



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO

UNIDAD ACADÉMICA PROFESIONAL NEZAHUALCÓYOTL

Diseño y evaluación de un programa para la prevención del abuso sexual en niños
de primaria

T E S I S

PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Presentan:

Sánchez Escandón Viridiana Rubí

Villamil Gutiérrez Tania Natali

ASESOR:

Dr. Esteban Jaime Camacho Ruíz

Nezahualcóyotl, Estado de México, Junio 2015.

DEDICATORIA

A mi madre

Que se ha esforzado por darme amor, cariño, comprensión pero sobre todo su apoyo incondicional para cumplir mis metas personales y profesionales. Por brindarme consejos que me han ayudado a salir adelante y por valorar mi esfuerzo y valentía. Gracias por existir, te amo.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios, por brindarme la oportunidad de terminar una profesión universitaria y por acompañarme en todo momento.

A mi familia, que me brindo apoyo y comprensión ante las adversidades de la vida y me ha mostrado cariño, en especial a mi hermana Yesenia que siempre me ha demostrado amor incondicional, gracias por las alegrías compartidas.

A Tania, por tu apoyo incondicional a lo largo del trabajo, por tu amistad y risas que hemos compartido, te quiero mucho amiga. Gracias de corazón.

A Carlos, por tu apoyo a través de los años y cariño.

A mi asesor de tesis Dr. Jaime Camacho, gracias a su ayuda y sus conocimientos, que me sirvieron de mucho para poder progresar como profesional y poder ser mejor persona.

A todos ustedes les agradezco mi mayor esfuerzo y gratitud.

Viridiana Rubí Sánchez Escandón.

Dedicatoria

A mis padres.

Son mi mayor ejemplo de lo que es perseverar en la vida a través del trabajo honesto. Por los valores que me inculcaron los mismos que me definen como la persona que soy ahora, estoy cierta que a pesar de las adversidades siempre podré contar con su apoyo como el que han brindado hasta ahora y se que donde todos estemos juntos ese será nuestro hogar.

A Miguel.

Porque desde que te conocí no tengo fuerzas para rendirme, me has enseñado a no desistir de mis planes aunque todo resulte adverso, justo así como lo haces tú. Gracias por estos casi seis años a mi lado, pero en especial por nuestro hermoso hijo. Deseo crear contigo el amor y hacer contigo la vida.

A mi hijo.

Hijo, anoche tuve una conversación con Dios, le di las gracias por haberme elegido para ser tu madre, le prometí que siempre estaré a tu lado y que seré tu mejor ejemplo. Confía en mi yo nunca te fallaré. Espero sentir tus manos pronto, quiero mostrarte que existe alguien en esta vida que no te soltará jamás. A ti te dedico este trabajo. Eres mi adoración y motivación.

“Hacer silencio dentro de uno mismo, es permitir a Dios sentarse a nuestro lado.”

Del muro de Lety Hernández

Agradecimientos

Al Doctor Jaime Camacho Ruiz.

Por su incansable labor como asesor, por compartir sus saberes de la forma más humilde y por realizar su trabajo siempre con alegría que hace sentir el peso del trabajo como algo mucho más liviano. A través del conocimiento es como un trozo de madera puede descubrir que puede llegar a ser un violín.

A Viridiana.

Por su colaboración en este trabajo de investigación, por ser mi compañera en la vida universitaria y sobre todo por ser mi amiga.

Tania Natali Villamil Gutiérrez

Índice

Resumen	
Introducción.....	1

Capitulo I. Planteamiento del problema

1.1. Delimitación.....	3
1.2. Hipótesis.....	5
1.2.1. Preguntas de investigación.....	5
1.3. Objetivos.....	5
1.3.1. Objetivo general.....	5
1.3.2. Objetivos específicos.....	6
1.4. Justificación.....	6

Capitulo II. Marco teórico

2.1. Conceptos básicos para la educación de la sexualidad y la prevención del abuso sexual infantil.....	8
2.1.1. Sexología.....	8
2.1.2. Sexo.....	8
2.1.3. Sexo de asignación.....	9
2.1.4. Género.....	10
2.1.5. Rol sexo-genérico.....	11
2.1.6. Identidad de género.....	11
2.1.7. Orientación sexual.....	12
2.1.8. Vínculo afectivo.....	12
2.1.9. Educación en sexualidad.....	13
2.2.0. Actividad sexual.....	15
2.2.1. Prácticas sexuales.....	15
2.2.2. Sexualidad.....	15
2.2.3. Salud sexual.....	17

2.3. Identificación y prevención de la violencia y abuso sexual infantil	17
2.3.1. Abuso sexual infantil: historia, concepto, epidemiología	17
2.3.2. Etiología del abuso sexual.....	19
2.3.3. Derechos sexuales.....	21
2.3.4. Violencia sexual.....	22
2.3.5. Perfil del agresor sexual.....	25
2.3.6. Atención al abuso sexual en el contexto escolar.....	29
2.4. Desarrollo de la sexualidad en la infancia.....	30
2.4.1. Desarrollo psicosocial de la sexualidad en la primera infancia.....	31
2.4.2. Desarrollo psicosocial de la sexualidad en la segunda infancia.....	32
2.5. Funciones de la escuela y la familia en el desarrollo de la sexual.....	33
2.5.1. Prevención del abuso sexual en la infancia.....	33
2.5.2. Medidas que ayudan a prevenir el abuso sexual infantil... ..	35
2.5.3. Consecuencias inmediatas y mediatas del abuso sexual	38
2.6. Efectos psicológicos del abuso sexual	42
2.6.1. Diagnóstico del abuso sexual: aspectos clínicos.....	44
2.6.2. Evaluación del abuso sexual infantil.	46
2.6.3. Intervención psicológica con menores víctimas de abuso sexual infantil.....	48
2.6.4. Tratamiento médico del abuso sexual en la infancia.....	50

2.7. Prevención desde la perspectiva del educador para la salud.....	51
2.7.1. Prevención primaria, secundaria y terciaria del abuso sexual infantil.....	52
2.7.2. Prevención en el ámbito socio-sanitario.....	54
2.7.3. Prevención en el ámbito educativo.....	56
2.7.4. Factores de riesgo.....	59
2.7.5. Factores protectores.....	62
2.8. Programas de prevención.....	63
2.9. Pedagogía crítica de Paulo Freire.....	68
2.9.1. Pedagogía en educación para la salud.....	71

Capítulo III. Método

3.1. Participantes.....	74
3.2. Instrumentos.....	74
3.3. Programa de intervención.....	75
3.4. Procedimiento.....	75
3.5. Plan de análisis de los resultados.....	76

Capítulo IV. Resultados

4.1. Resultados descriptivos.....	77
4.2. Resultados inferenciales.....	81

Capítulo V.

5.1. Análisis de resultados.....	84
---	-----------

Capítulo VI.

6.1. Conclusiones y limitaciones del estudio.....	88
--	-----------

Referencias	91
--------------------------	-----------

Anexos

Anexo 1. Cuestionario.....	100
Anexo 2. Programa de intervención.....	103
Anexo 3. Consentimiento informado.....	142
Anexo 4. Asentimiento informado.....	146

Lista de tablas y figuras.

Tabla 1. Medias y desviación estándar para la variable Children's Knowledge of Abuse Questionnaire en la preprueba y posprueba de grupo control y con la intervención.....	81
Figura 1. Distribución de la muestra por sexo.....	77
Figura 2. Distribución de la muestra por edad.....	78
Figura 3. Distribución de la muestra según la relación de los participantes con las personas que viven.....	79
Figura 4. Distribución de la muestra según el grupo.....	80

Resumen

El presente trabajo tiene como objetivo evaluar el impacto de un programa de intervención, que permita a los niños y niñas la adquisición de habilidades y conocimientos que sirvan para prevenir un posible daño a su salud provocado por el abuso sexual, así mismo les permita transitar positivamente por la etapa de niñez.

Esta investigación se basa en un diseño cuasiexperimental con dos grupos (intervención y control). En este proyecto, el pretest involucra la medición de una variable dependiente antes de la intervención, posteriormente, el grupo experimenta el tratamiento para que después al término de este, se aplique el mismo instrumento a manera de posttest, para conocer los efectos en la variable dependiente posterior a la intervención.

El trabajo de intervención incluyó 63 niños, de los cuales fueron 32 para el grupo experimental y 31 para el grupo control que estuvieron en espera.

Se aplicó un pretest con la finalidad de conocer las creencias que tienen los niños acerca de su autocuidado, para identificar si existía un posible abuso sexual infantil. Para esto se utilizó el Children's Knowledge of Abuse Questionnaire (Tutty, 1992).

Con base a los resultados obtenidos en el cuestionario se elaboró un taller de 8 sesiones enfocado a la prevención del abuso sexual. Los cambios obtenidos en el posttest en comparación con el pretest, arrojaron un incremento de conocimientos sobre abuso sexual en los niños, para que ellos tuvieran las herramientas y así evitarán un posible abuso sexual.

Introducción

La importancia de hablar de abuso sexual infantil radica en los daños que ocasiona en los infantes y en todo su enfoque ecológico (microsistema, mesosistema y exosistema) según Urie Bronfenbrenner (1976) tanto emocionales, físicos y sociales. El educador para la salud debe velar por la salud del infante y más que velar prevenir esta situación mediante sesiones didácticas, donde se les brinden las herramientas necesarias para identificar un abuso sexual infantil.

El presente trabajo se enfocó en diseñar y evaluar un programa para prevenir el abuso sexual infantil, que consiste en sesiones educativas realizadas por especialistas en temas salud, dándole un enfoque preventivo puesto que el perfil del educador para la salud es reconocer los estilos de vida saludables.

Para lo cual, se ha estructurado en seis capítulos con el fin de obtener un análisis del abuso sexual infantil.

En el capítulo I se abordan los objetivos de la investigación, la hipótesis y la justificación del trabajo. Donde la hipótesis es la implementación de un programa preventivo que incrementará los conocimientos sobre abuso sexual infantil en los participantes.

En el capítulo II se abordan los antecedentes del abuso sexual en México, los factores sociales, físicos y psicológicos del abuso sexual infantil en los que se ven involucrados los niños víctimas del daño y sus familias. Siendo el abuso sexual infantil un fenómeno, donde el niño se ve comprometido en actividades sexuales que no corresponden a su etapa evolutiva, es decir, a su desarrollo psicosexual. El abuso sexual comprende la penetración oral, anal o vaginal además de la forma de toqueteo, exhibicionismo, masturbación, pornografía. Es toda forma de comportamiento que sobrepase el tono erógeno tolerable para el niño (Quenan & Samudio, 2013).

En el capítulo III se estructura la muestra de participantes en el programa, el instrumento aplicado a la población estudiantil de escuela primaria, el procedimiento que se llevó a cabo, y el programa de educación para la salud que constó de 8 sesiones educativas enfocadas a la prevención del abuso sexual infantil.

En el capítulo IV se muestran los resultados obtenidos por medio del instrumento Children's Knowledge of Abuse Questionnaire, aplicado en los niños de primaria donde se utilizó el programa SPSS versión 21, y se usaron funciones como el ANOVA de medidas repetidas para el análisis.

En el capítulo V se muestra el análisis de los resultados, posteriormente en el capítulo VI se muestran las conclusiones de la investigación sobre el abuso sexual infantil.

Finalmente, se incluyen las referencias, los anexos, así como el programa que se elaboró para poder prevenir el abuso sexual infantil.

Capítulo I. Planteamiento del problema

1.1. Delimitación

Según Quenan y Samudio (2013), el abuso sexual infantil es involuntario, porque no pertenece o no va acorde con la edad y maduración física, emocional y social. El niño víctima de abuso sexual no es capaz de manifestar su desacuerdo y de esta manera se viola su dignidad, además, que se viola su integridad como persona afectando su salud.

Es por eso que se trabajó en Chimalhuacán, ya que no se cuenta con programas sociales para prevenir el ASI, solo se cuenta con programas federales y no específicamente programas de prevención del abuso sexual infantil, los programas que se ofrecen en Chimalhuacán son: oportunidades, actualmente con el nombre de PROSPERA, LICONSA, programa de pensión para adultos mayores, programa de apoyo alimentario, programa de estancias infantiles y programas de empleo temporal entre otras (Chimalhuacán plataforma electoral municipal 2016-2018).

Es importante trabajar con los niños y padres de familia, porque de esta manera se les brindan las herramientas de afrontamiento ante un posible abuso sexual, es importante que todos estén enterados de cómo prevenir, y si ya se ha sufrido de un abuso sexual como atender la problemática ya que la población infantil presenta algunas características que según Jean Piaget los niños de entre 7 a 11 años se encuentran en la etapa de operaciones concretas. En esta etapa el niño ya no basa su razonamiento en el aspecto físico de los objetos, sino que reconoce que un objeto transformado puede dar la impresión de tener más o menos cantidad. Además en esta etapa el desarrollo mental se ve marcado por el principio de la escolaridad propiamente dicha, la aparición de formas de organización nueva, el establecimiento de relaciones sociales y actividades individuales (Rafael, 2009).

Dentro de la sociodemografía de Chimalhuacán el municipio se caracteriza por tener familias de los siguientes tipos: familia nuclear, con padre, madre e hijos; familia extensa, además de la familia nuclear incluye a sus abuelos, tíos y primos; y familia monoparental donde el hijo o hijos viven con solo su madre o su padre (Enciclopedia Británica en Español, 2009).

La Población total de Chimalhuacán es de 614,453 habitantes, de los cuales 210,938 son niños y adolescentes de 0 a 14 años. El total de hogares y viviendas particulares habitadas son 146,477, en cuanto a tamaño promedio son 4.2 personas que habitan por hogar, de los cuales los hogares con jefatura femenina son 33,169. Dentro del total de escuelas con educación básica y media superior se cuenta con 580 planteles (Instituto nacional de estadística y geografía [INEGI] & Consejo nacional de población [CONAPO], 2015).

Otros factores sociodemográficos son el número promedio de carencias para la población en situación de pobreza 2.7, número de promedio de carencias para la población en situación de pobreza extrema 3.7. Según las estadísticas Chimalhuacán ocupa un bajo grado de marginación. Entre el porcentaje de los servicios públicos con los que cuenta el municipio son: porcentaje de ocupantes en viviendas sin drenaje ni excusado 0.12, porcentaje de ocupantes en viviendas sin energía eléctrica 0.46, porcentaje de ocupantes en vivienda sin agua entubada 8.77, porcentaje de ocupantes en viviendas con piso de tierra 5.97, porcentaje de población ocupada con ingreso de hasta 2 salarios mínimos 40.20 (INEGI & CONAPO, 2015).

En cuanto a la infraestructura para la atención de la salud para la población de Chimalhuacán, de acuerdo con datos del IGECEM (Instituto de Información e Investigación Geográfica, Estadística y Catastral del Estado de México) , se tiene que existen 46 unidades médicas, 381 médicos y 584 enfermeras en la demarcación. De modo que en el municipio hay 13 mil 358 habitantes por cada

unidad médica, mientras que se tiene un médico por cada mil 613 habitantes y una enfermera por cada mil 052 habitantes.

Esta información denota que no se cuenta con apoyo especializado para las víctimas y no solo para las víctimas, sino también para la prevención. Se realizó la intervención en Chimalhuacán específicamente en Acuitlapilco, ya que las escuelas no cuentan con especialistas en temas de salud con el tema de abuso sexual y no atienden la problemática, es necesario, que los profesores de las escuelas estén capacitados para atender esta demanda.

1.2. Hipótesis

H_A : La implementación de un programa preventivo incrementará los conocimientos en los infantes sobre abuso sexual.

H_0 : La implementación de un programa preventivo no incrementará los conocimientos en los infantes sobre abuso sexual.

1.2.1. Preguntas de investigación

- ¿Si se aumentan los conocimientos mediante un programa de intervención enfocado a informar a los niños de los factores de riesgo y protección, se disminuirá la probabilidad de que se presente un posible abuso sexual infantil?

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general

Evaluar el impacto de un programa de prevención del abuso sexual infantil diseñado para niños de primaria, para aumentar sus conocimientos sobre el tema, a través, de sesiones didácticas impartidas por especialistas en temas de salud,

con estrategias de aprendizaje lúdicas que potencien sus factores de protección, así incrementarán sus habilidades de afrontamiento y evitarán un posible abuso sexual.

1.3.2. Objetivos específicos

Diseñar el programa de abuso sexual infantil para informar y prevenir a los infantes de dicho daño.

Caracterizar los conocimientos que tienen los niños antes y después de la intervención.

1.4. Justificación

Según la Organización Mundial de la Salud ([OMS], 2014a), aproximadamente un 20% de las mujeres y un 5% a 10% de los hombres, manifiestan haber sufrido abusos sexuales en la infancia, mientras que un 23% de las personas de ambos sexos sufrieron maltratos físicos cuando eran niños. Lo que refiere que el nivel de abuso sexual es mínimo al presentarse un 20%. Sin embargo, este porcentaje hace referencia solo a las personas que lo han declarado, aunque puede existir un porcentaje mayor, ya que existe población que no lo ha manifestado y es por eso que no existe un conteo real.

La identificación del abuso sexual y su tratamiento llega a ser mucho mayor que el gasto que implicaría la prevención. Por lo tanto, es de suma importancia que se trabaje a nivel preventivo. La prevención debe unir esfuerzos individuales, familiares y comunitarios, respondiendo a las necesidades particulares de cada lugar y de la población a la que va destinado el programa. Brindar esta información a padres de familia y maestros facilitará la detección y denuncia del abuso sexual infantil, además de otorgarles herramientas, a través, de las cuales podrán hablar sobre el abuso sexual con los niños superando un gran tabú. Se debe enfatizar el

trabajo preventivo primario, con niños preescolares, ya que la edad de mayor riesgo se encuentra entre los siete a once años (Mariscal, 2000).

