad prevaleciente del siglo XIX en Viena, la demanda de los niños sobre abuso sexual sería probablemente desmentida (Myers, J., 1999). Brownmiller (1975) refiere que esta repugnancia a reconocer la conducta que hoy en día podría llamarse abuso sexual infantil fue transmitida a la creencia científica por Freud. Masson (1984) escribió que aunque Freud originalmente propuso que la experiencia sexual temprana de un niño era un factor etiológico de la histeria, pues había notado que muchas de sus pacientes histéricas hablaban de una experiencia infantil de violación o abuso frecuentemente a manos de sus propios padres, más tarde Freud abandonó la teoría de la seducción y propuso en cambio que estas experiencias eran a menudo fantasías que expresaba los conflictos edípicos del niño ya que en su ensayo sobre la femineidad, desarrolló la teoría de que estos perturbadores relatos eran fantasías que la niña oponía como defensa contra su propio placer genital y su culpable deseo de dormir con su padre.

Según Finkelhor (1980), aunque el conflicto edípico fue un paso adelante en la teoría psicodinámica y Freud tuvo la genialidad de sospechar sobre la alta frecuencia de los abusos sexuales de menores y sus efectos negativos posteriores, Finkelhor piensa que Freud contribuyó negativamente a que se formaran dos ideas erróneas lo cual dio como resultado un paso infortunado hacia atrás para que la sociedad pudiera reconocer el problema del abuso sexual infantil (Finkelhor, 1980):

- 1) Creer que los niños están interesados en mantener actividad sexual con los adultos. De esta forma se les responsabiliza total o parcialmente de estas conductas. Es decir, tales experiencias eran el resultados de los impulsos edípicos del niño en vez de ser los impulsos depredadores del adulto.
- 2) Creer que los niños no dicen la verdad cuando afirman haber sufrido abuso sexual por parte de los adultos. Lo cual equipararía a un ejército de sanadores mentales con una ideología que no tomaba en cuenta los informes por parte de las pacientes de victimización sexual en la infancia.

Sin embargo la teoría sexual infantil de Freud se ha mal interpretado por lo teóricos que han recurrido a él, parece que hablamos de un mito ya que Freud jamás dijo que el niño estaba interesado en mantener actividad sexual con el adulto, sino poseerlo genitalmente en términos afectivos. Como Freud menciona en su teoría sexual infantil, la concepción del niño sobre su sexualidad es fantásica, pero esto no implica que sus hipótesis sean similares a las que concibe un adulto. Respecto al segundo punto que menciona Finkelhor, Freud nunca generalizó su teoría, sino que el siempre habló en relación a sus pacientes, además Freud considera traumáticas las experiencias sexuales entre niños y adultos, ya que una adecuada evolución conlleva la renuncia de los niños a sus deseos sexuales edípicos y el respeto de los adultos a la sexualidad de los niños (Freud, 1995).

Hacia 1920-1930 una tercera parte de la transformación en la actitud había ocurrido: el problema era percibido como un problema de la calle en lugar de en la casa, el perpetrador era percibido como un extraño pervertido en lugar de un hombre miembro de la familia, y las víctimas eran percibidas como mujeres seductoras despertadoras de deseos en lugar de un niño inocente. Los trabajadores sociales trataban de dar razones para justificar la demanda de los niños quienes mantenían que habían sido seducidos por sus padres (Gordon, 1990).

No sólo los trabajadores sociales ignoraron el incesto, también los académicos lo hicieron aduciendo que era un problema extremadamente raro que ocurría en sólo un caso dentro de un millón de casos (Weinberg, 1955), pues existía una pugna entre profesionistas e investigadores liberales y moralistas respecto al abuso sexual infantil, ya que los liberales temían con alguna razón que la preocupación hacia la perturbación infantil (tema utilizado por los moralistas para oponerse a la reforma sexual) pudiera echar a pique sus esfuerzos de reforma e insistieron que el abuso sexual infantil era algo más bien poco frecuente y que con seguridad no había de aumentar y apuntaron que con frecuencia era a los niños a los que había de culpar. Los profesionistas e investigadores liberales estaban buscando leyes de reforma sexual para una mejor y mayor educación sexual, mayor disposición de anticonceptivos, menores restricciones a la literatura erótica, etc. (Finkelhor, 1980a).

Los estudios de Alfred C. Kinsey, en torno a los años cincuenta (1953) establecieron que las experiencias sexuales en la niñez eran lejanas y raras, pero el no veía que éstas fueran problemáticas (citado en López, 1995).

Kinsey, decía que la diferencia entre una violación y un buen rato, depende de si los padres de la chica están o no despiertos cuando ésta vuelve a casa (Myers, 1999).

BrownMiller (1975) menciona la investigación sobre la impotencia en Comportamiento sexual del macho humano (citado en Kinsey; Pomeroy & Martin, 1948) para observar el pensamiento de Kinsey:

Un problema que merece atenderse es el de los ancianos que son aprehendidos para cumplir condena en instituciones penales como ofensores sexuales. Por lo general, se acusa a estos hombres de contribuir a la delincuencia abrazando a niñas o niños menores de edad... Muchas niñas reflejan en sí mismas la histeria pública ante el hecho de "ser tocado" por una persona extraña; y muchos niños, que no tienen ni idea de los mecanismos del intercambio sexual interpretan el afecto y la simple caricia de cualquiera que no sean sus padres, como intento de violación (p.264).

De modo similar, Brownmiller hace mención sobre el comportamiento sexual de la hembra humana (citado en Kinsey, Pomeroy, Martin & Gebhardt, 1953):

Es difícil comprender por qué una niña, como no sea por sus condicionamientos culturales, iría a sentirse perturbada porque le toquen los genitales o por ver los genitales de otra persona... Algunos de los más experimentados estudiosos de los problemas juveniles han llegado a creer que las reacciones emocionales de los padres, policías y otros adultos... pueden perturbar al

niño más seriamente que los contactos en sí mismos. La histeria actual con referencia a los ofensores sexuales puede tener serios efectos sobre la posterior capacidad de muchos de estos niños para obtener ajustes sexuales años más tarde, en sus matrimonios. (p.121).

Así el problema del abuso sexual infantil se reconoció pero sus consecuencias se minimizaron.

La revolución sexual de los años 1960s/1970s y el movimiento feminista ayudaron a incrementar la conciencia social sobre el problema del abuso sexual infantil (Wurtele & Miller-Perrin, 1992). Los integrantes de este movimiento no sólo discutían problemas respecto de ser mujer en la sociedad moderna, también compartían el trauma de la explotación sexual en la adultez y similares experiencias en la niñez. Muchas mujeres escribían acerca de sus historias de abuso sexual en la niñez, compartiendo no sólo sus experiencias de abuso, también sus fracasos para que se les creyera e intervenir (Allen, 1980; Armstrong, 1978; Butler, 1978). Gradualmente el incremento de este problema fue del conocimiento público y los reportes oficiales de abuso sexual empezaron a aparecer y multiplicarse rápidamente, por lo cual el abuso sexual infantil comenzó a recibir una cobertura sin precedente de los medios de comunicación, y el público pudo darse cuenta que era un problema social serio (Finkelhor, 1980).

En 1975 en Estados Unidos de América se proporcionaron bases de datos científicos apoyados en la realidad del abuso sexual infantil y con el advenimiento científico a su causa el enfoque del movimiento anti-violación de mujeres se extendió hacia el movimiento en contra del abuso sexual infantil (Wurtele & Miller-Perrin, 1992).

En 1977 en Estados Unidos se fundaron centros con programas de tratamiento del incesto dando como resultado la identificación de víctimas y su consiguiente asistencia terapéutica. Aparecen también programas de prevención, especialmente en el área del ámbito escolar y formas de tratamiento a las víctimas y agresores (O'Donohue and Geer, 1992).

A pesar de que en otros países la investigación sobre el abuso sexual en menores forma parte de un rubro más amplio como lo es maltrato. En México está considerablemente rezagada, la que se considera la primera investigación sistemática realizada en México sobre el maltrato infantil, fue la realizada por Marcovich, J., en 1977 en el Hospital Infantil de México (citado en Sullivan y Everstine, 1997), pero esta investigación no incluyó al abuso sexual. Por tanto, la información al respecto es poco sistematizada a pesar de que las Agencias Especializadas en Delitos Sexuales de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal (PGJDF) han contribuido a centralizar los registros.

En 1978, el National Center of Child Abuse and Neglect, definió el abuso y el maltrato infantil más allá del abuso o negligencia física introduciendo el maltrato emocional y el abuso sexual infantil (citado en Wurtele & Miller-Perrin, 1992).

Desde los 70's hasta los 80's, se llevaron a cabo numerosos estudios que pretendían cuantificar la frecuencia de los abusos, el tipo de abusos y sus efectos a corto y largo plazo. Para ello se estudiaron diferentes muestras, se hicieron comparaciones entre grupos que habían sufrido abusos y grupos que no los habían sufrido y se estudiaron muestras especiales en las que supuestamente los abusos habían actuado como uno de los factores desencadenantes de la depresión, delincuencia y/o prostitución. La revisión de Browne y Finkelhor (1986) recoge todos los trabajos más importantes de este periodo. (más recientemente O'Donohue & Geer (1992) y Finkelhor (1980a) han publicado revisiones excelentes de estos trabajos).

En marzo de 1982 se crea por primera vez en México un programa específico dirigido a la prevención del maltrato infantil, el programa PREMAN, ubicado dentro de la Dirección de Asistencia Jurídica del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), creándose también la Procuraduría de la Defensa del Menor y la Familia. En Abril de 1989 aparecen las Agencias del Ministerio Público Especializadas en Delitos Sexuales.

El 20 de Noviembre de 1989 se aprueba en las Naciones Unidas, la Convención de los Derechos del Niño. Esta Convención, instrumento central de la defensa de los derechos de los menores en la actualidad, vino a perfeccionar los anteriores instrumentos existentes (Sullivan y Everstine, 1997). La declaración de los Derechos del niños de 1959, mejoró la Declaración de Ginebra de 1924. En el artículo 19 de dicha Convención se señala:

1. Los Estados Partes adoptarán las medidas legislativas administrativas, sociales y educativas apropiadas para proteger al niño contra toda forma de perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, incluido el abuso sexual, mientras el niño se encuentra bajo la custodia de los padres, de un representante legal o de cualquier otra persona que lo tenga a su cargo.
2. Esas medidas de protección deberían comprender, según corresponda, procedimientos eficaces para el establecimiento de programas sociales con objeto de proporcionar la asistencia necesaria al niño y a quienes cuidan de él, así como para otras formas de prevención para la identificación, notificación, remisión a una institución, investigación, tratamiento y observación ulterior de los casos antes descritos de malos tratos al niño y, según corresponda, la intervención judicial.

Desde finales de los años 80's, especialmente en Estados Unidos de América, Canadá y algunos países del Norte de Europa, se realizan cientos de estudios descriptivos y clínicos sobre este tema, intentan construir modelos

que expliquen la conducta de los agresores (Myers, 1999). De hecho, en los últimos años, el abuso sexual de menores, ha sido uno de los campos que da lugar a un gran número de publicaciones científicas, comunicaciones y ponencias en congresos. Hay incluso revistas específicas sobre este tema: *Journal of Child Sexual Abuse*, *Annuals of Sex Research: The Journal of the Association for the Treatment of Sexual Abusers*, y revistas que dedican atención preferente, *Child Abuse and Neglect*, *Journal of Interpersonal Violence*, etc. Todo lo anterior en apoyo a la filosofía de la prevención, así que existe un gran cuerpo de conocimientos para guiar los esfuerzos de la misma.

La convención sobre los Derechos del Niño, aprobada por el Senado Mexicano el 31 de julio de 1991, entró en vigor el 2 de septiembre del mismo año al ser publicada en el Diario Oficial de la Nación (Sullivan y Everstine, 1997).

En el Distrito Federal el Código Penal en su libro segundo, título décimo quinto, titulado *Delitos Contra la Libertad y el Normal Desarrollo Psicosexual*, tipifica como delitos las siguientes conductas de violencia sexual:

- I. ~~Hostigamiento Sexual (artículo 259Bis).~~
- II. Abuso Sexual (artículo 260 y 261).
- III. Estupro (artículos 262 y 263).
- IV. Violación (artículo 265 y 266).
- V. Incesto (artículo 272).
- VI. Adulterio (artículo 273 al 276).

No es que el abuso sexual infantil haya recobrado importancia a través de la historia sino que se ha modificado la voluntad de la sociedad para reconocer este problema. Sin embargo, cada cultura, país, profesión o rama de la investigación, tiene actualmente su propia manera de conceptualizar el abuso. El siguiente capítulo nos muestra el porqué de estas diferencias y las limitaciones que éstas provocan.

2. Abuso sexual infantil: un problema conceptual

Reflexionar sobre el abuso sexual infantil es un tema difícil, ya que implica reconsiderar la naturaleza de los seres humanos y por lo tanto enfrentarse a muchos mitos y suposiciones fundamentales sobre la sexualidad, la paternidad, la maternidad, sobre los niños y sus relaciones con los adultos, sobre el parentesco y la familia (La Fontaine, 1990; Mc Combie, 1980).

Además hay una creencia general de un instinto maternal o paternal para cuidar y proteger a los niños, por lo que los hombres o mujeres que dañan o maltratan a los niños pueden ser referidos como "inhumanos, monstruos, o animales", lo cual implicaría que la mayoría de los seres humanos no hacen tales cosas.(Blume, 1990; La Fontaine, 1990).

Actualmente continúa la discusión sobre lo que se entiende por abuso sexual infantil ya que las definiciones que existen sólo tienen implicaciones legales, o bien están limitadas por el tiempo, la cultura, así como por reflexiones directas de los valores y orientaciones de las grandes comunidades y sociedades. También las definiciones de abuso sexual infantil dependen de la percepción del observador, incluso intervienen los sesgos de la cultura de un individuo, así como sus valores personales, su entrenamiento profesional y su experiencia (Wurtele & Miller-Perrin, 1992). Por ejemplo; dentro de un marco médico de referencia, el abuso sexual por sí mismo podría llegar a confundirse con las consecuencias de abuso y definirse de acuerdo a la presencia o ausencia de lesiones genitales o enfermedades venéreas. La perspectiva legal se enfoca en la documentación y pruebas de existencia de actos abusivos cometidos por un perpetrador. Los actos prohibidos varían de acuerdo a la actividad, uso de fuerza o coerción, relación víctima-perpetrador, edad de la víctima, y su discrepancia con la edad del perpetrador.

Los profesionales de la salud mental endosan una definición más amplia de abuso en comparación con los profesionales legales y a menudo consideran un rango más amplio de situaciones abusivas. (Atteberry-Bennet & Reppucci, 1986). Los trabajadores sociales definen el abuso sexual en cuanto a evidencia física o corroboración de informes. Los investigadores definen el abuso sexual infantil según el tipo de actos, las percepciones de las víctimas y la diferencia de edad entre la víctima y el perpetrador (Wurtele & Miller-Perrin, 1992).

Es evidente que no existe un acuerdo general con respecto a la definición apropiada para el abuso sexual infantil. Tal variación es el resultado de que cada grupo vea el problema a través de una lente cognitiva diferente, resultado de la variación de orientaciones, perspectivas, objetivos, y metas para dirigir el problema. La homogeneidad es que los grupos compartan las metas de confrontación del problema y protección de los niños del abuso sexual (Arraubarrena y De Paúl, 1994). Y dada la naturaleza compleja del abuso sexual infantil, se requieren definiciones diferentes para los diferentes propósitos, por ejemplo: las definiciones legales guían las decisiones que especificarán que actos o condiciones justificarán la intervención del estado dentro de la familia; la definición de las personas encargadas del manejo del caso guía la decisión clínica sobre las víctimas, perpetradores y familias; las definiciones de los investigadores proporcionan la base científica para estudiar las relaciones causales entre variables relacionadas con el abuso (Aber & Zigler, 1981).

Wolfe, Wolfe y Best (1988) señalan que se han formulado distintas definiciones basándose en el principio de que la conducta sexual entre un niño y un adulto es siempre inapropiada, así como en el grado de relación que tiene la víctima con el agresor (abuso intra o extrafamiliar). Teniendo en cuenta, lo inadecuado del contacto sexual niño/adulto, en la intervención social y legal se suele considerar como abuso sexual a las experiencias sexuales

que tienen lugar entre niños o adolescentes (hasta los 15-17 años) y personas mayores (5 o más años de edad que la víctima) siendo el tipo de acto no crítico para la definición, ya que cualquier forma de contacto sexual entre un niño y un adulto resulta inadecuado. Partiendo de que un niño dependiente, inmaduro evolutivamente, no debe implicarse en actividades sexuales que no comprende plenamente o para las que no está capacitado para dar su consentimiento. Esta perspectiva ética tiene la ventaja de no hacer necesaria la demostración de daño resultante del abuso.

La relación entre la víctima y el agresor, se ha utilizado para diferenciar distintos tipos de abuso sexual. El abuso intrafamiliar o incesto y el abuso extrafamiliar que puede ser cometido por un extraño o un conocido.

Browne y Finkelhor (1986) han propuesto que en el abuso sexual infantil se dan esencialmente dos formas de interacción: una conducta sexual impuesta al niño y una actividad sexual entre un niño y un individuo mayor que él (5 o más años), con independencia de que haya o no coerción.

López, Hernández y Carpintero (1995) indican que el abuso sexual infantil hay que definirlo a partir de dos conceptos: el primero es la coerción (mediante fuerza física, presión o engaño) debe considerarse por sí misma como criterio suficiente para etiquetar una conducta de abuso sexual a un menor; y el segundo la asimetría de edad la cual impide la verdadera libertad de decisión y hace imposible una actividad sexual común, ya que los participantes tienen experiencias, grado de madurez biológica y expectativas muy diferentes. Por lo cual consideran que siempre que exista una coerción o asimetría de edad (o ambas cosas a la vez), en el sentido propuesto, entre una persona menor y cualquier otra, las conductas sexuales deben ser consideradas abusivas. La adopción de esta perspectiva tiene la ventaja de incluir también las agresiones sexuales que cometen unos menores contra otros.

Las siguientes son algunas definiciones sobre abuso sexual:

- 1.- Por abuso sexual entendemos todos aquellos actos en que se involucra actividad sexual inapropiada para la edad de la/el menor, se le pide que guarde el secreto sobre dicha actividad y/o se le hace percibir que si lo relata provocará algo "malo", a sí mismo, al perpetrador y/o a la familia. Estos actos sexuales generan sentimientos de confusión emocional, miedo y en ocasiones placer. El abuso sexual incluye la desnudez, el mostrar material sexualmente explícito, el tocamiento corporal, la masturbación, el sexo oral, anal, genital, el exponer al menor a la percepción de actos sexuales entre adultos, etc. (Blume, 1990).
- 2.- Los abusos sexuales se definen como la implicación de niños y adolescentes dependientes e inmaduros en cuanto a su desarrollo, en actividades sexuales que no comprenden y para las cuales son incapaces de dar un consentimiento informado, o que violan los tabúes sociales o los roles familiares (Helfer & Kempe, 1976)
- 3.-El abuso sexual es cualquier contacto sexual entre un adulto y un niño sexualmente inmaduro (la madurez es definida tanto social como fisiológicamente para propósitos de la gratificación sexual del adulto; o cualquier contacto sexual que el abusador perpetra en un niño mediante el uso de la fuerza, la amenaza, el engaño para asegurar la participación del niño; o el contacto sexual al cual un niño es incapaz de consentir debido a la edad o diferencias de poder y por la naturaleza de la relación con el adulto). Esta definición claramente incluye sexo entre un niño y su protector parental o institucional. También abarca la actividad sexual con un niño en el intercambio para beneficios puramente económicos o monetarios, tales como la prostitución y pornografía infantil (Finkelhor y Korbin, 1988).

- 4.- La agresión sexual infantil es un acto sexual infligido a una persona joven o a un niño por otra persona (generalmente del sexo masculino). La capacidad de comprometer a un niño en una relación sexual se basa en la posición todopoderosa y dominante del adulto (o de un adolescente mayor que el niño agredido) ultrajador, posición que contrasta agudamente con la edad, la dependencia y la impotencia del niño. La autoridad y el poder permiten que el agresor obligue al niño a someterse sexualmente (Durrant & Cheryl, 1990).
- 5.- El abuso sexual es cualquier conducta de tipo sexual con un niño llevada a cabo por un adulto o por otro niño. Esto puede suceder tocando los genitales del niño; haciendo que el niño toque los genitales de un adulto o de otro niño, contacto bucogenital; frotar los genitales del adulto con el niño; o penetración vaginal o anal en el niño. (<http://www.mipediatra.com.mx/abuso.htm>)
- 6.- El abuso sexual se refiere primeramente a las actividades de adultos que utilizan niños para su gratificación sexual. Se refiere al contacto corporal de toda especie; estimulación genital, penetración oral, anal y/o vaginal, demostraciones sexuales "cariñosas", hasta incluir conductas sugestivas, insinuación sexual o exhibicionismo (La Fontaine, 1990).
- 7.- La víctima de abuso sexual, es aquella persona, una niña(o) o alguien en una posición dependiente, quien ha estado sujeta a manipulación sexual ya sea violenta o no. (Raphael, 1989).

Una definición sobre abuso sexual infantil que ha tenido más consenso, es la propuesta por el "National Center of Child Sexual Abuse and Neglect (NCCAN) en 1978:

“Por abuso sexual se entiende todo contacto e interacciones entre un niño y un adulto, cuando el adulto (agresor) usa al niño para estimularse sexualmente el mismo, al niño o a otra persona. El abuso sexual puede también ser cometido por una persona menor de 18 años, cuando ésta es significativamente mayor que el niño (la víctima) o cuando está (el agresor) en una posición de poder o control sobre otro menor” (p. 2).

Esta definición fue operacionalizada por los Servicios Sociales y de Salud del Departamento de Washington en 1988, como puede verse en Wurtele y Miller-Perrin (1992):

Conductas Físicas:

1. Violación: penetración en la vagina, ano o boca, con cualquier objeto, sin el consentimiento de la persona.
2. Penetración Digital: inserción de un dedo en la vagina o en el ano.
3. Exposición: el acto de mostrar los órganos sexuales de una manera inapropiada como el exhibicionismo.
4. Coito vaginal o anal con el pene.
5. ~~Penetración vagina o anal con un objeto~~
6. Caricias: tocar o acariciar los genitales de otro; incluyendo el forzar a masturbar para cualquier contacto sexual, menos la penetración.
7. Sodomía o conductas sexuales con personas del mismo sexo.
8. Contacto genital oral.
9. Obligar al niño a que se involucre en contactos sexuales con animales.

Explotación sexual:

1. Implicar a menores de edad en conductas o actividades que tengan que ver con la producción de la pornografía.
2. Promover la prostitución infantil.
3. Obligar a los niños a ver actividades sexuales de otras personas.
Por ejemplo: a) Los padres u otras personas que impliquen a los niños en la observación del coito y b) pornografía.

Seguendo a Besharov (1981), se puede afirmar que todavía los problemas esenciales de muchas de las definiciones utilizadas en la investigación son la falta de comparabilidad, de fiabilidad y de delimitación taxonómicas.

La ausencia de una o unas definiciones que hayan alcanzado una aceptación general, hace que la mayoría de los investigadores desarrollen su propia definición particular para sus investigaciones, lo que provoca una dificultad evidente para comparar sus resultados.

Se debe tomar en cuenta que toda definición afecta de manera directa o indirecta a un importante número de decisiones que tienen que ver con la vida, la salud, y el bienestar físico y psíquico de numerosas familias, padres, madres y niños. Y en función de la claridad y operacionalización de tales definiciones, tipologías y descripciones se podrán tomar las decisiones con mayores garantías para todos los personajes implicados en las cuestiones de la protección infantil (Arraubarrena y De Paúl, 1994).

Lo más importante, tal vez, es tener claro que el verdadero límite está en que las conductas tengan subjetivamente la intención de producir excitación sexual u objetivamente la produzcan. Es decir, que la sexualidad de los niños no debe ser excitada ni explotada por los adultos, sino respetada y aceptada como suya para ser vivida entre iguales (López, 1995).

Existe una gran controversia en la manera de concebir el abuso sexual infantil ya que depende de la percepción del observador, la cultura, los valores personales, su entrenamiento profesional y su experiencia; por lo cual existe un gran número de definiciones teniendo mayor consenso la propuesta hecha por el "National Center of Child Sexual Abuse and Neglect (NCCAN) en 1978, la cual adoptamos para realizar el cuestionario para nuestra población. Pero ¿qué pasa con las causas?, ¿quién o quienes son los responsables de un abuso?, ¿por qué se da?; todo esto debe tomarse en cuenta por los estudiosos de este problema ya que es una situación que influye en la sociedad, la familia y el individuo describiéndose a continuación.

3. Etiología

No existe una respuesta simple a la pregunta ¿por qué alguien querría abusar sexualmente de un niño?.

El abuso sexual infantil es un fenómeno complejo; ya que no hay un simple tipo de acto cometido contra los niños, ni una sola causa que de lugar a la explotación sexual.

El abuso sexual infantil está influenciado por factores inherentes en varios y diversos niveles (Wurtele & Miller-Perrin, 1992):

1. Individual (víctima/ofensor)
2. Familiar y
3. Sociocultural.

Atribuir la responsabilidad del abuso sexual infantil a un único elemento, ya sea al perpetrador, la víctima, la familia, etc. y no considerar otros factores, limitaría el poder explicativo de cualquier teoría, por tal motivo el abuso sexual infantil ha sido conceptualizado como:

1. Un fenómeno individual con raíces en la vulnerabilidad de los niños o de la psicodinamia del abusador.
2. Como un síntoma de una familia disfuncional en general o una madre en particular o
3. Como un fenómeno sociocultural en el cual las fuerzas culturales y sociales juegan un papel específico en la precipitación del abuso (Cantón y Cortés, 1997).

Existe una fragmentación en el conocimiento presente de la etiología y en buena parte se debe a que los diferentes profesionales se han dirigido al problema en formas y perspectivas diferentes, dando cada uno un énfasis

especial a una dimensión del problema, que de hecho, es multidimensional (Wurtele & Miller-Perrin, 1992).

Considerando el modelo ecológico de Bronfenbrenner (1979), donde se destaca la interacción persona/ambiente. Los factores de riesgo individuales (niño/ofensor), es decir, de un sistema ontogénico (formación y desarrollo del individuo considerado con independencia de la especie), están encajados en las características de la familia del niño que a su vez se jerarquiza dentro del contexto de la sociedad (macrosistema). De acuerdo a lo anterior, un modelo multifactorial de abuso sexual infantil sería visto como un contexto consistente de; una persona dispuesta a observar a los niños como objetos sexuales, el cual tiene acceso a menores quienes son vulnerables a la explotación sexual y que interactúan en una familia y por último en una sociedad que tal vez promueve o perdona esta actividad sexual.

En esta sección se presentaran algunas teorías que abordarán el origen de que se victimize sexualmente a los niños. Buscando el por qué los ofensores lo hacen, por qué ocurre a ciertos niños y en ciertas familias y por qué aparentemente es algo tan común en nuestra sociedad.

~~Sin embargo, antes de comenzar se debe tomar en cuenta que muchas de las causas propuestas aquí podrían ser en cambio los resultados del abuso. Además muchos de los factores individuales que supuestamente diferencian a los ofensores de los no ofensores o familias incestuosas de las no incestuosas, caracteriza a muchas personas y familias que no se aprovechan de los niños. Es sumamente difícil separar las condiciones, antecedentes, correlaciones y efectos del abuso sexual (Wurtele & Miller-Perrin, 1992), ya que no se han podido identificar causas precisas todavía o factores únicos aislados que estén relacionados con el abuso sexual infantil.~~

NIVEL INDIVIDUAL

CARACTERÍSTICAS DEL OFENSOR:

El interés de un perpetrador es un pre-requisito para un abuso sexual.

Katz, (1990); Langevin, (1989); Marshall, (1989); describen a los ofensores como: tímidos, poco asertivos, excesivamente sensibles acerca de su funcionamiento con mujeres, con una habilidad heterosocial deficiente, sentimientos de vulnerabilidad, dependencia e inadecuación e inmadurez.

Teoría de la disfunción del abusador.

Las primeras tentativas de explicación del abuso sexual infantil, eran profundamente moralistas y médicas (Finkelhor, 1980). Por ejemplo; el modelo psiquiátrico asumía que las causas del abuso sexual se encontraban en la patología del ofensor, por lo cual en psicopatología la existencia de la teoría de una disfunción temprana del ofensor los catalogaba como psicóticos o con daño cerebral, seniles o retardados (Wurtele & Miller-Perrin, 1992; Weinberg, 1955).

Una variedad de formas menos rigurosas de psicopatología se han descrito en conexión con los ofensores, incluyendo; una desatención en la empatía con lo otros (Scott & Stone, 1986) o un inadecuado control de impulsos (Bresee, Stearns, Bess & Packer, 1986).

Investigaciones al respecto (Finkelhor, 1980) revelaron que la mayoría de estos estereotipos son falsos, ya que solamente una porción muy reducida de los ofensores sexuales eran psicóticos, seniles o retrasados mentales. Primordialmente no eran hombres extraños que atraían a sus víctimas en parques, juegos infantiles o callejones sin salida. Más frecuentemente se trataba de amigos, vecinos o parientes del niño que habían victimizado. No eran ni brutales ni sádicos en su mayoría, sino que usaron su autoridad o

encanto para ganar la confianza, cooperación, o por lo menos, el asentimiento pasivo del niño.

Las explicaciones en términos de las anormalidades psicológicas de los ofensores están relacionadas con el hecho de que la mayoría de los estudios de ofensores sexuales a niños están basados por razones obvias, en los ofensores convictos. Actualmente hay evidencia para mostrar que solo una pequeña parte de los ofensores son arrestados (Wurtele & Miller-Perrin, 1992).

Historia de victimización sexual.

Los orígenes o causas de la atracción sexual hacia niños son poco entendidos. Muchos han sugerido que la victimización sexual en la niñez, contribuye para que el ofensor como adulto, perpetre un abuso sexual infantil (Hanson y Slater, 1988).