Es importante diseñar estrategias dirigidas a los niños con la expectativa, de que en un futuro se pueda disminuir el abuso sexual infantil. Por esto, surge la necesidad de llegar a la prevención en niños porque nadie está exento de sufrir algún tipo de violencia, en específico el abuso sexual. Por ello, la importancia de diseñar un programa enfocado a la prevención del abuso sexual infantil, para poder generar y reforzar el autoestima en los niños y que ellos puedan identificar el perfil de un abusador sexual, para que puedan prevenir el ser víctimas de abuso sexual, además, con la ayuda del programa ellos podrán tener información adecuada respecto a las conductas de un agresor sexual y así podrán identificar cuando alguien quiera agredir su salud sexual (Quenan & Samudio, 2013).

Capítulo II. Marco teórico

2.1. Conceptos básicos para la educación de la sexualidad y la prevención del abuso sexual infantil

2.1.1. Sexología.

La sexología es la disciplina que abarca el estudio científico de todos los aspectos de la sexualidad; contiene un vasto acervo de conocimientos médicos, sociales y conductuales referentes a esta, por lo que participan un gran número de especialidades médicas como ginecología, urología, genética, endocrinología, neurología, rehabilitación y salud pública, entre otras (Torices & Ávila, 2011).

Mientras tanto, la sexología clínica es el área de la sexología que se especializa en la prevención y atención de conflictos que atañen a las disfunciones sexuales, síndromes de identidad de género, comportamiento sexual *compulsivo* y síndromes que ocurren después de una agresión sexual (Torices & Ávila, 2011).

2.1.2. Sexo.

El sexo es el hecho biológico, físico y anatómico que marca, de manera diferenciada, la posibilidad de intervención de los individuos, machos o hembras, en la reproducción de la especie, el sexo en sí mismo no tiene implicaciones sociales, culturales ni históricas. Únicamente define la existencia de un ser, no de una persona; de un macho o de una hembra, no de un hombre o de una mujer (Cázes, Lagarde & Lagarde, 2000).

El sexo es un conjunto de características fenotípicas presentes en los sistemas, funciones y procesos del cuerpo humano, con base en las cuales se clasifica a las personas para su papel potencial en la reproducción biológica de la especie. No

hay homogeneidad cultural en la definición de los componentes sexuales ni genéricos (Izquierdo, 2004).

El concepto de sexo se refiere a una condición biológica orgánica que permite la formación de células reproductoras o gametos (Medina, 2009) el sexo por lo tanto, está presente en los seres vivos desde los más simples hasta los multicelulares más avanzados, que desarrollan órganos especializados gónadas donde se producen los gametos.

2.1.3. Sexo de asignación.

Los avances científicos en el área de diagnóstico y seguimiento del embarazo a través, de estudios de laboratorio y gabinete, han permitido que pueda hacerse una presunción del sexo del producto antes del nacimiento, esto ha generado controversia especialmente cuando las expectativas de la madre o padre no son coincidentes con la gesta, y determinan actitudes poco favorables en la consecución del embarazo y en la relación inicial con el recién nacido. Sin embargo, de manera tradicional el sexo de asignación la hace el médico y familiares en el momento del nacimiento en función del aspecto de los órganos sexuales externos del recién nacido, y se traduce en una serie de actitudes y conductas de las personas que le rodean, condicionando a su vez, actitudes y conductas esperadas (Bustos, 1994).

Por otra parte, Álvarez-Gayou (1986) menciona que el sexo de asignación se le establece al individuo al nacer, en función al aspecto de sus genitales externos que con frecuencia se considera que estos no coinciden con el sexo genético o bien, ciertas alteraciones genéticas u hormonales modifican el aspecto de los mismos.

2.1.4. Género.

El género se refiere a los conceptos sociales de las funciones, comportamientos, actividades y atributos que cada sociedad considera apropiados para los hombres y las mujeres. Las diferentes funciones y comportamientos pueden generar desigualdades de género, es decir, diferencias entre los hombres y las mujeres que favorecen sistemáticamente a uno de los dos grupos. A su vez, esas desigualdades pueden crear inequidades entre los hombres y las mujeres con respecto tanto a su estado de salud como a su acceso a la atención sanitaria (OMS, 2014b).

Por otra parte, la categoría de género ha sido de especial importancia y utilidad para poder comprender y analizar los comportamientos y aspectos, que tradicionalmente han sido considerados únicos de las mujeres y los hombres; a partir de esto, se ha formulado el cuestionamiento de que los comportamientos de mujeres y hombres más que tener una base natural e invariable, se deben a una construcción social que alude a aspectos personales y psicológicos asignados de manera diferenciada a unas y a otros, por medio de los cuales las personas adquieren y desarrollan ciertos comportamientos, características y atributos que definen la femineidad y la masculinidad: derivándose de esto los roles de género (Torices & Ávila, 2011).

Según Granados (2001), el género es una categoría de análisis que con frecuencia se propone para la explicación de múltiples fenómenos sociales. La salud-enfermedad, vista como un proceso histórico, encuentra en el género una de las determinaciones que más influyen en la distribución diferencial de las enfermedades.

Sin embargo, la equidad de género significa una distribución justa de los beneficios, el poder, los recursos y las responsabilidades entre mujeres y hombres. El concepto reconoce que entre hombres y mujeres hay diferencias en

cuanto a las necesidades en materia de salud, al acceso y al control de los recursos, y que estas diferencias deben abordarse con el fin de corregir desequilibrios entre hombres y mujeres, la inequidad de género en el ámbito de salud se refiere a las desigualdades injustas, innecesarias y prevenibles que existen entre las mujeres y hombres en el estado de salud, la atención de salud y la participación en el trabajo sanitario (Roses, 2005).

2.1.5. Rol sexo-genérico.

El concepto de rol sexual alude a lo que tradicionalmente se ha llamado masculinidad y feminidad, y se refiere a las expectativas sociales acerca de las características de personalidad y las conductas más apropiadas para cada sexo (Barra, 2004).

Es el comportamiento que los individuos adoptan por los requerimientos sociales en función de su sexo (Álvarez-Gayou, 1986). Se establece desde pequeños y son diferentes para cada sexo: ropa, juguetes, juegos, trato, actitudes, gestos, lenguaje, empleo, etcétera; es producto del condicionamiento social y la educación. Se esperan ciertos comportamientos sociales apropiados para las personas que poseen un sexo específico, la estructura social es la que prescribe la serie de funciones de hombres y mujeres como *propias o naturales*; lo cual está establecido y es normativo, además, que llega a heredarse por generaciones.

2.1.6. Identidad de género.

La identidad de género es la convicción íntima, el sentimiento básico internalizado de una persona, la experiencia psicológica interna de sentirse a sí mismo como mujer u hombre. Normalmente este sentimiento íntimo se define a los 3 años de vida y generalmente corresponde al sexo asignado (Bardi, Leyton, Martínez & González, 2005).

Es la identificación psicológica que va desarrollando el niño con uno u otro sexo. El sentir psicológico íntimo de ser hombre o mujer (Álvarez-Gayou, 1986).

Los roles de género se refieren a las prácticas que a consecuencia de los estereotipos, realizan los sujetos en correspondencia con la normatividad social y los referentes simbólicos dispuestos por su cultura, el rol de género se concreta en el conjunto de tareas que ejecutan los individuos. La identidad genérica se adquiere a través, de un complejo proceso individual y social que implica la transmisión e incorporación de reglas acerca de lo obligado, lo prohibido y lo permitido; incluye las formas en que un individuo se presenta a sí mismo, el valor que él y lo que hace adquiere en su grupo social, así como las formas en que se espera que actúe (Granados, 2001).

2.1.7. Orientación sexual.

Es la dirección de los intereses eróticos y afectivos, es la preferencia o atracción que tiene un individuo por otro, ya sea heterosexual, homosexual o bisexual (Bardi et al., 2005).

La identidad de género, el rol de género y la orientación sexual constituyen la identidad sexual de una persona, siendo la sexualidad la expresión de esta identidad sexual en una persona. Cada uno de los aspectos descritos va evolucionando en el proceso del desarrollo desde el recién nacido hasta el adolescente, dándole un sentido en el logro de la identidad sexual (Bardi et al., 2005).

2.1.8. Vínculo afectivo.

La vinculación afectiva interpersonal se refiere a la capacidad humana de formar lazos, a través, de los sentimientos hacia otras personas (Rubio & Ortiz, 2012).

La vinculación afectiva es la capacidad humana de establecer lazos con otros seres humanos que se construyen y mantienen mediante las emociones. El vínculo afectivo se establece tanto en el plano personal como en el de la sociedad mediante significados simbólicos y concretos que lo ligan a otros aspectos del ser humano. El amor presenta una clase particularmente de vínculo afectivo (Rubio et al., 2000).

2.1.9. Educación en sexualidad.

Durante siglos y hasta hace poco, la sexualidad era abordada únicamente como algo que serviría para reproducir la especie, sobre todo en las mujeres, considerándose de forma distinta en el hombre existiendo mayor permisividad. Esta doble moral ha sido el resultado de una educación sexual inexistente o sesgada, llena de prejuicios, tabúes, represiones, y en definitiva, actuaciones del ser humano tendentes a la desnaturalización de la propia sexualidad humana. La educación sexual enseña a descubrir las pautas sexistas que están presentes en el lenguaje, en el trabajo, en la política, en la enseñanza, en la religión y en la sociedad en general (Martínez, 2011).

Según la (Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura [UNESCO], 2010), plantea una educación en sexualidad efectiva donde se puede entregar a las personas jóvenes información culturalmente relevante, científicamente rigurosa y apropiada a la edad del estudiante. Esta debe incluir oportunidades estructuradas que les permitan explorar sus valores y actitudes, poniendo en práctica competencias esenciales en la toma de decisiones para elegir con fundamento la forma en que desean conducir su vida sexual.

Torices y Ávila (2011), mencionan que en todos los pueblos, a lo largo de su historia, se han elaborado modelos de educación sexual que permiten perpetuar el modelo social, lo que afirma que en todas las épocas de manera formal o informal se ha hecho educación sexual. Existen culturas o sociedades que aceptan cierta

información, otras que la facilitan y otras más que la permiten. La educación es una instancia de socialización de las más importantes, aunque no todo se lleva a cabo en la escuela; en este sentido se hace la distinción entre la educación formal y la informal.

La primera tiene lugar en la escuela, la segunda en la familia, de los medios de información y de los amigos, entre otras, ambas tienden a sostener y perpetuar los roles de género asignados a mujeres y hombres. El reto de dar una educación de la sexualidad, es establecer y llevar a la práctica una educación formal, considerando las diversas disciplinas que intervienen para dar una información objetiva y científica, dirigida a todas las personas; sin distinción de sexo o género (Torices & Ávila, 2011).

La educación en sexualidad requiere de un acercamiento congruente con la edad y la cultura, requiere proporcionar información científica, realista y no valorativa. La educación en sexualidad debe favorecer oportunidades para explorar los propios valores y actitudes para la toma de decisiones responsables (Torices & Ávila, 2011).

La salud sexual debe promoverse entre todos los miembros de la sociedad. La OMS y la OPS han hecho hincapié en la necesidad de reconocer los derechos sexuales de todas las personas, incluidas las que tengan discapacidades mentales y físicas (Rubio et al., 2000).

Se debe promover un comportamiento sexual responsable que se exprese a nivel individual, interpersonal y comunitario. Este se caracteriza por autonomía, respeto, consentimiento, protección, búsqueda de placer y bienestar de la persona, ya que no se propone hacer daño, y se abstiene de explotación, acoso, manipulación y discriminación (Rubio et al., 2000).

La educación sexual integral debe iniciarse a temprana edad, ser adecuada en cuanto a la edad y el grado de desarrollo y que promueva una actitud positiva hacia la sexualidad. La educación en sexualidad debe proporcionar una base de conocimientos sobre la sexualidad humana. Además, se ha reconocido que la información sexual por sí sola no basta. Por lo que la educación en sexualidad incluye el desarrollo de destrezas, además de la adquisición del conocimiento (Rubio et al., 2000).

Se deben impartir sesiones didácticas en la escuela, la cual, actúa como un componente esencial en la construcción de la salud sexual a lo largo del ciclo vital de las personas. La escuela en la mayoría de los países, es la única institución con la que un gran número de personas tienen contacto en su vida. Es el lugar ideal para impartir la educación en sexualidad (Rubio et al., 2000).

2.2.0. Actividad sexual.

La actividad sexual es una expresión conductual de la sexualidad personal, donde el componente erótico de la sexualidad es el más evidente. La actividad sexual se caracteriza por los comportamientos que buscan el erotismo y es sinónimo de comportamiento sexual (Rubio et al., 2000).

2.2.1. Prácticas sexuales.

Las prácticas sexuales, son patrones de actividad sexual presentados por individuos o comunidades con suficiente consistencia como para ser predecibles (Rubio et al., 2000).

2.2.2. Sexualidad.

Rivera (2008) define la sexualidad como parte del ser humano, sin importar su condición física, social, sexo o religión.

La vivencia de una sexualidad sana, permite a las personas conocerse y aceptarse a sí mismos/mismas y poder expresarla a los demás sin violentar sus derechos humanos. Para ello, es necesario que los padres, madres y docentes conozcan acerca de la importancia de la educación en sexualidad para los niños y niñas (Rivera, 2008).

La sexualidad está íntimamente ligada al ser humano; para algunos es una fuente de placer y aceptación; para otros, origina problemas y conflictos de diversa índole. Casi todos los seres humanos viven y actúan sin un conocimiento real de su sexualidad y de la de los demás, la que conlleva una afectación en la vida individual y social (Martínez, 2011).

Ballester y Gil (2006) realizaron un estudio sobre el tema de sexualidad en niños de 9 a 14 años donde su objetivo fue analizar el comportamiento de los niños y sus actitudes sexuales en Valencia, España. Los resultados muestran particularmente que los niños de 9 años ya manifiestan comportamientos que muestran su interés hacia la sexualidad. Por otra parte, los resultados reflejan que antes de los 14 años un buen porcentaje de niños ya expresan su sexualidad a través de la masturbación, y de experiencias o contactos sexuales con otros niños a veces del mismo sexo y que, además, buscan la excitación a través de las fantasías sexuales y del uso del material erótico.

Sin embargo, Ballester y Gil (2006) destacan que en su estudio se obtuvo una prevalencia de abusos sexuales en los niños de 9 a 14 años de edad mucho mayor de lo que viene siendo referido en la literatura, esta diferencia podría ser explicada, en parte, por el hecho de que su artículo se refería a un concepto más amplio que el habitual cuando se habla de abuso, a saber, si le *habían forzado alguna vez a hacer algo sexual que él no deseara hacer*, mientras que en otros estudios se habla de *abuso* en un sentido más restrictivo.

2.2.3. La salud sexual.

Es la experiencia del proceso continuo de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad. Al tratarse de un concepto integral, no solo hace referencia a la ausencia de disfunción, enfermedad o discapacidad, sino que desde un punto de vista histórico, diferentes grupos han empleado el término *salud sexual* para referirse a conceptos distintos. Así, hay quienes opinan que el término se ha utilizado como un eufemismo para designar la información sobre las infecciones de transmisión sexual, y quienes consideran que dicho término se ha empleado para fomentar un enfoque estrecho de la educación vinculada con la reproducción (Rubio et al., 2000).

Según Rubio et al. (2000) la salud sexual se define como la integración de los elementos somáticos, emocionales, intelectuales, y sociales del ser sexual, por medios que sean positivamente enriquecedores y que potencien la personalidad, la comunicación y el amor.

2.3. Identificación y prevención de la violencia y abuso sexual infantil

2.3.1. Abuso sexual infantil: historia, concepto y epidemiología.

El abuso sexual infantil se define como la implicación de menores de 18 años en actividades sexuales para las cuales, carecen de la madurez y el desarrollo cognoscitivo necesarios para evaluar su contenido y consecuencias, que tienen como finalidad satisfacer o gratificar a un adulto o grupo de adultos. Cuando el abuso es cometido por un familiar se denomina incesto (Gallego, Medina & Montoya, 2008).

El abuso sexual como forma de maltrato infantil no es una práctica de los tiempos modernos, sino una constante a través de la historia de la humanidad; sin embargo el desarrollo intelectual de los dos últimos siglos ha permitido reconocer

al niño como actor social con derechos propios y a la infancia como periodo determinante en el desarrollo de los ciudadanos (Gallego et al., 2008).

Cualquier niño es vulnerable de ser objeto de acercamientos sexuales. Por su inmadurez, su dependencia y su necesidad de afecto el cual tiende a confiar en los mayores y puede ser engañado fácilmente, en especial los más pequeños. Por lo cual, para que un acto abusivo se transforme en una situación crónica se requieren otros ingredientes: la tendencia familiar a mantener los secretos mediante ocultamientos y mentiras, hace que se instalen refinados mecanismos de comunicación familiar que conducen, a no identificar con facilidad el acto abusivo y a la distorsión de las percepciones de todos los integrantes (Almonte, Insunza & Ruiz, 2002).

Las agresiones sexuales a menores son en las que se usa la fuerza, intimidación o prevailecimiento de superioridad y actos realizados con menores de edad, o que bien ellos no comprenden o no tiene la capacidad suficiente para consentir, y que pueden perturbar sus actitudes y comportamientos. Cuando suceden en el seno de la familia, integra el incesto. El abuso sexual infantil es un problema que encaran las sociedades de todo el mundo; es un fenómeno complejo cuyas causas son una combinación de factores sociales, familiares e individuales, que afectan a niños de cualquier raza, estatus social o educativo. (Whitaker, et al., 2008).

Los abusos sexuales son atendidos por una gran variedad de profesionales médicos (Redondo & Ortiz, 2005).