A continuación se presentan algunas propuestas explicativas acerca de como una victimización previa podría llevar más tarde al abuso sexual infantil:

1. Los crímenes de adultos ofensores pueden ser parte de la repetición de ~~actos que se encuentran fuera de la conciencia~~. Puede tratarse de una representación mal adaptada y un trauma temprano o serie de traumas no resueltos, acerca de ofensas sexuales de las cuales el ofensor fue objeto cuando niño. Es decir, después de ser ofendidos duplican su propia victimización en otros (Finkelhor, 1980).
2. Desde una perspectiva de procesamiento-informativo, el abuso subsecuente es visto como un esfuerzo por asimilar y dominar la ansiedad resultado del abuso previo (Hartman & Burgess, 1988).
3. Quizás faltando una relación parental consolidada, traicionado como niño o en varias ocasiones haber estado subordinado a las necesidades

de los perpetradores socava el desarrollo de la empatía o sensibilidad hacia los otros (Wurtele & Miller-Perrin, 1992).

4. El abuso sexual puede bajar la autoestima de un niño y la ofensa sexual subsecuente implica el control sobre el cuerpo del niño lo cual podría ser un camino para restablecer su propio valor. Otra posibilidad es que por identificación con el agresor, el niño víctima desarrolle un sentido del derecho a explotar a otros incluyendo lo sexual. Quizás experimentando la victimización (directa o indirectamente; siendo testigo del abuso sexual de hermanos u otros niños), el ofensor aprende a través del modelo, que los niños pueden ser usados para la gratificación sexual (Marshall, 1989).

La mayoría de los niños de quienes se ha abusado sexualmente, no necesariamente abusan de otros niños al crecer. Esto es verdad, particularmente en las mujeres ya que en su mayoría parecen responder al abuso sexual de su niñez internando la experiencia de victimización. Quizás las víctimas femeninas aprenden a sacrificar sus propias necesidades dejándolas desprovistas de mecanismos de autoprotección y más vulnerables al abuso y/o explotación subsecuentes (Carmen & Rieker, 1989).

¿Por qué algunas personas de quienes se abusó sexualmente cuando niños, crecieron para victimizar a otros niños, mientras que otros escapan al modelo cíclico?

Existe cierta evidencia en la literatura del abuso físico, la cual sugiere que el tener ayuda social (vía persona o relación terapéutica), pocos estresores en su vida y terminando con las condiciones de su historia de abuso, puede ayudar para romper la transmisión intergeneracional (Cantón y Cortés 1997).

Desinhibidores

Existen algunas explicaciones de cómo las inhibiciones sobre las relaciones sexuales entre un adulto y un niño pueden superarse:

1. Finkelhor (1980a) propuso un modelo de cuatro condiciones:
 - Motivación: en primer lugar es necesario sentir el deseo de mantener relaciones sexuales con un niño. Los tres componentes esenciales de la motivación son:
 - a) Congruencia emocional: el contacto sexual con el niño, satisface una necesidad emocional importante.
 - b) Excitación Sexual: gratificación sexual en las relaciones con niños.
 - c) Bloqueo: no hay disponibles otras fuentes de gratificación o son menos satisfactorias.

Razones Psicológicas de la motivación: desarrollo emocional deficiente, reactivación inconsciente de un trauma infantil, el modelado de otra persona con interés sexual por los niños, una necesidad de poder y de control o una anomalía biológica.

Explicaciones Socioculturales: la exigencia de que los hombres sean dominantes y fuertes en las relaciones sexuales, la utilización de imágenes eróticas de niños en la publicidad, la pornografía infantil, la represión de la masturbación y de las relaciones extramatrimoniales.

- Superación de Inhibiciones Internas: no es suficiente con que el agresor se sienta motivado, sino que tiene que superar también las inhibiciones internas que bloquean su deseo de relacionarse sexualmente con el niño.

Razones Individuales de Desinhibición: alcohol, psicosis, senilidad, fracaso en la represión del incesto dentro de la dinámica familiar.

Razones Socioculturales: tolerancia social, debilidad de las sanciones por el abuso sexual infantil, ideología defensora del patriarcado sobre los hijos, incapacidad de los adultos para identificarse con las necesidades de los niños.

- Superación de barreras Externas: los factores externos pueden evitar que el abuso sexual ocurra. Tales factores externos o inhibidores frecuentemente se relacionan con la supervisión de una tercera persona o complicaciones con las niñas y los niños o el ambiente social. Obviamente el ambiente social puede ser también un factor crítico para la inhibición del abuso sexual. Generalmente el abusador busca la oportunidad para estar solo con el niño. La falta de tal privacidad es un fuerte inhibidor para el abuso sexual.
 - Superar la posible resistencia del niño: esta última precondition se basa en la capacidad que tiene el niño, para evitar o resistirse al abuso sexual.
2. El alcoholismo y/o abuso de sustancias se han propuesto como factores desinhibidores (Wurtele & Miller-Perrin, 1992; Finkelhor, 1980a). De ser la causa principal del abuso sexual se ha relegado a ser un factor precipitador. Debido a que se sabe que el alcohol baja las inhibiciones, parece posible que los hombres que beben demasiado puedan dar salida a sus impulsos sexuales que de otra manera estarían controlados. Maisch (1972), estudió a ofensores convictos bajo las leyes de incesto de Alemania del Oeste y examinó cuidadosamente el papel del alcohol y solo un cuarto (24%) de esta muestra eran alcohólicos crónicos por lo cual concluyó que aún cuando el alcohol puede tener significancia en algunos casos, sería un error deducir de algunos casos apropiados una conexión directa específica y causal entre el alcohol y el incesto. Maish, observó que de todas las características de los individuos asociados con el incesto, aún cuando apareció en una proporción de los ofensores, no es una característica de la mayoría de ellos.

Una investigación un poco más reciente en Estados Unidos parece indicar más cautela para aceptar el alcohol como una causa del abuso sexual en niños. Parker & Parker (1986), cita un análisis realizado por la Asociación Humana Americana, de todos los casos de niños abusados y descuidados, reportando que los abusadores sexuales fueron un grupo menor que otro tipo de abusadores en estado de ebriedad. Parece que la persistencia de esta explicación y de otras parecidas pertenece más a un estereotipo popular de los individuos antisociales que a una evidencia sólida.

3. Algunos Ofensores desarrollan elaboradas distorsiones cognitivas para racionalizar y defender su conducta. Por ejemplo; “tener sexo con niños es una buena manera de enseñarles acerca de sexo”, “nadie es dañado por esto”, “los niños necesitan ser liberados de la represión sexual de la sociedad” (Wurtele & Miller-Perrin, 1992; Cantón y Cortés, 1997; López, 1995). Si tales cogniciones se desarrollan como racionalizaciones de la mala conducta sexual de los perpetradores o juegan un papel etiológico en el desarrollo de su interés sexual en los niños, todavía tiene que ser determinado por investigación.
4. Fantasías Irregulares: la excitación sexual y la desinhibición sirven para iniciar el abuso; ~~el impulso básico para el contacto sexual con los niños~~ se puede mantener o consolidar con fantasías de la actividad sexual con los niños y la masturbación por esas fantasías (Marshall, 1989). Los clínicos que trabajan con los ofensores han observado que la mayoría de los perpetradores sexuales tienen una larga historia de masturbación por fantasías de actividad sexual con niños (Hanson & Slater, 1988). Pero debemos tomar en cuenta que no todo individuo que se excita sexualmente con los niños actúa sobre sus impulsos.

Factores ciconstanciales

También se han propuesto factores circunstanciales para explicar la victimización de los niños, estos factores están vistos como incrementadores

de la probabilidad de que una persona que esté interesado sexualmente en los niños actúe sobre sus sentimientos.

Los procesos estresores por los cuales el abuso sexual se podría disparar son muy variados:

1. Desempleo: el cual puede dar lugar a la frustración resultado de la carencia de recursos económicos. El resultado de un sentido de impotencia podría promover la explotación sexual de niños si recupera su status manipulando a niños indefensos. Los efectos psicológicos y de salud del desempleo han mostrado dar por resultado, depresiones mayores, abuso de alcohol y disturbios familiares (Liem y Ramsay, 1982; McLoyd, 1989). Además de inducir la tensión, el desempleo puede también dejar al padre solo en casa con los niños y proveerlo de las oportunidades para la explotación sexual de sus hijos. Sin embargo, no hay evidencia para apoyar la relación entre el desempleo y el abuso sexual infantil. En vez de ser una causa directa, el desempleo puede ser un síntoma de ineficiencia interpersonal y otro problema psicológico que puede estar más directamente relacionado con el abuso (Wurtele & Miller-Perrin, 1992).
2. Los bajos ingresos han sido implicados como factor de riesgo para el abuso sexual infantil, aunque el resultado respecto al estatus socioeconómico ha sido inconsistente (Finkelhor, 1980a). Por supuesto es importante señalar que si la pobreza tuviera un efecto directo en el abuso sexual infantil, esperaríamos que más mujeres particularmente las madres solteras, fueran abusadoras.
3. Es importante considerar el contexto en el cual el abuso ocurre. Ya que perpetradores potenciales deben tener acceso a las víctimas. Situaciones en las cuales los ofensores estén solos con los niños, especialmente si ellos están en posición de autoridad, incrementa la probabilidad de abuso (Giarreto, 1982).

CARACTERÍSTICAS DE LA VÍCTIMA:

El que se crea que los niños hacen cosas para contribuir a su victimización; actuar sugestivamente, acceder a las proposiciones del ofensor, permitir que la situación continúe, y no acertar a decirle a nadie que pudiera ayudarlos a parar la situación, es un mito que por muchos años los investigadores han sostenido (Finkelhor 1980a).

Bender (1973) propuso las siguientes teorías acerca de la víctima:

1. El niño sexualmente provocativo: algunos niños actúan de maneras que animan activamente a los adultos a un acercamiento sexual. Estos son niños que tienen relaciones muy pobres con sus padres, que se sienten necesitados en otras maneras y que han descubierto que pueden obtener atención y afecto por parte de un adulto al incitar sus impulsos sexuales.
2. El niño sexualmente indefenso: muchos niños parecen colaborar con el ofensor en la victimización cuando éste se les acerca, al no tomar acciones que puedan ser autoprotectoras. Aceptan las insinuaciones del adulto, aceptan acompañar al adulto a algún lugar y no toman una acción para evitar la perturbación. ~~Se cree que estos niños tienen problemas, conflictos sexuales, pocos amigos, una visión pasiva, todo lo cual los hace particularmente vulnerables.~~

Numerosas investigaciones (Wurtele & Miller-Perrin, 1992; Finkelhor, 1980; La Fontaine, 1990; Burgess, 1988, etc) han propuesto que ciertas características de los niños podrían hacerlos más vulnerables al abuso sexual infantil, tales como:

- Aislamiento.
- Falta de conocimientos apropiados e inapropiados de la conducta sexual.
- Altas necesidades de atención y afecto.

- Baja autoestima.
- Confiar excesivamente en (la persona)
- Introversión.
- Descuido, negligencia emocional.
- Pasividad, carencia de asertividad.
- Enseñanza para ser obediente.
- Toma de decisiones defectuosa o habilidades deficientes para la resolución de problemas.

Es un mito el que el niño sea el responsable del abuso sexual, se trata en cambio de un pretexto conveniente para los abusadores, ya que el interpretar el comportamiento del niño es una de las formas más comunes de negar ser responsable (López, 1995).

Si un niño tiene miedo de decir "No" a un adulto, alguien podría decir que el niño "ha dado su consentimiento" o en ocasiones cuando el cuerpo del niño reacciona mecánicamente al placer esto se toma como una justificación (Burgess, 1988).

Sería más apropiado preguntarle al abusador, ¿por qué lo iniciaste?, que preguntarle al niño(a) ¿por qué no lo evitaste?.

El creer que algunos niños son sexualmente seductores proviene de una mala interpretación de elementos fuera de contexto. El comportamiento sexual abierto no es raro en los niños que han sufrido abuso. Los niños que exhiben sus cuerpos o tocan los genitales de los adultos han aprendido esta conducta porque les ha servido para ganar la aprobación de los adultos o les ha ayudado a evitar problemas. Su comportamiento es el resultado de sus experiencias y no se encuentra este comportamiento en niños de quienes no se ha abusado sexualmente (La Fontaine, 1990).

Es importante reconocer que todas estas ideas dependen de las interpretaciones hechas por los adultos acerca del comportamiento de los niños respecto a los sentimientos, deseos y conocimientos de los adultos. Aunque a los niños les gusten los abrazos y contacto con los que aman, y lo demuestren, es únicamente la interpretación por un adulto lo que hace que este placer sea algo sexual (Blume, 1990).

NIVEL FAMILIAR

Ha sido más fácil identificar la dinámica familiar en el caso de incesto, de aquí que revisemos a continuación teorías sobre familias incestuosas y mostremos cómo en algunos casos estas teorías pueden generalizarse para incluir el abuso sexual infantil fuera de la familia.

Modelo de disfunción familiar.

Estas teorías sostienen que la familia en general y la madre en particular juegan papeles centrales en la creación de un medio ambiente que permita y posiblemente anime la victimización sexual de los niños. Se cree que el incesto se desarrolla como una manera de mantener los patrones de conducta e interacción familiar (Wurtele & Miller-Perrin, 1992).

Aislamiento:

Las familias incestuosas se han caracterizado por un alto grado de aislamiento social. Dentro del estereotipo, tales familias vienen de lugares muy apartados; son pobres y de carácter híbrido (generalmente familias reconstituidas). Pero también en las ciudades y en suburbios se pueden encontrar familias igualmente aisladas. Estas familias se apartan de la interacción social y se encierran en sí mismas. Al estar aislados del escrutinio público, se puede crear un clima en el cual el sexo entre los miembros de la familia sea permitido. Pudiendo ser la tolerancia al incesto transmitida de generación en generación (Finkelhor, 1980a).

El aislamiento social y geográfico también impide que el descubrimiento sea probable por los individuos del exterior, permitiendo así, el abuso continuo. Un ambiente aislado puede hacer al niño más susceptible a las ofertas de atención y afecto del exterior (López, 1995).

Ambiente de abandono:

Según esta teoría, el incesto puede ocurrir como respuesta a un agudo clima emocional dominado por el miedo al abandono. En tales familias donde cada uno de los miembros teme ser abandonado por los otros, la sexualidad puede ser un medio final utilizado para tratar de romper ese trauma (Cantón y Cortés, 1997).

Existen dos características particulares:

1. Estas familias poseen un récord de abandono que domina la historia familiar.
2. Los personajes dentro de la familia parecen estar cambiando constantemente.

Con frecuencia los padres de estas familias tienen estilos de vida nómadas y están lejos de la familia por períodos de tiempo largos (servicio militar, exigencias del trabajo o de incompatibilidades maritales). Se trata de un intento desesperado por “dar cierta sustancia” a ligas familiares tan endebles que de otra manera parece ser que no podrían mantenerse. Por supuesto que una vez que se da el incesto esta fantasía se vuelve aún más real puesto que el revelar o terminar con la relación traerá virtualmente la crisis de disolución familiar que todo el tiempo se ha temido (Finkelhor, Hotaling, Lewis & Smith, 1990).

Dinámica familiar:

- Desbalance de Poder en la Diada Marital.

1. Fuertemente dominada por el hombre; donde el padre es agresivo, un individuo dominante el cual deposita en su hija el cumplir sus necesidades emocionales y/o sexuales porque su esposa es insegura e inmadura (La Fontaine, 1990; Blume, 1990; Finkelhor, 1980a).
 2. Madre hostil y dominante. El padre dependiente y pasivo quien ve a su hija como un sustituto de la esposa y madre (La Fontaine, 1990).
- Confusión de Roles:
El incesto y otro tipo de sexo entre el adulto y el niño son formas de confusión de roles. En el sexo adulto-niño, los adultos colocan a los niños en un papel sexual adulto. Un padre actúa con su hija como si fuera su esposa. Hermanos y hermanas se tratan como si fueran amantes y no parientes. En esta teoría, el incesto padre-hija es una especie de adaptación funcional a un grave forzamiento de papeles.

Numerosos autores han comentado el cambio de roles entre padres e hijas, en el cual una incapacidad o ausencia de la madre asigna un rol o papel maternal a la niña de modo que la hija asume la responsabilidad del trabajo de la casa, cuidado de los niños y por extensión la responsabilidad sexual (Browning & Boatman, 1977).

- Conflicto Marital:
 1. Una pobre relación parental podría estar relacionada al abuso sexual infantil para reducir la tensión que existe dentro de la relación marital. El padre podría distanciarse de su esposa dando vuelta a su atención sexual y emocional a su hija, lo cual podría estabilizar el conflicto marital y reducir la probabilidad de una desintegración (Wurtele & Miller-Perrin, 1992).

2. El conflicto marital puede provocar en los niños inseguridad y ansiedad acerca de ser abandonados, lo que eventualmente podría conducir al sexo entre los miembros de la familia en un esfuerzo por prevenir la desintegración familiar (Giarreto, 1982).
3. Gruber y Jones (1983), han sugerido que las víctimas que viven en hogares inestables pueden buscar algún sentido de estabilidad emocional a través de relaciones personales compensatorias fuera del hogar. Además los problemas maritales podrían bajar la autoestima de los niños que alternadamente aumentan su vulnerabilidad a las ofertas de afecto.
4. Los padres que se preocupan por sus conflictos maritales pueden no supervisar adecuadamente a sus niños, lo cual los hace más vulnerables al abuso sexual infantil (Adams & Fay, 1992).

Composición familiar.

Los niños que viven solos con sus madres o con sus padres adoptivos (sustitutos) o sin sus padres naturales tienen un factor de riesgo mayor para ser víctimas de un abuso sexual infantil (Finkelhor, Hotaling, Lewis, & Smith, 1990).

1. Una explicación propuesta para explicar la vulnerabilidad en familias reconstituidas dice que los cambios a los cuales una familia reconstituida debe acomodarse pudieran dar como resultado estrés y desorganización dejando a la familia entera más vulnerable (Wurtele & Miller-Perrin, 1992).
2. Los padrastros también pueden traer familiares y amigos dentro del hogar quienes pueden no ser protectores de los niños como pudieran serlo de los hijos naturales de un amigo (Finkelhor, 1980a).

3. La falta de compromiso de un padrastro para tomar el rol de padre en el cuidado temprano del niño puede ser también un factor de riesgo subsecuente de abuso sexual infantil (Parker y Parker, 1986). Pudiera ser que el tabú contra el contacto sexual padrastro-hijastra(o) sea más débil y por lo tanto no tener un efecto de refrenamiento (Cantón y Cortés, 1997).

Entorno sexual:

Algunos investigadores sugieren que las familias incestuosas están sobresexualizadas. Los niños son estimulados sexualmente por sus padres en un hogar caracterizado por una cultura sexual libre (Wurtele & Miller-Perrin, 1992). Aquí la obscenidad, la desnudez, la conducta sexual abierta y la pornografía pueden ser permitidas. Los niños en estos hogares pueden llegar a ser estimulados sexualmente de forma prematura. En combinación con una supervisión limitada, esta estimulación puede conducir a la imitación sexual.

Finkelhor (1980a), describió:

Los hogares en los cuales el abuso sexual infantil está presente como sexualmente punitivos y faltos de información acerca de sexo. Los niños que han crecido en familias donde la información sexual está ausente, limitada o inadecuada podrían ser más vulnerables a la seguridad de los ofensores acerca de la manera apropiada de la conducta sexual. Además los padres que prohíben y/o castigan la conducta sexual normal (masturbación) podrían crear un clima en el cual los niños sientan culpa acerca de sus sentimientos sexuales o perciban sus genitales

negativamente. Cuando esta tendencia natural es reprimida o castigada, el desarrollo de la sexualidad del niño es afectada negativamente lo cual podría incrementar el riesgo de ser victimizado o llegar a ser victimario (p.138).

Características de las madres.

Numerosas teorías se centran en cómo las madres contribuyen de manera directa o indirecta a la victimización de sus niños, desafortunadamente los investigadores han confiado a menudo en impresiones clínicas o datos retrospectivos (López, 1995).

Debe observarse que muchas de las características atribuidas supuestamente a las madres podrían ser el resultado de vivir con un perpetrador. De hecho Hanson & Slater (1988) notaron que muchos ofensores sexuales culpaban de su desviación sexual tanto a la conducta de sus esposas como a la víctima y tratar de validar estas racionalizaciones sería ingenuo y podría conducir solamente al error de culpar injustamente a la madre y a la víctima.

1. Algunos afirman que las madres están enteradas de, o aún coluden pactar en daños de terceros en el abuso sexual de sus hijas (Cantón y Cortés, 1997).
2. Las madres también han estado sosteniendo la responsabilidad del abuso por negarse a tener relaciones sexuales con sus esposos lo cual incrementa la frustración sexual de los mismos ((Maisch, 1972). A este respecto Groth (1979) llegó a la conclusión de que aún trabajando con ofensores encarcelados no encontró evidencia que apoye el factor etiológico de la frustración sexual. De hecho los encuentros sexuales con niños coexistieron con los contactos sexuales con adultos.

3. Las madres de víctimas de incesto han sido descritas como: dependientes, inadecuadas, infantiles, físicamente y/o emocionalmente incapacitadas (Browning y Boatman, 1977; Maisch, 1972) o ausentes por causas del divorcio, enfermedad o por ser empleada de tiempo completo (Maisch, 1972).
4. Una relación pobre entre madre-hija también se ha propuesto como factor etiológico (Finkelhor, 1980a). Aunque una relación pobre o conflictiva puede ser el resultado y no la causa del abuso.
5. Un riesgo creciente de abuso sexual infantil tanto intrafamiliar como extrafamiliar es que las madres de los niños hayan sido víctimas de incesto durante su niñez (Wurtele & Miller-Perrin, 1992). Algunas de las hipótesis que han sido propuestas para explicar porqué estos niños pueden estar en un riesgo más alto son: a) faltando una adecuada representación de una relación segura madre-hija(o), previo a la victimización, las madres pueden contribuir al abuso de sus hijos a través del distanciamiento físico y/o emocional de sus hijos,. b) Gruber & Jones (1983) sugirieron que estas mujeres pueden ser atraídas hacia los hombres que son similares a sus propios abusadores o que no harán demandas sexuales sobre ellas porque los atraen sexualmente sus niños. c) éstas madres también pueden tener dificultades para discutir el tema del abuso con sus hijos, ya que plantear esto puede traerles recuerdos dolorosos (Finkelhor, 1979).

NIVEL SOCIOCULTURAL

El modelo sociocultural identifica las fuerzas culturales y sociales que jugarían un rol en la socialización del individuo dentro de la conducta sexualmente abusiva.

Actitudes hacia los niños.

López (1995) observó que tradicionalmente mujeres y niños han compartido un mismo nivel minoritario, el cual los hace ver como desvalidos, dependientes, e impotentes, y por consiguiente usados sexualmente y abusados por otros hombres.

Walters (citado en Wurtele & Miller-Perrin, 1992) señaló en 1975 que "el abuso sexual infantil, no ocurre en un vacío cultural. América tiene una larga historia de tratar niños como seres inferiores, como seres pequeños o como un inmueble donde el adulto es el cuidador y el niño depende de su agrado."(p.9).

Estas actitudes apoyan el maltrato infantil y sugiere que los niños no son altamente valuados. Un bajo valor puesto en los niños se refleja también en el número de niños que viven económicamente en ambientes empobrecidos y los cuales carecen de salud y cuidados adecuados (Wurtele & Miller-Perrin, 1992).

Socialización masculina.

Una área de consenso general sobre abuso sexual infantil es que principalmente es cometido por hombres.

Desde una perspectiva sociológica es importante especular si hay aspectos de socialización masculina que juegan papeles contribuyentes. Por ejemplo, en lugar de identificar desórdenes específicos de personalidad que podrían causar las conductas perpetradoras, Rothblum, Solomon y Albee (1986) alientan a los investigadores buscar causas más grandes en la naturaleza sexista de nuestra sociedad con su énfasis en la dominación masculina hacia las mujeres, con el enfoque en los medios de comunicación de masas en violencia masculina y pasividad femenina, y con un sutil y perverso sexismo que está presente por todas partes (citado en Wurtele & Miller-Perrin 1992).

Finkelhor y Lewis (1988) consideran varias hipótesis con respecto al problema de la sexualización masculina (citado en Wurtele & Miller-Perrin 1992):

1. Dado que el sexo es uno de los pocos vehículos aceptables por el que la mayoría de hombres pueden tener satisfechas algunas de sus necesidades emocionales, el abuso sexual resultaría de una sobresexualización de las necesidades emocionales normales evocadas por los niños.
2. A los hombres se les socializa para que les atraigan compañeros sexuales más jóvenes, más pequeños y más vulnerables que ellos, considerando que a las mujeres se les socializa para sentirse atraídas por compañeros sexuales que sean mayores, más grande, y más poderoso y
3. Por medio de esta socialización, se bloquea el desarrollo de empatía hacia los niños en varias maneras (por ejemplo, el cuidar de los niños adquiere una connotación negativa por los muchachos. La masculinización da por resultado un desdén hacia las características infantiles emocionales como sus necesidades o inmadurez).

Escritoras feministas han hecho notar que los procesos de socialización para los hombres dan énfasis a la gratificación como un extremo en sí mismo y promueve una orientación en la que ellos ven a la otra persona como un objeto, que pueden usar para su propia gratificación sexual (López, 1995).

Louise Armstrong (1978), autora de *Kiss Daddy Goodnight: A speakout on Incest*, afirmaba que "un padre incestuoso debe tener un sentido de prerrogativa paternalista, para poder racionalizar lo que está haciendo, es decir, debe tener una percepción de sus niños como posesiones, como objetos" (pp.234-235).

Si se lleva a su extensión lógica el modelo de socialización masculina, todo los hombres serían violadores, perpetradores de niños y obviamente no es así. Además, las normas patriarcales con respecto a la socialización masculina han ido cambiando. Ha aumentado la preocupación concerniente a los derechos de la mujer y los niños junto con una aceptación decreciente de la dominación masculina. Sería simplista e incorrecto asumir que los factores de socialización masculina son la única causa del abuso sexual infantil. Sin embargo, estos factores pueden proporcionar un contexto que promueva o perdone la explotación sexual de niños (Wurtele & Miller-Perrin, 1992).

Medios de comunicación en masa y Pornografía.

La pornografía infantil es otro factor cultural que podría estimular el interés sexual en niños (Cantón y Cortés, 1997). La pornografía infantil se define como fotografías, películas, vídeos, revistas, y libros que retratan a los niños hombres o mujeres (hasta edades de 16-18 años, dependiendo del país o estado) en actos sexualmente explícitos.

Algunos investigadores no han encontrado apoyo en la hipótesis entre la relación del uso de la pornografía y el abuso sexual infantil, considerando que otros han encontrado que los perpetradores infantiles usan la pornografía, igual o más que los violadores. También se ha sugerido que la pornografía sirve como un disparador de violencia sexual sólo entre aquellas personas que han tenido una actividad sexual temprana y tienen el interés (Wurtele & Miller-Perrin, 1992). La pornografía infantil puede dañar a los niños directamente (ej., físicamente y psicológicamente) e indirectamente, al ayudar a mantener la dominación masculina, viendo a los niños como objetos, y dar apoyo al entretenimiento de la dominación masculina, objetivando al niño y apoyando la violencia interpersonal (López, 1995). Tal material quita las inhibiciones sobre tener sexo con niños y crea un mercado de niños a los cuales hace víctimas, y es usado por los ofensores para educar y estimular a las víctimas (Finkelhor, 1980).

Actitudes Hacia la Sexualidad.

Las actitudes represivas de la sociedad hacia la sexualidad en general y sexualidad de la niñez en particular han dificultado para los niños la obtención de información sobre conductas apropiadas e inapropiadas sexualmente. Se sabe muy poco sobre cómo las conductas sexuales normales o desviadas se desarrollan. Además, las escuelas son renuentes a educar a los niños sobre el tema y pocos padres discuten sexualidad con sus niños. Por consiguiente, hay un abandono general del desarrollo sexual infantil tanto en casa como en la escuela, y niños y adolescentes se quedan con sus propios conocimientos respecto a sus preocupaciones sobre sexualidad. Desgraciadamente, por tratar de asegurar la inocencia de los niños, se cae en la ignorancia lo cual aumenta la vulnerabilidad a la explotación sexual (López, 1995).

Prosecución de Perpetradores.

Finalmente, Wurtele & Miller-Perrin (1992) cita la investigación de Armstrong (1983), donde se propone que la repugnancia de sistemas contemporáneos legales a perseguir y castigar a los ofensores hace la situación más fácil para los perpetradores potenciales. Tal indulgencia puede reflejar una sociedad que perdona las actividades sexuales entre adulto-niño. En contraste una posibilidad fuerte de ser perseguido, aprehendido, y castigado lo cual serviría probablemente como un inhibidor para los ofensores potenciales, así como una función educativa para la población en general.

- El abuso sexual es un problema de causas múltiples que interactúan en diversos niveles (individual, familiar y sociocultural) por lo cual se deben considerar todos los factores que pudieran estar relacionados con el abuso sexual de tal manera que se pueda entender el por qué se comete este tipo de actos y el por qué la familia puede ser un factor de riesgo. Sin embargo, cada caso de abuso sexual es distinto por lo cual es conveniente no generalizar las causas sino encaminarlas a la prevención.

4. Incesto

Existen diversas definiciones de lo que se considera incesto en la literatura, por lo cual hacemos mención de algunas de ellas:

1. Se le ha definido al incesto como el crimen de cópula sexual o cohabitación entre personas relacionadas en los grados en que el matrimonio está prohibido, así como sexo dentro de la familia. La inclusión de niños adoptados parece tomar parte en esta interpretación (La Fontaine, 1990).

También como cualquier acto sexual infligido a una persona joven o a un niño, por otra persona (generalmente de sexo masculino) que se aprovecha de su posición de poder y confianza dentro de la familia donde "familia" puede significar los padres naturales, los padrastros, madrastras, los abuelos, tíos, hermanos, etc. (Durrant & Cheryl, 1990).

Otra concepción lo propone como el contacto sexual entre miembros de la misma familia, incluyendo no solo el coito sino también la masturbación mutua, el contacto manual-genital u oral-genital, la manipulación sexual, exhibicionismo y hasta las proposiciones sexuales (Finkelhor, 1980a).

El incesto también se ha descrito como intercambio sexual entre personas cercanas, es decir, que está establecida una liga de confianza entre la víctima y el perpetrador. Puede ser visto como la imposición de actos sexuales inapropiados, o actos con contenido sexual, por el uso que un adulto (que deriva autoridad hacia la niña) hace de la relación de dependencia con el infante para satisfacer sus deseos sexuales. El incesto no es necesariamente penetración o cópula, o necesariamente involucra tocamiento, hay otras maneras en las cuales el espacio o los sentidos de la niña(o) pueden ser afectados sexualmente. El incesto puede ocurrir a través de palabras, sonidos o aún en la exposición de una niña(o) a actos de

contenido sexual que no la involucran. En el incesto se viola ese lazo de confianza entre la niña(o) y su cuidador. No sólo es violado el cuerpo de la niña (o), sino la confianza y el amor también (Blume, 1990).

El término deriva de la voz latina que significa "impuro, mancillado", y hace referencia a la relación sexual entre miembros de una misma familia; en este contexto el concepto de familia incluye al padre, al hermano (a), a los tíos(ías) y también a los abuelos. (Masters, Johnson y Kolodny, 1995).

Anteriormente solía pensarse que el incesto era una extraña y poco común forma de conducta humana. Por ejemplo, Weinberg (1955) expresó:

El incesto, crimen universal, viola un tabú que es igualmente fuerte entre los primitivos como entre los sofisticados habitantes del mundo moderno...Es un recurso de personas muy problemáticas y perversas... A pesar de la fuerza social del tabú, el incesto sucede, aunque muy rara vez, en todas las sociedades occidentales. (pp.3,34).

En la actualidad, los estudiosos del comportamiento consideran que esta visión no es real. Cada año hay miles de víctimas de incesto provenientes de todos los medios socioeconómicos y culturales (Sullivan y Everstine, 1997).

Anna Freud (1981) escribió:

Lejos de existir sólo como una fantasía, el incesto es un hecho, más frecuente en unas épocas que en otras. Entre las posibilidades de daño al desarrollo normal de un niño, el incesto es peor que el abandono, la negligencia, el maltrato físico o

cualquiera otra forma de abuso. Sería un error fatal subestimar su importancia o la frecuencia con la que ocurre (p. 34).

Pero si queremos entender el incesto, debemos mirar no solo el lazo sanguíneo, sino más bien el lazo emocional entre la víctima y el perpetrador. Tomando en cuenta que en el incesto se viola un lazo de confianza entre el niño y su cuidador. Debido a que el perpetrador deriva autoridad a través de la relación de dependencia del niño, el incesto tiene más consecuencias emocionales serias que el abuso cometido por un extraño. No sólo se viola el cuerpo del niño, sino su confianza y amor también. Siendo notorio que el abuso cometido a manos de padres biológicos, es frecuentemente experimentado como el más doloroso (Blume, 1990).

En el incesto la persona encargada de las necesidades del niño, toma ventaja de su dependencia. El daño real del abuso no es solo porque el perpetrador sea más grande o más dominante socialmente, sino porque la sobrevivencia física del niño depende del perpetrador. (Durrant & Cheryl, 1990).

De acuerdo con Blume (1990), el niño víctima de incesto experimenta el abuso sexual en 2 niveles:

- a) El trauma sexual.
- b) La violación de la confianza y los límites.

Dependiendo de la relación, un perpetrador quizá sea el padre, la madre, la abuela(o), tío(a), dentista, maestro, amigo de la familia, terapeuta o cualquiera que esté largo tiempo en contacto con el niño. En la vida de los niños seis meses es un largo tiempo y el criterio para determinar que tan importante es una relación en la vida del niño, depende de la experiencia del niño.

El incesto, como en el abuso sexual involucra un abuso de poder, es violencia que no requiere fuerza. La víctima está siendo usada por otro, tratada de una manera no deseada o no apropiada por una persona de la cual es requerida una relación diferente. Esto es abuso, porque no toma en consideración las necesidades o deseos del niño, más bien lo que se toma en cuenta son las necesidades del atacante, a expensas del niño. El incesto puede ser visto como la imposición de actos sexualmente inapropiados, o actos con contenido sexual, por el uso que un adulto (que deriva autoridad hacia el niño) hace de la relación de dependencia con el infante para satisfacer sus deseos sexuales (Blume, 1990).

Las diversas caras del incesto

El incesto tiene muchas facetas; puede ser un tío mostrando fotos pornográficas a un niño de 4 años; puede ser un padre masturbándose en el baño, enfrente de su hija; puede ser un hermano grande forzando a su hermana a desvestirlo o un primo y sus amigos obligando a una pequeña a que les toque sus genitales; puede ser la exposición de un niño a sonidos o visiones de ambos padres teniendo relaciones sexuales. El incesto puede ser perpetrado por varios miembros de la familia de tiempo en tiempo o en grupos. Puede ocurrir como parte de un culto o actividad ritual ejecutado por adultos e involucrando a varios niños. El incesto puede ocurrir de generación en generación. El perpetrador puede violar a cualquiera al que tenga acceso y quizá la familia le provea a las víctimas.

Incesto Padre-Hija

Finkelhor (1980a) encontró que el 1% de la muestra de 530 mujeres que investigó, reportaron experiencias sexuales con sus padres. Esto significa que alrededor de $\frac{3}{4}$ de un millón de mujeres de 18 años o mayores han tenido esta experiencia y que anualmente se agregan 16,000 casos del grupo de niñas de entre 5 y 17 años.

Incesto con el padrastro

Existen varias explicaciones para tratar de entender la vulnerabilidad de la hijastra. Primero, el tabú del incesto entre tal tipo de pareja, quiénes no tienen una verdadera relación sanguínea puede ser menos grave. En segundo lugar, los padrastros, quiénes pueden no haber conocido a sus hijastras de pequeñas, pueden no haber llegado a tener un impulso paternal, protector o de ternura o cualquiera que sea, que actúa como una armadura o una manera natural de detener al padre a realizar este tipo de acto. Esto quiere decir que pueden estar más propensos que el padre natural a sentir deseos sexuales de carácter más directo. En tercer lugar, las familias que cuentan con un padrastro pueden estar más desorganizadas que las familias que no tienen este tipo de situación, puesto que en los casos en los que existe el padrastro obviamente se ha pasado por la experiencia de la pérdida de un padre. (Finkelhor, 1980a).

Incesto entre hermanos

Con frecuencia se ha especulado que el incesto hermano-hermana es el más común de todos pero que raramente recibe atención pública, en parte porque no representa un tabú tan grave, en parte porque involucra a menores, siendo la razón de más peso que no crea una situación tan explosiva dentro de la familia. A pesar de que este tipo de incesto viola las normas contra los actos sexuales de la familia, no se crea una rivalidad tan intensa que pueda tambalear los papeles familiares como lo hace el incesto padre-hija. (Finkelhor, 1980a).

Un buen número de casos de incesto entre hermanos se da con compañeros de mucha mayor edad y con cierta coerción de por medio, y lo mismo sucede en las experiencias de incesto reportadas con compañeros de la misma generación: primos o cuñados (Maters, Johnson y Kolodny, 1995).

Incesto madre-hijo

El incesto entre madre e hijo es poco frecuente. En un estudio realizado sobre una muestra de 203 casos de incesto cometido en el marco del núcleo familiar, sólo salieron a relucir dos casos de actividad sexual entre madre e hijo (Weinberg, 1955). En los casos en los que ha sido la madre quien ha empezado la relación, se trata casi siempre de una persona mentalmente desequilibrada (Finkelhor, 1980a). Los contactos sexuales entre madre e hijo se reducen, como dato característico, al tocamiento de los genitales, pero sin llegar al coito si el niño es aún joven. Sin embargo, cuando los chicos han rebasados los 10 años el coito es la actividad más corriente (Masters, Johnson y Kolodny, 1995).

Consecuencias

El presente trabajo contiene un apartado específico de consecuencias del abuso sexual infantil, sin embargo, debido a que existe literatura que relaciona el incesto con consecuencias específicas se decidió incluirlas en este capítulo, haciendo referencia específica al trabajo de Blume (1990):

El incesto destruye la niñez: para el niño víctima, el incesto es más que una violación de su cuerpo ya que la dependencia hacia su abusador, hace que el incesto sea una violación de la confianza también. El aspecto sexual de el incesto es secundario. La víctima confiada, es instigada a dar su amor, su perpetrador toma lo que quiere de ella, la aterroriza, la roba, la humilla, la controla y aunque el perpetrador le llama amor a sus actos, la viola, le roba la oportunidad de desarrollarse hacia una adultez saludable, intacta, ignorando su responsabilidad de cuidarla y protegerla.

Dominio: la experiencia de incesto en la infancia enseña la cautela y la manipulación de la realidad. El niño aprende a no hacer elecciones, a no razonar, a no valorar y a no entender. Sin una relación entre sus actos y las respuestas de su ambiente, el niño no puede desarrollar su sentido de dominio, crece creyendo que no tiene poder, que está entrenada para verse

como una víctima, sin un sentido de causa y efecto. Aprenden que no controlan su propia vida ni su ambiente.

Límites: Las niñas víctimas de incesto son incapaces de desarrollar una independencia ya que le hacen permanecer cerca del padre abusador como un compañero más, cuando ella debería dejar esas dependencias y encontrar su lugar en el mundo. El perpetrador actúa como capturador; controlándola, humillándola y avergonzándola. El abusador le roba los límites a los niños, les roba todo su control, sobre su propio cuerpo y su propia vida. Al alejar a la víctima del resto de la familia y del mundo exterior, el abusador le crea un estado donde ella no tiene sentido de sí misma.

El incesto es una violación a los límites físicos de la víctima.

Los sobrevivientes de incesto pueden manifestar extremos en sus límites: pueden ser extremadamente protectoras de sus límites (exigiendo distancia física entre ella y el resto) o puede ser extremadamente indiferente de sus límites (siendo totalmente inasertiva, tolerando a cualquier persona que haga lo que desee con ella).

Al mismo tiempo las sobrevivientes pueden tener capacidad de entender los límites de otros, pueden ser extremadamente sensibles a los límites ajenos y en el otro extremo pueden ser increíblemente intrusivas y presionantes.

Prueba de juicio de realidad: El incesto le roba a la víctima el poder de decidir quien la toca, donde y de que forma. El incesto no solo es abuso físico, también viola la capacidad del niño para validar sus sentimientos y experiencias; contamina sus percepciones y deja de confiar en su propio juicio. El niño se encuentra en un estado de confusión por las mentiras donde el abuso es llamado amor, disciplina o que lo hacen por su propio bien, o que el tomar y dar sexo es afecto, que el besarla en la boca es

paternal. Han perdido la oportunidad de desarrollar la estructura conceptual a través de la cual determinan gustos y disgustos.

Diferenciación: Los profesionales consideran la diferenciación el entender que uno no es la extensión de los padres o de los seres amados, sino una persona que posee sus propias características y elecciones. El incesto roba la habilidad de diferenciar. Si forzamos a una víctima en un lugar en el cual ella no tiene influencia, le estamos enseñando a no tener control, impacto y poder sobre su vida. No sólo su sentido de límites y control son violados, sino su existencia como un yo separado.

Vida fuera de control: El síndrome post-incesto describe una vida fuera de balance, una vida de extremos emocionales, conductuales y actitudinales. Estos extremos son creados por una combinación del abuso que se sufrió y las respuestas tempranas a la vida. No responden al aquí y al hora, están respondiendo con el peso de su pasado. Algunas víctimas de incesto intentan controlar sus sentimientos a través de la negación lo cual afecta particularmente su habilidad de pedir ayuda.

Ineficiencia y asertividad: Las sobrevivientes frecuentemente exhiben ~~una inhabilidad marcada de ser asertivas debido a su poca habilidad para~~ manifestar su propio poder, no saben elegir pues nunca se les enseñó, no saben como tomar decisiones. Sin embargo, pueden ser extremadamente capaces en todos los aspectos menos en el emocional.

Conductas de alto riesgo: Muchas sobrevivientes de incesto aún las más pasivas y no asertivas puede inclinarse por conductas de alto riesgo ya que el sentirse en peligro las hace sentirse vivas y paradójicamente en control. Un ejemplo puede ser la cleptomanía (control = lo quiero por lo tanto lo toma, además es más seguro que aceptar regalos).

Efectos a largo plazo

El tiempo no cura los efectos del incesto. A medida que la memoria se fija, las consecuencias del abuso florecen y sin tratamiento se puede dirigir al suicidio o al asesinato, y la triste paradoja es que, los efectos posteriores que acompañan al post-síndrome del incesto usualmente dirigen a la victimización continuada para la sobreviviente misma, para sus amantes y para sus hijos.

El incesto afecta la fundación de la seguridad humana en el desarrollo del niño, al igual que su relación con el mundo que lo rodea (Blume, 1990).

El abuso sexual y el incesto son problemas sociales relevantes que ocurren con más frecuencia de lo que la gente imagina, son problemas de salud pública que provocan consecuencias a corto y largo plazo, que muchas veces no se superan y más aún cuando el abuso es cometido por un familiar. En este capítulo se analizó el incesto de manera relativamente extensa por su relevancia en el alto porcentaje de casos.

5. Indicadores del abuso sexual infantil

Este tema es especialmente difícil, porque la mayor parte de las posibles manifestaciones sintomáticas de los abusos, no son específicas de los abusos sexuales. Por ello, más que un listado, lo más importante es que los profesionales sepamos que los abusos sexuales pueden ser la causa directa de numerosos síntomas o contribuir, junto con otras causas a ellos.

Debemos tomar en cuenta que no hay síntomas específicos directamente vinculados exclusivamente a los abusos. Luego nunca debe de hacerse una deducción directa que no esté fundamentada.

Posibles síntomas asociados en preescolar (O' Donohue & Geer, 1992):

1. Físicos: sangrados en genitales o ano, fisuras anales, laceraciones vaginales, infección urinaria, enfermedades de transmisión sexual (ETS), dolor al sentarse o al andar, etc.
2. Sexuales: conductas sexuales no propias de la edad, conocimiento de conductas sexuales impropias de su edad, conciencia aguda de órganos genitales, masturbación excesiva, juegos sexuales muy persistentes.
3. Sociales: miedo a los hombres o a un hombre específico, aislamiento social, desconfianza relacional, rechazo de contacto afectivo que antes aceptaba.
4. Problemas del sueño o de alimentación que aparecen de pronto y sin otra explicación.
5. Miedo a que lo bañen o lo vean desnudo.

Posibles síntomas asociados en escolares (6-12 años) (O' Donohue & Geer, 1992):

1. Físicos: sangrados en genitales o ano, fisuras anales, laceraciones vaginales, infecciones urinaria, ETS, dolor al sentarse o al andar, etc.
2. Psíquicos: miedos, fobias, ansiedad, depresión.
3. Conductas sexuales no propias de la edad, conocimiento de conductas sexuales impropias de su edad, conciencia aguda de órganos genitales, masturbación excesiva, juegos sexuales muy persistentes, comportamiento sexual provocador.
4. Sociales: fugas del domicilio, miedo a los hombres o aun hombre específico, aislamiento social, desconfianza relacional: rechazo al contacto afectivo que antes aceptaba.
5. Problemas del sueño o alimentación que aparecen de pronto y sin otra explicación.
6. Problemas Escolares: falta de concentración y bajo rendimiento que aparecen de forma brusca, etc.

Posibles síntomas asociados en adolescentes (12-16 años) (O' Donohue y Geer, 1992):

1. Físicos: embarazo, sangrados en genitales o ano, fisuras anales, laceraciones vaginales, infección urinaria, ETS, dolor al sentarse o al andar, etc.
 2. Psíquicos: miedos, fobias, ansiedad, depresión, ideas de suicidio.
 3. Sexuales: Comportamiento sexual provocador, sexualización de todas las relaciones, asumir el rol de la madre en la familia.
 4. Sociales: fugas del domicilio, rebelión familiar, miedo a los hombres o a un hombre específico, aislamiento social, desconfianza relacional, alcoholismo, otras drogas.
 5. Problemas del sueño o alimenticios que aparecen de pronto y sin otra explicación.
 6. Problemas escolares: ausentismo escolar, falta de concentración y bajo rendimiento que aparecen de forma brusca.
-

CONDUCTAS, EMOCIONES E INDICADORES DEL ABUSO SEXUAL Y SU RELACIÓN CON EL NIVEL DE DESARROLLO

(Wurtele & Miller-Perrin, 1992).

CONDUCTAS	PREESCOLAR (0-5 años)	PRIMARIA (6-12 años)	SECUNDARIA
Regresiones (adopción de patrones superados)	X		
Aislamiento Social	X	X	X
Obsesión con la sexualidad	X	X	X
Conocimiento de conductas sexuales	X	X	X
Conducta de seducción	X	X	X
Masturbación excesiva	X	X	
Juegos sexuales con otros	X	X	
Lenguaje sexual	X	X	X
Mostrar genitales	X	X	
Ser agresor de otros	X	X	X
Promiscuidad-Prostitución			X
Dificultad para separarse	X		
Delincuencia		X	X
Robar		X	X
Huir		X	X
Matrimonio Precoz			X
Uso de drogas		X	X
Irse de pinta			X
Abandonar la escuela			X
Dificultades para aprender		X	X
Poca concentración o atención		X	X
Reprobar		X	X
Pocas relaciones con los iguales		X	X

EMOCIONES	PREESCOLAR	PRIMARIA	SECUNDARIA
Síntomas de ansiedad	X	X	X
Balancesos	X		
Terroses Nocturnos	X	X	X
Miedo de adultos			
Fobias		X	X
Obsesiones		X	X
Tics		X	
Depresión	X	X	X
Culpa	X	X	X
Ideas de suicidio			X
Intentos de suicidio		X	X
Baja autoestima			X
Hostilidad /Cólera	X	X	X
Rabia	X		
Agresión	X	X	
Conflictos con la familia o los amigos	X	X	
INDICADORES FISICOS	PREESCOLAR	PRIMARIA	SECUNDARIA
Moretones o sangrados genitales	X		
Dolor, comezón u olor en genitales	X	X	X
Problemas para andar o sentarse	X	X	X
Problemas del sueño	X	X	X
Problemas de apetito	X	X	X
Manifestaciones Somáticas	X	X	X
Enuresis	X	X	
Acopresis	X	X	
Dolor de estomago	X	X	X
Dolor de cabeza	X	X	X
Embarazo			X

Los indicadores del abuso sexual infantil son múltiples y no siempre son específicos del abuso. Muchas veces se revelan o descubren casos de abuso sexual hasta que las consecuencias son perceptibles y a las cuales nos referimos a continuación.

6. Consecuencias

Al hablar de consecuencias (efectos) a corto plazo nos referimos, a aquellos que aparecen durante los dos años siguientes a la agresión. A partir de este momento hablamos de consecuencias (efectos) a largo plazo (López y Del Campo, 1997).

La UNICEF (1995) en su Manual sobre Maltrato y Abuso Sexual a los niños, describe las consecuencias del abuso sexual infantil de la siguiente manera:

CONSECUENCIAS A CORTO PLAZO

a) Daños Físicos:

- Órganos genitales y/o ano magullados, hinchados, sangrando, con dolor, picazón, fisuras, desgarres, cuerpos extraños, perforaciones.
- Enfermedades transmitidas sexualmente, como puede ser muerte por asfixia o ahogo crónico por amigdalitis, debido a gonorrea.
- Dolor al sentarse o al participar en deportes.
- Auto-lesiones, contusiones, quemaduras, cortadas y arañazos en el cuerpo.
- Problema en el control de esfínteres.
- Embarazo de alto riesgo.

b) Daños Emocionales:

- Depresiones severas, inhabilidad para funcionar, tendencia al suicidio, fantasías sobre contacto físico de tipo sexual.
- Miedo a la oscuridad, a los desconocidos, a algún miembro de una familia determinada (ya sea pariente o amigo), a la soledad, a dormir

sola en su propia habitación, miedo focalizado a ciertos hombres o mujeres.

- Sentimiento de culpa ante la posibilidad de llegar a denunciar el abuso sexual; creer que se puede destruir a la familia por enviar al padre a la cárcel (cuando éste es el agresor).
- Sentimiento de repugnancia, desamparo y de no poseer control de su cuerpo.

c) Cambios en los modelos de comportamiento habituales:

- Pérdida de apetito, enuresis, impaciencia, irritabilidad creciente, trastornos del sueño, pesadillas, rechazo a ir a sus lugares predilectos o a permanecer con determinadas personas, súbita preocupación por la pulcritud personal, aferramiento a la madre.
- Sentimiento de desamparado.
- Desadaptación en sus relaciones.
- Incapacidad para decidir sobre su propio cuerpo, sobre quién lo toca, cómo o cuándo.

d) Manifestación pública de la sexualidad:

- Actividades sexuales precoces, adopción de actitudes de adulto (comportamiento fingido y mímico obsceno), masturbación compulsiva, beso profundo; saben más acerca del sexo que sus compañeros de la misma edad, excesivo interés por el sexo, conversaciones relativas al sexo, pasatiempos sexuales continuos con juguetes o con compañeros, comportamiento seductor hacia los compañeros y los adultos.

e) Cambios en la actividad escolar:

- Deja de confiar en los adultos, muestra incapacidad de concentración, súbito descenso en la actividad escolar, desgano de participar en

actividades que antes le gustaban, insinuaciones relativas a la actividad sexual; le dice al maestro que tiene miedo de irse a casa, que quisiera vivir con él o ir a un lugar en situación de guarda o custodia.

- Resistencia para ir a la escuela o jugar con amigos.

CONSECUENCIAS A LARGO PLAZO

- Incapacidad para confiar en los demás.
- Depresión.
- Baja autoestima.
- Hostilidad.
- Ideas suicidas.
- Enfermedades psicosomáticas.
- Utiliza la seducción para iniciar amistades.
- Incapacidad para conseguir experiencias sexuales satisfactorias.

Varios investigadores asocian el abuso sexual, especialmente incesto, con severos desórdenes psiquiátricos. En estudios con pacientes psiquiátricos, Husain y Chapel (1983), encontraron que 14% de las mujeres adultas, reportaron una historia de incesto. Al respecto de las consecuencias a largo plazo, Cantón y Cortés (1997) mencionan los desórdenes de personalidad ya que en varios estudios han encontrado una relación entre abuso sexual infantil y el desarrollo de un desorden de personalidad múltiple así como síntomas de desórdenes de personalidad borderline en la etapa adulta.

Los efectos de los abusos sexuales se han intentado explicar en primer lugar desde el modelo PTSD (Desorden de estrés postraumático) propuesto en el DSMIII (American Psychiatric Association, 1983).

Este desorden post-traumático caracterizado por stress tiene los siguientes componentes:

1. La existencia de un suceso estresante claramente identificado.
2. La tendencia a volver a experimentar el trauma expresado en pensamientos recurrentes, sueños y sentimientos que aparecen de forma súbita.
3. Una pérdida de interés por el mundo externo: pérdida de interés en las actividades, sentir a los otros como extraños, inexpresividad afectiva.
4. Y al menos dos de los siguientes síntomas: estado de hiperalerta, problemas de sueño, sentimientos de culpa, dificultades de concentración y memoria, evitación de actividades o intensificación de los síntomas cuando se expone a estímulos relacionados con el trauma.

Entre las ventajas de este modelo están el servir para establecer una descripción, permitir un diagnóstico que todos los profesionales pueden entender, situar la comprensión de estos efectos en un contexto más amplio como es el de la dinámica de los traumas, etc.

Pero este modelo es criticado por otros autores (Finkelhor, 1980a), porque no da cuenta de todos los síntomas, sólo se puede aplicar a algunas víctimas y, finalmente, porque no ayuda a explicar la relación entre el suceso traumático y los síntomas. En efecto, aunque los síntomas descritos puedan encontrarse en quienes han sufrido abusos, el énfasis de quienes describen los síntomas post-abuso es distinto, puesto que tienden a poner el acento en el miedo, la depresión, la culpa y los problemas sexuales. Por todo ello Finkelhor y Browne (1986) rechazan este modelo explicativo y proponen otro denominado "Traumagenic Dynamic Model of Child Sexual Abuse" considerado como un modelo comprensivo y dinámico que da sentido explicativo a un conjunto de síntomas en relación con un suceso –el abuso sexual-. Según este modelo, la dinámica provocada por un abuso sexual puede ser entendida desde cuatro componentes:

- Sexuación traumática.
- Pérdida de confianza relacional
- Estigmatización
- Sentido de pérdida o falta de poder

Esta dinámica supone una alteración del funcionamiento emocional y cognitivo que puede llegar a distorsionar la visión de sí mismo, las relaciones y el mundo en general.

Por sexuación traumática se entiende el hecho de que el desarrollo sexual normal de un niño se ve interferido por la intrusión de los intereses y conductas sexuales de un adulto. Estas conductas son inapropiadas para un niño, y al ser recompensadas con frecuencia por los adultos, puede aprender a usarlas como estrategia para obtener beneficios o manipular a los demás, adquieren aprendizajes deformados de la importancia y significado de determinadas conductas sexuales, así como concepciones erróneas sobre la sexualidad y la moral sexual. Por último, la sexualidad del niño puede quedar traumatizada o gravemente afectada de numerosos formas.

Los abusos sexuales conllevan una pérdida de confianza en la relación con el agresor. Esta puede ser especialmente conflictiva cuando existen relaciones familiares entre el agresor y la víctima. La víctima se puede sentir manipulada, herida, amenazada, etc., precisamente por quién era persona de su confianza. Si el agresor es una de las figuras de apego, éste deja de ejercer su función protectora y hace imposible que se mantenga la representación de ella como "incondicional". La víctima aprende que quién debía protegerla y serle incondicional, la explota e instrumentaliza. Esta situación obliga también a mantener un secreto cargado de amenazas y doble lenguaje. Esta ruptura de confianza en las relaciones se puede extender a toda la familia por no haber logrado librar a la víctima de estas experiencias. Y alargarse también a todas las personas del sexo del agresor con atribuciones negativos de uno u otro tipo.

La estigmatización es sentida como culpa, vergüenza, envilecimiento, pérdida de valor, sentimiento de que sólo a él/ella le ocurre lo peor, etc. La víctima se puede considerar marcada para el resto de la vida por las experiencias más traumatizantes y considerarse distinta, desgraciada, marginada, etc.

Las víctimas, por último, pueden llegar a creer y sentir que lo que les sucede está fuera de su control, que no saben reaccionar ante las situaciones. En definitiva, que tiene poco poder sobre sí mismos y cuanto les sucede, en este mismo sentido se pueden volver temerosos de lo que pueda sucederles en el futuro, tomar actitudes pasivas y poco asertivas, ser retraídos socialmente, etc.

Las conclusiones de diversos autores (López, 1995, Wurtele & Miller-Perrin, 1992, Blume, 1990, etc.) respecto a las consecuencias a corto y largo plazo del abuso sexual infantil han sido unánimes. De tal forma que en sus investigaciones los niños víctimas de abusos sexuales suelen presentar en mayor medida que los controles una serie de síntomas.

Sin embargo Finkelhor (1980a) afirma que cualquier conclusión de los efectos a largo plazo están basadas en investigaciones cuyas muestras, mediciones y diseños, son inadecuados, lo cual puede invalidar los hallazgos, por lo tanto, cualquier generalización concerniente a los efectos del abuso sexual no es confiable.

Las consecuencias de los abusos sexuales son muy variables, y dependen del tipo de agresión, la edad del agresor y la víctima, el tipo de relación entre ambos, la duración de la agresión, la frecuencia de la agresión, la personalidad del niño agredido, la reacción del entorno, etc. (López y Del Campo, 1997).

Sin embargo, también es de gran importancia por sus implicaciones clínicas hacer referencia al importante número de víctimas que no presentan ningún tipo de síntomas. A este respecto Kendall-Tackett, William & Finkelhor (1993) señalan cuatro posibles explicaciones de la asintomatología de las víctimas de abuso sexual, entre las que incluyen; el no evaluar todos los posibles síntomas; la inadecuación de los instrumentos de medida; la posibilidad de que los síntomas aparezcan en un momento posterior y la menor gravedad y duración del abuso sexual.

Finalmente, es importante reconocer que el daño no sólo es para la víctima sino también para el sistema familiar, los ofensores y la sociedad (Wurtele & Miller-Perrin, 1992).

La evaluación es primordial para identificar e intervenir a niños víctimas de abuso sexual y así poder ayudar en la prevención de futuros problemas emocionales y síntomas médicos. (Peterson, Hardin & Nitsch, 1995). Vázquez Mezquita (1995), refiere que de la prudencia, el tacto y la pericia del evaluador van a derivarse la comprensión correcta del incidente, lo justo y eficaz de la propuesta pericial y la idoneidad del tratamiento. El psicólogo debe entonces comprometerse en la evaluación integral ya que de ésta depende el diagnóstico y el tratamiento que se empleará en los niños víctimas de abuso sexual.

II. La importancia de la evaluación en los casos de abuso sexual infantil

La evaluación del abuso sexual infantil generalmente es un trabajo multidisciplinario donde intervienen médicos, psicólogos, trabajadores sociales, abogados, etc. Cada profesión tiene un enfoque específico respecto a la evaluación, sin embargo, tienen un fin común que es la atención del niño y generalmente todos estos profesionales se sienten realmente preocupados por el proceso que les lleva a determinar lo que le pasó o no al niño, además de preocuparles la exactitud de su opinión profesional al respecto ya que saben que sus juicios pueden tener unas repercusiones muy importantes para el niño y para los adultos implicados en la denuncia (Berliner y Conte, 1993). Sin embargo, a pesar de la conciencia sobre la responsabilidad profesional en la atención del abuso sexual infantil, también se tiene conciencia de la carencia de preparación en la evaluación e intervención de este tipo de casos, siendo la piedra angular de este problema el contar con una adecuada tecnología de evaluación (O'Donohue y Elliot, 1991).

DeJong menciona que el diagnóstico ante una sospecha o denuncia de abuso sexual es una tarea difícil, ya que las señales físicas del abuso suelen aparecer en una parte muy pequeña de casos confirmados, siendo también poco frecuente que el perpetrador admita el abuso cometido (citado en O'Donohue y Geer, 1992).