Dentro del abuso sexual hay manifestaciones verbales inespecíficas. En ocasiones el niño manifiesta a un adulto, progenitor u otro adulto de confianza, que ha tenido experiencias incómodas, *tocamiento de genitales*. A veces las revelaciones son vagas, *mi tío besa demasiado fuerte*. Otras veces, el niño lo expresa de una manera indirecta por carecer del vocabulario adecuado, *jugamos*

al juego de los abrazos. Pero los niños tienen miedo a revelarlo por las amenazas que han recibido, *si se lo dices a tu madre te daré un puñetazo*, o les han convencido para que no lo digan, *si se lo dices sabes qué pensarían que eres un mentiroso*. Incluso algunos niños mayores se dan cuenta del trastorno que origina dicha revelación y se retractan, ya que se sienten responsables de mantener la familia unida, de forma que se sacrifican por la estabilidad familiar, aunque van a seguir siendo víctimas (Redondo & Ortiz, 2005).

Los cambios más específicos en el comportamiento y trastornos clínicos evidentes ocurren cuando los niños presentan ya una sintomatología más preocupante. En el área de comportamiento pueden manifestar una curiosidad sexual exagerada, o una masturbación compulsiva. O un conocimiento inapropiado del comportamiento sexual del adulto. Y en la esfera física pueden presentar lesiones genitales como traumatismo genital, anal o uretral, hemorragia, prurito, vulvitis, vulvovaginitis, flujo, dolor genital crónico, cuerpo extraño en la vagina, lesiones anales, proctitis, hemorragia, prurito, dolor anal crónico, encopresis, defecación dolorosa, cuerpo extraño en el recto lesiones urinarias disuria, infección urinaria recurrente, enuresis y abdominalgia, lesiones bucales hematoma en paladar, cualquier enfermedad de transmisión sexual (ETS) debe ser considerada como evidencia de abuso sexual hasta que no se demuestre lo contrario y, embarazo (Redondo & Ortiz, 2005).

2.3.2. Etiología del abuso sexual.

Díaz, Casado, García, Ruiz y Gómez (2000), mencionan que el abuso sexual no se conoce con exactitud porque se produce, interviniendo en su etiopatogenia factores complejos que involucran a la víctima, el agresor y el ambiente que los rodea. Los niños al ser pequeños, débiles y, por tanto, vulnerables son víctimas perfectas para el abuso sexual por múltiples razones, ya que: por un lado, desde el principio se les enseña a respetar y a obedecer a sus padres y superiores que ejercen autoridad, y resultan ser fácilmente influenciados por ellos. De una manera

natural confían en los adultos, y sienten curiosidad por todo, incluido el sexo. Por otro lado, los niños necesitan afecto, y están continuamente buscando y reclamando atención, sobre todo aquellos niños con alguna discapacidad tanto física como emocional, y que por tanto, dependen de la ayuda y soporte de otros.

Las víctimas siempre son los niños porque para ellos tiene un gran significado emocional. Determinadas necesidades emocionales de los adultos abusadores se satisfacen en contacto con los niños, dado que dichas necesidades se adecuan a las características propias de los niños. Estas necesidades podrían tener su origen en la inmadurez emocional, la baja autoestima, traumas infantiles, el deseo de controlar la relación, etc. Desde un punto de vista cultural es indudable que uno de los valores asociados al varón es el *ser dominante, poderoso, eficaz*. Estos aspectos que el ofensor puede obtener con más facilidad en la relación con los niños. Esta explicación puede ser útil para entender a los pedófilos y, en general, a aquellos agresores que no usan la violencia, pero se carece de una base experimental y clínica suficientemente probada (Díaz et al., 2000).

Otros autores creen que el origen de los abusos sexuales está en que algunos adultos se excitan sexualmente más con los niños. Esta activación sexual puede tener orígenes diferentes. De entre todos ellos, el factor concreto que parece tener un mayor peso explicativo, es el hecho de haber sido objeto de abusos sexuales en la infancia. Quienes sufren abusos sexuales cuando son niños, tienen más probabilidad de reproducirlos con otros, al llegar a la vida adulta, pues pueden aprender que está actividad resulta placentera a algunos adultos y, consiguientemente, tienden a repetirla. Este aprendizaje puede hacerse, a través, de la observación de modelos que obtienen satisfacción en estas conductas como es el caso de la pornografía infantil o por atribuciones erróneas a los niños por ejemplo, la creencia en que los niños desean la relación sexual con los adultos, etc. Por último, algunos autores no descartan que esta excitación sexual ante los niños pueda tener origen hormonal o genético. Un tercer grupo de autores creen explicar mejor estas conductas atribuyéndolas a dificultades para relacionarse con

otros adultos, *bloqueo*. Los agresores sexuales se orientarían hacia los niños porque, son incapaces de tener relaciones sexuales satisfactorias con otros adultos. Estas dificultades son explicadas de diferentes maneras según los autores como la falta de habilidades sociales, dificultad para abordar mujeres u hombres adultos (Díaz et al., 2000).

2.3.3. Derechos sexuales.

Martínez et al. (2009) mencionan que se incorpora la noción de derechos sexuales sustentados, básicamente, en el derecho al placer sexual desvinculado de la procreación. Desvincular a las mujeres del mandato de la maternidad como único destino, supuso sin duda un gran logro.

Martínez et al. (2009) mencionan que a partir de Beijing, existe un consenso entre la comunidad internacional de abordar los derechos reproductivos y sexuales como derechos humanos y universales, reconociendo la reproducción y la sexualidad como dimensiones claves para el desarrollo humano y social. Estos derechos son, por tanto, exigibles, universales, inalienables e inherentes a todas las personas, constituyéndose como una de las bases primordiales para las políticas sanitarias, sociales y de desarrollo de cualquier país. Los derechos humanos están por encima de los valores culturales. El reconocimiento de los derechos sexuales se encuentra en proceso de evolución. Los derechos humanos y promotores de la justicia, la igualdad, la libertad y la vida misma. Dado que la protección de la salud es un derecho fundamental del ser humano, es obvio que la salud sexual conlleva derechos sexuales.

La declaración de los derechos sexuales de la asociación mundial de sexología menciona que se tiene el derecho a la libertad sexual, el derecho a la autonomía, integridad y seguridad sexual del cuerpo, el derecho a la privacidad sexual, el derecho a la equidad sexual, el derecho al placer sexual, el derecho a la expresión sexual emocional, el derecho a la libre asociación sexual, el derecho a la toma de

decisiones reproductivas, libres y responsables, el derecho a información basada en el conocimiento científico, el derecho a la educación sexual integral y el derecho a la atención de la salud sexual (Rubio et al., 2000).

González (s.f.) menciona que las necesidades sexuales responden tanto a la necesidad básica de autonomía como de salud física y, aunque están presentes durante toda la vida, se manifiestan de manera diferente en cada período. La Convención sobre los Derechos del Niño, aprobada por la Asamblea General de Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1989, es absolutamente omisa en lo que se refiere a los derechos vinculados con las necesidades sexuales. La explicación parece simple dada la naturaleza del instrumento, que tuvo que generar el consenso de prácticamente todos los países del mundo. La Convención es una prueba más del silencio respecto del tema cuando se trata de niñas y niños. La única alusión expresa es el derecho a la protección en contra de cualquier forma de abuso o explotación sexual.

2.3.4. Violencia sexual.

La violencia son aquellas situaciones en las que alguien se relaciona con otras personas en contra de la voluntad de esta, cualquiera que sea la forma en que esto ocurra. Es un ejercicio de poder y autoridad que ofende, perjudica y quebranta los derechos de las personas, ya que ocasiona daño, lesión, incapacidad e incluso puede provocar la muerte (Torres, 2001).

Sin embargo, la violencia sexual es un abuso basado en el género, según se establece en la Declaración para la Erradicación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, y es frecuentemente perpetrada por un varón en el que la mujer confía y de quien espera protección, como el padre, el tío, el esposo, alguna autoridad, etcétera. Sin embargo, esta violencia también es llevada a cabo por desconocidos en diferentes circunstancias (Ramos, Saltijeral, Romero, Caballero & Martínez, 2001).

La violencia sexual es un problema mundial, pero no tenemos suficientes datos sobre la incidencia y prevalencia de sus diferentes formas; esto se debe a que con frecuencia existen diferencias conceptuales y operacionales que impiden la comparación entre los estudios sobre el tema. Así mismo, existen otros problemas que dan cuenta de las dificultades para captarla y documentarla.

Entre estos destaca que (Ramos et al., 2001):

- A veces las mujeres no reconocen la violencia sexual que han experimentado como una violación o como otro tipo de abuso debido a que el contexto sociocultural normatiza, minimiza, tolera o promueve estos actos;
- Con frecuencia las mujeres no reportan estos delitos al sistema de salud o de justicia por vergüenza, miedo de la reacción de los funcionarios o prestadores de servicios y temor a las consecuencias que pueda tener su denuncia;
- Las mujeres tienden a guardar silencio si se les pregunta sobre sus experiencias de violencia sexual. Esto ocurre más marcadamente, en los casos en que estas experiencias han sido llevadas a cabo por familiares o en el contexto de una situación íntima.

La violencia sexual hacia las niñas y los niños es un hecho que ocurre tanto en el contexto familiar como fuera de él, y a pesar de que existen reportes sobre su incidencia, a este tipo de violencia se le da poca atención, lo mismo ocurre en el ámbito escolar cuando una niña o niño reporta a alguna figura docente que está viviendo este tipo de violencia, las más de la veces es ignorada o se insensibiliza, ya que, el atenderla implica que el personal docente y directivo enfrente situaciones que van desde el desconocimiento de estrategias teórico metodológicas, no quererse involucrar en acciones jurídicas o posiblemente enfrentarse con situaciones personales por el hecho de haber vivido una experiencia semejante (Torices & Ávila, 2011).

También, Torices y Ávila (2011) mencionan que los actos de violencia sexual pueden ser: violación, el acoso sexual, el abuso sexual de niñas y niños, abuso sexual de personas con discapacidad, matrimonio o la cohabitación forzados incluidos el matrimonio de menores, la negación del derecho a hacer uso de la anticoncepción o adoptar otras medidas de protección contra infecciones de transmisión sexual (ITS), al aborto forzado y mutilación de genitales.

La OMS y OPS (2002) definen la violencia sexual como: todo acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona, independientemente de la relación de esta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo.

Por otra parte, Rodríguez (2003) menciona que el abuso sexual abarca una amplia gama de comportamientos y relaciones, que van desde el contacto físico con penetración, hasta aquellos más sutiles pero igualmente dañinos, siendo posible hablar de dos clases de abuso sexual; con contacto y sin contacto:

- a) Abuso sexual con contacto: incluye comportamientos que involucran el contacto físico con la boca, los pechos, los genitales, el ano, o cualquier otra parte corporal, cuando el objeto de dicho contacto es la excitación o satisfacción sexual del agresor. Este tipo de abuso incluye tanto el tocar y acariciar, como la penetración genital, anal u oral.
- b) Abuso sexual sin contacto: es aquél practicado, a través, de comportamientos que no implican contacto físico con el cuerpo, pero que sin duda repercuten en la salud mental de la persona. Se incluyen comportamientos tales como exhibirse con fines sexualmente insinuantes, masturbarse en presencia de un niño o una niña, producir material pornográfico con el menor, mostrarle material pornográfico, espiarlo mientras se viste o se baña, dirigirle repetidos

comentarios seductores o sexualmente explícitos, y realizar llamadas telefónicas obscenas.

2.3.5. Perfil del agresor sexual.

Los abusadores de niños tienen dificultades para establecer relaciones sexuales con adultos; muestran especial predilección por establecer relaciones sexuales con menores y obtienen gratificación sexual especialmente al interactuar con ellos; aparentemente tienen una vida sexual activa y satisfactoria con parejas de edad apropiada, pero ante ciertas circunstancias, como situaciones de tensión excesiva en las cuales su autoestima se ve amenazada, reaccionan impulsivamente utilizando como pareja sexual a un niño o una niña; interactúan con éstos como si tuvieran su edad y no de acuerdo con su edad real; pudiendo haber sido objeto de abuso sexual, maltrato físico y/o emocional en su infancia; desean controlar y dominar a quienes interactúan con ellos; han acumulado rabia y encuentran en el niño un objeto perfecto para descargarla; abusan del alcohol u otras sustancias psicoactivas; se excitan y obtienen gratificación sexual provocando dolor y sufrimiento a otros en el contacto físico (Rodríguez, 2003).

La diferencia del pedófilo y el abusador sexual, es que la pedofilia es un tipo de parafilia que consiste en la excitación o el placer sexual derivados principalmente de actividades o fantasías sexuales repetidas o exclusivas con menores prepúberes en general, de 8 a 12 años. Si bien el pedófilo puede excitarse con ambos sexos, la atracción hacia las niñas se da con más frecuencia que la atracción hacia los niños y el abuso sexual infantil representa un ámbito conceptual más amplio. Los pedófilos abusan sexualmente de los niños a excepción de algunos, que limitan su actividad a las fantasías masturbadoras que no son propiamente pedófilos, se trata en este último caso, de personas que presentan una orientación sexual encaminada a las personas adultas, pero que en circunstancias especiales de estrés, de ira o de aislamiento llevan a cabo conductas sexuales con menores (Echeburúa & Guerricaechevarría, s. f.).

Los abusadores son personas con apariencia normal, de estilo convencional y de inteligencias medias y no psicóticas. Precisamente la aparente normalidad es la característica más señalada, si bien suelen presentar rasgos marcados de neocriticismo e introversión, así como de inmadurez en forma de infantilismo. Los agresores sexuales presentan un cierto grado de vulnerabilidad psicológica, que arranca frecuentemente de la ruptura de lazos entre padres e hijos, los vínculos inseguros entre padres e hijos generan en el niño una visión negativa sobre sí mismo y sobre los demás y facilitan la aparición de una serie de efectos negativos como falta de autoestima, habilidades sociales inadecuadas, dificultades en la resolución de problemas, estrategias de afrontamiento inapropiadas, poco control de la ira, egoísmo y ausencia de empatía (Soria & Hernández, 1994).

Características del agresor sexual:

- Introversión
- Inmadurez en forma de infantilismo
- Los abusadores son personas con apariencia normal, de estilo convencional y de inteligencias medias y no psicóticas.
- Falta de autoestima
- Dificultades en la resolución de problemas
- El agresor sexual puede ser un pariente, un conocido o un amigo de la familia.
- El agresor muestra autoridad ante el niño
- El agresor pide al niño no lo comente con nadie
- Personas adultas
- Casados
- Se relaciona mejor con niños que con adultos
- Tiene pocos amigos íntimos de su generación
- Prefieren niños o niñas de una edad específica
- Prefiere un sexo más que el otro

- Puede que busque empleo o sea voluntario en lugares relacionados con actividades infantiles
- Se le ve en parques o cerca de colegios
- Acumula fotografías de niño o niñas y pornografía infantil
- Habla con los niños o niñas en su mismo lenguaje y a veces con lenguaje de pareja
- Se ofrece para cuidar niños y niñas
- Busca organizaciones y publicaciones que apoyan sus tendencias sexuales

Estas son las características con las que se trabajaron en la intervención, de las cuales los niños y padres de familia aprendieron a identificar a un posible agresor (Biever, 2012).

Según (Cáceres, 2001) estos sujetos tienen déficits de empatía con respecto a sus propias víctimas y los rasgos asociados más frecuentes son: incapacidad para intimar, vínculos pobres, distorsiones cognitivas, déficits sociales y psicopatía de manera escasa dependiendo del tipo de población que se estudie.

Según Onostre (2000), las estrategias que utiliza el agresor sexual en su mayoría (76,6%) empleó el soborno para asegurar el silencio de sus víctimas (ofrecimientos de regalos y dinero, empleo laboral, etc.); sólo el 23,4% de los agresores utilizó la amenaza y fuerza física para someter a sus víctimas.

Respecto a la relación que tenían las víctimas con el agresor 79% de los agresores fueron conocidos por la víctima y sólo 21%, desconocidos. Los principales agresores fueron: el tío (12%) y padrastro (9%) en el abuso sexual intrafamiliar; los vecinos (21%) y desconocidos (21%), en el abuso sexual extrafamiliar (Onostre, 2000).

De esta forma, existe una serie de mitos o creencias sociales en torno a la agresión sexual a menores, la más importante es que el agresor es una persona desconocida, peligrosa o extraña al niño. No obstante, la realidad demuestra que

mayoritariamente, y en consonancia con las agresiones sexuales adultas, el autor es una persona próxima al niño; un pariente, un conocido o un amigo de la familia. La agresión sexual a menores generalmente no es fruto de un único delito, sino que conlleva abusos repetidos en el tiempo, pudiendo alcanzar meses o años de la vida del niño. También la forma agresiva sigue unos parámetros similares; generalmente no se trata de una acción impulsiva, violenta o inesperada sino que se desarrolla de forma sutil y poco a poco en el tiempo (Soria & Hernández, 1994).

Según Soria y Hernández (1994) la coacción física no parece ser el elemento clave en la agresión sexual a menores, pero sí la psicológica. Esta se establece en función de 3 polos:

El primero, que es la autoridad donde el agresor suele ser una persona de confianza del menor, generalmente adulto o mayor que él, por lo cual, suele disponer de una autoridad moral implícita. Siguiendo la teoría de disonancia cognitiva, es este el momento en que al niño se le plantea la necesidad de creerse lo que sucede como normal y aceptable porque lo dice el agresor. Es decir, el niño adquiere un sentimiento de autculpabilidad si no reacciona como se espera de él (Soria & Hernández, 1994).

El segundo es el secreto. Una vez que el agresor pide al niño no lo comente con nadie, a este se le plantea otro dilema, romper el secreto significa violar una de las creencias básicas de la infancia que, además, traería consecuencias negativas para el fruto de la amenaza formulada por el agresor o bien para las personas que le rodean: madre, hermanos, etc., en cualquier caso, siempre se observa como autculpable por la situación (Soria & Hernández, 1994).

El tercero es la indefensión. Siguiendo la teoría de la indefensión aprendida, con el paso del tiempo y fruto del miedo inducido, el niño ha aceptado la situación, al tiempo que se ve incapaz de actuar (Soria & Hernández, 1994).