Ante una denuncia directa por parte de la víctima o sospechas de que un niño está sufriendo algún tipo de abuso sexual se dispone de dos procedimientos para poder diagnosticar un abuso sexual:

- 1.- La realización de un examen médico y
- 2.- La obtención de información a partir del niño, de sus padres y de otros profesionales.

Por lo que respecta al examen médico, una enfermedad venérea en un niño, por ejemplo, es un claro indicio de abuso sexual. Sin embargo, aunque la intervención médica utiliza diversos procedimientos de detección, todos tienen limitaciones. El principal problema suele ser el tiempo transcurrido entre el abuso sexual y el examen médico. Por ejemplo, la hinchazón y dilatación del ano desaparece entre 7 y 10 días después de la penetración, y si se trata de un abuso crónico la recuperación se puede producir en los meses siguientes a la terminación (Lamb, 1994).

Cuando no se dispone de pruebas médicas irrefutables ni el perpetrador reconoce los abusos cometidos, determinar la veracidad de una denuncia de abuso sexual realizada por un niño pequeño es algo realmente difícil. La determinación de si se ha producido o no un abuso sexual se suele basar por tanto, en la propia víctima, siendo el factor decisivo el grado de validez y credibilidad que se le dan a las afirmaciones del niño. Sin embargo, la revelación del abuso sexual es un acto complejo que requiere de una madurez cognitiva y emocional que muchos niños pueden no poseer (Reppuci y Haugaard, 1989).

A este respecto la importancia de la evaluación psicológica radica en que una vez evaluado el impacto del abuso, se puede proceder a elaborar y aplicar un plan de tratamiento consistente en fijar los objetivos a partir de la evaluación realizada, establecer una secuencia de prioridades según la urgencia del problema, seleccionar las técnicas de tratamiento que requiera cada objetivo, discutir el plan con el paciente y con otros miembros de la familia, cuando sea necesario y finalmente poner en práctica el plan de tratamiento (Cantón y Cortés, 1997). Para poder realizar las metas anteriores se requiere de una evaluación diagnóstica de la víctima que incluya una valoración del nivel de funcionamiento mental del paciente en cierto momento de su vida. Su propósito es el de presentar un marco de referencia sobre el estado emocional del paciente, su capacidad mental y su estado en

general. Siendo la finalidad de la evaluación el dar un parámetro sobre aquellos niños que son víctimas de un atentado sexual, no siendo éste un estudio casual, sino una aportación en un sentido científico para dar una mejor clasificación a las consecuencias en torno a la agresión sexual. Como se mencionó en el capítulo de consecuencias, los efectos del ataque sexual varían dependiendo de la forma en que se vivió la agresión así como del medio ambiente familiar y social que son fuentes de aprendizaje y conforman una parte importante ante la solución y enfrentamiento del problema. (Cazorla, 1992).

Según diversos autores (O'Donohue y Elliot, 1991; Wolfe y Gentile, 1992) la evaluación psicológica puede dividirse en tres grandes tareas:

- 1.- Definir el contexto de la evaluación.
- 2.- Evaluar la adaptación psicológica del niño y
- 3.- Evaluar aquellos factores que podrían estar mediando el impacto del abuso sexual para el paciente en particular.

1.- DEFINIR EL CONTEXTO DE LA EVALUACIÓN

El contexto se refiere no sólo a las circunstancias que rodearon al abuso sexual, sino también al ambiente de la familia y a la comunidad, que puede haber contribuido al abuso del niño o ser responsable directo de los problemas que presenta. La evaluación de las variables contextuales requiere obtener información exacta a partir de informantes fiables, entrevistar al niño para conocer los detalles del abuso, evaluar la veracidad de su declaración e indagar sobre posibles situaciones de estrés que el niño vaya a experimentar como consecuencia de la revelación (Cantón y Cortés, 1997). La información sobre el contexto se puede obtener mediante una entrevista

con el niño, con sus padres y, en ocasiones, a partir de otros profesionales que ya hayan investigado el caso.

2.- EVALUAR LA ADAPTACIÓN PSICOLÓGICA DEL NIÑO

Una vez que el profesional ha asegurado que la víctima está a salvo y que comprenda las cuestiones que rodean la evaluación del abuso sexual, entonces puede comenzar la evaluación directa del estado psicológico del niño. Las reacciones de los niños ante el descubrimiento de los abusos varían considerablemente. Algunos que no presentan problemas inmediatamente después de la revelación, los desarrollaran en un momento posterior; por el contrario, otros que presentan problemas importantes al principio, comienzan a mejorar rápidamente poco después de la revelación (Berliner y Conte, 1993).

Los principales factores que debe incluir la evaluación del niño son los siguientes: se debe evaluar al menor en problemas evolutivos (comunicación, seudomadurez/conductas regresivas), depresión (riesgo de suicidio, sentimiento de pérdida), desorden de estrés postraumático, experiencias disociativas, revivir experiencias, miedos (especialmente a estímulos asociados al abuso y a que vuelvan a producir los abusos, a que salgan a la luz pública y a las represalias), culpabilidad, autolesiones, sentimientos de cólera, problemas sociales (habilidades sociales, interacción padres-niño, límites poco claros/confusión de roles en las relaciones familiares), dificultades con los iguales (conocimiento de lo sucedido y reacción de los iguales, estigmatización retraimiento, desconfianza), desórdenes de conducta (agresión y conducta antisocial), consumo de drogas, hiperactividad, problemas de rendimiento escolar (memoria, incapacidad de concentración), trastornos somáticos (trastornos del sueño y del apetito, imagen corporal), problemas de adaptación sexual (conocimientos y creencias acerca del sexo, preocupación por la homosexualidad, conducta sexualizada), autoestima,

asertividad, comprensión del significado de lo sucedido (atribuciones y estilo atribucional, indefensión aprendida, creencias irracionales, sentido de la justicia), habilidades de solución de problemas y factores de estrés (futuras comparecencias en el juzgado; contacto con el agresor). Sin embargo, no se puede asumir que estos factores forzosamente tengan que encontrarse presentes, sino que hay que considerar como hipótesis a comprobar durante el proceso de evaluación.

3.- EVALUAR AQUELLOS FACTORES QUE PODRÍAN ESTAR MEDIANDO EL IMPACTO DEL ABUSO SEXUAL PARA EL PACIENTE EN PARTICULAR.

Finalmente habría que evaluar las variables mediadoras del impacto del abuso sexual, clasificadas en cuatro categorías principales. Los factores relacionados con el abuso sexual (gravedad, frecuencia, duración, número de perpetradores, relación emocional con el agresor y nivel de coacción), los factores relacionados con el niño (capacidad de recuerdo; la comprensión del abuso en función de su desarrollo cognitivo, cognitivo-social y moral), el estilo atribucional y las relaciones familiares. Sullivan y Everstine (1997) sugieren algunos factores que median el impacto del abuso sexual en el niño:

- 1.- La edad del menor: es considerada como un elemento que afecta el grado en el cual éste es traumatizado. Se piensa que los niños más pequeños son más vulnerables al trauma; sin embargo Mac-Farlane (1978) afirma que los niños mayores pueden resultar heridos de manera más profunda pues son más conscientes del estigma social asociado con la agresión sexual (citado en Sullivan y Everstine, 1997).
- 2.- Las condiciones psicológicas de la víctima: las víctimas que han tenido problemas emocionales anteriores (o son emocionalmente vulnerables por provenir de hogares inestables) pueden experimentar problemas

más graves como resultado de haber sido agredidas, mismos que pueden durar más.

- 3.- La experiencia o el conocimiento sexual.
- 4.- El tipo de agresión: definitivamente, la cantidad de violencia y el grado de penetración corporal son factores que determinan el trauma. Asimismo, el grado en el cual el menor siente que su cuerpo ha sido dañado por el suceso puede contribuir al nivel del trauma experimentado.
- 5.- Agresiones repetidas: éstas pueden causar más daño que una agresión aislada.
- 6.- El hostigamiento por parte de un extraño o por parte de alguien conocido en quien el menor confía: la agresión sexual perpetrado por un conocido confiable tiende a provocar un daño más perdurable que la agresión de un desconocido.
- 7.- Reacciones de los demás: las reacciones negativas por parte de la policía, los padres, maestros, los compañeros y los amigos de la familia o los vecinos pueden contribuir a la severidad del trauma.
- 8.- Falta de confianza o apoyo: los niños a quienes los padres o encargados no les creen o no les dan apoyo, sufren un mayor trauma emocional que aquellos que sí lo reciben.
- 9.- Terapia: al igual que los adultos, los niños víctimas de abuso sexual que reciben psicoterapia tienen más oportunidades de recuperarse que los que no reciben tratamiento.

Como puede observarse en el presente capítulo, la evaluación del menor víctima de abuso sexual infantil es un esfuerzo clínico para prevenir, detectar,

elaborar e implementar un plan de tratamiento de acuerdo a las necesidades propias de cada víctima. Para este tipo de evaluación global y específica del niño se utilizan diversos instrumentos de medida estandarizados que se han aplicado a niños objeto de abusos sexual y a los adultos de su entorno (padres, profesores). Respecto a este tipo de instrumentos la sección siguiente los tratará.

1. Instrumentos y técnicas de Diagnóstico

En la práctica clínica, los instrumentos de diagnóstico son frecuentemente administrados en niños víctimas de abuso sexual y sus resultados son utilizados para una variedad de propósitos como lo son: el diagnóstico, plan de tratamiento y toma de decisiones (Lusk, 1993).

Pocos investigadores examinan sistemáticamente como los grupos de niños abusados sexualmente se desarrollan en los test y como este grupo difiere de otros grupos de niños. Igualmente existen pocos instrumentos estandarizados desarrollados específicamente para evaluar el abuso sexual en los niños (Lusk, 1993).

A continuación presentamos algunos instrumentos de diagnóstico que se utilizan en la práctica clínica con niños víctimas de abuso sexual infantil. Instrumentos que no están estandarizados para la población Mexicana.

1.- ENTREVISTA.

Berliner y Conte (1993) distinguen entre dos tipos de entrevista, la entrevista de investigación y la de evaluación (Cantón y Cortés, 1997). La entrevista de investigación constituye el primer instrumento para que los profesionales exploren las cuestiones relativas al abuso sexual denunciado. Su objetivo es obtener la mayor cantidad de información posible sobre el incidente denunciado, por lo que los entrevistadores deben motivar al niño con esta finalidad y plantear sus preguntas de manera que no estimulen en los niños la fantasía, los detalles superfluos o su pretensión de recordar cosas que o bien no sucedieron o ya han olvidado.

La entrevista de evaluación se suele realizar en una segunda fase y exige la habilidad de un profesional con experiencia en entrevista y comunicación con niños.

La entrevista a profundidad en la evaluación del niño debe realizarse en varias sesiones, comenzar con otras temáticas, cambiar de temática si se encuentra muy mal, hacerla sin presencia de padres –salvo que sean un apoyo–, pueden usarse muñecos si son necesarios para saber lo que ha pasado (López, 1995).

Proceso de preguntas que proponen:

Previas:

- Preguntas sobre aficiones, amigos, escuela, familia.
- Dibujo de la familia.
- Expresar tres deseos.
- ¿Qué le gustaría ser cuando sea mayor?
- Lo que le hace: ser feliz, estar triste, perder el control, estar asustado.
- Sobre el abuso:

Las preguntas señaladas en la entrevista inicial, si no se hubieran hecho.

Añadir:

- Razones por las que lo comunica y/o denuncia.
- Percepción de su rol en el abuso.
- Percepción del rol de agresor.
- Reacción de su entorno.
- Creencias y valores personales y del entorno.
- Como se sentía antes, durante y después.
- Efectos atribuidos al abuso.
- Ayuda que desea tener.
- Recursos personales y del entorno para que no vuelva a suceder.
(Recurrir a muñecas y/o usar criterios de veracidad si es necesario).

2.- CHILD BEHAVIOR CHECKLIST (Achenbach y Edelbrock, 1983) (CBCL):

Valora el grado de ajuste global del niño.

- Tiene formularios para edades diferentes: 4-5; 6-11; 12-16.
- Dos versiones: para padres y educadores.
- Dos perfiles: competencia social y conductas problema (internalización y externalización).
- Justificación de su uso: $\frac{3}{4}$ de abusados sufren efectos.

3.- Wolfe & Wolfe (1986): "Sexual abuse fear"

Sub-escala de miedos sexuales a: estar solo, ver besar, hablar de sexo, pensar en el sexo, recibir besos o abrazos, ver gente desnuda, quitarse la ropa delante de otros, ser acariciado, ser observado por hombres, bañarse, dormir solo, a que la madre no esté en casa.

Sub-escala Disconfort: a mirar a las personas, hacer algo obsceno, no ser creído, decir a alguien que le molesta, decir "no" a un adulto, preguntas de la madre, ser corregido, ir a un juicio, estar lejos de los padres.

4.- Wolfe & Gentile (1991): Cites-R: "Children's Impact of Traumatic Events Scale-Revised".

- Nueve subescalas (tres sobre el impacto de los abusos y tres sobre atribuciones).
- Pensamiento intrusivo.
- Evitación.
- Reacción negativa a otros.
- Obscenidad y culpa.
- Visión del mundo como peligroso.
- Visión del futuro de forma negativa, con riesgo de abusos.
- Sentimiento de vulnerabilidad personal.
- Falta de soporte social.

- Ansiedad sexual.
- Precocidad sexual.
- Irritabilidad.

5.- McLeer, Deblinger, Alkins, Foa, Ralphe (1988): “Evaluación profesional del PTSD”.

Propone tres categorías dando un diagnóstico positivo si encuentra un síntoma de:

- Repetición de la experiencia: conversaciones, juegos, fantasías, pesadillas, palabras o conductas sexuales inapropiadas, miedo a lugares, personas o cosas que simbolizan el abuso.
- Conductas de evitación: de personas, lugares o cosas; a hablar sobre el abuso, recuerdo limitado del abuso, dificultades de concentración, disminución de interés por las actividades cotidianas.
- Hiperarousal del sistema autónomo; tener problemas para dormirse o permanecer dormido, irritabilidad, angustia, conductas agresivas, distracción, hiperalerta, estar asustado o ansioso, tener síntomas fisiológicos.

6.- Purcell, Beilke, & Friedrich (1986) CSBI: “Child sexual Behavior Inventory”

I Parte: fuentes de información sobre sexualidad.

II Parte: conductas:

- Agresión sexual.
- Autoestimulación.
- Inhibición sexual.
- Confusión de roles.
- Fronteras difusas.

7.- Muñecos Anatómicos.

Según Cantón y Cortés (1997), el empleo de muñecos anatómicos es el procedimiento más utilizado para determinar la posible ocurrencia de abusos sexuales en el caso de niños menores de seis años, en los que la obtención de información resulta más difícil debido a sus escasas habilidades verbales. Además, muchos profesionales utilizan este procedimiento porque piensan que constituye un medio de comunicación apropiado a la edad de las víctimas y es un mecanismo idóneo para estimular el recuerdo de determinados acontecimientos.

8.- Pruebas Proyectivas Gráficas.

El dibujo infantil también ha sido de gran utilidad como herramienta de evaluación en el abuso sexual infantil, tal es el caso de:

- Técnica del Dibujo de la Figura Humana (Koppitz, 1966)
- Técnica de la Casa-Árbol-Persona (HTP de Buck, 1948)
- Técnica del Dibujo de la Familia Kinética (Burns & Kaufman, 1970)

Burgess y Hartman (1993) utilizaron lo que ellos llaman una serie de dibujos de eventos como una herramienta de asociación en la evaluación y acceso de la memoria incluyendo sus áreas sensoriales, perceptuales y cognitivas. Siendo sus premisas básicas:

- a) Los dibujos infantiles reflejan el cómo los niños representan sus experiencias personales y sus relaciones con lo otros, y
- b) Los dibujos infantiles reflejan estructuras cognitivas a través de; la organización del dibujo, la selección del contenido, la relación entre la gente y los objetos, sus creencias y supuestos expresados por el niño en el contenido de sus dibujos.

Siendo el proceso de construcción de la memoria un evento derivado de la interacción entre la información, codificación, almacenamiento y comunicación. Burgess y Hartman utilizaron una serie de dibujos (7) con temáticas específicas (desde el dibujo libre hasta dibujar el evento traumático que en este caso fue el abuso sexual infantil), realizando un análisis proyectivo de acuerdo a ciertos parámetros preestablecidos y llegaron a la conclusión de que la serie de eventos en los dibujos son útiles para ayudar al niño a discutir el miedo y el temor de sus percepciones acerca de los eventos en sus vidas, lo cual provee información acerca de la memoria en distintos niveles y un insight dentro de la discontinuidad e irregularidades entre las etiquetas del niño y la comprensión de lo que realmente ocurrió de manera tal que el niño presenta la experiencia directa y no una elaboración secundaria de la experiencia. Este método parece facilitar la representación de lo que le ocurrió al niño y los efectos o detalles de la experiencia traumática en su conducta global.

Como The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (1988) mencionó: la utilidad de los dibujos radica en el afecto e información que de ellos se obtiene, siendo ciertos hallazgos sugestivo de abuso sexual, tal es el caso en la representación de genitales o la evitación de características sexuales. El arte es un proceso mediante el cual los pensamientos, los sentimientos, las conductas y las relaciones pueden ser representadas dentro de imágenes concretas.

Este trabajo busca aportar una investigación que analice y describa el uso clínico del dibujo de la figura humana de Koppitz como herramienta en la evaluación psicológica en la detección de indicadores emocionales propios del abuso sexual infantil y aunque sabemos que la interpretación del dibujo descansa en juicios subjetivos y observaciones de casos individuales también creemos que de manera general las pruebas de dibujo facilitarían la comunicación con el niño, el cual podría mostrar sus temores a la revelación

del abuso que no logra verbalizar. Descubrir un abuso sexual infantil es difícil debido a múltiples causas como son: probable inmadurez de la expresión verbal de los niños, el miedo a revelar los secretos familiares o confusión acerca del significado de actos abusivos, etc. Sin embargo, muchos niños pueden dibujar y a través del dibujo comunicar sentimientos y experiencias que podrían no entender o tendrían miedo de expresar verbalmente.

En México la mayoría de las Instituciones encargadas de la atención a víctimas de abuso sexual infantil, así como en la práctica privada, los profesionales de la salud mental utilizan el Dibujo de la Figura Humana de Koppitz como herramienta de evaluación que forma parte de la batería de pruebas aplicadas al menor para su detección y plan de tratamiento a seguir.

III. El Dibujo de la Figura Humana de Koppitz

Aunque el significado y el análisis del dibujo de los niños ha sido investigado a lo largo de este siglo, los clínicos continúan siendo criticados por su sobre interpretación o su inhabilidad para descifrar y cuantificar el arte infantil.

Widlöcher (1965) afirmó que el dibujo es signo de la persona que lo realiza y signo del objeto (producción gráfica). Cambier (1990) añade que el dibujo es un objeto particular porque puede dar testimonio de una persona aun sin su presencia y considera que su significación no puede escapar a la influencia de lo social, es decir, al contexto histórico-cultural en el que se realiza.

Wallon, Cambier & Engel (1990) considera que es necesario estudiar no sólo el producto sino el comportamiento en conjunto del niño que dibuja, por lo que propone la utilización de hojas de observación de la actividad gráfica del pequeño, mismas que tendrán que ver con el estudio de las miradas, gesticulaciones, movimientos corporales, estudio de las palabras de cualquier conjunto de conductas que permitan elucidar interrogantes.

Cambier (1990) considera que el dibujo de personajes es de extraordinario riqueza en el estudio del niño porque el dibujante no sólo conoce algo del ser humano, sino que se vive cotidianamente como persona, dibujar un monigote es representar lo que es, es una imagen del yo y de lo que son los demás (citado en Esquivel, Heredia y Lucio (1999).

Como mencionan Esquivel, Heredia y Lucio (1999):

Cuando se le pide al niño que dibuje una figura humana, lo cual pareciera constituir un estímulo estructura, no se le dice

cómo, no se le da un modelo a seguir, el niño debe buscar dentro de su experiencia, qué tipo de persona, el sexo de quien dibuja, cómo colocarla dentro de la hoja, entre otros aspectos. Con la orden concreta de dibujar una figura humana y la ausencia de indicaciones el examinado realiza la tarea de manera rápida o lenta, presionando o no el lápiz, con trazos débiles o fuertes, etc. Es decir, lo que dibuja el niño obedece a una cadena de asociaciones intelectuales y afectivas que están en función de su experiencia personal. (p.173).

Dos tipos de análisis para el Dibujo de la Figura Humana se han desarrollado en el campo de la evaluación:

1. Análisis Proyectivo, cualitativo.
2. Análisis cuantitativo (indicadores presente/ausente).

El análisis cuantitativo se desarrolló por primera vez en las investigaciones de Goodenough (1928), quien correlacionó el dibujo de la Figura Humana con la habilidad intelectual. Su sistema de puntuación se fundó en niveles de desarrollo normal y habilidades intelectuales generales a lo largo de una gran muestra de dibujos infantiles.

Koppitz (1966), refinó el trabajo previo de Goodenough y aplicó el sistema de puntuación a niños con problemas emocionales y sostuvo tentativamente que el dibujo de la figura humana (DFH) permite evaluar el nivel evolutivo del niño, sus relaciones interpersonales, las actitudes hacia sí mismo y hacia las personas quiénes le resultan significativas.

Koppitz (1968), identificó 30 indicadores emocionales que aparecen a menudo en los dibujos de niños identificados con relaciones interpersonales insatisfactorias y problemas emocionales en comparación con los niños normales. Por definición los indicadores emocionales cuantitativos son inusuales y ocurren en menos del 16% de los dibujos de la figura humana dibujados por niños normales. En este sistema de puntuación un indicador es evaluado como presente o ausente y no se hace interpretación. Esta cuantificación permitió la estandarización de los criterios de puntuación de los dibujos realizados por los niños, lo cual incrementó su confiabilidad. Sin embargo consideró que el DFH no refleja los rasgos de personalidad básica y permanentes del niño, sino el desarrollo mental, las actitudes y preocupaciones en un momento dado y son susceptibles de maduración y experiencia. Koppitz se basó en las interpretaciones de la teoría de las relaciones interpersonales de Harry Stack Sullivan (1964) el cual dijo que la personalidad es el producto de la interacción con otros seres humanos y que la personalidad surge de las fuerzas personales y sociales que actúan sobre el individuo desde el momento de su nacimiento (citado en Velasco, 1994).

Según Koppitz (1976), un indicador emocional es definido como un signo en el DFH que puede cumplir los criterios siguientes:

- 1.- Debe tener validez clínica, es decir deben ser capaces de diferenciar entre los DFH de niños con problemas emocionales de los que no los tienen.
- 2.- Deber ser inusuales y darse con escasa frecuencia en los DFH de los niños normales que no son pacientes psiquiátricos, es decir, el signo debe estar presente en menos del 16 por ciento de los niños en un nivel de edad dado.

- 3.- No deben relacionarse con la edad y la maduración, es decir, su frecuencia de ocurrencia en los protocolos no debe aumentar solamente sobre la base del crecimiento cronológico del niño.
- 4.- Dos o más indicadores emocionales en un D.F.H. indican la presencia de algún problema emocional.

La existencia de los indicadores emocionales en el dibujo se basa en el concepto de proyección. Según Freud (1975), en la proyección la persona deforma el agente de motivo o pensamiento inaceptable. No se ve a sí misma como una persona que tiene sentimientos o pensamientos que producen ansiedad, entonces lo que hace es que atribuye tales sentimientos o pensamientos inaceptables a otro, que frecuentemente es el blanco de ellos y se los atribuye (citado en Velasco, 1994). Koppitz (1976) toma en cuenta el aspecto proyectivo de la prueba como un reflejo actual de las relaciones interpersonales del infante (actitudes hacia si mismo y hacia las personas significativas en su vida) y de su reacción ante las experiencias cotidianas, resultando útil para detectar cambios emocionales.

La descripción de los indicadores emocionales y su interpretación, así como los criterios de aplicación y calificación están detallados en el apartado de método. La confiabilidad de dichos indicadores se estableció entre dos personas con la calificación de 25 DFH, 10 correspondientes a alumnos de segundo grado y 15 alumnos con problemas de conducta y/o aprendizaje. Se coincidió en el 95% del total de los indicadores computados, difiriendo en uno o dos indicadores de 15 DFH.

Koppitz llevó a cabo el estudio normativo con 1856 alumnos de escuelas públicas que abarcaban de jardín de niños a sexto grado entre 5 años 0 meses a 12 años 11 meses incluyendo variedad en el nivel socioeconómico. La aplicación del DFH fue colectiva y realizada por los profesores.

A continuación se presentan diversos estudios realizados con el Dibujo de la Figura Humana de Koppitz en Estados Unidos y México.

Koppitz (1966a) realizó una investigación para determinar cuales de 30 ítems de dibujos pueden tener una validación clínica y pueden ser considerados como verdaderos indicadores emocionales en los Dibujos de la Figura Humana de los niños. Estos 30 ítems fueron desarrollados de escritos de experiencias clínicas y de investigaciones de la literatura. Los 30 ítems fueron divididos en tres categorías: signos cualitativos, detalles especiales y omisiones. Los sujetos que se utilizaron para este estudio fueron 76 pares de niños de una escuela pública y de una clínica de consejos de niños los cuales se igualaron en sexo y edad, teniendo 32 niños y 44 niñas de 5 a 12 años. La comparación de estos dibujos la realizaron con una chi cuadrada donde los resultados son significativos y confirma las siguientes hipótesis: Los indicadores emocionales ocurren más frecuentemente en pacientes de la clínica que en los niños escolares además los dibujos individuales de los pacientes de la clínica muestran mayor incidencia en los Indicadores Emocionales que aquellos estudiantes bien adaptados. Sin embargo para que estas hipótesis sean válidas se debió tomar una muestra mayor y realizar una evaluación previa a los niños control de la escuela pública. Si bien se utilizó la chi cuadrada, se debió corroborar si esta significancia se debía sólo a los pacientes de la clínica y no al grupo control.

Koppitz & De Moreau (1968), compararon los indicadores emocionales reflejados en los dibujos de la figura humana (DFH) de niños norteamericanos y niños mexicanos los cuales fueron igualados en edad (5 a 12 años), sexo, y edad mental. El primer grupo consistía en 276 niños provenientes de Guadalajara particularmente de escuelas públicas de clase baja. El segundo grupo lo integraron 276 niños de clase baja de Nueva York. De los 276 pares; 176 eran hombres y 100 pares mujeres.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

En todos los dibujos se buscó la presencia de Indicadores Emocionales (IE) y la presencia de un solo indicador por dibujo no indicaba algún problema emocional, pero la presencia de dos o más IE, en los dibujos era sugerente de problemas emocionales. Los grupos se dividieron en niveles de edad, es decir, el primer grupo fue de 5 a 7 años y el segundo de 8 a 11 años. Después con ambos grupos se comparó la presencia de IE, para lo cual utilizaron una Chi cuadrada para conocer el número de sujetos de cada grupo los cuales mostraron la presencia de algún indicador en sus dibujos. De los indicadores entre un grupo y otro, encontraron que los mexicanos presentaban significativamente con mayor frecuencia indicadores asociados con timidez, depresión, inestabilidad e inmadurez, mientras que en los DFH de los niños norteamericanos indicaban ansiedad, inadecuación, agresividad e impulsividad. De acuerdo a esto se observaron diferencias significativas. Sin embargo Koppitz encontró que los indicadores emocionales que con mayor frecuencia se daban en los mexicanos, éstos mismos indicadores estaban relacionados con lesión cerebral en los niños norteamericanos.

Koppitz concluyó que no podía adjudicar que estos indicadores emocionales encontrados en los niños mexicanos fueran características socioculturales y no resultado de una lesión cerebral ya que explica en su investigación que los niños mexicanos tenían deficiencias alimenticias y que probablemente estuvieran propiciando inmadurez y una deficiencia neurológica.

Sin embargo, se debe tomar en cuenta que el daño neurológico no puede predecirse sólo a través de los IE de Koppitz y aunque este estudio encontró diferencias significativas entre las dos muestras, los parámetros de clasificación no pueden ser los mismos para Estados Unidos y México, no se puede hablar de clase baja en las mismas condiciones en los dos países y esto supone lineamientos y parámetros diferentes para cada país por lo cual no se puede hablar de homologación de la población cuando de entrada se

utilizan instrumentos de selección de la población que no son los adecuados para cada país ya que existen diferencias culturales y socio-económicas, por lo que debe interpretarse con cautela estos resultados.

Lanz (1983) realizó un estudio con una muestra aleatoria de 96 niños, pertenecientes a 2,400 alumnos de una escuela oficial, con bajo nivel socio-económico, cuyas edades fueron de 6 a 12 años. La autora puso a prueba los tres criterios de validez y encontró que los indicadores que se mencionan a continuación no pudieron considerarse como tales en la muestra ya que se presentaron con porcentajes mayores al 16% y tratarse de alumnos normales: manos omitidas, figura pequeña, figura inclinada, omisión de la nariz, sombreado del cuerpo, omisión del cuello. De la muestra de Lanz, 48 niños fueron clasificados por sus profesores como problemáticos, los DFH de estos niños se compararon con 48 DFH de niños restantes de la muestra, obtenidos por medio de una selección azarosa, no encontrándose diferencias significativas entre ambos grupos.

Como no se compararon las muestras en edad, ni sexo, y además el grupo control no distinguió a los niños catalogados con buena adaptación social, emocional y académica, lo más seguro es que los grupos fueron similares y por eso el DFH no pudo discriminar entre niños con "serios problemas emocionales" y niños normales. Lo más importante del trabajo de Lanz es la parte de los porcentajes de los indicadores por niveles de edad. Sin embargo estos resultados deben tomarse con reserva ya que sólo obtuvo de 20 a 24 niños por nivel de edad y por lo tanto trabajó con los porcentajes de estas cantidades. Su muestra de 96 alumnos representa sólo al 6.2% de la población empleada, lo cual pudo limitar los resultados de su estudio.