2.3.6. Atención al abuso sexual en el contexto escolar.

Cuando en el centro escolar un niño o una niña revela a algún docente, directivo o quien forme parte del personal que labora en el centro, que está siendo víctima de abuso sexual, es responsabilidad de esta persona atender de inmediato la denuncia considerando, en primer término, el procedimiento de intervención y a la vez tomar las medidas de acuerdo a los aspectos generales, integridad del alumno, numeral 41 de los lineamientos generales para la organización y funcionamiento de los servicios de educación inicial, básica, especial y para adultos en el Distrito Federal, ciclo escolar 2010-2011 (Torices & Ávila, 2011).

Sin excepción, toda queja o denuncia de maltrato físico, psicológico o de abuso sexual a los alumnos será atendida y documentada de manera inmediata por el director del plantel de que se trate, con base en las disposiciones vigentes aplicables y los lineamientos para la atención de quejas o denuncia por maltrato escolar o abuso sexual infantil en los planteles de educación básica del Distrito Federal, ya que de no hacerlo incurrirá en responsabilidad administrativa, laboral o penal (Torices & Ávila, 2011).

Para tal efecto, procederá de inmediato a notificar por escrito la situación a las autoridades superiores y elaborar el acta de hechos correspondiente, solicitando, en caso necesario, la intervención del área de apoyo jurídico. El director del plantel en conjunto con la supervisión de su jurisdicción tomará las medidas necesarias para prevenir, atender y en su caso, denunciar el hecho ante las autoridades competentes. En todas las actuaciones, durante el proceso de elaboración del acta procedente, se preservará la integridad física y psicológica de los alumnos involucrados quienes en todo momento deberán estar acompañados de sus padres o tutores. Deberá crearse el escenario adecuado para que durante la intervención del menor en el acta procedente no esté al alcance de su vista el presunto responsable. Por ningún motivo se debe confrontar al menor involucrado con el presunto responsable. La copia del acta instrumentada será entregada a

todos los declarantes, firmando de recibido en el documento original (Torices & Ávila, 2011).

2.4. Desarrollo de la sexualidad en la infancia

Esta etapa se caracteriza por el desarrollo de un sentimiento de confianza por parte del niño. La necesidad básica de alimento se convierte, además, en una experiencia sensual y placentera y, para él, es muy importante la sensación de que sus necesidades están cubiertas. Merece prestar especial atención en este momento a como se produce el destete, pues si este se lleva a cabo de una manera brusca o si el niño es sometido a una reglamentación excesivamente rígida de su alimentación se podría generar un sentimiento de desconfianza por su parte. No será necesario recordar que el destete no es un acto mecánico y que el niño será especialmente sensible al afecto que la madre le manifieste en su transcurso (Freud, 1905 en Font, s.f.)

La segunda de estas fases es la fase anal, que dura desde el primer año y medio hasta los tres años. En ella, la sensibilidad irá dirigida a la mucosa anal y al acto de la defecación sin olvidar el placer bucal, la cual aparecerá como nuevo foco de sensaciones placenteras, reforzado por el aprendizaje del control de esfínteres. Este aprendizaje supondrá la aparición de las primeras prohibiciones, y también de los primeros *regalos*, las heces. En paralelo con el placer que el niño obtiene a través de la defecación está la realidad de la limpieza, y el control a que esta es sometida por parte del entorno. El niño aprende que produce algo valioso y que su control le permite, en cierta medida, manipular a su madre (Freud, 1905 en Font, s.f.)

La tercera fase es la denominada fase fálica, que comprende aproximadamente de los tres a los cinco o seis años. En ella, la zona erógena preponderante es el pene en el caso de los niños y el clítoris en el caso de las niñas, aunque en menor grado. En esta etapa se despierta el interés sexual propiamente dicho: la

curiosidad conduce a una intensa exploración sexual y al descubrimiento de los órganos genitales como fuente de placer. La curiosidad, asimismo, se centra básicamente en el propio origen y en las diferencias entre los sexos, que intentan aclarar a través del juego y de la exhibición de sus genitales. De la concepción popular del instinto sexual forma parte la creencia de que falta durante la infancia, no apareciendo hasta el período de la pubertad. Constituye esta creencia un error de consecuencias graves, pues a ella se debe principalmente nuestro desconocimiento de las circunstancias fundamentales de la vida sexual (Freud, 1905 en Font, s.f.)

2.4.1. Desarrollo psicosocial de la sexualidad en la primera infancia.

El desarrollo del niño es un proceso dinámico en que resulta sumamente difícil separar los factores físicos y los psicosociales, salvo en términos conceptuales. En estas condiciones, el desarrollo psicosocial consiste en el desarrollo cognoscitivo, social y emocional del niño pequeño como resultado de la interacción continua entre el niño que crece y el medio que cambia. La memoria, la atención, el raciocinio, el lenguaje y las emociones, así como la capacidad general de obrar recíprocamente con el medio físico y social, dependen de la maduración biológica del sistema nervioso central y del cerebro. En consecuencia, se requiere un nivel mínimo de bienestar físico como condición previa para que funcionen los procesos mentales. Por otro lado, la tensión psicológica puede producir trastornos físicos y afectar negativamente a la salud y el desarrollo físico del niño (Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF], 1984).

Según la UNICEF (1984) las diferencias del medio ecológico y cultural afectan profundamente el desarrollo tanto físico como mental. La acción recíproca con el medio define el carácter de las aptitudes y conocimientos adquiridos y la forma en que se les valora; las experiencias de aprendizaje de los hijos de los agricultores de Java Occidental serán algo distintas de las de los niños pastores del Altiplano Boliviano, y cada grupo social valorará especialmente aquellos conocimientos que

resulten más necesarios en su medio. Además, el grado de complejidad del grupo social, ha manifestado por sus instituciones, desarrollo económico, progreso técnico y determinará la complejidad de las aptitudes y conocimientos necesarios.

Conforme el niño crece se va estructurando su identidad genérica entre los dos y los cuatros años, la niña y el niño van formando su autoconcepto incorporando la vivencia psíquica y emocional de masculinidad o feminidad. Nacemos con un sexo, pero no nacemos con una identidad de género, cada quien en contacto con su propia identidad de género durante la infancia (Chapela, 2000).

Mientras que Raguz (1995) señala que el infante incorpora su identidad genérica a través de imágenes: primero viendo, por ejemplo, la forma en que se relacionan sus padres, hermanos y familiares cercanos a su hogar. El posterior aprendizaje de símbolos y el lenguaje marcarán aún más estos aprendizajes. El niño y la niña van integrando rápidamente las etiquetas sexuales niño-niña, hombre-mujer de su propia cultura.

2.4.2. Desarrollo psicosocial de la sexualidad en la segunda infancia.

Los niños y niñas juegan preferentemente con amigos del mismo sexo. Los impulsos sexuales no desaparecen, solo que son manejados de distinta manera. Posiblemente en este periodo se inicie la sensación de culpa por la autoestimulación o por fantasías sexuales conscientes. Debido a las actitudes de los adultos, empiezan a tener una idea incipiente de lo bueno y lo malo (Torices & Ávila, 2011).

Según Torices y Ávila (2011) el niño muestra interés por actividades relacionadas con el sexo. Se preguntan cómo se relacionan los adultos en la intimidad y hablan sobre ello. Les interesa tener conversaciones acerca de la sexualidad, y si tienen confianza, preguntan constante y abiertamente a los adultos respecto al tema.

El desarrollo de la atención, saber escuchar, memorizar, prever lo que va a ocurrir, presupone y a su vez promueve el desarrollo cognitivo del niño. Pero los niños actúan por dar gusto a sus padres porque necesitan el afecto de sus padres, para que estos les quieran. Aceptan las normas que les dan porque así se sienten queridos. Las consecuencias positivas o negativas de cumplir y/o trasgredir estas normas refuerzan el aprendizaje de dichas normas (Torices & Ávila, 2011).

Son los padres los que interactúan con el hijo en respuesta constante al aprendizaje cotidiano de vivir en la pequeña sociedad familiar (Mangato, s.f.)

2.5. Funciones de la escuela y la familia en el desarrollo de la sexualidad

2.5.1. Prevención del abuso sexual infantil.

La prevención es toda acción, que impide cuando se presenta un problema y disminuye las consecuencias negativas. Pero prevenir supone reducir los factores de riesgo y aumentar los factores de protección. Los objetivos principales de los programas de prevención del abuso, se orientan a evitar el abuso y la detección temprana de dicho abuso (estimulación de la revelación; Deza, 2005).

Por la aprobación y la forma en que muchos padres justifican el maltrato al que someten a sus propios hijos. El maltrato infantil es un fenómeno mundial cada vez más alarmante. Se registran un número creciente de denuncias, las cuales muestran que seis de cada diez niños, son maltratados en su familia y tres de ellos son víctimas de abuso sexual por parte de personas muy cercanas. Sin embargo, sabemos que gran parte de los casos no son denunciados debido a la violencia contra los infantes que es una práctica socialmente aceptada en nombre del amor y de la disciplina, afectando los derechos de niños, niñas y su dignidad de persona (Mariscal, 2000).

Observar el abuso sexual dentro de un amplio contexto social, requiere de reflexionar sobre factores que contribuyen a dar poder a los que ofenden, afectan, y los factores que refuerzan la vulnerabilidad de las víctimas. Requiere de tener el convencimiento que las relaciones interpersonales deben estar basadas en el respeto mutuo y no en el poder (Bardi et al., 2005).

Según Mariscal (2000), una de las formas de maltrato infantil que mayores consecuencias tiene en la vida de la víctima, es el abuso sexual. Este puede ser definido como *la participación del niño en actividades sexuales que no puede comprender, para las que no está preparado por su desarrollo, a las que no puede otorgar su consentimiento y que violan los tabúes sociales y legales*. De esta forma, se aclara que podría considerarse como abuso sexual infantil cualquier conducta de tipo sexual, incluso aquella sin contacto físico como es la exposición del niño a material pornográfico, pasando por diversas conductas sexuales que implican varios grados de violencia.

Para la prevención de posibles nuevos sucesos, es prioritario enseñar al infante a distinguir lo que es una muestra de cariño de lo que es una conducta sexual, así como a identificar y delimitar situaciones potencialmente peligrosas, estar a solas con un adulto en la habitación o en el baño o estar expuesto a imágenes o conductas sexuales y a poner en práctica las estrategias adecuadas para evitarlas decir no, pedir ayuda inmediatamente o contarlo (Echeburúa & Guerricaechevarría, 2011).

Mariscal (2000) menciona como un aspecto de suma importancia el hecho, de que la mayoría más del 80% de los casos de abuso sexual son cometidos por parte de personas cercanas a la víctima y en las cuales confiaban, como ser miembros de su familia *desde padres hasta padrinos*, personas a cargo de su cuidado o encargados de su formación. Al ser personas conocidas por el niño, pueden ejercer control sobre este, a través, de amenazas, recompensas o persuasión. El miedo ante la amenaza de daño físico, principalmente, facilita el silencio de la

víctima, el cual permite la repetición del abuso. El silencio, unido a un gran sentimiento de culpa lleva a la justificación de la violencia ejercida por el agresor.

2.5.2. Medidas que ayudan a prevenir el abuso sexual infantil.

En el estudio de Chávez et al. (2009) los factores familiares asociados al intento de abuso sexual y al abuso sexual consumado fueron consumo de alcohol del padre y violencia hacia la madre. Los factores individuales asociados al abuso sexual consumado fueron sexo, autoestima y violencia intrafamiliar. Además dentro del contexto familiar el abuso puede comenzar a tener la función de estabilidad de las relaciones familiares. En dicho estudio se encontraron a tíos, tías, hermanos, padres y padrastros como abusadores en el espacio familiar, donde la ruptura del secreto de las prácticas abusivas puede desencadenar una ruptura de la unidad familiar lo que implica un riesgo para la seguridad misma de la víctima al perder el apoyo emocional familiar, lo cual es muchas veces confirmado cuando las víctimas denuncian y se enfrentan al rechazo de su propia familia por la no credibilidad.

Los estudiantes con autoestima media y alta presentaron menor posibilidad de ser víctimas de abuso sexual en comparación con los de autoestima baja. Tener una autoestima más alta resultó ser un factor protector, de ser víctima de abuso sexual, lo que coincide con investigaciones realizadas en varios países sobre la asociación entre la autoestima, estilos de afrontamiento y sus efectos en el estrés post-traumático del abuso sexual (Chávez et al., 2009).

De esta forma, se puede afirmar que el fenómeno del abuso sexual es uno de los problemas sociales más caros, no sólo por el dinero que se destina al tratamiento del mismo, sino por el sufrimiento que causa y las huellas que deja en las víctimas. Además, el gasto económico que implica la identificación del abuso sexual y su tratamiento llega a ser mucho mayor que el gasto que implicaría la

prevención. Por lo tanto, es de suma importancia que se trabaje a nivel preventivo (Chávez et al., 2009).

La intervención educativa con la estrategia promotora participativa dirigida a los padres con menores en educación preescolar, se encontró un mayor aprendizaje lo cual cambio la aptitud sobre el impacto de educar con equidad a los menores para prevenir el (ASI) Abuso Sexual Infantil. Estos datos son importantes en el contexto de la educación. Demuestran la importancia de la participación activa de los padres en el desarrollo de habilidades para comprender temas específicos, deducir información y llegar a conclusiones relevantes por medio de la comprensión de los mismos. Esto ayudará a resolver problemas y tomar mejores decisiones (Higadera et al., 2011).

Es importante mencionar que uno de los factores de mayor riesgo para el abuso sexual infantil, es el maltrato físico previo, ya que un niño que ha sido golpeado cree en las amenazas y el silencio frente al temor generado por estas posibilita el abuso. Por esto, al trabajar con padres de familia y maestros se debe enfatizar este aspecto, a la vez que se mejoren las habilidades de comunicación de los mismos con sus hijos o alumnos (Mariscal, 2000).

En las actividades de prevención los niños pueden identificar, que su cuerpo les pertenece y que sólo ellos pueden decidir en función de él; sin embargo, también aprenden sobre la necesidad de que en ocasiones, algunos adultos revisen su cuerpo para mantenerlo sano, y que existen normas de seguridad que regulan el tocamiento del cuerpo de las personas, por ejemplo, cambiar pañal, revisión médica, higiene, etcétera (Mendoza, 2009).

Sin embargo, la prevención debería iniciarse al mismo tiempo en que se enseñan reglas de seguridad a los niños. De acuerdo a la Academia Americana de Pediatría, la prevención del abuso sexual debería iniciarse a los 18 meses de edad, comenzando con la identificación de las partes del cuerpo, para

posteriormente delimitar las partes privadas del mismo. A partir de los tres años, los niños deberían poder decir no ante situaciones de abuso y diferenciar las caricias que reciben. Desgraciadamente, la mayoría de los padres no cuentan con la información necesaria para realizar este trabajo preventivo (Mariscal, 2000).

Mendoza (2009), considera que durante las actividades preventivas los niños conocerán que es natural y sano llamar a los genitales por su nombre: *pene*, *vulva*, *ano*, *senos*, aprendizaje que se realiza a través de esquemas educativos del cuerpo, tanto de niños como de niñas se adecuan a la edad de los niños o adolescentes, incluso este esquema que se menciona se empleó con niños de secundaria, observándose que facilitaba el trabajo con ellos para nombrar sin tabúes cada una de las partes de su cuerpo. Se explica también la importancia de la higiene y el cuidado de su cuerpo, cuidarlo de golpes, de caídas, pero también de caricias o tocamientos que ellos o ellas no quieren que les hagan. En esta actividad también se tendrá que aportar una visión positiva de la sexualidad infantil, en la que identifiquen conductas que se manifiestan alrededor de los tres y doce años de edad que son totalmente naturales y que ayudarán a combatir muchos de los mitos que desafortunadamente se tienen en México.

Se requiere de profesionales en la salud en el cambio social, para responder a problemáticas sociales que se presentan en nuestro país. La prevención del abuso sexual infantil es una de estas respuestas, por esto, se debe comprometer en esta tarea. Uniendo esfuerzos interactuando con diferentes disciplinas de la salud para brindar soluciones efectivas (Mariscal, 2000).

Los intentos de prevención se han dedicado, sobre todo, a desarrollar programas en la escuela para enseñar a los niños a protegerse, como por ejemplo, cuáles son las formas de tocar buenas y malas. Esto ya se puede aprender desde los cuatro a seis años de edad. Y aunque hay estudios que demuestran efectos positivos en la prevención, aún no está demostrado si estos programas han ayudado a prevenir el abuso sexual; de hecho, algunos autores dicen que no hay

un efecto claro de los programas de prevención. Otros meta-análisis demuestran que los programas educativos mejoran el conocimiento de los niños sobre el ataque sexual, pero no demuestran que se reduzca en número de ataques, pero sí son importantes los programas preventivos en los niños, como, por ejemplo, la detección de niños en riesgo durante el período de posparto, incluso la detección en la visita prenatal de posible abuso en la madre (Redondo & Ortiz, 2005).

El especialista comentará que nadie tiene derecho a tocar o acariciar sus partes íntimas por medio de amenazas, chantajes o intimidando, generando miedo o lastimándoles. El especialista puede emplear preguntas como: ¿permitirías que alguien te pique tu ojito?, generalmente responden que no, por lo que se puede argumentar: *de igual manera nadie tiene derecho a acariciarte, o tocarte de manera desagradable* (Mendoza, 2009).

2.5.3. Consecuencias del abuso sexual infantil.

El abuso sexual infantil se destaca de otras formas del maltrato infantil por primar en aquél las perturbaciones psicológicas por sobre el daño físico. El daño físico es objetivable en un porcentaje aproximado al 5% de las consultas por abuso. (Almonte et al., 2002).