Burgess (1988) realizó un estudio sobre el DFH en niños de quienes se abusó sexualmente y niños de quienes no se abusó, pero de menor edad, los cuales presentaron un elevado nivel de omisión de partes del cuerpo.

Burgess encontró que los niños víctimas de abuso sexual mostraban más ansiedad en sus dibujos que los niños no abusados y concluyó que los indicadores en los dibujos por sí mismos pueden manifestar problemas y pueden ser una herramienta útil para los clínicos y terapeutas en la identificación de áreas de conflicto. En este estudio es imposible determinar si este hallazgo fue el resultado de un nivel alto de omisiones, ya que ella agrupó todas las partes del cuerpo dentro de una categoría, lo cual hizo imposible determinar el número de partes faltantes del cuerpo, es decir, no se especifican los lineamientos ni el porqué de agrupar de esa manera los indicadores de tal manera que sus conclusiones no tienen una base teórica firme que sustente sus hallazgos.

González (1988), indicó que en el transcurso de algunas de las fases de investigación dentro del Programa Integral de Investigación Educativa que realizó la S.E.P. en Coahuila y con la aportación de algunos profesionales del campo de la psicología, se detectaron fuertes incongruencias en relación con el diagnóstico que diferentes instituciones o profesionales de la psicología efectuaron a través de los indicadores de la prueba "El dibujo de la figura humana en los niños", de Elizabeth M. Koppitz, motivo por el cual realizó una investigación para identificar las causas investigando las fuentes bibliográficas siguientes: a) El dibujo de la figura en los niños. "Evaluación Psicológica de Elizabeth M. Koppitz (1976) Biblioteca Pedagógica. Editorial Guadalupe y b) Fuente original el libro en inglés: Psychological Evaluation of Children's Human figure Drawings de Elizabeth Mustenberg Koppitz (1968). Grune & Stratton, Inc. New York, N.Y.

González encontró que existen graves imprecisiones de traducción que con demasiada frecuencia desvirtúan el rigor del sentido original. Sin embargo, no fue ahí donde se detectaron las discrepancias de más alto nivel crítico de significación. En el curso de la exposición comparativa de ambos textos, al efectuar el análisis de los apéndices se evidenciaron las

incongruencias fundamentales que afectaban significativamente el diagnóstico, ya que existían grandes diferencias entre los apéndices de las dos fuentes bibliográficas antes mencionadas.

Así, en la lista de indicadores emocionales el apéndice F se ha omitido en los signos cualitativos el que refiere: integración pobre de las partes, que introduce en este sentido una distorsión en el diagnóstico de 11.11%, en función de los signos cualitativos esperados.

Este estudio presenta las limitaciones de la evaluación de Koppitz en su versión en español debida a la omisión de algunos criterios lo cual altera significativamente los resultados y se traduce en desventajas para los niños que son evaluados bajo estos criterios. Esto demuestra que el dibujo de la figura humana de acuerdo a Koppitz y con población mexicana es deficiente y debe interpretarse con bastantes reservas.

Hibbard & Hartman (1990) realizaron un estudio para comparar la presencia de Els y Categorías El de Koppitz en el dibujo de la figura humana de niños sexualmente abusados y niños no abusados, así mismo examinaron la confiabilidad a través de un test-retest. Recopilaron 65 dibujos de niños sexualmente abusados y 64 dibujos de niños control (presumiblemente no abusados). El rango de edad de los sujetos fue de 5 a 8 años, siendo 94 sujetos mujeres y 40 hombres; 29 negros y 104 blancos. Utilizaron los puntajes del primer dibujo para la comparación entre grupos, ya que estaban de acuerdo con la conclusión de Koppitz (1968) acerca de que como los dibujos de la figura humana del mismo sexo del niño son más altas en calidad en comparación con los dibujos del sexo opuesto y además los niños tienden a dibujar primero figuras del mismo sexo, por lo tanto una figura es suficiente para el análisis. Finalmente la confiabilidad Test-Retest fue evaluada a través del cálculo de porcentajes de acuerdos sobre la presencia de cada indicador en el primer y segundo dibujo de cada sujeto y la correlación del número de indicadores en el primero y el segundo dibujo. No observaron diferencias

estadísticamente significativas en la presencia de Els Individuales. Sin embargo, los niños sexualmente abusados con frecuencia dibujaron algunos indicadores como son: piernas juntas, manos grandes y genitales. Los niños abusados sexualmente con frecuencia se encontraban en una Categoría de Ansiedad con $p=.05$ en comparación con el grupo control. Sin embargo, no se demostraron diferencias significativas en otras áreas. Concluyeron que los dibujos de los niños víctimas de abuso sexual demostraron más ansiedad en comparación con los niños del grupo control, mientras que indicadores específicos entre los dos grupos no difirieron. No se encontró ninguna diferencia estadística significativa de IEs en los grupos observados. Y tal vez esto se deba a la heterogeneidad de la experiencia de abuso sexual o al tamaño de la muestra ($N=129$) ya que pudiera no ser suficientemente representativa para detectar tales diferencias.

Hibbard y Hartman utilizaron las categorías IE, de las cuales argumentaron encontrar indicadores de ansiedad en los niños víctimas de abuso sexual, sin embargo, no detallan el proceso de selección de indicadores para las categorías de Koppitz, además de que no utilizan un grupo clínico de comparación lo cual no explica si éstos indicadores de ansiedad son específicos del abuso o se deben a otro problema no relacionado con el abuso sexual.

Mercado (1991) realizó una investigación con el objeto de encontrar si existían diferencias en el autoconcepto y metas en niños maltratados que viven en la calle. Los indicadores encontrados con mayor frecuencia fueron: brazos cortos, brazos pegados, cabeza grande, figura grotesca, integración pobre, asimetría en las extremidades, manos grandes, ojos vacíos, omisión de boca, omisión de brazos, omisión de cuello, omisión de ojos, sombreado de cara, sombreado de brazos, sombreado de manos, integración pobre, figura inclinada, figura pequeña y transparencias. Mercado encontró diferencias respecto al total de indicadores emocionales. Observó mayor

aparición de los indicadores en los niños de la calle, por lo cual concluyó que el vivir en la calle altera más su desarrollo emocional. La autora afirmó que los niños de la calle presentan impulsividad, agresividad e inestabilidad, indicadores que se asocian con inmadurez y pobre control interno, baja tolerancia a la frustración y poseen un yo débil. Mercado concluyó que a través del Dibujo de la Figura humana si fue posible encontrar diferencias entre los niños maltratados que viven con su familia y los niños maltratados que viven en la calle. Así mismo, encontró a través de este instrumento que el abandonar el hogar y vivir en la calle altera aún más el desarrollo emocional del niño que ha sido maltratado. Cabe mencionar que aunque Mercado concluyó lo anterior en su estudio no hubo diferencias estadísticas significativas entre las muestras.

Velasco (1994) realizó una tesis descriptiva del análisis de algunos estudios del DFH de Koppitz realizados en México. Estos estudios evaluaban los indicadores evolutivos y emocionales en distintas circunstancias, es decir, para niños de la calle, para programas de psicomotricidad, niños con problemas emocionales, niños en edad escolar, etc. Velasco trató de responder a la pregunta ¿qué tan eficiente puede ser el DFH de acuerdo a Koppitz con la población Mexicana?, para lo cual realizó la comparación de la presencia de indicadores emocionales en diversos estudios del DFH de Koppitz realizados con población mexicana, llegando a la conclusión de que los indicadores emocionales que se obtuvieron con mayor frecuencia en las investigaciones que se han llevado a cabo son: brazos cortos, integración pobre de las partes, figura inclinada, transparencias, figura pequeña y manos omitidas. Estos indicadores indican: timidez, retraimiento, pasividad, sentimientos de inadecuación y probable depresión. Estos mismos indicadores han sido encontrados en los niños norteamericanos con lesión cerebral. Por lo anterior Velasco concluyó que el DFH de Koppitz ha sido elaborado en otro país (Estados Unidos) en el cual existen diferencias culturales y socio-económicas, por lo que se debe interpretar con cautela

en niños mexicanos, ya que ésta técnica se aplica a través de parámetros extraídos de muestras con características diferentes, tomando en cuenta que el psicólogo mexicano no cuenta con una infraestructura de investigación propia y por esto recurre a lineamientos extranjeros y provoca diagnósticos falseados o poco precisos.

Peterson, Hardin & Nitsch (1995), utilizaron un sistema cuantitativo para identificar varios indicadores en el Dibujo de la Figura Humana que son importantes en la evaluación del Abuso Sexual. Desarrollaron criterios específicos para la puntuación de los dibujos infantiles con puntuaciones de presencia y ausencia de siete indicadores que fueron: dibujo explícito de genitales, ocultamiento de genitales, omisión de genitales, omisión de la parte central de la figura, encapsulamiento del dibujo de la figura humana, árboles con frutas y dibujar el sexo opuesto.

Ellos encontraron que los siete indicadores eran estadísticamente significativos en la diferenciación entre niños sexualmente abusados y niños no abusados, comparándolos con un análisis factorial a 842 niños, de entre 6 a 10 años, en tres grupos:

1. Niños sexualmente abusados.
2. Niños no abusados pero con algún problema emocional o conductual.
3. Niños normales sin diagnóstico previo de abuso sexual infantil, y sin problemas emocionales o conductuales.

Llegaron a la conclusión de que su inventario no diagnostica el abuso sexual infantil, sólo provee de indicios al clínico de que el niño está intentando comunicar alguna información que necesita más investigación.

Este estudio pareciera ser uno de los más completos en cuanto a su proceso metodológico, ya que su muestra es representativa, tiene aparte

del grupo control un grupo clínico y encontraron diferencias significativas. Sin embargo si tomamos en cuenta que sus indicadores no diagnostican el abuso sexual infantil y sólo proveen de indicios al clínico de que el niño está intentando comunicar alguna información que necesita ser investigada, esto no nos da más información de la que hasta ahora se ha investigado, es decir, no se llega a una conclusión clara, lo cual pudiera ser digno de crítica porque todos los dibujos infantiles son una manera de expresión así que habría que dilucidar si realmente esos criterios relacionados con genitales y sexualidad son en verdad indicadores suficientes para relacionarlos con un posible abuso sexual.

West (1998), realizó un meta-análisis de 12 estudios para evaluar la eficacia de las técnicas proyectivas para discriminar entre niños sexualmente abusados y niños no abusados. Realizó una revisión de la literatura para identificar los estudios publicados que utilizaban instrumentos proyectivos con niños sexualmente abusados. Los estudios reportaron estadísticas que permitieron calcular el efecto del tamaño que fueron incluidos al meta-análisis. Se encontraron 12 estudios que se ajustaban a esos criterios los cuales incluían: Rorschach, el Test de la mano, El Test de Apercepción Temática (TAT), los Dibujos de la Familia Kinética, Dibujos de la Figura Humana, etc.

Los resultados de éste análisis dieron un efecto de tamaño de $d=.81$, que es un efecto grande. Seis estudios incluían sólo un grupo normativo de niños no- alterados, no abusados con el grupo de abuso sexual. El efecto de tamaño promedio era $d=.87$, que es un efecto de medio a grande. Lo cual indica que los instrumentos proyectivos pueden discriminar bastante bien los niños alterados y no alterados. En los estudios que incluían un grupo clínico de niños alterados que no habían sido sexualmente abusados, el efecto menor del tamaño indica que los instrumentos fueron menos capaces de discriminar el tipo de alteración. Este meta-análisis comprueba que las

técnicas proyectivas tienen la habilidad de discriminar entre niños que han sido sexualmente abusados de aquellos que no han sido sexualmente abusados. Sin embargo, concluyen que se necesitan más estudios diseñados para incluir grupos clínicos de niños alterados para determinar que tan bien pueden los proyectivos discriminar el tipo de malestar.

Tal vez la falta de discriminación entre grupos clínicos y grupos de abuso sexual se debe a que en este estudio se tomaron los resultados de los estudios originales donde no existe un grupo clínico de comparación, sólo se cuenta con el grupo de niños víctimas de abuso sexual y el grupo control lo cual no nos dice que este tipo de pruebas puedan realmente detectar el abuso sexual, pues sus resultados pueden deberse a otro tipo de estresores de los cuales no se tiene el control.

Los estudios del Dibujo de la Figura Humana realizados en México asocian diversos indicadores presentes en esta población con lesión cerebral en estudios comparativos con otros países, sin embargo, no utilizan otras herramientas para corroborar si realmente existe un probable daño neurológico o no. Además de que dichos estudios presentan muchas deficiencias metodológicas y aunque la mayoría no encuentra diferencias significativas, reiteran que de alguna manera este tipo de instrumento si logra detectar el abuso sexual o algunos indicadores, incluso llegan a decir que aunque no sea estadísticamente significativo si tiene un valor clínico pues detecta algunos indicadores que se pueden relacionar con el abuso sexual infantil.

Sin embargo, debido a la diversidad de resultados en dichos estudios y a la aplicación actual del DFH en la evaluación del abuso sexual infantil en las diversas instituciones mexicanas se considera importante esta investigación para saber si el DFH de Koppitz es una herramienta útil para la detección de Indicadores Emocionales propios del abuso sexual infantil en la evaluación clínica.

IV . Método

1. Planteamiento del problema.

OBJETIVO

- 1.- Identificar indicadores emocionales en el dibujo de la figura humana (DFH) de los niños víctimas de abuso sexual infantil y compararlos con los indicadores de niños con problemas emocionales y niños que no reportan sintomatología alguna.

PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

- ¿Cuáles son los indicadores emocionales que presentan los niños víctimas de abuso sexual?
- ¿Se pueden diferenciar los indicadores emocionales de los niños víctimas de abuso sexual de otras afecciones emocionales?

IUSTIFICACIÓN

Esta investigación analizará y describirá el uso del dibujo de la figura humana de Koppitz como herramienta de evaluación psicológica en la detección de indicadores emocionales propios del abuso sexual. Descubrir un abuso sexual infantil es difícil debido a múltiples causas como son: probable inmadurez de la expresión verbal de los niños, el miedo a revelar los secretos familiares o confusión acerca del significado de actos abusivos, etc. Sin embargo, muchos niños pueden dibujar y a través del dibujo comunicar sus sentimientos y experiencias que podrían no entender o tendrían miedo de expresar verbalmente.

En México la mayoría de las Instituciones encargadas de la atención a víctimas de abuso sexual infantil, así como en la práctica privada, los profesionales de la salud mental utilizan el dibujo de la Figura Humana de Koppitz como herramienta de evaluación que forma parte de la batería de pruebas aplicadas al menor para su detección y plan de tratamiento a seguir.

De manera que si encontráramos indicadores emocionales propios del abuso sexual infantil, en el Dibujo de la Figura Humana de Koppitz, esto podría ayudar en la identificación e intervención de menores víctimas de abuso sexual.

2. Hipótesis

1. Existen Indicadores Emocionales (de Koppitz) en el dibujo de la figura humana (DHF) específicos de niños con abuso sexual comparados con los de niños con problemas emocionales y niños que no reportan sintomatología alguna.

Ho. No existen diferencias significativas en el dibujo de la figura humana (DHF) en cuanto a los indicadores emocionales de niños con abuso sexual, niños con problemas emocionales y niños que no han sido víctimas de éste.

Hi. Existen diferencias significativas en el dibujo de la figura humana (DHF) en cuanto a los indicadores emocionales de niños con abuso sexual, niños con problemas emocionales y niños que no han sido víctimas de éste.

3. Definición conceptual de las variables

Niños de los que se abusó sexualmente: National Center of Child Sexual Abuse and Neglect (1978): "Por abuso sexual se entiende todo contacto e

interacciones entre un niño y un adulto cuando el adulto (agresor) usa al niño para estimularse sexualmente el mismo, al niño o a otra persona. El abuso sexual puede también ser cometido por una persona menor de 18 años, cuando ésta es significativamente mayor que el niño (la víctima) o cuando está (el agresor) en una posición de poder o control sobre otro menor”(p.2).

Niños con problemas emocionales: A la clínica de Trastornos Emocionales del Hospital Psiquiátrico Infantil “Juan N. Navarro”, asisten niños quienes en su mayoría presentan síntomas depresivos mostrándose tristes, retraídos, inhibidos, poco colaboradores y apáticos. Presentan síntomas como agresividad, ansiedad, desobediencia, mentiras, enuresis, mutismo y onicofagia, entre otros. El motivo de consulta generalmente se relaciona con problemas de aprendizaje o bajo rendimiento escolar, basado en el desinterés, dificultad para concentrarse, pensamiento retardado, falta de motivación, cansancio y somnolencia. Otros motivos frecuentes son problemas de tipo psicomatico como dermatitis, dolores de cabeza o de estómago, miedo, trastornos del sueño como pesadillas e insomnio (Esquivel, Medrano y Vidal, 1998).

Niños control: Participantes de la escuela primaria pública “Samuel Delgado I Moya” presumiblemente normales (no existe evaluación previa).

Por lo tanto tendremos dos muestras más para discriminar si existen diferencias en los indicadores emocionales propios del abuso sexual y no causa de otro tipo de afección emocional.

Indicadores Emocionales de Koppitz (1976).

1. Integración deficiente de las partes: este indicador parece estar asociado con uno o varios de los factores tales como inestabilidad, personalidad deficientemente integrada, coordinación pobre o impulsividad. Parece indicar inmadurez por parte del niño, la cual puede ser el resultado de

un retraso evolutivo, deterioro neurológico, regresión debida a serias perturbaciones emocionales o a estos tres factores en conjunto.

2. Sombreado de la cara: sombreado del área total de la cara tiene que ver con niños seriamente perturbados, dominados por la ansiedad y que tienen un concepto muy pobre de sí mismos. Sombreado parcial de la cara tiene que ver con ansiedades específicas referidas a los rasgos que han sido sombreados, o a sus funciones.
3. Sombreado del cuerpo y/o extremidades: indica ansiedad por el cuerpo. Se puede asumir con seguridad que el sombreado en los DFH revela áreas generales de preocupación, pero el sombreado no indica la causa específica subyacente.
4. Sombreado de manos y/o cuello: angustia por alguna actividad real o fantaseada con las manos.
5. Asimetría marcada de las extremidades. Parece estar asociada con coordinación pobre e impulsividad.
- ~~6. Inclinación de la figura: este ítem no parece estar asociado con ningún tipo específico de conducta o de síntoma; más bien sugiere una inestabilidad y falta de equilibrio general.~~
7. Figura Pequeña: extrema inseguridad, retraimiento, depresión.
8. Figura Grande: aparecen asociadas con expansividad inmadurez y controles internos deficientes.
9. Transparencias: están asociadas con inmadurez, impulsividad y conducta actuadora. Transparencias de áreas corporales específicas no son normales en los DFH de los niños en edad escolar. Generalmente indican angustia, conflicto o miedo agudo por lo común con respecto a lo sexual, el nacimiento o mutilación corporal.

10. Cabeza Pequeña: parece indicar sentimientos intensos de inadecuación intelectual.
11. Ojos Bizcos: parece que los ojos bizcos sólo los dibujan los niños muy hostiles hacia los demás. Este tipo de dibujo se interpreta como un reflejo de ira y rebeldía.
12. Dientes: la presencia de dientes en un protocolo no puede considerarse como un signo de perturbación emocional si no hay otros indicadores emocionales en el protocolo. Puede significar agresión oral infantil.
13. Brazos cortos: parece reflejar la dificultad del niño para conectarse con el mundo circundante y con las otras personas. Parece estar asociado con la tendencia al retraimiento, al encerrarse dentro de sí mismo y a la inhibición de los impulsos.
14. Brazos Largos: están asociados con una inclusión agresiva en el ambiente.
15. Brazos pegados al cuerpo: reflejan un control interno bastante rígido y una dificultad de conectarse con los demás. Carencia de flexibilidad y relaciones interpersonales pobres.
16. Manos grandes: parecen estar asociadas con la conducta agresiva y actuadora en la que están implicadas las manos, ya sea directamente como en la agresión manifiesta, o indirectamente, como en el robo.
17. Manos omitidas: refleja sentimientos de inadecuación o de culpa por no lograr actuar correctamente, o por la incapacidad para actuar.
18. Piernas Juntas: parece indicar sobre todo tensión en el niño y un rígido intento por parte del mismo para controlar sus propios impulsos sexuales o su temor de sufrir un ataque sexual.

19. Dibujo de genitales: debe ser considerada como un signo de psicopatología seria que implica aguda angustia en el cuerpo y control pobre de los impulsos.
20. Monstruo o Figura Grotesca: no parece estar asociado con ningún tipo específico de conducta, sino que más bien refleja sentimientos de intensa inadecuación, y muy pobre concepto de sí mismo.
21. Dibujo Espontáneo de tres o más figuras: está asociado con bajo rendimiento escolar. Este indicador se encuentra casi exclusivamente en los dibujos de niños con capacidad limitada proveniente de familias grandes y con bajo nivel cultural y/o lesión cerebral.
22. Nube: indica que el niño se siente amenazado por el mundo adulto, especialmente por los padres. El niño está ubicado bajo una nube, bajo presión desde arriba.
23. Omisión de los Ojos: se trata de niños aislados socialmente, tendencia a negar sus problemas, rechazo a enfrentar el mundo y escape hacia la fantasía.

24. Omisión de la Nariz: está asociada con conducta tímida y retraída y con la ausencia de agresividad manifiesta. Está asociada con escaso interés social, sentimientos de inmovilidad e indefensión, una incapacidad de progresar, angustia por el cuerpo y la culpa por la masturbación.
25. Omisión de la Boca: sentimientos de angustia, inseguridad y retraimiento, inclusive resistencia pasiva. Revela la incapacidad del sujeto o su rechazo a comunicarse con los demás.
26. Omisión del Cuerpo: entre los niños de edad escolar, la omisión del cuerpo es invariablemente un signo serio de psicopatología y puede

reflejar cualquiera de las siguientes condiciones. Retraso mental, disfunción cortical, inmadurez severa debida a retraso evolutivo, o perturbación emocional aguda, ansiedad por el cuerpo y angustia de castración.

27. Omisión de los brazos: refleja ansiedad y culpa por conductas socialmente inaceptables que implican los brazos o las manos.
28. Omisión de las Piernas: refleja angustia e inseguridad.
29. Omisión de los Pies: no está asociada con ningún tipo específico de conducta o síntoma; en cambio, parece reflejar un sentido general de inseguridad y desvalimiento, un sentimiento de no tener pies en que pararse.
30. Omisión del Cuello: parece estar relacionada con inmadurez, impulsividad y controles internos deficientes.

4. Definición operacional de las variables

La muestra de niños abusados sexualmente y niños con problemas emocionales están conformados por el Hospital Psiquiátrico Infantil "Juan N. Navarro". La muestra control se seleccionó de una escuela primaria pública.

Indicadores Emocionales de Koppitz (1976):

1. Integración pobre de las partes (significativa en varones desde los 7 años, en las niñas desde los 6): una o más partes no están unidas al resto de la figura una de las partes sólo está unida por una raya, o apenas se toca con el resto.
2. Sombreado de la cara: Sombreado deliberado de toda la cara o de parte de la misma, inclusive "pecas" , sarampión o anteojos oscuros,

etc.: un sombreado suave y parejo de la cara y las manos para representar el color de la piel no se puntúa.

3. Sombreado del cuerpo, extremidades o ambos: significativo para los varones desde los 9 años, para las niñas desde los 8.
 4. Sombreado de las manos, cuello o ambos: significativo para los varones desde los 8 años; para las niñas desde los 7.
 5. Asimetría burda de las extremidades: un brazo o pierna difieren marcadamente de la otra en la forma. Este indicador no se califica si los brazos o las piernas tienen forma parecida, pero son un poco disparejos en el tamaño.
 6. Figuras inclinadas: el eje vertical de la figura tiene una inclinación de 15 grados o más con respecto a la perpendicular.
 7. Figura pequeña: la figura tiene 5 cm. o menos de altura.
 8. Figura grande: significativo desde los 8 años tanto en niñas como en varones; figura de 23 cm o más de altura.
-
9. Transparencias: se puntúan las transparencias que comprenden las proporciones mayores del cuerpo o las extremidades: No se califican las rayas o cuando las líneas de los brazos atraviesan el cuerpo.
 10. Cabeza pequeña: la altura de la cabeza es menos de un décimo de la figura total.
 11. Ojos bizcos o desviados: ambos ojos vueltos hacia adentro o desviados hacia fuera; miradas de reojo no se califican.
 12. Dientes: cualquier representación de uno o más dientes.

13. Brazos cortos: apéndices cortos a modo de brazos , brazos que no llegan a la cintura. En vez de brazos se dibujan dos pequeños picos; los brazos son tan cortos que no alcanzan a llegar a la cintura de la figura.
14. Brazos largos: brazos excesivamente largos, por su longitud pueden llegar debajo de las rodillas, o donde éstas deberían estar.
15. Brazos pegados al cuerpo: no hay espacio entre el cuerpo y los brazos.
16. Manos grandes: manos de tamaño igual o mayor al de la cara.
17. Manos omitidas: brazos sin manos, ni dedos; no se puntúan las manos ocultas atrás de la figura o en los bolsillos.
18. Piernas juntas: las piernas están pegadas sin ningún espacio entre sí; en los dibujos de perfil se muestra una sola pierna.
19. Genitales: representación realista o simbólica de los genitales. Se dibuja una figura desnuda; aparecen dibujos realistas de los genitales o representaciones simbólicas inequívocas de éstos; se muestran características sexuales secundarias como los pechos.
20. Monstruo o figura grotesca: dibujo que representa una figura ridícula, degradada o no humana, lo grotesco de la figura debe ser buscado deliberadamente por el niño, y no el resultado de su inmadurez o falta de habilidad para el dibujo ; lo cual no se computa. La figura puede representar monstruos, una criatura del espacio exterior, un extraño como sería un extranjero el miembro de un grupo minoritario dibujado por un alumno que no pertenece a ese grupo, una persona ridícula, como un payaso o un vagabundo, o un animal.
21. Dibujo espontáneo de tres o más figuras: varias figuras que no se interrelacionan o se encuentran realizando una actividad significativa;

- dibujo repetido de figuras cuando se le solicitó sólo una persona. No se puntúa el dibujo de un varón y una niña; o el de la familia del examinado.
22. Nubes: cualquier representación de nubes, lluvia, nieve o pájaros volando.
 23. Omisión de los ojos: ausencia total de los ojos; ojos cerrados o vacíos no se califican. O bien si están cubiertos por anteojos oscuros.
 24. Omisión de la nariz: significativo para varones, desde los 6 años; para las niñas desde los 5. No aparece ningún esbozo de la nariz ni de las fosas nasales.
 25. Omisión de la boca: significativa a cualquier edad. La figura carece de boca. Este reactivo no se registra cuando la boca está cubierta por un objeto, por ejemplo, un casco de futbolista.
 26. Omisión del cuerpo: significativo a cualquier edad.
 27. Omisión de los brazos: significativo para los varones desde los 9 años; para las niñas desde los 7. No se dibujan brazos ni manos, las manos aparecen solas, sin brazos.
 28. Omisión de las piernas: significativo a cualquier edad. No se dibujan piernas ni pies; los pies aparecen solos sin piernas.
 29. Omisión de los pies: significativo para los varones desde los 9 años; para las niñas desde los 7. Solo se dibujan las piernas, los pies y las piernas están cortados por el borde del papel.
 30. Omisión del cuello: significativo para los varones desde los 10 años; para las niñas desde los 9. No existe conexión entre la cabeza y el cuerpo; la cabeza apenas toca el cuerpo; la cabeza está unida directamente al cuerpo sin ningún indicio de cuello. Este reactivo no se registra si se muestra la línea clara del cuello de una camiseta o de un suéter, aún cuando el cuello no sea visible.

5. SUJETOS

Se obtuvieron un total de 251 Dibujos de la Figura Humana, los cuales se encuentran divididos en tres diferentes muestras con un total de 83 dibujos para cada una, que a continuación se describen:

1.-MUESTRA CLÍNICA DE ABUSO SEXUAL INFANTIL.

Se recolectaron 83 Dibujos de la Figura Humana realizados por niños que llegaron a la Clínica de abuso sexual del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro", desde el año de 1996 hasta el 2000, contemplando las edades de 5 a 12 años y un CI normal.

2.-MUESTRA CLÍNICA DE TRASTORNO DE LAS EMOCIONES.

Se recolectaron 83 Dibujos de la Figura Humana de pacientes que llegaron a la clínica del trastorno de las emociones del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro" desde el año de 1996 hasta el 2000 y que se encuentran dentro del intervalo de edad de 5 a 12 años y con un CI normal.

Los Dibujos de la Figura Humana se descartaron cuando se documentaba en el expediente que además de tener algún trastorno emocional fue víctima de abuso sexual.

3.-MUESTRA CONTROL.

Se les seleccionaron 85 niños de una escuela primaria pública manteniendo el mismo número de dibujos realizados por los grupos del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro". Esta muestra se igualó en criterios de edad (5-12 años), número obtenido en las dos muestras anteriores y CI normal.

Cabe mencionar que durante la aplicación del método del DFH no se tuvo ninguna sospecha de abuso sexual por lo cual ningún dibujo se eliminó; sin embargo, no hubo una evaluación previa para descartar algún trastorno emocional.

Así se trata de una muestra no probabilística o dirigida: suponen un procedimiento de selección informal y un poco arbitrario. La elección de los sujetos no dependerá de que todos tengan la misma probabilidad de ser elegidos sino de la decisión de un investigador. La ventaja de una muestra así es su utilidad para un determinado diseño de estudio, que requiere no tanto de una "representatividad" de elementos de una población, sino de una cuidadosa y controlada elección de sujetos con ciertas características que son los niños con abuso sexual, niños con problemas emocionales y niños de una escuela pública primaria cumpliendo el rango de edad y el CI.

Desventajas: no es posible calcular con precisión el error estándar, es decir, con qué nivel de confianza hacemos una estimación. Por lo cual los datos no pueden generalizarse a una población que no se consideró ni en sus parámetros, ni en sus elementos para obtener la muestra (Hernández, Fernández y Baptista, 1991).

6. Instrumentos

El instrumento que se utilizó fue el Dibujo de la Figura Humana (DFH) con los criterios de evaluación de Elizabeth M. Koppitz, considerando 30 ~~indicadores emocionales descritos conceptual y operacionalmente~~ anteriormente en este mismo apartado.

Además de la recolección de los Dibujos de la Figura Humana se llenó un Cuestionario de datos específicos sobre el abuso sexual infantil, mismo que nos permitió conocer las características sobre la víctima, el perpetrador, y la manera en que el abuso sexual ocurrió (ver anexo 1). Para las otras dos muestras se obtuvieron datos generales del sujeto: género, edad, escolaridad y con quién vive el niño.

7. Tipo de estudio

El estudio al que corresponde esta investigación es descriptivo. Los estudios descriptivos miden de manera más bien independiente los conceptos o variables con los que tienen que ver. Aunque, desde luego pueden integrar las mediciones de cada una de dichas variables para decir cómo es y se manifiesta el fenómeno de interés, su objetivo no es indicar cómo se relacionan las variables medidas (Hernández, Fernández y Baptista, 1991).

8. Diseño de investigación

Se trata de una investigación no experimental con diseño transeccional descriptivo teniendo como objetivo indagar la incidencia y los valores en que se manifiesta una o más variables. El procedimiento consiste en medir en un grupo de personas u objetos una o más variables y proporcionar su descripción. Lo llamamos transeccional porque la recolección de datos fue en un solo momento, además de ser retrospectivo por la evaluación ya realizada (Hernández, Fernández y Baptista, 1991).

9. Procedimiento

Los dibujos de la figura humana, se recolectaron en el Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro", de niños a quienes se abusó sexualmente y de niños con problemas emocionales. El Hospital proporcionó los expedientes de donde se obtuvo la información del cuestionario (véase el anexo 1), facilitándonos también los dibujos para fotocopiarlos. La prueba del D.F.H. de Koppitz puede administrarse en forma individual o colectiva a niños de 5 a 12 años (Koppitz, 1976).

Los dibujos del grupo control se obtuvieron en una escuela pública primaria "Samuel Delgado I Moya", donde la aplicación fue colectiva en un

salón de clases con niños de diferentes grados escolares, siguiendo los criterios de aplicación de Koppitz con la siguientes instrucciones:

“Quiero que en esta hoja dibujes una persona completa . Puede ser cualquier clase de persona que quieras dibujar, siempre que sea una persona completa , y no una caricatura o una figura hecha con palitos” (Esquivel, Heredia y Lucio, 1995).

No hubo límite de tiempo para la prueba y al final se les pidió a los niños que anotaran su género, edad, grado escolar y con quién vivía el niño para así obtener la presencia funcional de sus padres.

Una vez recolectadas las pruebas se procedió a la cuantificación de los indicadores de la prueba utilizando una puntuación de 1 (presencia), 0 (ausencia) para los Indicadores Emocionales. Cabe mencionar que para la codificación no se tomó en cuenta la muestra a la que pertenece el dibujo, es decir, se realizó un estudio ciego para la cuantificación de las pruebas en el sentido de que los recolectores de datos ignoraban las peculiaridades clínicas (u otras) de los niños autores de los dibujos.

~~Una vez completados los formatos de codificación (véase el anexo 2) se capturaron en el programa de SPSS versión 7.5 junto con los datos obtenidos en el cuestionario (véase el anexo 1) para la muestra de niños de quienes se abusó sexualmente y datos generales para las otras dos muestras.~~

Teniendo la base computarizada se realizaron dos pruebas estadísticas: una chi cuadrada para detectar la probabilidad asociada a las diferencias entre las muestras, y una regresión logística para determinar si existían indicadores propios de niños con abuso sexual infantil que pudieran discriminar entre niños víctimas y no víctimas. Además del análisis estadístico de los datos se obtuvo el coeficiente de consistencia interna alpha de Cronbach y se estableció la validez de constructo como se describe a continuación:

Se seleccionó el coeficiente alpha por requerir una sola aplicación de una única forma y se basa en la consistencia de las puntuaciones a todos los reactivos de la prueba. Esta consistencia entre reactivos está influida por dos fuentes de varianza de error: 1) el muestreo de contenido y 2) la heterogeneidad del área de conducta muestreada. Entre más homogénea sea el área mayor será la consistencia entre reactivos (Anastasi y Urbina, 1998).

Dadas las condiciones del estudio en cuanto a la muestra y las características (proyectivas) de la prueba se buscó estimar su validez de constructo pues denota el grado en que pueda interpretarse el desempeño en una prueba en términos de los constructos teóricos que sirven como referente. Así, se compararon las puntuaciones de participantes definidos donde se utilizan grupos clara e independientemente identificados como diferentes. Este tipo de validación es congruente para los indicadores emocionales de Koppitz en niños de quienes se abusó sexualmente, niños con problemas emocionales y niños de quienes no se abusó sexualmente. La prueba estadística fue la Chi cuadrada para K muestras independientes.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LOS DATOS

Chi cuadrada

Se seleccionó esta prueba no paramétrica, por tratarse de una muestra no probabilística y requerir de un nivel de medición nominal (ausente-presente). Se utiliza para explorar diferencias entre las muestras y así determinar si parece haber indicadores emocionales propios de niños con una característica especial, haber experimentado abuso sexual (Siegel y Castellan, 1995).

Regresión Logística

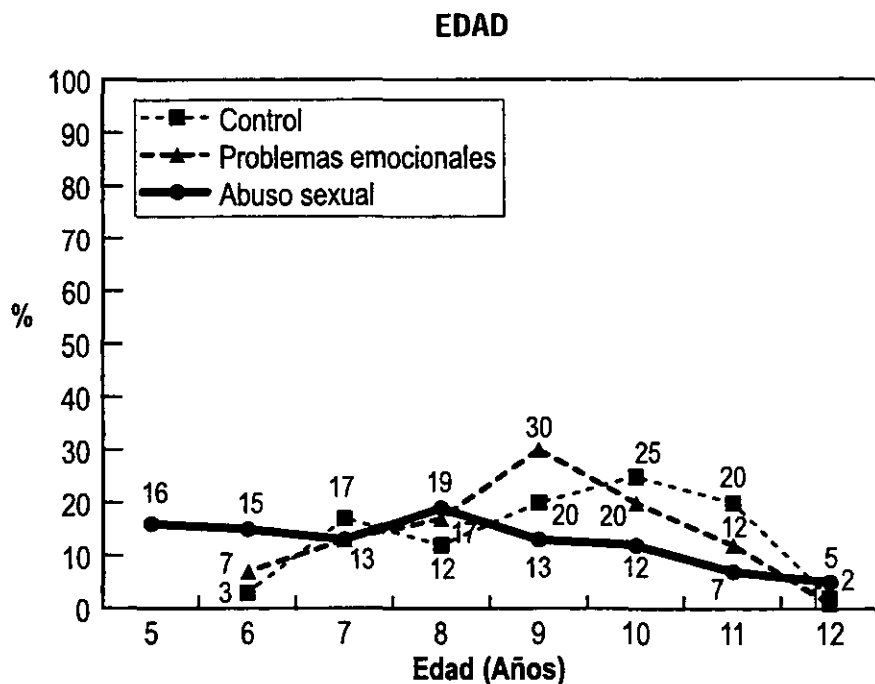
Se seleccionó la regresión logística por tratarse de un modelo que, a partir de los coeficientes estimados para cada una de esas variables

independientes fruto de la probabilidad de los individuos en la independiente, permite asignar los mismos a una u otra categoría u opción de respuesta. Con esta prueba se exploró cuál o cuáles variables independientes inciden (y en qué grado) en que los individuos de cada muestra tengan más probabilidades de descartarse por una u otra categoría de la citada variable. En este tipo de regresión acepta en la variable dependiente dos categorías (binaria) o bien más de dos categorías (multinomial), a la vez que parte de supuestos menos restrictivos y permite introducir como independientes, en el modelo, variables categóricas (Visauta, 1998).

V. Resultados

Tomando en cuenta que el objetivo de la presente investigación fue identificar Indicadores Emocionales del Dibujo de la Figura Humana (DFH) de Koppitz en los niños víctimas de abuso sexual, comparados con los niños con problemas emocionales y niños que no reportaron sintomatología alguna, a continuación se presentan las características generales de los sujetos.

Como puede observarse en la gráfica 1, el rango de edad para las tres muestras fue de 5 a 12 años.



Gráfica 1

En cuanto al género, la figura 1 indica que en la muestra de abuso sexual el 53% de los casos son de sexo femenino y el 47% masculinos. No encontrándose una gran diferencia en el género de los sujetos en las dos muestras siguientes ya que se trataron de igualar en base a la muestra de abuso sexual infantil.

Y aunque el 53% de los casos fue de sexo femenino no se encontró una gran diferencia de género lo cual se esperaba ya que la literatura refiere que las niñas son agredidas con mayor frecuencia que los niños (Cazorla, 1992).

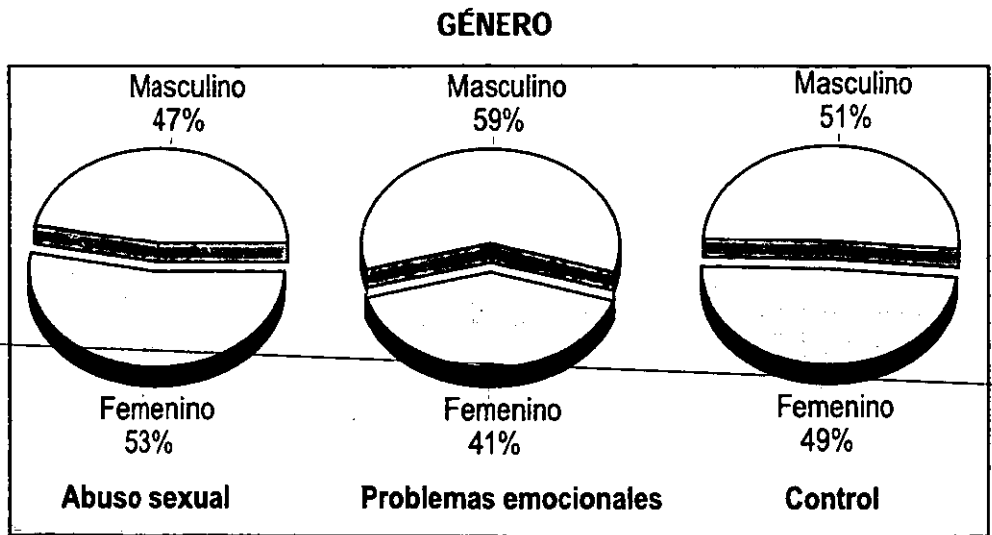
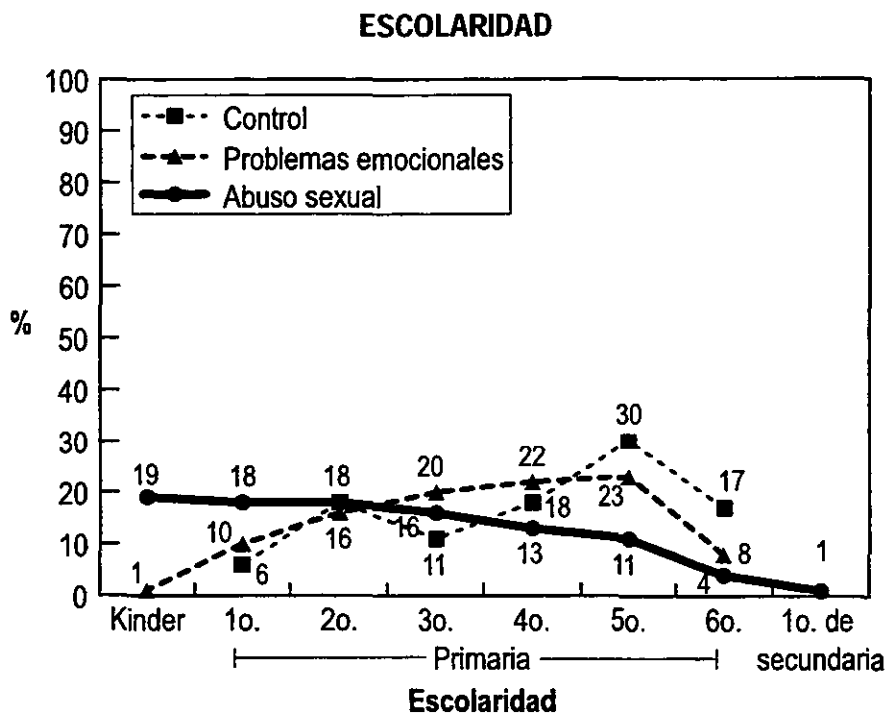


Figura 1

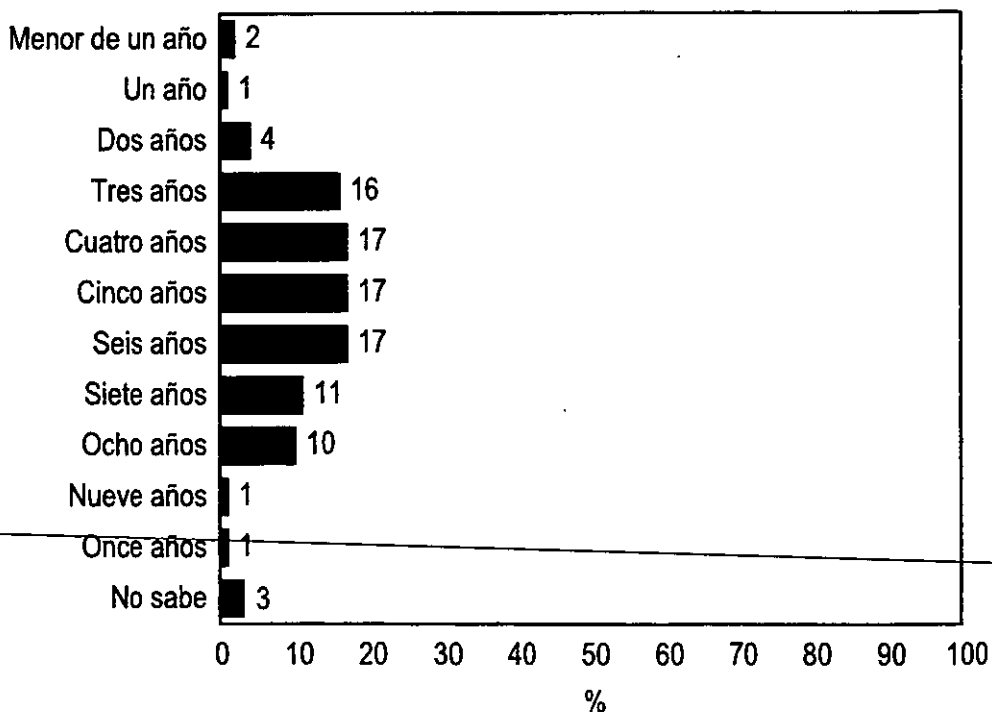
La escolaridad en las tres muestras varía desde el Kinder hasta primero de secundaria. Observamos que existe una fluctuación mayor en las tres muestras entre primero y sexto de primaria, dato que corresponde con la edad de los sujetos.



Gráfica 2

La gráfica 3 muestra que la edad de la víctima al iniciar el abuso fluctúa entre menos de un año hasta los once años. Donde el 88% de los casos se encontró entre los 3 y 8 años de edad.

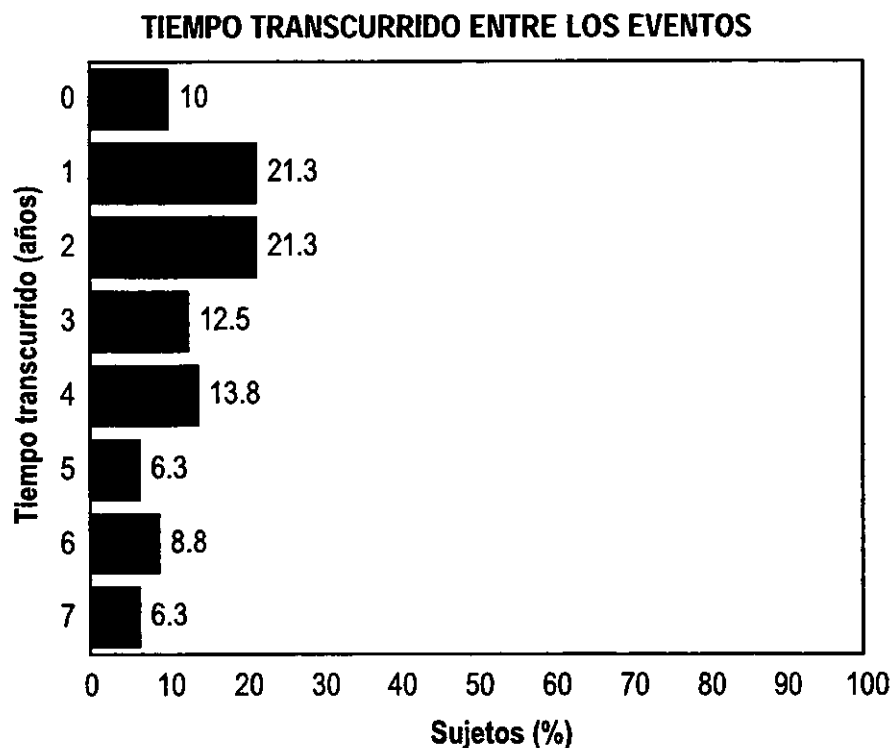
EDAD DE LA VÍCTIMA AL MOMENTO DEL ABUSO SEXUAL



Gráfica 3

Al observar los resultados anteriores se investigó (gráfica 4) la diferencia entre la edad en que ocurrió el abuso sexual y la edad en que se aplicó la técnica del D.F.H. Encontrando que sólo en el 10% de los casos estos dos

sucesos ocurrieron simultáneamente, mientras que en el 90% de la población la aplicación del D.F.H. se hizo después de haber transcurrido por lo menos un año.



Gráfica 4

Estos datos son de mayor importancia pues se debe recordar que el valor particular del D.F.H. radica justamente en su sensibilidad para detectar los cambios emocionales, las actitudes y preocupaciones del niño en un momento dado (Koppitz, 1976). Es decir, debido al tiempo transcurrido, no podemos asegurar que los indicadores emocionales tengan relación directa con el abuso sexual, así como no podemos saber si se debe a alguna situación particular de el momento actual en el que se encuentra inmerso el niño y que no tenga que ver con la agresión sexual vivida por él.

En cuanto a las características de los agresores podemos observar que el 93% fueron de sexo masculino, aunque existe también un 7% de mujeres (fig.2). Su edad comprende desde los 5 a los 70 años, observando que el 36% se encuentra entre los 10 a 19 años de edad y un 20% son mayores de

CARACTERÍSTICAS DEL AGRESOR

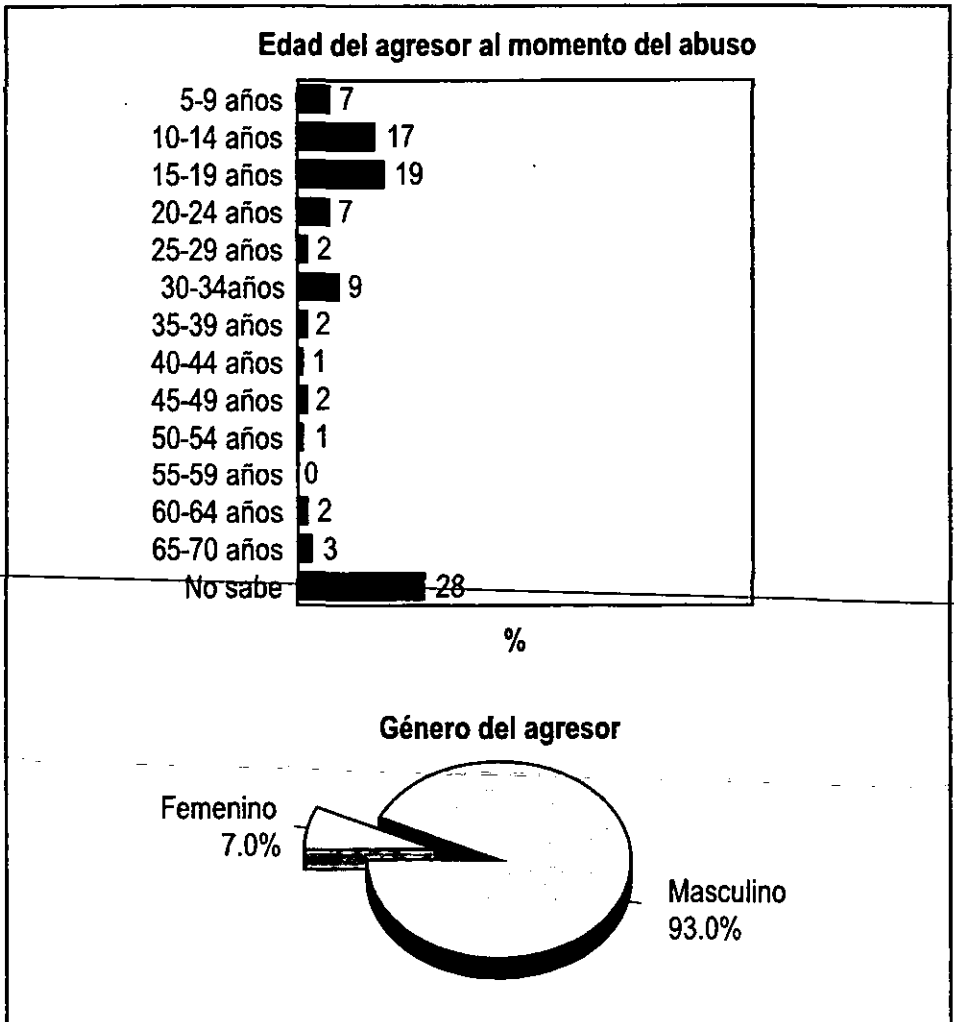
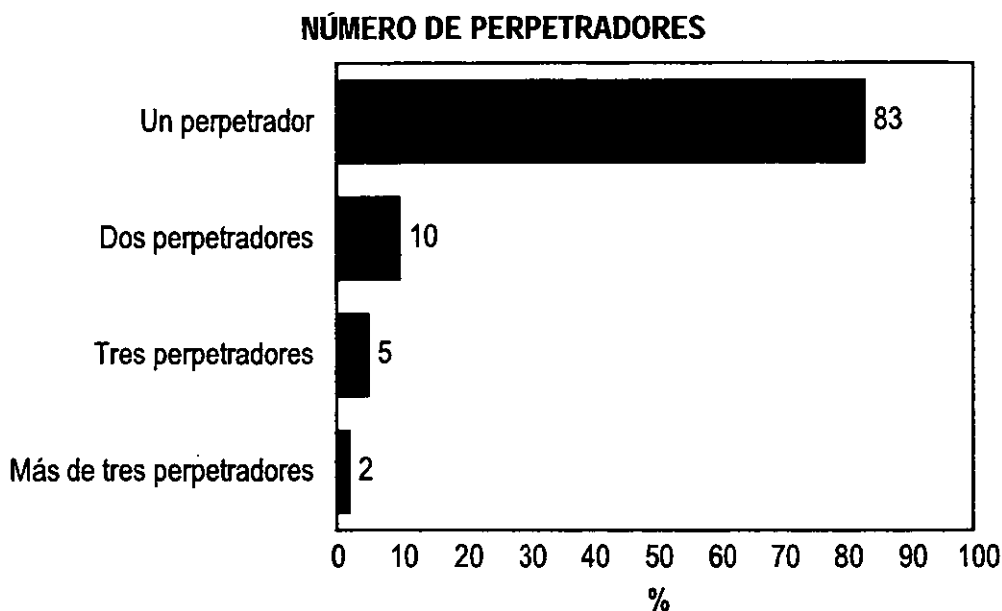


Figura 2

30 años. Es importante mencionar que el rango de edad entre 5 y 9 años debe tomarse con reservas ya que el hospital no tiene parámetros específicos acerca de lo que se considera abuso o no, respecto a compañeros de la misma edad.

En la mayoría de los casos (83%) el abuso sexual fue cometido por un perpetrador. Sin embargo existe un porcentaje importante (17%) donde intervino más de un agresor.



Gráfica 5

El 86% de los casos de abuso sexual fue perpetrado por alguien conocido (definido como la persona con la que había tenido algún tipo de relación afectivo o lazo consanguíneo) ocupando los índices más altos, el primo, el tío, el padre, el hermano y el vecino. Sin embargo también se observó la agresión sexual por parte de los abuelos y la madre. Esto se confirma con la gráfica de incesto donde se puede observar que el 75% de los niños fueron víctimas de incesto y de éstos el 40% vivía con el agresor.

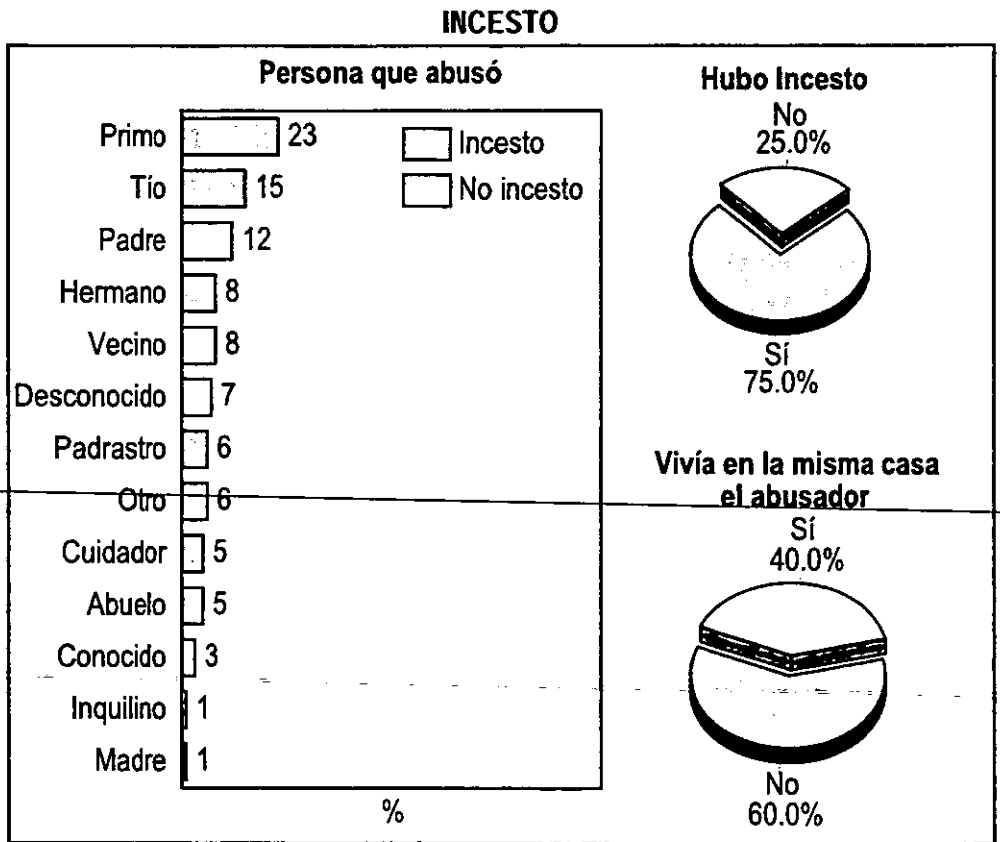
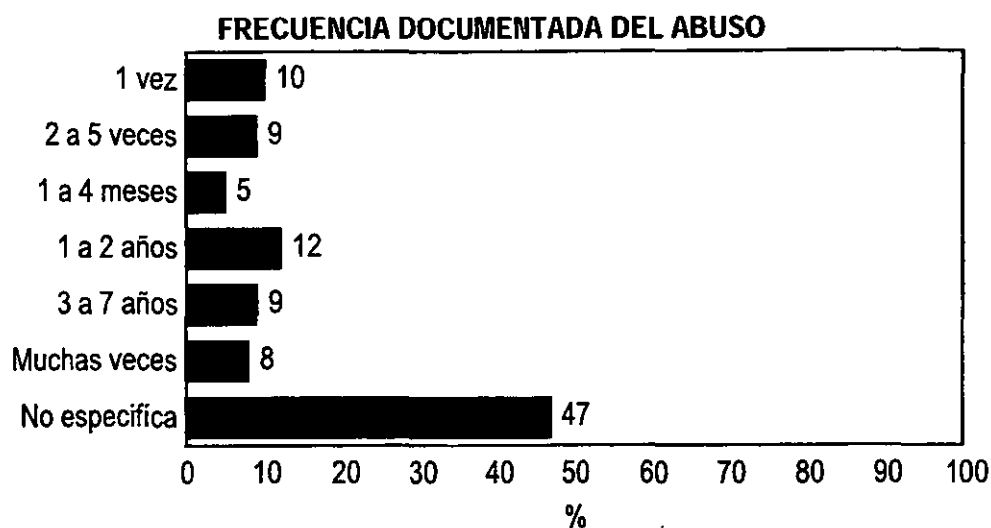


Figura 3

Los datos observados acerca de la duración del abuso sexual van desde una vez hasta más de 7 años. Siendo el porcentaje más alto el que va de un año a dos años con el 12 %. Sin embargo el 47% de los casos no especificó la frecuencia del abuso, lo cual es un dato significativo que puede estar influyendo en esta información.



Gráfica 6

De acuerdo a la definición operacional de abuso (fig.4) se dividieron en diez las categorías que refieren el tipo de abuso (categorías que no se excluyen mutuamente ya que se observó que varias de estas conductas se presentan en una situación de abuso), encontrándose un porcentaje muy alto (72%) de caricias seguido de coito vaginal o anal (47%) y violación (43%).

Entre las estrategias más empleadas a las que recurrió el agresor (fig. 4), según la descripción hecha por las víctimas se encuentran las amenazas, la violencia física y la violencia emocional. Sin embargo también se observan la persuasión, el engaño, incluyendo regalos, seducción y abuso de confianza.

Lo anterior nos indica que estas estrategias pueden llevarse a cabo en combinaciones diferentes. Pero puede ser útil también tener en cuenta que con alguna frecuencia se dan ciertas regularidades. Conocer estas estrategias es fundamental ya que muchos programas de intervención parten del supuesto de que los niños pueden evitar los abusos. Pero este supuesto en muchos casos no es correcto, como puede inferirse de la habilidad que emplean muchos de los agresores. Como puede observarse, sería muy difícil para un niño prever qué adulto y con qué conducta se convertirá en un agresor.