Se considera abusivo el trato sexual aún entre niños que por estar en distinta etapa evolutiva, se encuentran en una relación asimétrica, lo cual genera una situación de poder y coerción de uno sobre el otro. Este hecho debe alertar sobre la posibilidad de que un adulto haya abusado previamente del niño *abusador*. No contamos con estadísticas de prevalencia en nuestro país, pero en 1991 se efectuó una investigación entre estudiantes de los primeros años de la (UBA) Universidad de Buenos Aires con el fin de medir la incidencia de experiencias sexuales previas a los 17 años. Sobre un total de 416 estudiantes, se encontró que el 12,8% había sido víctima de abuso sexual y que el 7% padeció hechos abusivos que incluían contacto corporal (Sacroisky et al., 2007).

En la víctima, la experiencia del abuso sexual puede repercutir negativamente en su desarrollo psicosexual, afectivo social y moral. En algunas oportunidades las consecuencias del abuso pueden permanecer y reactivarse en el curso de la vida de la víctima. Consideramos como abuso sexual infantil toda actividad sexual impuesta, motivada consciente o inconscientemente en el abusador, quien ejerce poder físico o psíquico sobre la víctima, la que por su edad no siempre está en condiciones de comprender lo inadecuado de esta actividad (Almonte et al., 2002).

El abuso sexual infantil intrafamiliar es la forma más frecuente de victimización en la infancia. Los efectos del ASI son variables y están mediados por diversos factores, algunos de ellos relacionados con el abuso, tales como su frecuencia, gravedad y duración, y otros asociados a la fase evolutiva del menor y al medio familiar (Echeburúa & Guerricaechevarría, 2011).

El abuso sexual como una de las conductas lesivas que cometen los adultos con los menores, siendo reconocida como la más grave de todas, por cuanto se asocia con muchos tipos de enfermedades mentales y comportamientos disfuncionales en quienes lo padecen, entre los que se pueden mencionar: depresión, baja autoestima, fracaso escolar, abuso de fármacos y alcohol, intento de suicidio, promiscuidad sexual, prostitución y conductas criminales (Gallego et al., 2008).

El abusador, en la mayoría de los casos, es un varón adulto. El abuso sexual infantil, puede ser cometido por un adolescente, con un desarrollo físico y cronológico mayor que la víctima. Ambos tipos de abusadores buscan preferentemente complacer sus propias necesidades sexuales inmaduras e insatisfechas, en tanto la víctima percibe el acto como abusivo e impuesto, quedando en desventaja el menor. En los ASI intrafamiliares la situación, con frecuencia, es precedida de juegos seductores o de situaciones de privilegio para la víctima, lo que representa para esta una situación confusa. Una minoría de los ASI es realizada por mujeres (Almonte et al., 2002).

Desde un punto de vista histórico, puede hablarse de dos perspectivas en la investigación del abuso sexual infantil. La primera es la perspectiva centrada en la familia. Según este planteamiento teórico, basado en las relaciones incestuosas entre padres e hijos, la raíz del abuso sexual se halla en una dinámica familiar distorsionada. En la familia, la niña reemplaza a la madre como compañera sexual del padre, o viceversa. Las últimas investigaciones demuestran que los abusadores sexuales suelen iniciar sus actividades de victimización cuando son adolescentes y experimentan una activación sexual hacia los niños antes de ser padres. Ello cuestiona la hipótesis planteada previamente, puesto que el aspecto causal del abuso sexual infantil no se sitúa en la dinámica familiar. La segunda es la perspectiva centrada en el abusador. El estudio de abusadores sexuales internados en instituciones ha permitido establecer que la raíz del abuso sexual se encuentra en las características psicológicas y fisiológicas del perpetrador (Moreno, 2006).

Consecuencias a corto y a largo plazo, refiere que a largo plazo, los abusos determinan una presencia significativa de los trastornos disociativos de la personalidad como son el alcoholismo, toxicomanías y conductas delictivas, aparte de graves problemas en la conducta sexual. Pero las consecuencias son diferentes si el abusador es un familiar, o persona desconocida, u otro niño mayor, también es diferente si la relación sexual ha sido con violencia o no. Los abusos sexuales intrafamiliares suelen ser más traumáticos, ya que para el niño suponen además sentimientos contradictorios en cuanto a la confianza, la protección, y el apego que espera y sentimientos con relación a los propios familiares. Pero no todos los niños manifiestan el mismo grado de afectación, para algunos, el abuso, puede significar un trauma y para otros las consecuencias pueden ser diferentes. En algunas ocasiones, puede suceder que el grado de daño no esté relacionado o en proporción con el suceso en el que el niño ha estado involucrado (Deza, 2005).

Según Gallego et al. (2008), el abuso sexual y su influencia con la depresión, autoestima y consumo de sustancias tóxicas, en estudiantes de medio superior del

municipio de Caldas Antioquia, los puntos para establecer el concepto de abuso sexual infantil son:

- Semejanza entre la edad de la víctima y agresor la cual implica una desigualdad en la relación de poder.
- Imposición, entre el uso de la fuerza física, presión emocional y engaño.

Para Gallego et al. (2008), los tipos de abuso sexual se caracterizan por ser diversos en su forma de llevar a cabo la acción de dicho abuso sexual, comprende de tres tipos de abuso sexual, físico, verbal y exposición sexual:

- Contacto físico: está conformado por tres acciones como la violación es la penetración en la vagina, ano o boca con cualquier objeto, la penetración es la inserción del dedo hacia la vagina o en el ano, y caricias es tocar o acariciar los genitales.
- Verbal y visual: Propuestas verbales de actividad sexual explícita, exhibicionismo y obligar al menor a presenciar actos sexuales.
- Explotación sexual: Implicar al menor en actividades pornográficas o prostitución Infantil.

El enfoque ecosistémico de la situación de abuso requiere que se considere tanto a la víctima como al victimario, el papel de la familia, del sistema escolar y de los poderes ejecutivo, legislativo y judicial, respectivamente. Este enfoque permite una comprensión más integral del contexto en que el abuso ocurre y facilita el diseño de estrategias de intervención más eficaces (Almonte et al., 2002).

2.6. Efectos psicológicos del abuso sexual

Las consecuencias de la victimización a corto plazo son, en su mayoría, muy negativas para el funcionamiento psicológico de la víctima, principalmente cuando el agresor es un miembro de la misma familia y cuando se ha producido una violación. Las consecuencias a largo plazo son más inciertas, si bien hay una cierta correlación entre el abuso sexual sufrido en la infancia y la aparición de alteraciones emocionales o de comportamientos sexuales inadaptados en la vida adulta. No deja de ser significativo que un 25% de los niños abusados sexualmente se conviertan ellos mismos en abusadores cuando llegan a ser adultos (Echeburúa & Corral, 2006).

No en todos los casos, las secuelas del abuso sexual son similares a las de otro tipo de agresiones. De este modo, más que respuestas concretas a sucesos traumáticos específicos, los diferentes tipos de victimización castigo físico, abuso sexual, abandono emocional, etcétera, pueden dar cabida a síntomas y pautas de conductas similares en niños de la misma edad. Lo único que diferencia específicamente a los niños abusados sexualmente es una conducta sexual inapropiada, bien por exceso (promiscuidad sexual o desarrollo sexual prematuro; Finkelhor, 2005).

El abuso sexual produce graves daños psicológicos como: sentimiento de desprotección: conforme el niño va descubriendo el significado de lo sucedido, sentimientos de profunda desprotección lo inmovilizan, y queda incapaz de resistirse aunque la madre se encuentre en la habitación aledaña, esta incapacidad natural de pedir ayuda *por la dependencia al grupo abusivo* provee la esencia misma del descreimiento y el prejuicio en el grupo etario adulto. Muchas ocasiones, los adultos presumen que el niño puede defenderse de estas agresiones como si fuera un adulto. Pero sus defensas quedan superadas y anuladas, lo conducen a la incapacidad y desilusión, a la desesperanza y a

exagerar su propia responsabilidad y, por lo tanto, a tener sentimientos de culpa sobre los hechos (Sacroisky et al., 2007).

Hay una asociación entre depresión, mala autoestima y abuso sexual infantil, ya que estos trastornos también pueden estar asociados a otros eventos o situaciones adversas comorbidas presentes en la vida de los jóvenes. Según el reporte de una investigación en gemelas conducido en Virginia, el abuso sexual infantil funciona como un factor de riesgo no específico para el desarrollo de alteraciones psiquiátricas y se determinó que a mayor severidad del abuso se incrementaba el riesgo (Gallego et al., 2008).

Se mantiene el secreto por vergüenza, culpa, temor al castigo o pérdida del afecto por parte del ofensor inclusive temor a la ruptura y pérdida del hogar. Estos temores se ven reforzados y sugeridos por las amenazas directas de los agresores o partícipes. Actitud de acomodación: el niño vive dos realidades contradictorias: o bien los adultos responsables son figuras llenas de maldad, incapaces de quererlo y preservarlo, sentimientos o pensamientos intolerables con respecto a las personas de las que espera todo lo contrario dada su indefensión, o bien, el mismo se siente malo, sucio y merecedor de castigo. Suele elegir la segunda opción para sobrevivir emocionalmente (Sacroisky et al., 2007).

Denuncia tardía y conflictiva: se rompe el silencio cuando alguno de los mecanismos de acomodación dejan de ser efectivos pasado un determinado tiempo, por ejemplo, en la pubertad, con los reclamos de libertad que puede hacer sobre todo una niña. En esa situación, su denuncia no es creíble pues se considera que miente para lograr su libertad y, más aún, cuando comunica que el abuso ha sido por un largo tiempo. Retracción de la denuncia: asustado por las consecuencias de su denuncia, confronta como reales los tan imaginarios temores amenazantes, divorcio de los padres, abandono económico, etc. En muchos casos, se produce un incremento del maltrato por haber denunciado; puede agregarse aquí la revictimización si existe mal manejo institucional del niño que ha

revelado su caso. Ante esta situación, intenta retirar su denuncia (Sacroisky et al., 2007).

2.6.1. Diagnóstico del abuso sexual: aspectos clínicos.

El diagnóstico de abuso sexual es difícil y se basa, casi siempre, en el relato del niño. La sintomatología que pueden exhibir es variada. Algunos niños pueden estar completamente asintomáticos. Aunque la mayoría de las niñas no presentan lesiones en los genitales, probablemente debido al retraso de semanas o meses en denunciarlo, algunas niñas pueden presentar lesiones agudas: laceraciones, abrasiones, hematomas, hendiduras en V en el borde posterior del himen, disminución del tejido himeneal, cicatrices en la horquilla posterior. Las anomalías en los genitales masculinos son inusuales, aunque a veces se han encontrado laceraciones resultantes de la penetración, hematomas, engrosamiento de los pliegues o rugosidades, distorsiones anatómicas debidas a las cicatrices, dilatación anal superior a 2,0 cm niño en pronación y sin heces visibles en la ampolla rectal, eritema y congestión venosa (Redondo & Ortiz, 2005).

Las niñas tienen mayor probabilidad de ser víctimas de abuso sexual que los varones, lo cual es evidenciado en este estudio, siendo común este hallazgo en todos los estudios analizados. Según el Informe sobre el Estado Mundial de la Infancia 2007, las niñas en razón a su género son especialmente vulnerables a la violencia sexual. Pero no se debe desconocer que también los niños son víctimas de este tipo de maltrato (Gallego et al., 2008).

Signos compatibles con abuso sexual la anamnesis y exploración pueden ser importantes para el diagnóstico:

- Otras enfermedades de transmisión sexual no adquiridas perinatalmente: tricomonas, clamidia, condiloma acuminado, herpes simple.

- Rupturas del himen: concavidades angulares laterales o posteriores escotaduras, fisuras, cortes transversales, ausencia, o menor cantidad de himen, cicatrices.
- Cambios específicos en el ano: cicatrices o colgajos anales fuera de la línea media, dilatación superior a 15 mm sin materia fecal en la ampolla, irregularidades del orificio anal después de una dilatación total.
- Dilatación pronunciada de la abertura del himen en diferentes posiciones de examen (Redondo & Ortiz, 2005).

Se estima una relación estadísticamente significativa entre el abuso sexual y el consumo de sustancias psicoactivas especialmente de estimulantes marihuana, basuco, cocaína y éxtasis, los resultados comparables con los de otros estudios realizados, este abuso de sustancias psicoactivas *puede representar el intento de la víctima por ocultar la ansiedad relacionada con los recuerdos perturbadores o dolorosos asociados con el evento*. En la investigación realizada en el Departamento de Antioquia en jóvenes escolarizados en el 2003, se encontró que el abuso sexual en niños estaba asociado con el consumo de sustancias legales y en el caso del consumo de marihuana (Gallego et al., 2008).

En otro estudio se determinó que las diferentes formas de abuso en los niños, la negligencia y la disfunción familiar tienden a concurrir y los efectos de esas experiencias disruptivas en la niñez son fuertes y acumulativos. Además, el número de experiencias adversas a las cuales una persona es expuesta tiene una fuerte relación con el riesgo de iniciación del uso de drogas en la adolescencia. Así el uso de drogas ilícitas puede servir como una salida de escape o disociación del dolor emocional inmediato, la ansiedad y angustia que probablemente acompaña esas experiencias (Gallego et al., 2008).

Existen otras actitudes de comparación tales como en el periodo evolutivo de infancia y adolescencia y como también: problemas de sueño, cambios en la ingesta de alimentos, bajo rendimiento académico, emociones negativas, culpa,

vergüenza, miedo; baja autoestima, depresión, ansiedad, rechazo a su cuerpo, desconfianza y rencor hacia los adultos, conocimiento sexual precoz e inapropiado para su edad; masturbación compulsiva, excesiva curiosidad sexual, retraimiento social. Pero los efectos a largo plazo que pueden exhibirse en la adultez son: depresión, ansiedad, intentos suicidas, consumo de drogas o alcohol, dificultad para expresar o recibir expresiones de cariño; fobias o aversiones sexuales, déficit en habilidades sociales. Debido a los efectos a corto y largo plazo que el abuso sexual genera en los niños, y dado que generalmente no deja rastros en el cuerpo de las víctimas, se necesita el desarrollo de programas de detección que permita, en un ambiente educativo y de confianza ayudar a las víctimas a revelar episodios abusivos (Mendoza, 2009).

2.6.2. Evaluación del abuso sexual infantil.

La valoración de la persona que ha sufrido un abuso sexual debe realizarse con carácter de urgencia en tres circunstancias, a) cuando la persona agredida necesita tratamiento físico y/o psicológico; b) cuando la víctima necesita protección con carácter inmediato; y c) cuando la agresión ha ocurrido antes de 72 horas, por la posibilidad de perder pruebas. La evaluación de un caso de abuso sexual infantil sospechado exige hacer una historia clínica minuciosa realizada a los padres y al niño, una exploración física, la realización de pruebas de laboratorio adecuadas y la documentación cuidadosa de los hallazgos. También se deben recoger otros datos de diferentes profesionales. De ahí que la atención debe ser realizada por un equipo multidisciplinar educador para la salud, asistente social, psicólogo, pediatra, enfermera, policía, etcétera. Como en la valoración del caso de sospecha de abuso sexual suele incluir a los sistemas legales, es importante ofrecer una información sin prejuicios y comprensible por profesionales no médicos. Ante una sospecha de abuso sexual debe tenerse también en consideración una lesión accidental, un problema médico de otra etiología, e incluso una falsa alegación, a veces inventada por la madre o por los dos padres (Redondo & Ortiz, 2005).

El abuso sexual puede suponer un impacto duradero y devastador para el desarrollo del niño y de su familia sobre todo, cuando hubo penetración, el abuso fue duradero y realizado por un familiar cercano. Los varones que sufrieron abuso sexual en su infancia corren el riesgo de ser en un futuro abusadores sexuales. También serán con más frecuencia perpetradores de actos sexuales coercitivos (Redondo & Ortiz, 2005).

Es importante, que los niños identifiquen que en casos de maltrato y abuso sexual ellos no son responsables del comportamiento del agresor, y que es natural que surjan emociones como la culpa, el miedo, la vergüenza, la tristeza, etcétera. El especialista expresará, que en casos de abuso sexual los niños tienen miedo de contar la experiencia, ya que el agresor emplea amenazas, chantajes o les infunde miedo; o bien, no hablan de ello porque les da vergüenza hablar de sus partes íntimas, o tienen la falsa creencia de que ellos son culpables de lo que paso (Mendoza, 2009).

En el estudio Nacional de Comorbilidad en Estados Unidos publicado en 2001 se estimó que el abuso sexual infantil está asociado con depresión en mujeres cuando este no es un elemento de un gran síndrome de adversidades familiares. En el estudio de Chen se encontró que la depresión fue significativamente mayor entre hombres y mujeres quienes reportaron algún tipo de abuso sexual infantil (Gallego et al., 2008).

Como en cualquier otra forma de violencia sexual, el abuso del niño sucede en la intimidad, por lo que rara vez es presenciado por una tercera persona. Esto, junto con el retraso que existe habitualmente en ser visto por el médico y con la tendencia a que no haya lesiones, hacen que sea difícil ponerlo en evidencia. De ahí que el profesional sanitario deba estar atento a pequeñas pistas que puedan existir, manifestaciones específicas. En ocasiones el niño manifiesta a un adulto,

progenitor u otro adulto de confianza, que ha tenido experiencias incómodas, *tocamiento de genitales* (Redondo & Ortiz, 2005).

2.6.3. Intervención psicológica con menores víctimas de abuso sexual

La atención terapéutica, para el infante, debe tratar tanto el desahogo emocional y la expresión de los sentimientos experimentados como la intervención específica sobre las secuelas cognitivas, emocionales, conductuales y sexuales sufridas. El especialista señalará que al expresar emociones felicidad, enojo, tristeza, a otra persona pueden hacerlo de forma verbal o escrita, cuando se hace de forma verbal tendrán que seguir tres pasos: mirar a los ojos, expresar como se sienten, y manifestar la razón que les causa dicha emoción. Se señalará que en caso de que quieran confiar a alguien alguna situación que les haya provocado miedo, tristeza, angustia, deberán elegir a una persona de confianza y contarle lo que le sucedió (Mendoza, 2009).