CARACTERÍSTICAS DEL ABUSO SEXUAL

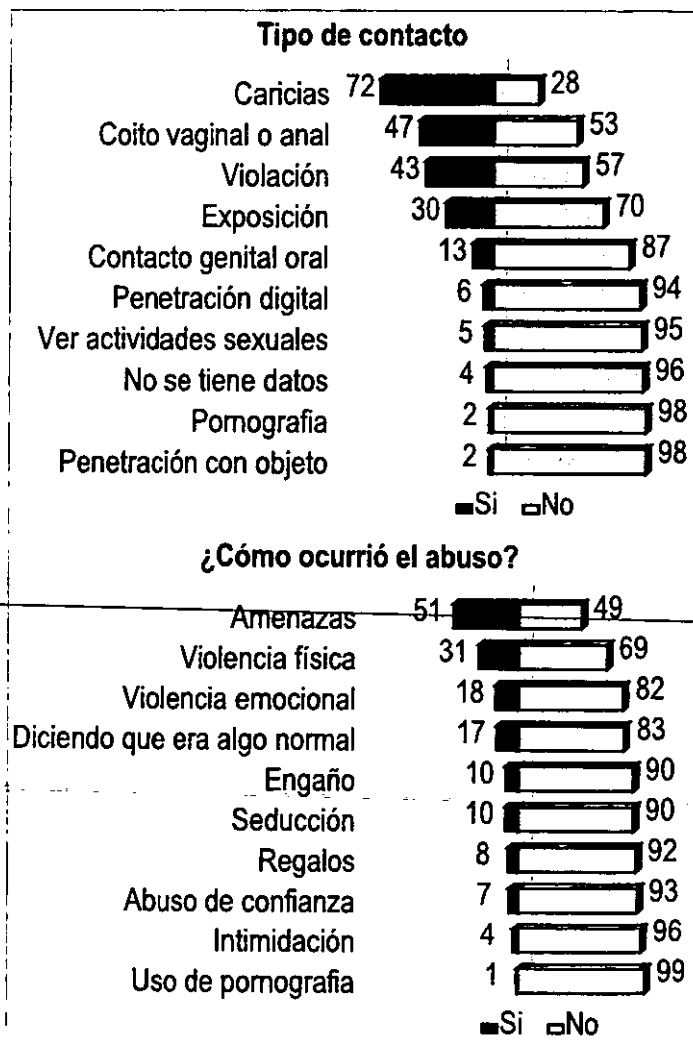
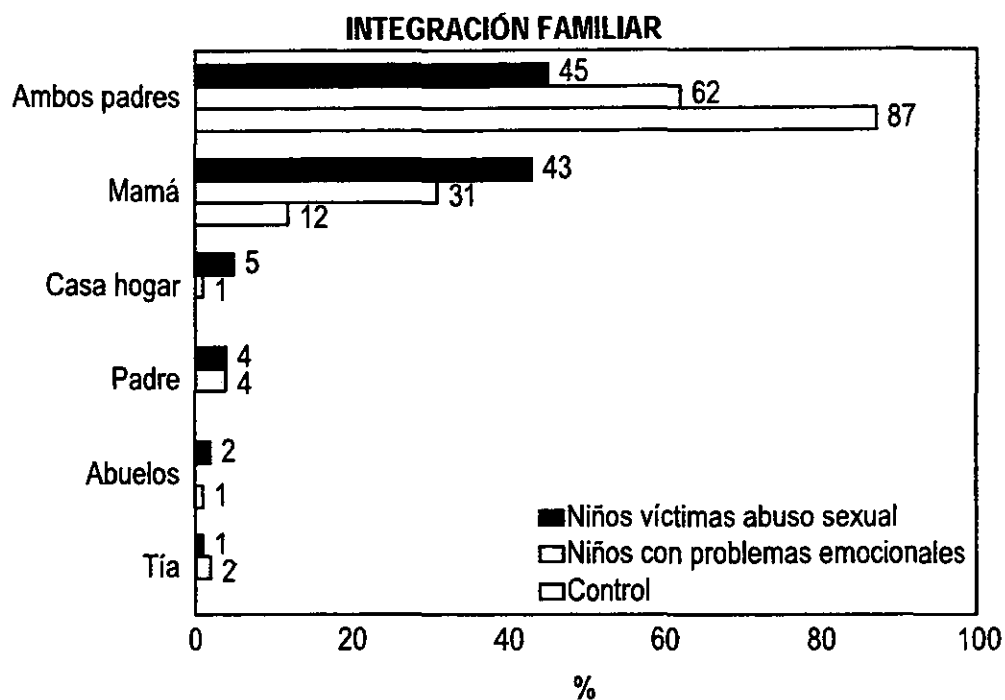


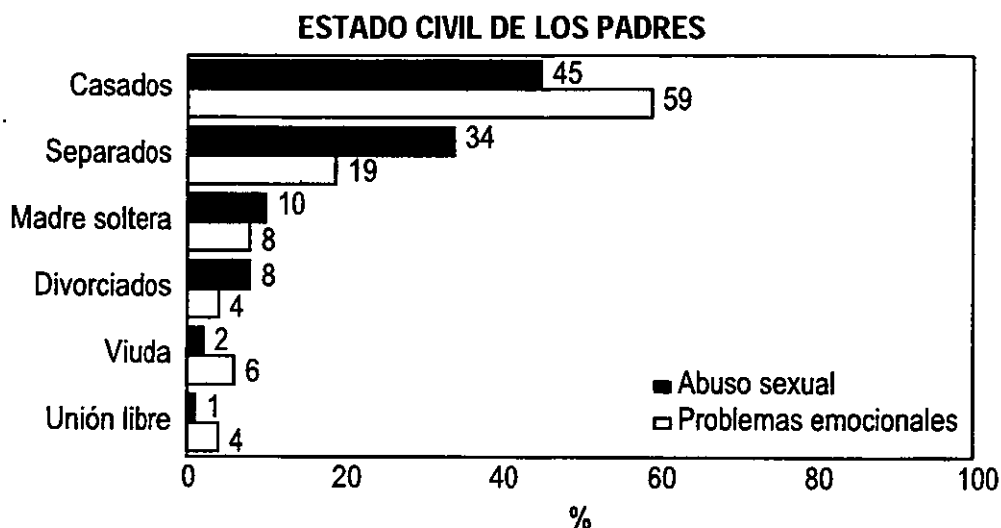
Figura 4

En cuanto a la integración familiar en los niños víctimas de abuso sexual podemos observar (gráfica 7) que más de la mitad (55%) no viven con ambos padres, siendo la madre en la mayoría de los casos la responsable del niño.



Gráfica 7

La gráfica anterior confirma los resultados relacionados con el estado civil de los padres en los casos de niños víctimas de abuso sexual donde se puede observar que el 55% pertenece a las categorías de separación, divorcio, madres solteras, etc. En comparación con la muestra de problemas emocionales donde el 59% de los casos los padres son casados. (gráfica 8).



Gráfica 8

El Hospital Psiquiátrico Infantil "Juan N. Navarro" en la mayoría de los casos utiliza un formato que clasifica a las familias en cuatro tipos:

- 1.- Integrada: se refiere a la familia núcleo (padres e hijos) que vive bajo el mismo techo, pudiéndose encontrar o no la familia extensiva (tíos, primos y abuelos).
- 2.- Desintegrada: es aquella en la que la familia núcleo se encuentra desmembrada y los padres están divorciados, separados, viudos, las madres son solteras o los hijos no viven con ellos.
- 3.- Disfuncionales: en donde la relación entre los miembros de la misma es deficiente y desadaptativa, existiendo poca comunicación.

4.- Funcionales: en donde existe una aceptable comunicación y la relación entre los miembros es adaptativa.

Lo anterior es un reflejo del tipo de familia que a continuación nos muestran las siguientes gráficas (fig. 5), es decir, se encontró que los niños víctimas de abuso sexual pertenecen a familias desintegradas en un 54% comparado con el 37% e la población de niños con problemas emocionales y el 13% en el grupo control. Indicando que la estructura familiar en los niños víctimas de abuso sexual es un factor de riesgo que se confirma en la literatura.

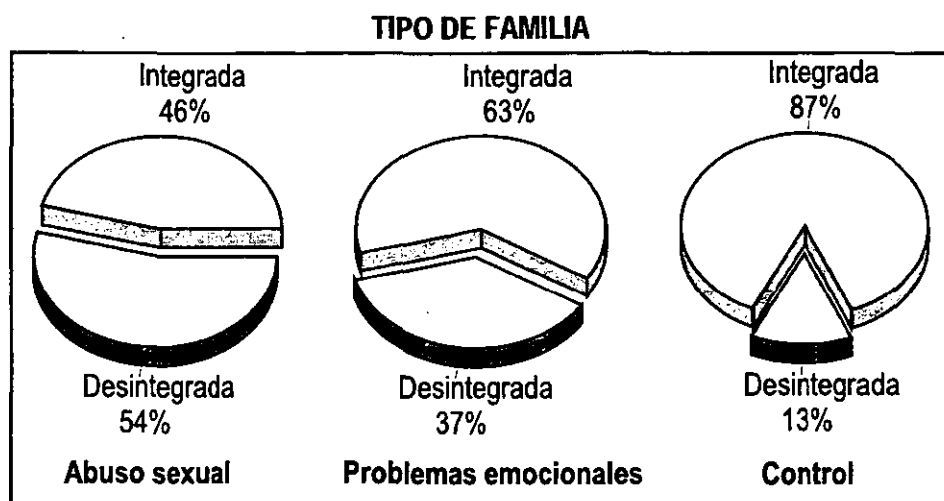


Figura 5

Además podemos observar en la figura 6 que el diagnóstico familiar que prevalece en las clínicas del hospital (clínica del abuso sexual y problemas emocionales) es disfuncional, presentando un 87% y 84% respectivamente.

DIAGNÓSTICO FAMILIAR

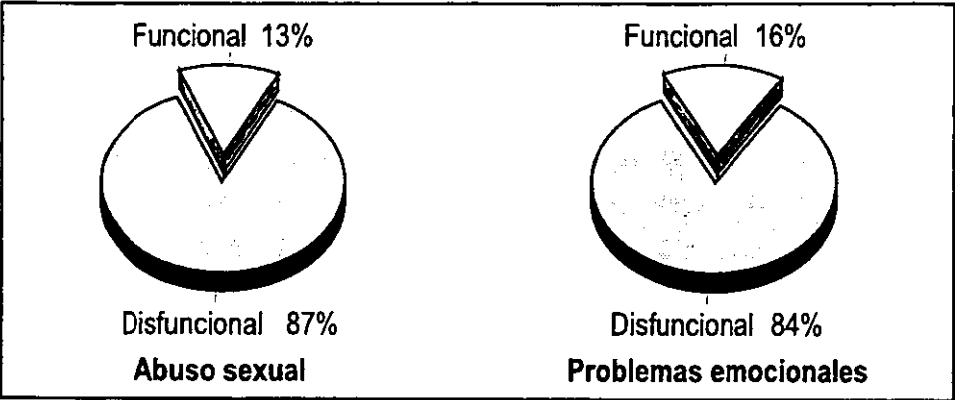
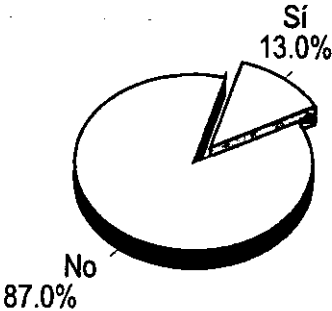


Figura 6

Una pregunta que se anexó al cuestionario al momento de estar recabando la información fue si la madre había sido víctima de abuso sexual en su niñez (gráfica 9) encontrándose un 13%, en donde generalmente se daba después un abuso sexual intergeneracional, lo cual vuelve a demostrar la importancia del factor familiar como factor de riesgo y/o protección en los niños víctimas de abuso sexual.

LA MADRE FUE VÍCTIMA DE ABUSO SEXUAL EN SU NIÑEZ



Gráfica 9

Los Indicadores emocionales (figura 7) que se obtuvieron de la valoración psiquiátrica del Hospital "Juan N. Navarro" son diversos en ambas muestras; la agresividad es mayor por 13 puntos en la muestra de niños abusados sexualmente, contrario a impulsividad mayor en 12 puntos en la muestra con problemas emocionales, el indicador de ansiedad es de 71 por ciento en los niños con problemas emocionales y 59 por ciento en los niños abusados sexualmente. El dato más significativo lo encontramos en la baja autoestima de los niños víctimas de abuso sexual que es casi el doble cuando se compara con los niños con problemas emocionales.

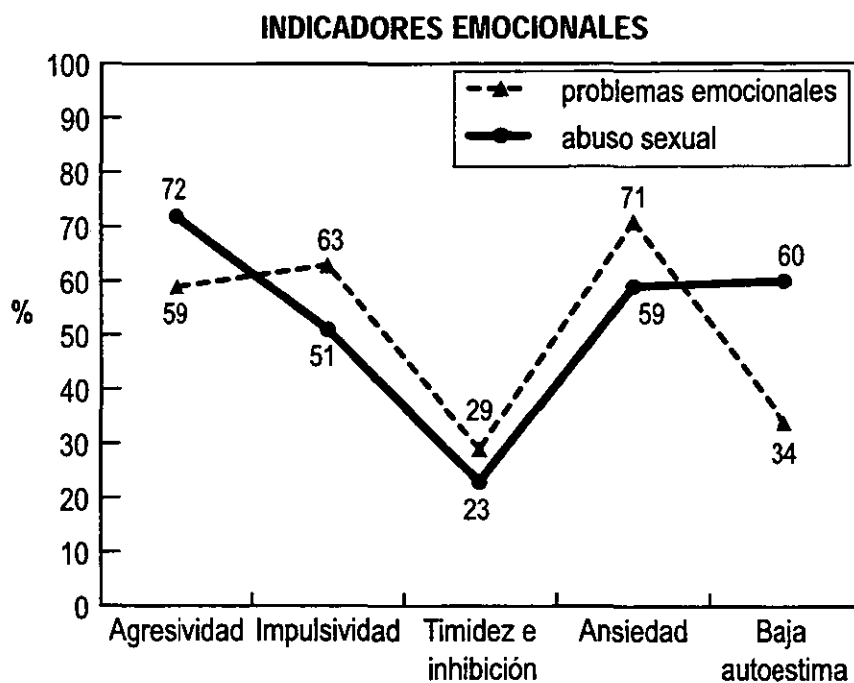
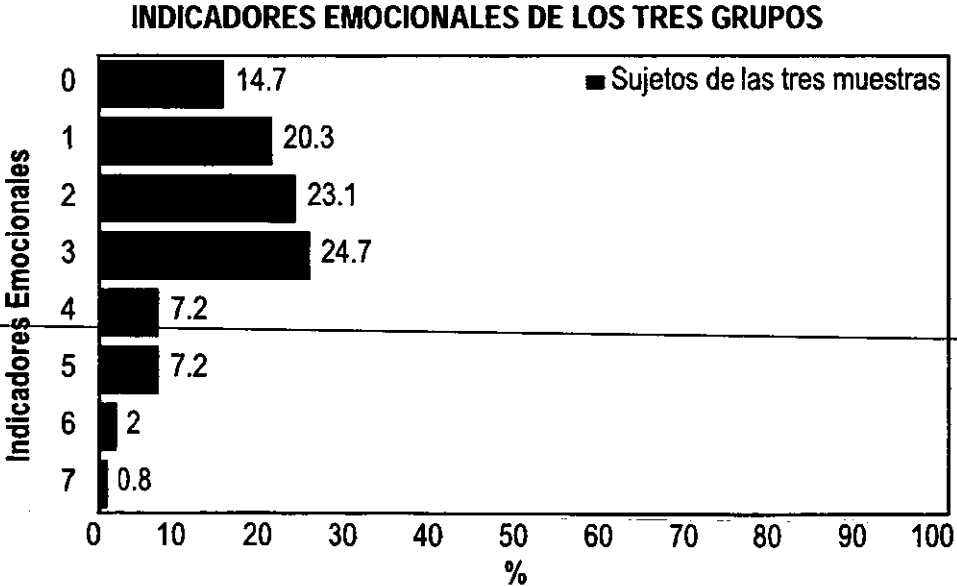


Figura 7

Lo presentado hasta este momento es la información obtenida del cuestionario y datos generales de las muestras, ¿pero que pasa con los indicadores emocionales de Koppitz?

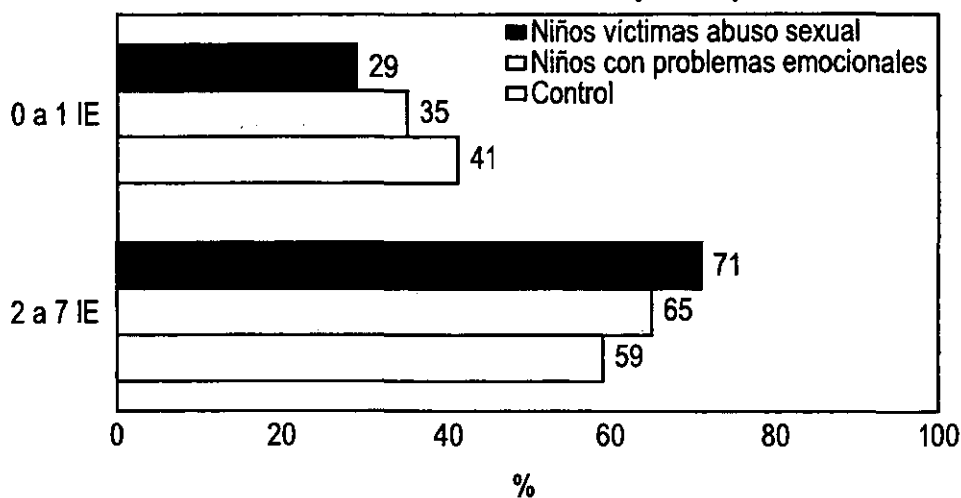
Según Koppitz (1976), dos o más indicadores emocionales en el D.F.H. indican la presencia de algún problema emocional. Por lo cual se decidió investigar esto de dos maneras. La gráfica 10 nos muestra el número de indicadores por sujetos (251). incluyendo las tres muestras, donde se puede apreciar que a partir de 2 a 7 indicadores se encuentra el 65% de los casos. Además se sacó una media que nos dice que en promedio existen dos indicadores por sujeto.



Gráfica 10

Por otro lado la gráfica 11 nos muestra las frecuencias por grupo de la presencia o ausencia de problemas emocionales. Y como puede apreciarse la muestra de abuso sexual infantil tiene un 71% de casos que presentan problemas emocionales, de las tres muestras es la más alta, siguiendo la muestra de problemas emocionales con el 65% y la muestra control con el 59%. Y en cuanto al porcentaje de sujetos sin problemas emocionales el grupo control es el del porcentaje más alto con el 41%, siguiendo la muestra de problemas emocionales con el 35% y finalmente con un 29% la muestra de abuso sexual. Relacionando éstos datos con lo dicho por Koppitz podemos concluir que el D.F.H. estima que los niños víctimas de abuso sexual presentan mayor número de indicadores emocionales reflejo de sus cambios emocionales, de actitud y preocupaciones en un momento dado.

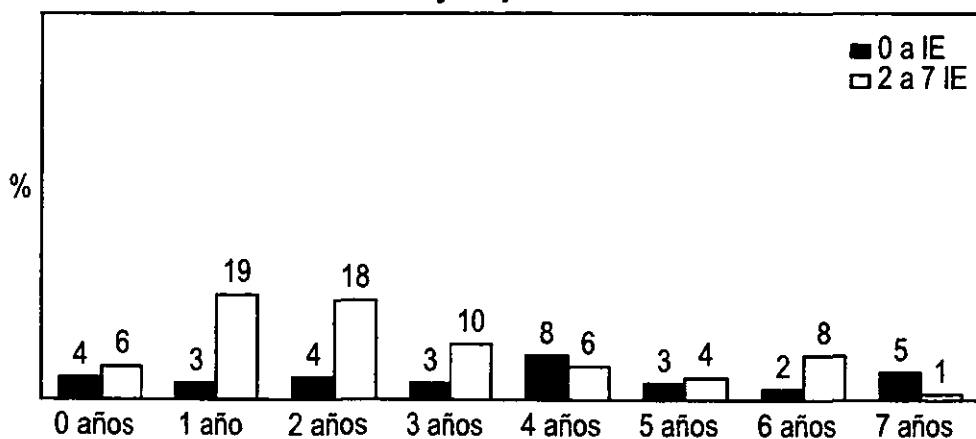
Número de Indicadores Emocionales por Grupo



Gráfica 11

Esta gráfica es muy importante ya que nos indica que conforme pasan los años entre el abuso sexual y el momento de la aplicación del instrumento los indicadores emocionales tienden a decrementarse significativamente. Sin embargo también podemos observar que es bajo el nivel de indicadores emocionales en los 0 años tal vez debido a un proceso natural de negación al momento del abuso sexual.

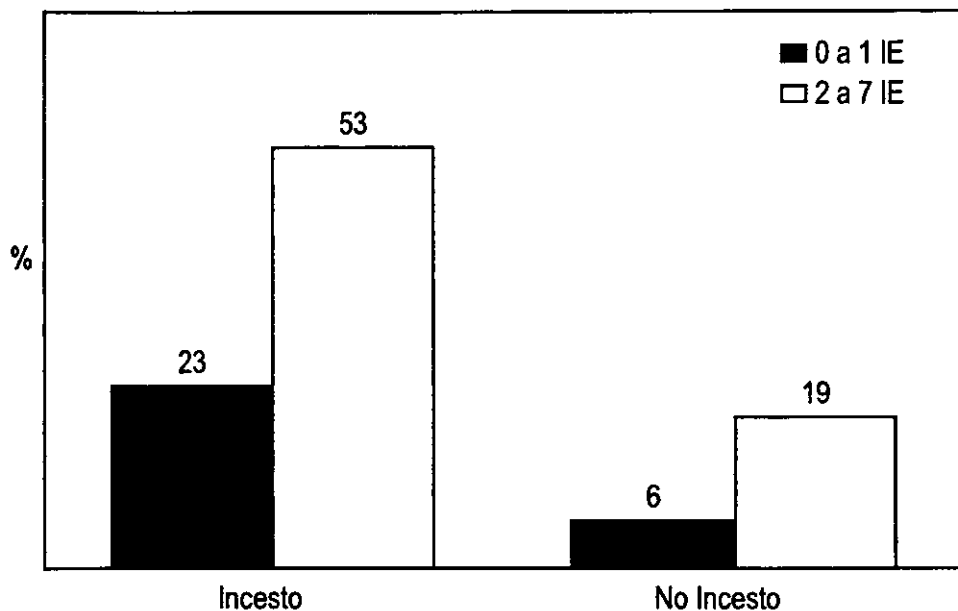
Cruce de Indicadores Emocionales con el tiempo transcurrido entre el Abuso Sexual y la aplicación del instrumento.



Gráfica 12

Como podemos observar en la gráfica 13, existe una gran diferencia de indicadores emocionales presentes en los niños que fueron víctimas de incesto, de los que no lo fueron. Esto nos indica que el abuso intrafamiliar es una variable muy importante dentro de las consecuencias del abuso sexual.

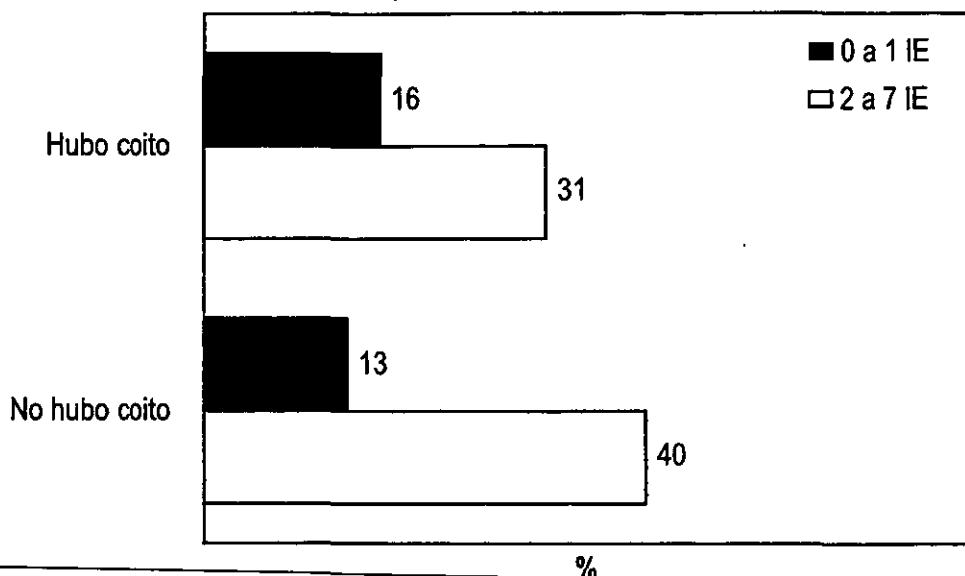
Indicadores Emocionales en niños víctimas de Abuso Sexual Intrafamiliar y Extrafamiliar.



Gráfica 13

En la gráfica 14 se puede apreciar que el tipo de contacto en realidad no es un dato significativo que tenga inferencia en los indicadores emocionales, lo cual demuestra que no es tanto el tipo de acto, sino la interpretación del mismo lo que puede estar mediando las consecuencias.

Indicadores Emocionales presentes según el tipo de Abuso Sexual



Gráfica 14

La tabla número 1 muestra nueve indicadores emocionales que arrojaron una probabilidad asociada menor a .05, en la chi cuadrada.

Tabla 1. Resultados obtenidos de la chi cuadrada

INDICADORES EMOCIONALES	p.
Integración pobre de las partes	.273
Sombreado de la cara	.085
Sombreado de cuerpo, extremidades o ambos	.131
Sombreado de las manos, cuello o ambos	.362
Asimetría burda de las extremidades	.927
Figura Inclínada	.002
Figura pequeña	.003
Figura grande	.609
Transparencias	.000
Cabeza pequeña	.069
Ojos bizcos o desviados	.206
Dientes	.672
Brazos cortos	.041
Brazos largos	.091
Brazos pegados al cuerpo	.935
Manos grandes	.042
Manos omitidas	.195
Piernas juntas	.000
Genitales	.266
Figura monstruosa o grotesca	.609
Dibujo espontáneo de tres o más figuras	.000
Nubes	.000
Omisión de los ojos	1.000
Omisión de la nariz	.724
Omisión de la boca	.348
Omisión del cuerpo	.598
Omisión de los brazos	.886
Omisión de las piernas	.822
Omisión de los pies	.183
Omisión del cuello	.013

Con el fin de explorar donde se encontraban los indicadores emocionales significativos en la chi cuadrada, la Tabla número 2 muestra las frecuencias del número de sujetos con el Indicador Emocional presente para cada grupo. Se buscó determinar si las diferencias mostradas en los

Tabla 2. Número de Indicadores Emocionales presentes.

INDICADORES EMOCIONALES	Abuso Sexual	Problemas Emocionales	Control
Integración pobre de las partes	26	30	21
Sombreado de la cara	5	4	0
Sombreado de cuerpo, extremidades o ambos	2	0	0
Sombreado de las manos, cuello o ambos	0	2	1
Asimetría burda de las extremidades	5	6	5
Figura Inclined	22	12	6
Figura pequeña	14	22	6
Figura grande	0	1	1
Transparencias	29	19	5
Cabeza pequeña	4	0	1
Ojos bizcos o desviados	2	2	6
Dientes	5	3	3
Brazos cortos	15	13	26
Brazos largos	5	11	4
Brazos pegados al cuerpo	7	6	6
Manos grandes	6	3	0
Manos omitidas	15	15	8
Piernas juntas	6	6	23
Genitales	3	1	5
Monstruo o figura grotesca	1	0	1
Dibujo espontáneo de tres o más figuras	0	0	8
Nubes	1	5	15
Omisión de los ojos	0	0	0
Omisión de la nariz	7	10	8
Omisión de la boca	2	4	1
Omisión del cuerpo	1	1	0
Omisión de los brazos	2	3	3
Omisión de las piernas	2	1	2
Omisión de los pies	1	5	2
Omisión del cuello	1	11	7

valores significativos de chi cuadrada pertenecen o no al grupo con abuso. Las diferencias no resultaron exclusivas de ningún grupo denotando frecuencias altas en los tres. Así, desde el punto de vista estadístico, al no existir diferencias significativas entre las muestras se acepta la hipótesis nula. En sentido empírico, parece no haber estresores específicos de la muestra de niños de quienes se abusó sexualmente. En otros términos, no existen diferencias significativas en el dibujo de la figura humana (DHF) en los indicadores emocionales de niños con abuso sexual, niños con problemas emocionales y niños que no han sido víctimas de éste.

Para ratificar o rectificar este resultado se utilizó regresión logística a fin de distinguir la probabilidad de pertenecer al grupo 1 o 2 o 3. Se utilizó el método "stepwise" transformando las variables independientes (los 30 indicadores emocionales) en categóricas, usando como variable dependiente la pertenencia a cada grupo (las tres muestras). De la primera regresión, las variables resultantes revelaron los indicadores: figura inclinada, figura pequeña, transparencias, piernas juntas y nubes. Al eliminar los demás indicadores y someter sólo estos a la regresión, se encontró que la varianza de la variable dependiente resultó nula, es decir, no significativa. De esta manera se corrobora nuevamente el resultado anterior donde no existen diferencias en las tres muestras, ya que el Rho Squared fue de 0.154, esto es, la varianza explicada es de 15 por ciento, y la probabilidad fue mayor a .05.