La forma de actuar de los familiares ante la revelación del abuso puede llegar a ser más amplia que la del propio menor, principalmente en el caso de que la madre tenga que afrontar el hecho de que su pareja ha abusado de su hija. Todo ello puede generar una sintomatología ansioso-depresiva, culpa, vergüenza, miedo, cólera que repercuta negativamente en la víctima e impida protegerle en el futuro de una forma eficaz. El terapeuta debe realizar una evaluación exhaustiva del estado psicológico de los miembros de la familia y de las estrategias de afrontamiento utilizadas (Echeburúa & Guerricaechevarría, 2011).

Cuando el niño es mayor se le debe entrevistar a solas, con preguntas no dirigidas realizadas por un entrevistador diestro en manejar a niños. A veces es importante utilizar dibujos o muñecas anatómicas, y aunque ha habido mucha polémica sobre su utilidad, actualmente esta parece ser adecuada en el sentido de que su utilización puede ayudar a que el niño describa lo que sucedió, aunque algunos autores refieren que no debieran utilizarse antes de los 5 años de edad. El sexo

del entrevistador influye en las respuestas de los niños, pero esto se puede atenuar si se realizan entrevistas estructuradas. El objetivo de la entrevista es, por un lado, conocer cómo transcurre la vida del niño y quién le cuida; de otro lado, conocer el comportamiento del niño cambios de conducta, actitudes hacia determinada persona, nerviosismo, tristeza, mal rendimiento escolar, pesadillas nocturnas y otras alteraciones del sueño, comportamientos sexualizados y finalmente, conocer la existencia de síntomas específicos hemorragia vaginal, anal, encopresis, estreñimiento, etc. (Redondo & Ortiz, 2005).

Los especialistas solicitan que a través de un autoreporte el niño exprese si ha vivido alguna situación de maltrato o abuso sexual en caso de haber ocurrido, tiene que especificar el nombre del agresor, lugar, frecuencia; esta estrategia fue usada con niños de segundo de primaria y jóvenes de secundaria; con el alumnado de preescolar y primero de primaria. Cuando se detecta algún caso de maltrato o abuso sexual, se procede a desarrollar una entrevista individual con la víctima analizada con índices que validan el relato infantil, posteriormente se lograba la autorización del niño o la niña para revelar *el secreto* a los padres, lo cual se realiza en un ambiente de información, protección y apoyo, y donde el niño es libre de decidir las condiciones en las que se desarrollaría tal revelación (Mendoza, 2009).

Es de interés abordar clínicamente la dificultad de la familia para expresar las emociones asociadas a los abusos y a su revelación, y también las diversas percepciones en relación con las reacciones de los diferentes individuos. Todo ello puede llevarse a cabo en el tratamiento individual y también, a través, de una terapia de pareja en el caso de que esta se haya visto afectada tras los abusos o de una terapia familiar con los miembros implicados (Echeburúa & Guerricaechevarría, 2011).

2.6.4. Tratamiento médico del abuso sexual en la infancia.

Dicho tratamiento directo a las víctimas menores, está indicado cuando hay una presencia acentuada de síntomas, que interfieren negativamente en su vida cotidiana, cuando se encuentra en una situación de crisis salida del hogar, proceso judicial, etcétera y cuando sus capacidades cognitivas lo permiten. Como en cualquier otra intervención en la infancia, es imprescindible crear una buena relación terapéutica con la víctima y favorecer un clima de confianza en el que el menor perciba la consulta como un espacio acogedor de ayuda y superación. Al igual que en el caso de los familiares, en la intervención psicológica con los menores pueden diferenciarse dos ejes fundamentales: uno, educativo-preventivo y, otro, propiamente clínico o terapéutico (Echeburúa & Guerricaechevarría, 2011).

Ante un caso de abuso sexual se debe actuar en tres frentes: 1) proporcionar al niño atención médica adecuada; 2) denunciar ante los servicios de protección; y 3) asegurar los servicios de salud mental al niño y a su familia (Redondo & Ortiz, 2005).

Atención médica, debe dirigirse a proporcionar al niño y a la familia la seguridad de que su cuerpo está físicamente intacto, por lo que deberá abordar todas las lesiones que existan. No se debe culpar al niño o a su familia. Conviene decirle que lo sucedido no fue de su responsabilidad. Es muy importante tranquilizarle y convencerle de que es una persona normal, como los demás chicos/as de su edad, que en un futuro podrá casarse y tener hijos y convencerle de que sus lesiones cicatrizarán. La familia debe recibir apoyo y hay que quitar las preocupaciones sobre la virginidad. Se les debe decir que no hay relación entre abuso y homosexualidad posterior. El tratamiento médico debe encaminarse a: a) profilaxis de las ETS b) estudio de (VIH) virus de inmunodeficiencia humana; c) prevención del embarazo; y d) si más adelante se confirma alguna enfermedad, tratarla específicamente (Redondo & Ortiz, 2005).

En la intervención clínica, no todas las víctimas requieren ser tratadas psicológicamente. La terapia puede implicar, al menos en algunos casos, una segunda victimización. El tratamiento está indicado en los niños afectados por síntomas psicopatológicos intensos, tales como ansiedad, depresión, pesadillas o alteraciones sexuales, o por un grado de inadaptación significativo a la vida cotidiana. En los demás casos, el apoyo familiar, las relaciones sociales y la reanudación de la vida cotidiana son suficientes como factor de protección al menor. Y en el caso de que la terapia para la víctima sea necesaria, quedan aún por clarificar el momento adecuado de la misma y el establecimiento de unas guías de tratamiento adaptadas a la edad y a las necesidades específicas de cada víctima. Ya se han comenzado a dar los primeros pasos en esta dirección (Echeburúa & Guerricaechevarría, 2011).

2.7. Prevención desde la perspectiva del Educador para la Salud

Gutiérrez (2003) plantea que la educación para la salud comprende las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente destinadas a mejorar la alfabetización sanitaria que incluye la mejora del conocimiento de la población y el desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la mejora de la salud. Es un proceso educativo que tiene como finalidad responsabilizar a los ciudadanos en la defensa de la salud propia y colectiva. Es un instrumento de la promoción de salud y por tanto una función importante de los profesionales sanitarios, sociales y de la educación. Asimismo, la educación para la salud es una parte del proceso asistencial, incluyendo la prevención, el tratamiento y la rehabilitación.

La educación para la salud grupal y/o colectiva se refiere a las intervenciones programadas dirigidas a un grupo homogéneo de pacientes y/o usuarios con la finalidad de mejorar su competencia para abordar determinado problema o aspecto de salud. También se contemplan las intervenciones dirigidas a colectivos de la comunidad, desarrollando talleres, cursos o sesiones para aumentar su

conciencia sobre los factores sociales, políticos y ambientales que influyen sobre la salud (Gutiérrez, 2003).

Por su parte, Rodríguez (2003) menciona que en los casos de abuso sexual infantil es necesario la intervención interdisciplinaria en sus tres modalidades: individual, grupal y familiar, en los que se deba trabajar mediante la utilización de técnicas de entrenamiento en relajación, desensibilización y visualización; acompañadas de un equipo interdisciplinario. Así el educador para la salud puede intervenir evitando que se dé un abuso sexual infantil dentro de las diferentes esferas sociales.

2.7.1. Prevención primaria, secundaria y terciaria del abuso sexual infantil.

Prevención primaria. Es toda intervención con población general (padres, niños y niñas, profesionales, etc.) que tiene como fin incrementar sus conocimientos y proporcionarles pautas de relación positivas y de autodefensa. Se trabaja cuando el abuso todavía no ha ocurrido, favoreciéndose su detección. Es la labor de prevención más eficaz puesto que de tener éxito reduciría la incidencia de los casos de abuso sexual infantil (Quinteros & Conde, 2011).

Save the Children (2004) plantea que el objetivo en un programa de prevención primaria en este ámbito será constituir circuitos de trabajo comunitario. Además de los contenidos en sí mismos, es importante que los diferentes agentes comunitarios aprendan a trabajar conjuntamente.

Estos circuitos deben ser interdisciplinarios e interinstitucionales, cumpliendo las siguientes características según Save the Children (2004):

- Ser de ámbito local, limitado.
- Tener carácter dinámico y fomentar el trabajo en red.
- Dar importancia a las relaciones personales.

- Garantizar la equidad en los diferentes ámbitos involucrados.
- Tomar como punto de partida del trabajo la promoción del buen trato, el trabajo desde la convivencia y educación, no enmarcado en la violencia.
- Partir de la evaluación de las necesidades reales.
- Establecer protocolos de actuación adaptados al ámbito local.

Los protocolos juegan un papel esencial en la intervención puesto que permiten: evaluar los resultados de la intervención, unificar procedimientos, definir tareas de cada miembro del circuito, establecer responsabilidades diferenciadas para los profesionales, evitando el solapamiento y la duplicidad, y recabar la información completa adecuada a cada caso (Save the Children, 2004).

Prevención secundaria. En este campo se trabaja con las llamadas *poblaciones de riesgo*, personas que por sus características o circunstancias están sujetas a un mayor riesgo de sufrir un abuso sexual. Todo niño o niña está en riesgo de sufrir abuso sexual, pero en el caso de menores pertenecientes a determinados colectivos aquél riesgo aumenta. En este caso se refiere a niños los más vulnerables como, niños con discapacidad física o psíquica, niños hijos de mujeres jóvenes, niños en situación de pobreza, niños que viven en familias desestructuradas y niños que viven en familias donde ha habido experiencias previas de abuso. Los ámbitos básicos donde se dirige la labor de prevención secundaria, serán aquellos que por su profesión estén en contacto con poblaciones de riesgo y que por su cercanía a este tipo de población tengan posibilidad de detectar los posibles casos de abusos sexuales. En este sentido la población objetivo serán los servicios sociales, la policía local y los profesionales socio-sanitarios (Quinteros & Conde, 2011).

Según Save the Children (2004) menciona que el trabajo de prevención secundaria ha de enfocarse desde un modelo integral, en el que se reconozcan factores de vulnerabilidad, de riesgo y de protección, no como elementos causales sino como elementos que interactúan para constituir una realidad individual y

única que posibilite una serie de recursos. El abordaje de un problema como el abuso sexual ha de ser integral. Por ello, a la hora de detectar los casos, los profesionales no han de fijarse sólo en las *familias en riesgo* o en aquellos factores que pueden llevar a hacer sospechar, sino en la interrelación de los factores de protección y de riesgo entre sí, haciendo una evaluación individualizada y, a ser posible, multidisciplinar.

Mientras que en la prevención terciaria Quinteros y Conde (2011) plantean que se trabaja cuando ya ha tenido lugar el abuso, tanto con la víctima para que no vuelva a sufrirlo, proporcionándole pautas de autodefensa, además de una posibilidad de tratamiento y rehabilitación eficaz como con el agresor para evitar su reincidencia. Es difícil establecer el límite entre esta labor y el tratamiento en sí mismo, pero, aunque a menudo coincidan, pueden complementarse porque cumplen objetivos distintos y siguen metodologías diferentes.

2.7.2. Prevención en el ámbito socio-sanitario

Las pautas que deben estar presentes en el trabajo de prevención primaria planteadas por Save the Children (2004) son:

- La sensibilización y formación de profesionales.
- La inclusión de conocimientos sobre prevención e identificación de riesgos en el currículo formal de los profesionales implicados.
- La enfatización de la necesidad y el derecho a la información de los padres y madres y de los profesionales.
- La educación afectiva sexual como parte de los contenidos a trabajar en atención primaria con las familias.
- El trabajo de la autoestima y la asertividad.
- El favorecimiento de la lactancia materna.
- El seguimiento a las familias, durante los primeros años del niño, enseñándoles habilidades psicoeducativas.

- La incorporación de la perspectiva de género al trabajo, la igualdad de sexos en los roles familiares.
- El trabajo de la relación madre–hijo en los cursos de preparación al parto.

Igualmente se plantean una serie de medidas sugeridas por Save the Children (2004) para la prevención secundaria:

- Identificación de familias de riesgo.
- Búsqueda sistemática en la apertura de la historia de salud de atención primaria, recabando información de aspectos psicosociales, dinámica familiar y otros factores de riesgo de toda la población infantil atendida. Igualmente se debe actualizar dicha información en los controles sucesivos, evaluando la calidad del vínculo afectivo padres-hijos, los cuidados al niño, la presencia de síntomas que sugieren abandono o carencia afectiva y la actitud de los padres frente al establecimiento de normas y límites: azotes, castigos o correcciones verbales desproporcionadas.
- El reconocimiento y la intervención en casos de violencia doméstica contra la mujer como una medida efectiva de prevenir el maltrato infantil.
- La remisión de los padres con adicción al alcohol, las drogas o con trastornos psiquiátricos a los centros de salud mental. Se debe recomendar el tratamiento para trastornos afectivos o depresivos.
- El previo conocimiento de todos los recursos comunitarios de ayuda psicosocial y su ofrecimiento a las familias que lo precisen.
- La coordinación con el trabajador social de la zona de los planes de trabajo con las familias.
- La realización de visitas domiciliarias realizadas por enfermería a familias de alto riesgo, desde la etapa prenatal hasta los dos años de vida, con frecuencia mensual y una duración de cada visita de 20 a 40 minutos y con un currículo o contenido definido previamente para cada familia. La detección prenatal se realiza por el médico de familia y en los controles de la embarazada.

- El favorecimiento en la preadolescencia y adolescencia de información sobre la sexualidad al adolescente, y concretamente a los padres, que son quienes deberían proporcionarles este tipo de información a sus hijos. El profesional debe fomentar la comunicación al respecto, y asegurarse de que se considere al adolescente no solo como posible víctima sino como posible agresor.

Los principales contenidos de prevención terciaria en abuso sexual infantil son:

- El desarrollo de circuitos fluidos de atención, coordinando los servicios de hospital y atención primaria, de modo que, por ejemplo, un caso no llegue a juicio sin pasar por servicios sociales.
- La atención a las lesiones inmediatas y secuelas físicas sin que se produzca menoscabo del diagnóstico forense o alteración de pruebas.
- El asegurar el apoyo emocional a la víctima.
- La prevención del aumento de la gravedad del abuso.
- La modificación de la estructura y recursos del entorno del agresor y de la víctima, proporcionándoles apoyos a ambos.
- La atención al grupo familiar desde el punto de vista sociosanitario, por ejemplo, del alcoholismo o drogodependencia.
- La prevención de la concepción no deseada cuando el abuso fue reciente y la interrupción voluntaria del embarazo producto del abuso.
- La prevención de enfermedades como hepatitis B, C, SIDA (síndrome de inmunodeficiencia adquirida) y de transmisión sexual.
- La atención a la familia de la víctima reconvirtiendo sus recursos en protectores de esta (Save the Children, 2004).

2.7.3. Prevención en el ámbito educativo

Los programas de prevención primaria del abuso sexual infantil contemplan actuaciones en el campo educativo formal y en el informal, y en el área de ocio y tiempo libre. La base, en ambos casos, será trabajar la actitud del educador, que

puede ser cauce de movilización del resto de la comunidad educativa y transmisor de valores de buen trato. Además, es recomendable que los programas cumplan los siguientes requisitos según Save the Children (2004):

- Aplicación en los tres niveles educativos infantil, primaria y secundaria.
- Aplicación a los niños y niñas no solo como posibles víctimas sino también como potenciales agresores.
- Continuidad en la aplicación del programa, de forma que los niños y niñas reciban este tipo de informaciones en varias ocasiones, aumentando su grado de conocimiento según se avanza de curso. Sería recomendable que, como mínimo, los niños y niñas recibieran el programa tres veces a lo largo de su escolarización.
- Enmarcar los programas de prevención del abuso sexual infantil en un programa o intervención más amplia de educación sexual o educación para la salud.
- Integración de los programas en el currículo formal como uno más de los contenidos transversales, única forma de lograr que los programas de prevención del abuso sexual infantil lleguen a toda la población infantil.
- Combinación de metodologías activas con el conocimiento efectivo no informativo, proponiendo actividades que requieren la colaboración de los padres y que se prolonguen a lo largo del ciclo educativo

En cuanto a la prevención secundaria en el ámbito educativo propone Save the Children (2004) que sea de la siguiente manera:

- Dar apoyo y formación a los educadores, tanto para la posible detección de los casos de abuso sexual como para la reacción ante la revelación de los mismos, y el tratamiento del caso en la comunidad escolar. Es importante que reciban un apoyo y asesoramiento eficaz por parte de profesionales especializados.

- Proporcionar pautas y contenidos para trabajar el abuso sexual con los niños y niñas en el aula.
- Sensibilizar a los profesionales. Estos constituyen uno de los colectivos privilegiados en cuanto a la detección del abuso sexual infantil. Por esta razón, es importante sensibilizarlos para que no se inhiban del mismo, y pongan en conocimiento de las autoridades pertinentes sus sospechas. Ellos tienen acceso a una información diaria sobre el niño de la que estas instancias carecen.
- Favorecer la coordinación de estos profesionales con los centros de salud y los servicios sociales, puesto que el intercambio de información y formación entre ellos fomentará una intervención pronta y eficaz en casos de abuso sexual infantil.
- Informar a las familias y a los niños y niñas de los recursos de los que disponen en su comunidad para reaccionar ante un caso de abuso sexual infantil o para mejorar la prevención secundaria del mismo en los grupos de riesgo. De esta forma, los niños y niñas dispondrían de recursos alternativos y sabrían dónde acudir.

La labor de prevención terciaria que plantea Save the Children (2004) debería contemplar:

- Acompañamiento y apoyo afectivo al niño o niña víctima de abuso sexual.
- Garantía de la privacidad de la información. En cada caso ha de analizarse cuál sería el mejor proceder, pero es importante conservar como referencia la posible estigmatización del niño o niña, tanto en el caso de que sea la víctima como, por supuesto, en el caso de que sea el agresor.
- La realización de un seguimiento al niño o niña.
- La comunicación de los casos de abuso sexual de los que se tenga sospecha o conocimiento a las autoridades pertinentes.
- El trabajo en red en coordinación con los servicios sociales y el centro de salud.