Para establecer la confiabilidad y validez de la técnica del dibujo de la figura humana se realizó un análisis de reactivos (tabla 3) obteniéndose un coeficiente de .08. Se calculó un coeficiente Alpha de Cronbach con las tres muestras obteniéndose lo siguiente:

Tabla 3. Resultados del Alpha de Cronbach

	Con las tres muestras	Muestra 1	Muestra 2	Muestra 3
No. de casos	251	83	83	83
Alpha	.2305	.1568	.1950	.3714
No de reactivos	30	30	30	30

Los valores de alpha son bajos aún si se adopta un criterio limítrofe mínimo de .60 lo cual corrobora los resultados del análisis de reactivos y nos indica una falta de confiabilidad. Sin embargo como se explicará en la discusión del presente trabajo no podemos generalizar ni ser tan tajantes debido a las limitaciones propias del estudio.

Respecto a la validez de constructo, explorada con la prueba de chi cuadrada, los resultados revelaron muy baja validez al no encontrarse diferencias en las muestras tipificadas como diferentes corroborándose que esta técnica no encontró indicadores emocionales específicos de abuso sexual infantil., por lo tanto no diferencia niños con o sin abuso sexual infantil.

VI. Discusión

El propósito de la presente investigación fue identificar si existen indicadores emocionales en el dibujo de la figura humana de Koppitz característicos de niños víctimas de abuso sexual para determinar si discrimina con otros tipos de población y así poder utilizar esta herramienta en la evaluación clínica del abuso sexual infantil.

El dibujo de la figura humana de Koppitz es un instrumento que se utiliza extensamente en la evaluación clínica de diversos problemas emocionales y el abuso sexual, sin embargo, los resultados señalaron que no existen diferencias significativas en los indicadores emocionales de Koppitz entre las tres muestras, además de que no se cumplen los criterios de validez que Koppitz plantea para que se consideren como indicadores emocionales (no discrimina entre muestras y aparece en más del 16% en la muestra control). Si bien en la chi cuadrada se obtuvieron niveles de significancia en: figura inclinada, figura pequeña, transparencias, brazos cortos, manos grandes, piernas juntas, dibujo espontáneo de tres o más figuras y omisión del cuello; al ver donde se ubicaban éstas significancias en las muestras se observó que se distribuían en las tres, por lo que no se pudo atribuir las significancias como válidas puesto que no son propias de una sola muestra. Lo anterior se corroboró con una regresión logit donde el instrumento carece de poder discriminativo en las muestras.

El Dibujo de la Figura Humana de Koppitz no discriminó en los indicadores emocionales de niños víctimas de abuso sexual, niños con problemas emocionales y niños control diferente a los resultados que Burgess (1988) encontró en su trabajo así como Peterson, Hardin & Nitsch (1995) quienes si encuentran diferencias significativas en sus muestras de estudio. Sin embargo, esta tesis es apoyada por el estudio de Hibbard y Hartman (1990) que no encuentran diferencias significativas en sus muestras pero si mayor frecuencia en piernas juntas, manos grandes y genitales en los niños

víctimas de abuso sexual, coincidiendo con nuestros resultados en manos grandes, puesto que figura inclinada y transparencias no resultaron frecuentes en su estudio, pero sí en este trabajo. Pudiese ser que la ausencia de diferencias significativas esta relacionada con la cultura y el nivel socioeconómico que existe en nuestro país ya que como mencionó González (1988) existen graves imprecisiones de traducción que con frecuencia distorsionan el diagnóstico de los niños en poblaciones mexicanas que generalmente se asocian a daño neurológico comparado con muestras americanas corroborado por Koppitz y de Moreau (1968) y Velasco (1994).

La aparición de indicadores emocionales en las muestras, diferentes para cada una, nos dice que pudieran estar asociados a la problemática específica de la muestra, pero no asegurar que son propios de esas condiciones de vida, esto difiere de las conclusiones de Mercado (1991) ya que ella si atribuye estos indicadores al abandono del hogar tratándose ambas muestras de niños maltratados. Aunque se observó en esta tesis que los niños víctimas de abuso viven en familias desintegradas más que las otras dos muestras disminuyendo la desintegración, y que los niños con problemas emocionales y víctimas de abuso viven en una familia disfuncional.

Sin embargo, no podemos dejar de citar el hecho de que los tres indicadores emocionales presentes en la muestra de abuso sexual (figura inclinada, transparencias y manos grandes) tienen una frecuencia significativamente mayor, por ejemplo en manos grandes no se presentó un sólo caso en la muestra control. Y si relacionamos la interpretación de estos datos podemos observar que estos indicadores están relacionados con la falta de una base firme para el niño. Es decir la figura inclinada no parece estar asociada a ningún tipo específico de conducta o de síntoma; más bien sugiere una inestabilidad y falta de equilibrio general, que puede deberse al tipo de familia que de antemano sabemos que en general es disfuncional y desintegrada en casos de abuso sexual. Por otro lado transparencias y manos grandes está relacionado con agresividad y conducta actuadora en la que

están implicadas las manos. Sin embargo debe recordarse que estos indicadores no ofrecen ningún indicio específico sobre los factores que contribuyen a este tipo de conducta. Además como se observó en la gráfica entre la diferencia del tiempo transcurrido entre el abuso sexual y la aplicación de la prueba éste tipo de estresores puede deberse al medio ambiente del niño y más aún si pensamos que el niño percibe en muchas ocasiones el ingreso a un Hospital como un acto agresivo a su persona, esto sin tomar en cuenta que antes de pasar al servicio de psicología el niño ha sido constantemente interrogado y al hallarse en una situación de evaluación constante puede manifestarse como una agresividad indirecta. A este respecto solo se puede especular ya que en esta investigación se utilizó el D.F.H. como un instrumento estructurado, estandarizado, que nos permitiera una comparación más sistemática de datos, lo cual creímos nosotros podría ser de gran utilidad en este estudio retrospectivo para estudiar grandes grupos en especial el abuso sexual infantil.

Nuestro principal interés fue el buscar indicadores emocionales específicos del abuso sexual infantil que pudieran ayudar al clínico en la utilización y el estilo de razonar que tiene sobre sus resultados en esta técnica del Dibujo de la figura humana como parte de una batería de pruebas en la evaluación del abuso sexual infantil. Para este objetivo fue importante la significación estadística en las puntuaciones que los niños obtuvieron ya que pensamos que las pruebas estandarizadas nos ofrecen la oportunidad de aumentar nuestra información acerca del niño, no tanto porque nos guíemos de sus puntuaciones, sino porque seamos capaces de descubrir los factores que han intervenido en que esas puntuaciones sean como son. Y aunque estadísticamente encontramos que el D.F.H. en nuestro estudio no obtuvo el puntaje necesario para considerarla una técnica confiable y válida para nuestra población, no podemos generalizar o ser tajantes en nuestra conclusión ya que para este estudio en particular no se tomaron en cuenta las interpretaciones clínicas de la figura debido a que como estudio retrospectivo no se tuvo contacto con los niños víctimas de abuso sexual, y

estamos conscientes de que para interpretar cualquier dibujo hay que conocer no sólo la edad y el sexo del niño, sino su historia clínica, el ambiente que lo rodea, cómo es su familia y de gran importancia también el contexto en el cual se aplicó el dibujo. Motivos por los cuales no se utilizó el dibujo de la figura humana como una técnica proyectiva y no se tienen datos de su utilidad en la interpretación clínica por sujeto.

También observamos que si bien el Dibujo de la Figura Humana puede evaluar la adaptación global del niño relacionada con eventos recientes, no es posible relacionar este diagnóstico con el evento traumático (abuso sexual), creemos que sería de mayor utilidad si se tiene por objetivo relacionar la sintomatología con el abuso sexual, utilizar otras técnicas proyectivas gráficas como lo son "La Serie de Eventos en los Dibujos" de Burgess y Hartman (1993) técnica que si relaciona la interpretación con el evento traumático y que como mencionamos anteriormente éste método parece facilitar la representación de lo que le ocurrió al niño y los efectos o detalles de la experiencia traumática los cuales se ven reflejados en los dibujos como una experiencia directa, ya que a través de esta serie de dibujos se busca acceder a la memoria en distintos niveles como son visuales, perceptuales y cognitivos.

Para futuras investigaciones relacionadas con la Figura Humana de Koppitz recomendamos el que se tenga una muestra mayor para confiabilizar el instrumento, así como la aplicación de la prueba sea realizada por el mismo investigador para evitar que el aplicador induzca artificialmente los resultados, incluso podría monitorearse para descartar variables extrañas obteniendo mayor control del estudio, lo cual podría lograrse también haciendo todas las aplicaciones de manera individual.

Retomar únicamente los indicadores emocionales de Koppitz que hallan sido significativos en poblaciones mexicanas con niños víctimas de abuso sexual y ver si estos si discriminan en muestras diferentes o no. Así mismo como se pudo observar en los resultados se debe tomar en cuenta el tipo de

abuso sexual (intrafamiliar y extrafamiliar) observándolos de manera independiente ya que las diferencias encontradas en esta investigación fueron muy significativas. Además se debe tomar en cuenta el tiempo transcurrido entre el abuso sexual y la aplicación del instrumento dato que sobre sale en esta investigación como una variable importante a tomar en cuenta ya que puede estar modificando nuestros datos.

Realizar una evaluación previa en grupos control con el fin de descartar problemas emocionales que puedan contaminar el estudio.

Es de fundamental importancia crear instrumentos que tengan una base teórica de indicadores propios de abuso sexual infantil, que sean confiables y válidos propios para la cultura mexicana, siendo el resultado directo del abuso sexual y no el resultado de factores coexistentes los cuales podrían estar causando otros problemas psicológicos.

Creemos que tal vez dentro de las instituciones de salud mental, la principal tarea del psicólogo en la evaluación del abuso sexual infantil, sea encontrar las responsabilidades y obligaciones que su rol implica en el trabajo multidisciplinario de una institución, de manera que en primer lugar no se someta a los niños a estudios exhaustivos y sin razón. Las pruebas deben aplicarse de mano con la teoría del abuso sexual infantil recalcando aquí que es primordial contar con una definición clara y concisa de lo que es y no es el abuso sexual infantil ya que como se mencionó en el marco teórico, la ausencia de una definición conceptual provoca una dificultad evidente para comparar resultados. Además toda definición afecta de manera directa o indirectamente a un importante número de decisiones que tienen que ver con la vida, la salud, y el bienestar físico y psíquico de numerosas familias, padres, madres y niño.

Los indicadores, consecuencias, factores de riesgo y protección propios de este tipo de población se deben evaluar para conocer el estado actual del niño así como los recursos con los que cuenta para poder afrontar una situación específica. El aplicar una prueba sin el conocimiento previo de lo que intentamos buscar solo sería encontrar una lista de síntomas que no sabemos de donde provienen o a que se deben.

Dentro de la multidisciplina lo principal es conocer el objetivo por el cual evaluamos de tal manera que estamos de acuerdo con O'Donohe y Elliot (1991) en que para evaluar el abuso sexual infantil se siguen los siguientes pasos:

- 1.- Definir el contexto de la evaluación.
- 2.- Evaluar la adaptación psicológica del niño y
- 3.- Evaluar aquellos factores que podrían estar mediando el impacto del abuso sexual para el paciente en particular.

De lo anterior se debe definir que es lo que evaluará el departamento de psicología en la institución y de ahí partir a estructurar un modelo de evaluación que cumpla con esos objetivos. Por último creemos que si no somos parte de la solución entonces nos convertiremos en parte del problema. La única manera de no cometer los mismos errores tal vez sea a través de la investigación multidisciplinaria, sistemática y estructurada para poder integrar resultados de manera conjunta que nos den una visión global de los pacientes víctimas de abuso sexual, pero esto implica que las instituciones de salud mental permitan la investigación clínica directa, es decir, que se hagan estudios a través de la observación directa del paciente, lo cual actualmente es la limitación más grande para la investigación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Aber, J.L., & Zigler, E. (1981). Developmental considerations in the definition of child maltreatment. New Directions for Child Development, II,1-29
2. Achenback, T. & Edelbrock, C. (1983). Manual for Child Behavior Checklist and Child Behavior Profile. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.
3. Adams, C. & Fay Jennifer. (1992). Helping Your Child Recover from Sexual Abuse. Seattle and London: University of Washington Press.
4. Allen, C. (1980). Daddy's girl. New York: Wyndham Books.
5. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (1988). Guidelines for the clinical evaluation of child and adolescent sexual abuse. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 27,, 655-657.
6. American Psychiatric Association. (1983). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3a. ed.) Washington, DC, EE.UU.:Autor.
7. Anastasi A., y Urbina S. (1998). Test Psicológicos. (7a. ed.). México: Prentice-Hall.
8. Armstrong, L. (1978). Kiss daddy goodnight: A speak out on incest. New York: Hawthorn Books.
9. Armstrong, L. (1983). The home front. New York: McGraw-Hill.
10. Arraubarrena, M.I. y De Paúl, J. (1994). Maltrato a los niños en la familia. Madrid: Ediciones Pirámide.
11. Atteberry-Bennett, J., & Reppucci, N.D. (1986). What does child sexual abuse mean?. Paper presented at the annual convention of the American Psychological Association, Washington, DC.
12. Bender, L. (1973).The reactions of children to sexua relationships with adults. American Journal of Orthopsychiatry, 7, 500-518.

13. Berliner, L., & Conte, J. (1993). Sexual abuse evaluations: conceptual and empirical obstacles. Child Abuse and Neglect, 17, 111-125.
14. Besharov, D.J. (1981). Toward better research on child abuse and neglect. Making definitional issues and explicit methodological concern. Child Abuse and Neglect, 5, 383-390.
15. Blume, E.S. (1990). Secret Survivors Uncovering Incest and Its Aftereffects in Women. New York: Wiley.
16. Bresee, P. Stearns, G. Bess, B. & Packer, L. (1986). Allegations of child sexual abuse and child custody disputes. American Journal of Orthopsychiatry; 56, 560-569.
17. Bronfenbrenner, U. (1979). The ecology of human development: Experiments by nature and design. Cambridge, MA: Harvard University Press.
18. Browne, A., & Finkelhor, D. (1986). Impact of Child Sexual Abuse: A review of the research. Psychological Bulletin, 99, 66-77.
19. Browning, D. & Boatman, B. (1977). Incest: Children at risk. American Journal of Psychiatry, 134, 69-72.
20. Brownmiller, S.(1975). Contra nuestra voluntad. Barcelona: ed Planeta.

21. Buck, J. (1948). The HTP technique: A qualitative and quantitative scoring manual. Journal of clinical psychology. Vol.4, pp.317-396.
22. Burgess, E.J. (1988). Sexually abused children and adolescent identity development. American Journal of Psychotherapy, 39, 401-409.
23. Burgess, A. & Hartman, C. (1993). Children's Drawings. Child Abuse and Neglect. Vol.17. pp. 161-168.
24. Burns, R. & Kaufman, S. (1970). Kinetic Family Drawing (K-F-D) an introduction to understanding children through kinetic drawings. New York: Brunner/Mazel.

25. Butler, S. (1978). Conspiracy of silence: The trauma of incest. San Francisco: New Guild Publications.
26. Cantón, J. y Cortés Ma. (1997). Malos tratos y abuso sexual infantil: causas, consecuencias e intervención. España: siglo veintiuno de españa editores, sa.
27. Carmen, E. & Rieker. (1989). A psychosocial model of the victim to patient process. North America: Psychiatric Clinics.
28. Cazorla, G. (1992). Alto a la agresión sexual. México: ed. Diana.
29. DeMause, L. (1974). The history of childhood. New York: Psychotherapy Press.
30. Durrant, M. y Cheryl, W. (1990). Terapia del Abuso Sexual. Barcelona: Gedisa.
31. Esquivel F., Heredia, C., y Lucio E. (1999). Psicodianoóstico clínico del niño. (2a. ed). México: Manual Moderno.
32. Esquivel, M., Medrano, E. y Vidal, A.(1998). Clínica de los trastornos emocionales. Boletín del servicio de psicología. Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro. Vol1. Num.9.
33. Finkelhor, D. & Browne, A. (1986). The traumatic impact of child sexual abuse: A conceptualization. Annual progress in child psychiatry and child development. Pp.632-648. .
34. Finkelhor, D. (1979). Sexually victimized children. New York: The Free Press.
35. Finkelhor, D. (1980). Risk factors in the sexual victimization of children. Child Abuse and Neglect, 4, 265-273.
36. Finkelhor, D. (1980a). Abuso Sexual al Menor. México; ed. Pax-Mex.
37. Finkelhor, D. y Korbin, J.(1988). Child Abuse as an International Issue. Child Abuse and Neglect. Vol.12, pp.3-23.

38. Finkelhor, D., Hoalting, G., Lewis, I., & Smith, C. (1990). Sexual abuse in a national survey of adult men and women: Prevalence, characteristics, and risk factors. Child Abuse and Neglect, 14, 19-28.
39. Freud, A. "A psychoanalyst's view of sexual abuse by parents." En Mrazek, P. & Kempe, C. (1981). Sexually abused children and their families. New York; Pergamon Press.
40. Freud, S. (1995). Freud Total 1.0 [CD-ROM]. Tres ensayos para una teoría sexual. (XXVI). Edit. Nueva Héléade.
41. Ciarreto, H. (1982). Integrated Treatment of Child Sexual Abuse. Palo Alto, California: Science and Behavior Books.
42. Gonzalez, A. (1988). Observaciones preventivas en relación a fuentes bibliográficas de habla hispana que refieren el manejo del dibujo de la figura humana en los niños de Elizabeth Koppitz. Revista Mexicana de psicología, Vol.5(1), 73-81.
43. Goodenough, F. (1928). Mesasurement of Intelligence by Drawing. Yonkers, NY: World Inc.
44. Gordon, L. (1990). The politics of Sexual Abuse: notes from American history. Human Sexuality, 90/91, pp. 12-16.
-
45. Groth, A. (1979). Men who rape: Victimology, 4, 10-16.
46. Gruber, K., & Jones, R. (1983). Identifying determinants of risk of sexual victimization of youth: A multivariate approach. Child Abuse and Neglect, 7, 17-24.
47. Hanson, R. & Slater, S. (1988). Sexual victimization in the history of child sexual abusers. Annals of Sex Research, 3, 485-499.
48. Hartman, C. & Burgess, A. (1988). Information processing of trauma. Journal of Interpersonal Violence, 3, 443-457.

49. Helfer, R., & Kempe, Ch.(1976). Child Abuse and Neglect: the family and the community. Cambridbe: Ballinger.

50. Hernández R., Fernández C. y Baptista P. (1991): Metodología de la Investigación. Mexico: Mc Graw-Hill

51. Hibbard, R. & Hartman, L. (1990). Emotional indicators in Human Figure Drawings of Sexually Victimized and Nonabused Children. Journal of Clinical Psychology. Vol.46.

52. Husain, A., & Chapel, J. (1983). History of incest in girls admitted to a psychiatric hospital. American Journal of Psychiatry, 140, 591-592.

53. Katz, R. (1990). Psychosocial adjustment in adolescent child molesters. Child Abuse & Neglect, 14, 567-575.

54. Kendall-Tackett, D., William, L. & Finkelhor, D. (1993). Impact of sexual abuse on children. Psychological Bulletin, 131, 1, 164-180.

55. Kinsey, A., Pomeroy, W., & Martin, C. (1948).Sexual behavior in the human male. Philadelphia, PA: W.B. Saunders.

56. Kinsey, A., Pomeroy, W., Martin, C., & Gebhardt P.(1953).Sexual behavior in the human female. Philadelphia, PA: W.B. Saunders.

57. Koppitz, E. & De Moreau, M. (1968). A comparison of emotional indicators on human figure drawings of children from Mexico and from the Unites States. Revista Interamericana de Psicología. Vol.2, 41-48.

58. Koppitz, E. (1966). Emotional indicators on human Figure drawings of shy and aggressive children. Journal Clinical Psychology. 22:466-469.

59. Koppitz, E. (1966a). Emotional Indicators on human figure drawings of children: a validation study. Journal of Clinical Psychology; 22:481-483.

60. Koppitz, E. (1968).Psychological evaluation of children's human figure drawings. New York: Grune & Stratton.

61. Koppitz, E. (1976). El Dibujo de la Figura Humana en los niños. Evaluación Psicológica. Buenos Aires, Argentina: Editorial Guadalupe.
62. La Fontaine, J. (1990). Child Abuse. Great Britain: Polity Press.
63. Lamb, M. (1994). The investigation of child sexual abuse: An interdisciplinary consensus statement. Child abuse and Neglect, 18, 1021-1028.
64. Langevin, R. (1989). Studies of brain damage and dysfunction in sex offenders. Annals of Sex Research, 2, 163-179.
65. Lanz, M. (1983). Revisión de la prueba del dibujo de la figura humana de E. Koppitz en un grupo de niños mexicanos. Tesis de Licenciatura. UNAM: México.
66. Liem, R. & Ramsay, P. (1982). Health and social costs of unemployment. American Psychologist, 37, 1116-1123.
67. López, F. (1995). Prevención de los Abusos Sexuales de Menores y Educación Sexual. Salamanca: Amarú Ediciones.
68. López, F. y Del campo, A. (1997). Prevención de abusos sexuales a menores. Salamanca: Amarú ediciones.
69. López, F.; Hernández, A., y Carpintero, E. (1995). Los abusos sexuales de menores: concepto, prevalencia y efectos. Infancia y aprendizaje, 71, 77-98.
70. Lusk, R. (1993) Psychological testing in evaluation of child sexual abuse. Child Abuse & Neglect. Vol.17 pp.145-159.
71. Maish, H. (1972). Incest. New York: Stein and Day.
72. Marshall, W. (1989). Intimacy, loneliness and sexual offenders. Behavior Research & Therapy, 27, 491-503.
73. Masson, J.M: (1984). The assault on truth: Freud's suppression of the seduction theory. New York: Farrar, Straus & Giroux.

74. Masters, W., Johnson V. y Kolodny R.(1995) La sexualidad Humana. (Vol.1-3).México: Grijalbo.
75. Mc Combie, Sh. (1980). The Rape Crisis Intervention Handbook. New York: Plenum Press.
76. McLeer, S., Deblinger, E., Alkins, M., Foa, E., & Ralphe, D. (1988). Post-traumatic stress disorder in sexually abused children. Journal of the American Academy of Children and Adolescent Psychiatry, 27, 650-654.
77. McLoyd, V. (1989). Socialization and development in a changing economy. American Psychologist, 44. 293-302
78. Mercado, X. (1991). El autoconcepto en niños maltratados institucionalizados y niños callejeros. Tesis de Licenciatura. UNAM: México.
79. Myers, J. (1999). Professional Writing on Child Abuse from 1900 to 1975: Dominant Themes and Impact on Prosecution. Child Maltreatment. Aug, Vol.4. Issue 3.
80. Nakashima II & Zakus, G. (1977). Incest: review and clinical experience. Pediatrics. 60. Pp.695-701.
81. National Center on Child Abuse and Neglect. (1978). Child abuse: incest, assault, and sexual exploitation, a special report. Washington, D.C.: Author.
82. O'Donohue, W. & Elliot, A. (1991). A model for the clinical assessment of the sexually abused child. Behavior Assessment. 13, 325-339.
83. O'Donohue, W. & Geer, J. (1992). The sexual abuse of children: Theory and research.(Vol. 1-2) Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.
84. Parker, H. & Parker, S. (1986). Father-daughter sexual abuse: An emerging perspective. American Journal of Psychiatry, 56, 531-549.
85. Peterson, L., Hardin, M., & Nitsch, M. (1995). The use of Children´s Drawings in the Evaluation and Treatment of Child Sexual, Emotional and Physical Abuse. Arch. Fam. Med. Vol. 4 (5). Pag. 445-452.

86. Purcell, J., Beilke, R. & Friedrich, W. (1986). Sexualized behavior in sexually abused and non sexually abused children. Washintong, DC: American Psychological Association conference.

87. Raphael, D.(1989). The Effects of Child Sexual Abuse and Incest on the Individual and the Society. USA :The Human Lanctation Center Westport.

88. Reppucci, N. & Haugaard, J. (1989). Prevention of child sexual abuse. American Psychologist, 44, 10, 1266-1275.

89. Sánchez-Sosa, J., Jurado-Cárdenas, S. y Hernández-Guzmán, L. (1992). Episodios agudos de angustia severa en adolescentes: análisis etiológico de predictores en la crianza y la interacción familiar. Revista Mexicana de Psicología. Vol.9. Num.2 pp. 101-116.

90. Scott, R. & Stone, D. (1986). MMPI profile contellations in incest families. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54, 364- 368.

91. Siegel, S. y Castellan N. (1995). Estadística no paramétrica. Aplicada a las ciencias de la conducta.(4a.ed.). México: Trillas.

92. Sullivan, D. y Everstine, L. (1997). El sexo que se calla: dinámica y tratamiento del abuso y traumas sexuales en niños y adolescentes. México: Pax México.

93. UNICEF. (1995). Manual sobre maltrato y abuso sexual a los niños: aspectos psicológicos, sociales y legales.México: Autor.

94. Vázquez M. B. (1995). Agresión sexual: evaluación y tratamiento en menores. Madrid, España: Siglo XXI de España editores.

95. Velasco, I. (1994). Análisis del uso del dibujo de la figura humana según Koppitz en población mexicana. Tesis de Licenciatura en Psicología. UNAM. México.

96. Visauta B. (1998). Análisis estadístico con SPSS para Windows. Estadística multivariante. España: Mc Graw-Hill.

97. Wallon, P., Cambier, A. & Engel, H. (1990). El dibujo del niño. México: Ed. Siglo XXI.
98. Weinberg, S.K. (1955). Incest Behavior. Psychiatric Quartely, 36, 607-632.
99. West, M. (1998). Meta-analysis of studies assessing the efficacy of projective techniques in discriminating child sexual abuse. Child Abuse & Neglect. Vol.22. pp. 1151-1166.
100. Widlöcher, D. (1965). Los dibujos de los niños. Barcelona, España: Ed. Herder.
101. Wolfe, D. A.; Wolfe, V. V.; & Best, C. L. (1988). Child victims of sexual abuse. New York: Plenum Press.
102. Wolfe, J.V. & Wolfe, D. (1986). The Sexual Abuse Fear Evaluation. London Ontario: Children's Hospital of Western Ontario.
103. Wolfe, V. & Gentile, C. (1991). The Children's Impact of Traumatic Events Scale-Revised. London Ontario: Children's Hospital of Western Ontario.
104. Wolfe, V. & Gentile, C. (1992). Psychological assessment of sexually abuse children. En O'Donohue, W., & Geer (comps). The sexual abuse of children: Clinical Issues. Hillsdale: Lawrence Erlbaum.
105. Wurtele, S. & Miller-Perrin, C. (1992). Preventing Child Sexual Abuse. Lincoln and London: University of Nebraska Press.
106. www.mipediatra.com.mx/abuso.htm.

ANEXO 1

FOLIO _____

DATOS DE LA VÍCTIMA

- 1.- Género
1) Femenino _____
2) Masculino _____
- 2.- Edad _____
- 3.- Escolaridad _____
- 4.- Con quién vive el niño actualmente _____

DATOS FAMILIARES

- 5.- Estado civil de los padres
1) Casados
2) Divorciados
3) Separados
4) Unión libre
5) Madre soltera
6) Padre soltero _____
- 6.- Nivel socioeconómico de los padres
1) Sin salario
2) Menos del salario mínimo
3) Salario mínimo
4) Más del salario mínimo
5) 2-3 veces el salario mínimo
6) 4-5 veces el salario mínimo _____
- 7.- Tipo de familia
1) Familia Integrada
2) Familia Desintegrada _____
- 8.- Diagnóstico familiar
1) Familia disfuncional
2) Familia funcional _____
- 9.- Edad de la víctima al iniciar el abuso: _____

DATOS DEL ABUSADOR

- 10.- Sexo del agresor:
1) Femenino _____
2) Masculino _____
- 11.- Edad del agresor al momento del abuso _____
- 12.- Número de perpetradores
1) un perpetrador
2) dos perpetradores
3) tres perpetradores
4) Más de 3 perpetradores _____
- 13.- Persona que abuso
1) Madre
2) Padre
3) Padrastro
4) Madrastra
5) Hermanos
6) Tíos
7) Abuelos
8) Vecino
9) Cuidador

- 10) Desconocido
11) Otro _____

14.- Hubo incesto

- 1) Si
2) No _____

15.- Vivía en la misma casa el abusador

- 1) Si
2) No _____

16.- TIPO DE CONTACTO:

	Sí	No
a) Violación: penetración en la vagina, ano o boca, con cualquier objeto, sin el consentimiento de la persona.	1	2
b) Penetración Digital: inserción de un dedo en la vagina o en el ano.	1	2
c) Exposición: el acto de mostrar los órganos sexuales de una manera inapropiada como el exhibicionismo.	1	2
d) Coito vaginal o anal con el pene	1	2
e) Penetración vagina o anal con un objeto	1	2
f) Caricias: tocar o acariciar los genitales de otro; incluyendo el forzar a masturbar para cualquier contacto sexual, menos la penetración	1	2
g) Sodomia o conductas sexuales con personas del mismo sexo.	1	2
h) Contacto genital oral.	1	2
i) Obligar al niño a que se involucre en contactos sexuales con los animales.	1	2
j) Implicar a menores de edad en conductas o actividades que tengan que ver con la producción de la pornografía.	1	2
k) Promover la prostitución infantil	1	2
l) Obligar a los niños a ver actividades sexuales de otras personas. Por ejemplo: Los padres u otras personas que impliquen a los niños en la observación del coito	1	2
m) Pornografía.	1	2
n) No se tienen datos sobre el tipo de abuso	1	2

Datos del abuso

17.- ¿Cómo ocurrió el abuso?

	Sí	No
a) Amenazas	1	2
b) Regalos	1	2
c) Diciendo que era algo normal	1	2
d) Violencia física	1	2
e) Violencia emocional	1	2
f) Uso de armas	1	2
g) Intimidación	1	2
h) Engaño	1	2
i) Seducción	1	2
j) Abuso de confianza	1	2
k) Uso de pornografía	1	2
l) Uso de alcohol o drogas	1	2
m) Otros	1	2

18.- Frecuencia documentada del abuso

- 99) no especifica _____

19.- Indicadores Emocionales:

	Sí	No
a) Agresividad	1	2
b) Impulsividad	1	2
c) Timidez e inhibición	1	2
d) Ansioso	1	2
e) Baja autoestima	1	2

ANEXO 2