- El intento de evitar la negación del problema. Se ha de abordar el tema en las clases, sobre todo en aquellas en las que estudie el niño o niña, tanto si es la víctima como si es el agresor.
- La intervención en los casos de agresiones sexuales intraescolares no puede limitarse a la sanción, ha de ser educativa.
- Tanto en los centros escolares como en los de internamiento, es necesario que los profesionales tengan en cuenta que no pueden ocultar y proteger a sus compañeros cuando estos son los posibles agresores sexuales.

La protección no solo del niño o niña víctimas sino la del resto de los escolares ha de anteponerse al *supuesto o temido desprestigio* del colegio en la comunidad. Si el profesional es trasladado a otro centro, el problema no se resuelve, se esquiva y se pone en peligro a otros menores. Esta responsabilidad incumbe tanto a los profesionales del centro como a las instituciones públicas responsables del mismo (Save the Children, 2004).

2.7.4. Factores de riesgo.

El conjunto de características y variables individuales, familiares y circunstanciales que se presentan asociados o vinculados diversamente con el menor y que señalan predictivamente riesgo de desencadenar violencia, la cual se determina mediante la búsqueda de antecedentes, rasgos propios del infante y detonadores. Los factores de riesgo constituyen una probabilidad medible, tienen valor predictivo y pueden usarse como prerrogativa para la prevención individual y en la comunidad (Sotelo, s.f.).

Los factores de riesgo respecto al niño o niña que plantea Sotelo (s.f.) son los siguientes:

- Niños no deseados
- Bebés prematuros o con hospitalización prolongada

- Retraso mental o parálisis cerebral
- Inteligencia limítrofe
- Discapacidad
- Defecto físico notable
- Síndrome de Down
- Enfermedades crónicas
- Hiperkinéticos
- Síndrome Déficit de Atención
- Alteraciones en el desarrollo psicomotor
- Menores de 3 años.

Factores de riesgo respecto a padres y cuidadores según Sotelo (s.f.):

- Ausencia de vínculo afectivo hacia el hijo o hija
- Padres o cuidadores con antecedentes de maltrato o privación psico afectiva en su infancia
- Psicopatía, sociopatía, desorden de personalidad, depresión, ansiedad
- Poca tolerancia al estrés y a la frustración
- Pobre o nula resolución de conflictos
- Pobre socialización, baja autoestima
- Padres muy jóvenes e inmaduros
- Falta de información e inexperiencia específica sobre la crianza de los niños
- Ignorancia de padres o adultos frente al desarrollo de los niños
- Expectativas excesivas o irreales hacia los hijos
- Disfunciones en la familia, falta de vínculos afectivos, malos tratos
- Negligencia
- Padres / madres no biológicos
- Uso de alcohol o drogas
- Antecedentes penales
- Antecedentes de hijos muertos

Factores de riesgo circunstanciales según Sotelo (s.f.):

- Desempleo
- Pobreza extrema
- Promiscuidad y hacinamiento
- Deudas
- Zonas urbanas industriales altamente tóxicas *emisión de plomo*
- Desalojo

El maltrato no es un fenómeno simple, sino un problema muy complejo, que requiere un enfoque multidimensional, la implicación de todos los organismos relacionados y una mayor sensibilidad social. Conocidos por todos los autores que han desarrollado revisiones o investigaciones en este ámbito se encuentra el trabajo realizado por Belsky (1993), donde se conceptualiza el maltrato infantil como un fenómeno determinado por múltiples factores que se agrupan en cuatro niveles: desarrollo ontogenético todo aquello relacionado con el proceso evolutivo de un niño y que determina su estructura de personalidad; *microsistema* familiar contexto inmediato en el cual se produce el abuso; *exosistema* estructuras que rodean al *microsistema* familiar como el trabajo, relaciones sociales, vecinos; y por último, *macrosistema* conjunto de valores y creencias culturales acerca de la paternidad, los niños, los derechos de los padres sobre los hijos, etc.

El abuso y maltrato infantil genera, de igual forma, un cambio en el comportamiento, lo mismo puede limitar la interacción social del menor que volverlo completamente agresivo ignorando o atacando cualquier símbolo de autoridad. Actualmente en el 70% de los hechos delictivos que se registran en el país están involucrados niños y jóvenes cuya condición de pobreza es aprovechada por las bandas criminales para incorporarlos a la comisión de delitos (Villanueva, Torres & Olivas, 2010).

2.7.5. Factores protectores.

Según Muñoz, Gámez y Jiménez (2008) mencionan que los factores protectores se refieren a aquellas características o condiciones que disminuyen la probabilidad de malos tratos a menores. El maltrato infantil tiene lugar cuando estos factores se ven superados por las variables de riesgo. Por ejemplo, se ha encontrado que el apoyo social o la presencia de redes sociales en el entorno del menor o la familia, así como la experiencia de relaciones tempranas positivas y satisfactorias constituyen variables de protección para los malos tratos. No obstante, la evidencia disponible sobre factores de protección para el maltrato infantil es limitada, puesto que estos han recibido considerablemente menor atención que los factores de vulnerabilidad. Factores tanto individuales del niño de protección, tanto individuales del niño buenas relaciones con iguales, participación en la toma de decisiones familiares y experiencias afectivas tempranas como familiares buena comunicación familiar, estilo familiar democrático y presencia de redes sociales.

Respecto a los factores protectores a fortalecer en los niños frente al abuso sexual, Deza (2005) menciona que existen conocimientos sobre: derechos y responsabilidades, límites adecuados en la relación con pares y con adultos, en particular cuando suponen presión, engaño o violencia. Reconocer partes del cuerpo, identificar partes íntimas *genitales*, reconocer los distintos tipos de caricias por las partes del cuerpo en que se dan, *partes visibles y partes privadas* y sentimientos que provocan *vergüenza, alegría. etc.* Normas de seguridad familiar *dirección y teléfono de casa*. Identificación de personas de confianza dentro y fuera de la familia. Diferenciar responsabilidad sobre hechos *reconocimiento de daño evidente* y culpas atribuidas *trasladar idea y responsabilidad de daño*. Diferenciar entre información que se debe guardar y secretos que no deben ocultarse, concepto del abuso sexual e identificación acorde a la edad.

Así como también los factores de protección se desarrollan dentro de la familia, esto en relación a la sexualidad, por esta razón los padres deben considerar:

informarse sobre la sexualidad y sus manifestaciones en la infancia, brindar a sus hijos información adecuada sobre su cuerpo, sexualidad, y riesgos, así como aprovechar diversas oportunidades para aclarar dudas y curiosidad respecto al funcionamiento sexual, señora embarazada, nacimiento de un niño o mascota, noticias o escenas de televisión o periódicos, reaccionar con comprensión ante las actitudes y manifestaciones sexuales de los niños, sin censura, ni violencia, tratando de entender que están indicando con su conducta (Deza, 2005).

Por último, Deza (2005) menciona que para tratar el abuso sexual infantil de forma integral también se debe incluir a los docentes y padres, y estos deben considerar que: un niño o niña informado tiene menos posibilidades de ser abusado, un niño o niña con seguridad personal, cariño, amor o lazos afectivos estables con un ambiente familiar de confianza podrá salir adelante ante situaciones de peligro, los niños y niñas deben recibir información clara sencilla sobre su cuerpo, su desarrollo sexual de acuerdo a la edad o curiosidad, esto le permitirá tener una actitud positiva de cuidado y de autoprotección sobre su cuerpo y sus actos. Es importante dar mensajes claros y precisos: que su cuerpo es suyo, que debe quererlo y cuidarlo y que nadie, sea conocido o desconocido, puede imponerle acciones que no desea hacer. Enseñarle que las caricias y los abrazos son muy agradables, siempre y cuando estas no les incomoden y si es así deben rechazarlos.

2.8. Programas de prevención

Según Bello (s. f.) los programas de prevención pueden mejorar la autoestima de los niños, fortalecer su carácter y brindarles las herramientas necesarias para prevenir el abuso sexual infantil, a través de actividades que surjan a partir de cada una de las historias, cuentos, maquetas, videos, charla, etc.

Por otro lado, se busca promover instancias de diálogo con los niños a nivel de institución y de los mismos en su familia, ya que está comprobado que una

adecuada educación sexual a temprana edad y la comunicación intrafamiliar, son factores de disminución de la probabilidad de que los niños se enfrenten al fenómeno del abuso sexual (Bello, s. f.).

Como formas de prevención en las instituciones educativas pueden plantearse estrategias, fundamentalmente pedagógicas, para prevenir y detectar situaciones de maltrato y abuso sexual. Las estrategias de prevención son aquellas que se implementan cuando se presume que el abuso o el maltrato no han sucedido e implican la participación de todos los actores de la comunidad educativa: niños, familias, docentes, el barrio, las instituciones con competencia en el tema (Betancor, Lozano & Solari, 2013).

Betancor et al. (2013) mencionan que la revalorización de la palabra como mediadora de la realidad, así como la posibilidad de apelar a otros lenguajes *corporales, lúdicos, etc.*, para nombrar el mundo son elementos que se articulan con la propuesta curricular y permiten prevenir las situaciones de abuso sexual y maltrato. El centro escolar es, por excelencia, promotor de espacios de simbolización. La posibilidad de contar, de poner en palabras lo que sucede, así como de posicionarse como sujeto de derecho, en tanto se trabaja sobre ellos, se los difunde y respeta, son factores protectores ante las situaciones de maltrato y abuso sexual.

Trabajar en el fortalecimiento de las habilidades sociales y la posibilidad de expresión y de escucha apuesta al ejercicio de una ciudadanía activa, mediante el rescate de las voces de niños y adolescentes, habilita espacios de participación y constituye un factor protector (Betancor et al., 2013).

Según Save the Children (2004) todo programa de prevención ha de ser diseñado teniendo en cuenta tres requisitos: ir enmarcado en un enfoque de promoción del buen trato a la infancia y de educación afectiva sexual, hacer referencia a unos contenidos mínimos, con independencia de la población a la que vaya dirigido, y

por último ir dirigido a la posible víctima pero también al potencial agresor. Todos los programas de prevención deben contemplar tres niveles: prevención primaria, secundaria y terciaria e incluir cinco ámbitos de trabajo: educativo, sanitario, social, policial y judicial.

Se ha demostrado a través de distintos programas de intervención, que se puede llegar a la meta de impactar de manera positiva en la prevención del abuso sexual en niños, para la mejora de su salud, a través de técnicas de afrontamiento y reconocimiento de los posibles agresores sexuales según Save the Children (2004). Esto se logra a través de técnicas de enseñanza-aprendizaje donde los niños en conjunto con el especialista en temas de salud y padres de familia intervienen en una educación integral.

Se incluye el modelo ecológico de Urie Bronfenbrenner (1987) quien menciona que los niveles de este modelo están relacionados entre sí, por ejemplo los esquemas cognitivos nivel individual: dimensión cognitiva son en gran parte constituidos por las pautas culturales macrosistema mediatizadas por las instituciones exosistema y por la familia microsistema que, a la vez, han moldeado la dimensión cognitiva a lo largo del desarrollo de la persona. Este modelo tiene como objetivo permitir una mirada que embarque la problemática humana en general y sobre el maltrato y el abuso sexual sufrido en los menores de edad. Mediante este modelo se puede observar el comportamiento de las personas y es adecuado al momento de situarlo en el tema de abuso sexual, ya que el comportamiento de las personas en los diferentes sistemas que se desenvuelve permite ver características del abuso sexual.

Del campo y López (2006), al interpretar sus resultados, mencionan que para evitar los abusos, los menores deben tener unos conocimientos básicos sobre la realidad del abuso sexual y contar con determinadas habilidades para su prevención, lo que contribuye que los menores obtengan, a través, de la

intervención por parte del especialista en temas de educación para la salud las herramientas necesarias para prevenir el abuso sexual.

Respecto a la prevención del abuso sexual al menor se le debe impartir educación de su sexualidad para que entienda como puede evitar un daño que afecte su integridad, Barragán (1997) plantea que la educación de la sexualidad la entendemos como un proceso lento, gradual y complejo que ha de facilitar la construcción de las diferentes nociones sexuales, y ha de ayudar a comprender los procesos históricos y culturales por los que se han generado los conocimientos actuales y organización social y sexual vigentes.

Por esta razón se debe tratar de manera integral la prevención del abuso sexual, con la generación de nuevos e innovadores programas de intervención que el educador para la salud puede desarrollar, ya que cuenta con suficientes conocimientos y destrezas que lo hacen capaz de desempeñar las tareas relacionadas con su campo, que impacten y logren sensibilizar al menor sobre la importancia de proteger su cuerpo (Barragán, 1997).

Del campo y López (2006), mencionan que los menores tienden a confundir las señales de alerta y no son capaces de detectar al adulto agresor que en repetidas ocasiones se encuentra dentro de su propia familia o escuela. Respecto a los conocimientos sobre los agresores, los menores comparten numerosas falsas creencias, pudiendo apreciar entre las más significativas una gran tendencia a considerar que los abusadores nunca pueden ser personas conocidas u otros menores y que, normalmente, pueden ser identificados por su apariencia física.

Según Save the Children (2004) propone que todas las instituciones deberían:

- Promover la realización de estudios de incidencia de abuso sexual infantil en las distintas comunidades autónomas, estableciendo además, un registro unificado de casos en las mismas, si se quiere tener una visión real de la magnitud del problema en nuestro país.

- Desarrollar líneas de trabajo que incluyan formación a profesionales, sensibilización social, evaluación de programas y estudios de incidencia relativos a todas las tipologías de maltrato, incluidas la negligencia y el maltrato psicológico.
- Proporcionar a los profesionales implicados en programas de prevención las estrategias de actuación y una formación multidisciplinar. Asimismo, se debe incluir el tema de abuso sexual en el currículo formal de los profesionales directamente implicados en la atención a la familia.
- Promover programas de sensibilización social que incrementen el conocimiento sobre el abuso sexual infantil y, erradiquen las falsas creencias sociales que están en la base de una visión distorsionada del problema que posibilita que las personas e instituciones lo nieguen o se inhiban ante él.

Los programas de prevención aplicados en el ámbito de la salud deben ser estrictamente con un enfoque en educación, es decir, los profesionales que ejerzan un trabajo en una institución deben ser capaces de hablar del tema de abuso sexual infantil con un enfoque preventivo, alentando a los niños para que conozcan del tema y sepan estrategias donde puedan hacer valer sus derechos en cualquier ámbito, como mencionan Quinteros y Conde (2011), a través de un enfoque ecológico donde se ve cada nivel del mesosistema, exosistema y macrosistema.

Donde el niño va desarrollando comportamientos y habilidades en el enfoque social, en el microsistema, por ejemplo el hogar o la escuela, son los lugares más cercanos al sujeto donde se desenvuelve (Gifre & Esteban, 2012). Por otra parte, en el mesosistema se nota la relación del sujeto con otra persona o más, es decir, en la escuela el niño se desenvuelve con su profesor es por eso que el profesor debe estar pendiente del niño y debe manejar los cuidados preventivos del abuso sexual infantil y en el exosistema se ven involucrados los entornos de las demás personas, que es el trabajo, la escuela, los amigos, estos sistemas influyen directa o indirectamente en el niño y su comportamiento, si sus sistemas tienen

una función de salud sexual por ende el niño tendrá las pautas para poder prevenir un abuso sexual al saber el perfil del agresor sexual, se espera que el niño identifique los factores de riesgo y pueda solucionar el posible abuso sexual alejándose del agresor sexual al ser identificado y, poder decírselo a sus padres para que estén informados y tomen las medidas preventivas adecuadas. Un programa de salud debe ser capaz de orientar a un niño y padres de familia acerca del abuso sexual infantil y los perfiles de los agresores sexuales, y que los padres identifiquen el comportamiento que es adecuado a la edad del infante.

2.9. La Pedagogía crítica de Paulo Freire.

La pedagogía crítica según Carballo (2008), se caracteriza por ser participativa y por su calidad social expresa en la dimensión emancipadora de la producción de conocimientos y la propia humanidad de quienes participaron, sin descuidar la rigurosidad académica. Por ser una pedagogía con continuidad, empapada de vida, problematizadora, abrió otros caminos y cuestiones a los profesores que buscaron continuar pensando y haciendo educación crítica en el mundo contemporáneo.

Las aportaciones de Paulo Freire se abren y nos abren al mundo para la comprensión y el conocimiento de la realidad, manteniendo la esperanza como la espera activa que nos lleva a trabajar comprometidos con el sujeto social, la praxis, la libertad, el diálogo, la autonomía, las relaciones de poder y la democracia. Por ello, promover, estudiar y actualizar (nos) a través de la lectura de Paulo Freire como propuesta teórico-metodológica contribuye a enfrentar los desafíos de la educación en América Latina ante las políticas neoliberales (Carballo, 2008).

Realizar un proceso de educación implica reconocer la autonomía de los sujetos esto significa que a los sujetos se los acompaña en el proceso, se aprende de su experiencia, se apunta a hacer una reflexión del contexto de opresión y a que vean al opresor que tienen dentro, como lo plantea Freire; pero

fundamentalmente se debe reconocer la posibilidad de los sujetos de elegir el cambio que implica el reflexionar sobre su propia vida (Carballo, 2008).

No obstante, un proceso no puede quedarse en la mera comprensión de las causas culturales que los llevan a actuar de determinada manera, sino que debe apuntar de alguna forma a generar la posibilidad de que los sujetos puedan verse desde sus propios ojos, se piensen desde otras formas de relacionamiento posible, y decidan si quieren seguir tomando parte en las lógicas de poder de las que ellos también son víctimas (Carballo, 2008).

La persona que acompaña el proceso es una parte, pero no puede asumir una posición mesiánica que intenta sustituir la responsabilidad que tienen los sujetos de decidir sobre su propia existencia (Carballo, 2008).

El trabajo con grupos es un trabajo político al estar frente a un grupo, la persona que acompaña el proceso está asumiendo una responsabilidad que implica una intencionalidad política, por lo que es imposible hacerlo con neutralidad (Carballo, 2008).

Carballo (2008) menciona que en tanto se tenga clara la dimensión política de este trabajo, es posible reflexionar sobre la posición ética que debe mantenerse en el proceso realizado. Esta posición debe pasar fundamentalmente por el reconocimiento de los otros en la complejidad y contradicción que esto implica.

Tal reconocimiento supone acercarse a su mundo, en este caso, a su machismo, a la familia, a las estrategias de sobrevivencia y sobre todo a la representación social que ellos hacen de su experiencia de vida. Es decir que, para conocer, es necesario estar en la calle con las personas. Existen experiencias que sólo se conocen viendo y sintiendo con los sujetos, porque hay situaciones humanas que ningún libro puede explicar (Carballo, 2008).

Debe realizarse un cambio en el papel de las personas facilitadoras. La pedagogía crítica plantea como elemento fundante la ruptura con la práctica del educador o educadora tradicional, que asume la neutralidad y el distanciamiento humano del grupo con el que trabaja, remitiendo a una labor educativa meramente técnica (Carballo, 2008).

Esto evidentemente conlleva un proceso de reflexión interna e implica que la persona que acompaña y facilita un proceso de educación popular pase individualmente por un proceso de concientización. Es decir, hay preguntas fundamentales que la persona que acompaña el proceso debe hacerse, como afirmábamos anteriormente; preguntas que el mismo Freire propone en sus escritos: ¿Con quién estoy? ¿Contra quién estoy? ¿Cómo trabajo con los otros desde un lugar de humildad y horizontalidad? ¿Quiénes son los otros? ¿Cuánto de mí hay en ellos y cuánto de mí no hay en ellos? (Carballo, 2008).

Implica tomar conciencia, primero, de las propias situaciones de opresión -material o simbólica- que la persona haya pasado, y a partir de ello acompañar más cercanamente la experiencia de otros y otras (Carballo, 2008).

Precisamente a esto refiere Freire cuando plantea que el trabajo con grupos es ante todo un ejercicio de esperanza, pues se debe recordar que el cambio llega a partir de pequeñas experiencias que, a pesar de sus encuentros y desencuentros, logran articular iniciativas y fuerzas para concretar acciones de mejora en las condiciones de vida de los colectivos humanos (Carballo, 2008).

En este momento, la pedagogía crítica y el aporte de Paulo Freire a ella, resultan fundamentales para realizar y analizar esfuerzos de trabajo con colectivos, pues las situaciones de opresión siguen estando presentes, hoy más que nunca. Por tanto, el pensamiento desmitificador y esperanzador que esta corriente ofrece tiene gran vigencia (Carballo, 2008).

Por eso, Carballo (2008) asegura que posicionarse a favor de los oprimidos desde experiencias como esta es, ante todo, posicionarse a favor de la humanización de las relaciones sociales, en un contexto donde cada vez más el mercado es el centro de la dinámica social. Es la posibilidad de poner en el centro de atención de las relaciones sociales la vida de las personas y no el capital.

2.9.1. Pedagogía en educación para la salud

La educación es un proceso continuo que acompaña y atraviesa toda la vida del hombre, la cual se desarrolla en distintos ámbitos sociales más allá de las instituciones escolares y académicas específicamente dedicadas a la enseñanza. La EpS (educación para la salud) se convierte en una herramienta de intervención estratégica, capaz de colaborar para generar nuevos modelos y procesos de trabajo en las instituciones de salud a través de la transformación de las prácticas técnicas y sociales. Toda práctica pedagógica se asienta de manera consciente o inconsciente en determinados supuestos respecto del significado que tiene enseñar y aprender. Toda acción pedagógica supone la opción implícita o explícita de un determinado modelo de enseñanza-aprendizaje (Davini, 1995).

Toda práctica de capacitación produce ciertos efectos, algunos de ellos explícitamente buscados y otros implícitos, muchas veces no previstos o deseados. Es útil reflexionar acerca de estas opciones pedagógicas, tanto en lo referente a sus supuestos como a sus efectos manifiestos y latentes (Davini, 1995).

Se define la educación para la salud como una disciplina de ciencias médicas, psicológicas y pedagógicas, que tiene por objeto la impartición sistemática de conocimientos teóricos-prácticos, así como el desarrollo consecuente de actitudes y hábitos correctos, que la población debe asimilar, interiorizar, y, por último, incorporar gradual y progresivamente a su estilo de vida, como requisito para preservar en óptimas condiciones su estado de salud. La enseñanza debe tener

un carácter formativo, por lo que el educador deberá ser un ejemplo vivo para los educandos, en todos los órdenes, y su actuación un fiel reflejo de lo que explica desde la vertiente teórica (Dueñas, 1996).

La educación para la salud es una disciplina que informa, motiva y ayuda a la población a adoptar, y mantener prácticas y estilos de vida saludables. El aprendizaje por otra parte supone interacción o relación persona-ambiente; existencia de información; actividad u observación por parte de las personas; interiorización; asimilación de algo nuevo (Redondo, 2004).

La importancia de la educación en la salud pública ha sido planteada en múltiples instancias, especialmente en la Conferencia Internacional de Atención Primaria en Salud, en OMS (1978).

Explica en su trabajo el concepto pedagogía de Philippe Meirieu, donde retoma la obra de este autor, que menciona un modelo pedagógico es aquel sistema que integra tres grandes componentes: el polo de las finalidades axiológico, el polo de la acción psicológico y el polo de las herramientas praxeológico. El polo axiológico no está constituido, por las intenciones que el educador enuncia oficialmente, sino más bien por las posiciones que toma a través de lo que pone en práctica, sobre las relaciones que deben existir tanto entre el formador y los formados como entre los formados. El polo del apuntalamiento psicológico está constituido por los conocimientos movilizados para sostener el modelo propuesto. El tercer polo, finalmente, el que podemos denominar polo praxeológico, es precisamente el de las herramientas (Zambrano, 2006).

Según Zambrano (2006) la educación es una relación asimétrica, necesaria y provisional. Esta definición retoma la relación entre dos sujetos animados por un deseo de libertad. A la vez, ella da cuenta de la profunda convicción de que la educación no puede liberar de un *sólo golpe*, sino que adviene un medio para que ella tenga lugar.

El concepto pedagogía de Philippe Meirieu se comprende como un tejido discursivo de múltiples elementos. La pedagogía para él no es una *disciplina* científica, ni tampoco pretende que así sea, pues hace parte de los teóricos de las ciencias de la educación y, a la vez, un fiel representante de la pedagogía diferenciada. El discurso pedagógico vincula la práctica, la teoría y los sujetos; se dirige a pensar las cuestiones vivas de la educación y, por esto, es un discurso incisivo sobre las decisiones que se toman en el plano político o en el económico. A la vez que se interesa por las cuestiones que surgen entre los alumnos y los profesores, la enseñanza en este plano es fundamental; inclusive, cuando piensa los aprendizajes, lo hace no solo para proponer dispositivos, sino para interrogar las condiciones reales en la que la emergencia de lo humano tiene lugar. La pedagogía está ahí donde lo público es fundamental para la constitución de los intereses colectivos (Zambrano, 2006).

Capítulo III. Método

3.1. Participantes

La muestra original incluyó 80 niños, de los cuales solo a 63 niños sus padres les otorgaron el permiso de trabajar en el programa, aunque los otros niños de manera verbal externaron que si querían participar en el programa aunque sus padres no les dieron la autorización de trabajar. La muestra constó de 63 niños de los cuales fueron 32 para el grupo experimental y 31 para el grupo control que estuvieron en espera, los niños fueron de 4to grado de primaria de entre 9 y 10 años, donde la edad promedio fue de 9.19 años (DE = 0.40). Los niños que participaron son pertenecientes a una escuela primaria del turno vespertino que se encuentra ubicada en Acuitlapilco, Chimalhuacán, Estado de México.

3.2. Instrumentos

El cuestionario Children's Knowledge of Abuse Questionnaire (CKAQ) fue elaborado por Tutty (1992). Consta de 33 preguntas de opción múltiple, con tres opciones de respuesta, las cuales requieren de una consideración previa ya que dan al participante el potencial, la oportunidad de volver a pensar, de reconsiderar o de volver a manifestar sus pensamientos e ideas (anexo 1).

Este cuestionario CKAQ evalúa el aprendizaje sobre la prevención del abuso sexual, adquirido por menores, de edades comprendidas entre los 6 y los 12 años, en las intervenciones preventivas, así se relaciona con el programa de intervención donde evaluamos las estrategias de afrontamiento ya que el programa te brinda las herramientas de evitación y conocimiento.

Medida sometida en varias ocasiones a evaluación y con una demostrada confiabilidad, obteniendo un resultado de .76.

Cada elemento del CKAQ se correlacionó con la puntuación corregida total, la puntuación total menos la puntuación para el elemento en cuestión. Las correlaciones resultantes fueron todas positivas con un rango desde un máximo de .61 y un mínimo de .03. Más de treinta preguntas se habían corregido a totales correlaciones superiores de .20, que es bueno de acuerdo con Nunnally (1978).

En la presente investigación el instrumento aplicado obtuvo una confiabilidad de .84 esto quiere decir que el instrumento es altamente confiable.

3.3. Programa de intervención

El diseño del programa se realizó en base a los factores de riesgo que presenta la población y tomando en cuenta otros programas ya realizados sobre abuso sexual infantil. Los pasos que se siguieron para el diseño del programa fueron: observación, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.

El presente programa busca otorgar las herramientas de cuidado para prevenir un posible abuso sexual en niños de primaria, a través de la sensibilización tanto de los niños como de los padres, estos últimos que participarán como apoyo dentro de las dinámicas (anexo 2).

Para facilitar la adquisición de los conocimientos, los contenidos abordados se desarrollan mediante una metodología didáctica en donde los aspectos teóricos se van aplicando a casos prácticos.

3.4. Procedimiento

Se asistió a la escuela primaria el día martes 27 de enero del año 2015, donde se solicitó en dirección escolar con el director de la institución que nos permitiera trabajar con los alumnos de 4to año de la escuela, para participar en el programa

de prevención de abuso sexual infantil. Se le entregó el consentimiento informado al director escolar (anexo 3).

Una vez asignados los grupos se les entregó el asentimiento informado a los padres de familia (anexo 4), para que dieran la plena autorización de que sus hijos participaran, posteriormente se les aplicó el instrumento a los niños que participaron en el programa con previo consentimiento de los padres de familia y el director de la escuela.

El programa constó de 8 sesiones, las primeras 5 sesiones fueron con los niños, la sesión 6 y 7 se trabajó con padres de familia, en estas sesiones asistieron padres, madres y tías, la última sesión fue el cierre. Tres meses después se aplicó nuevamente el instrumento, y en ese momento se aplicó el programa al grupo control que se encontraba en espera.

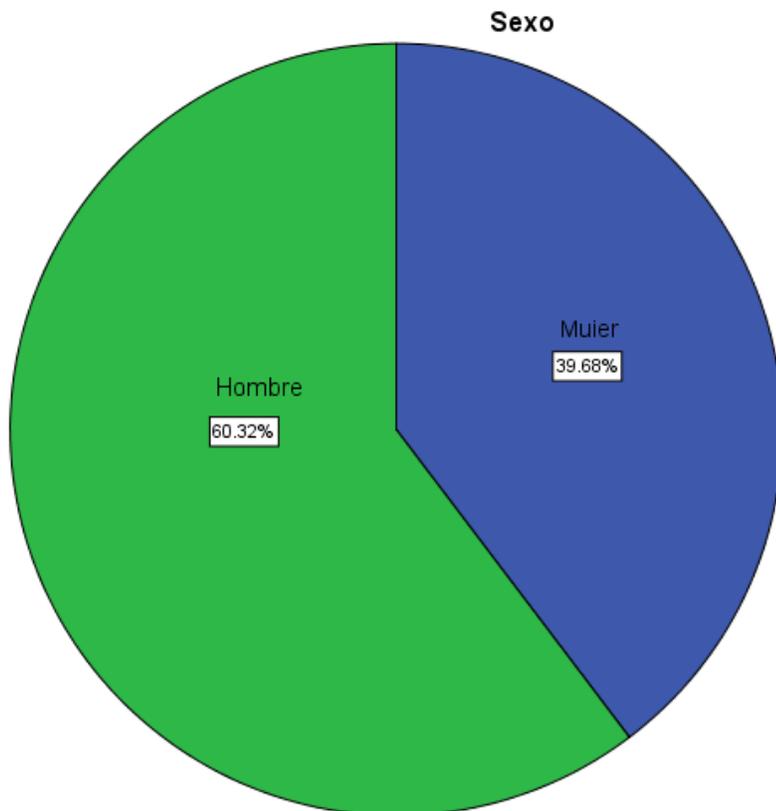
3.5. Plan de análisis de los resultados

Para el análisis de resultados del programa de prevención de abuso sexual se utilizó el programa SPSS versión 21, utilizando las funciones de desviación estándar, media, moda, análisis descriptivo entre otras funciones y ANOVA de medidas repetidas.

Capitulo IV. Resultados

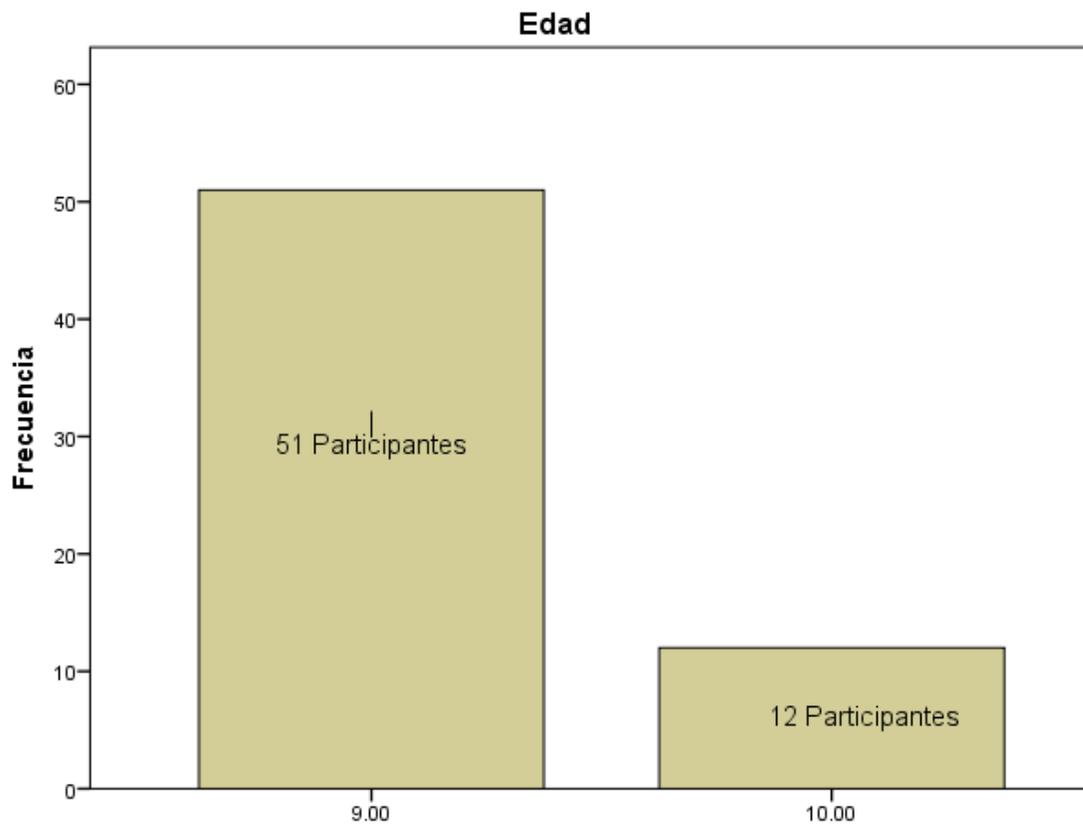
4.1. Resultados descriptivos

Figura 1. Distribución de la muestra por sexo.



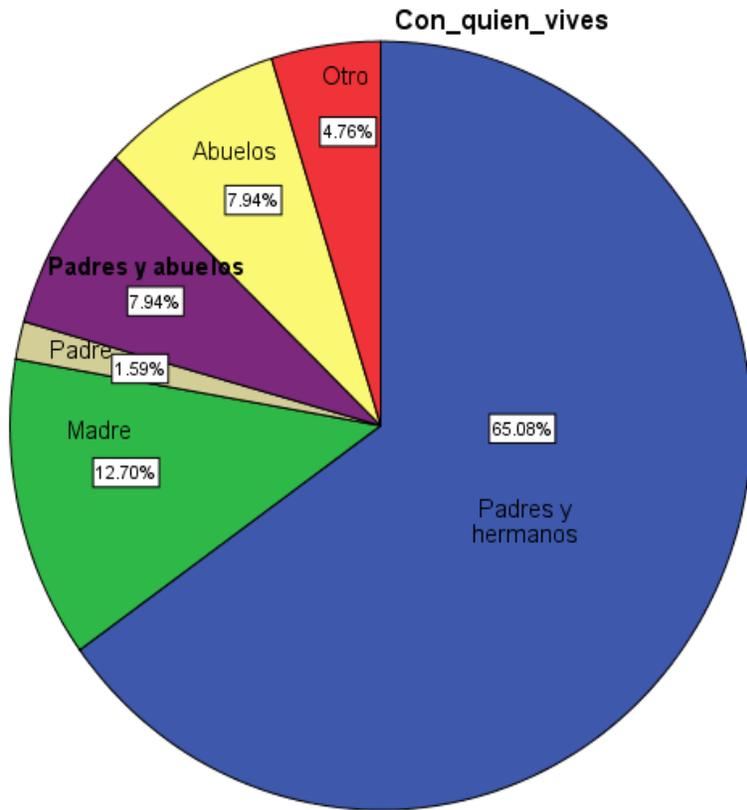
En la Figura 1. Se observa que predomina el sexo masculino.

Figura 2. Distribución de la muestra por edad.



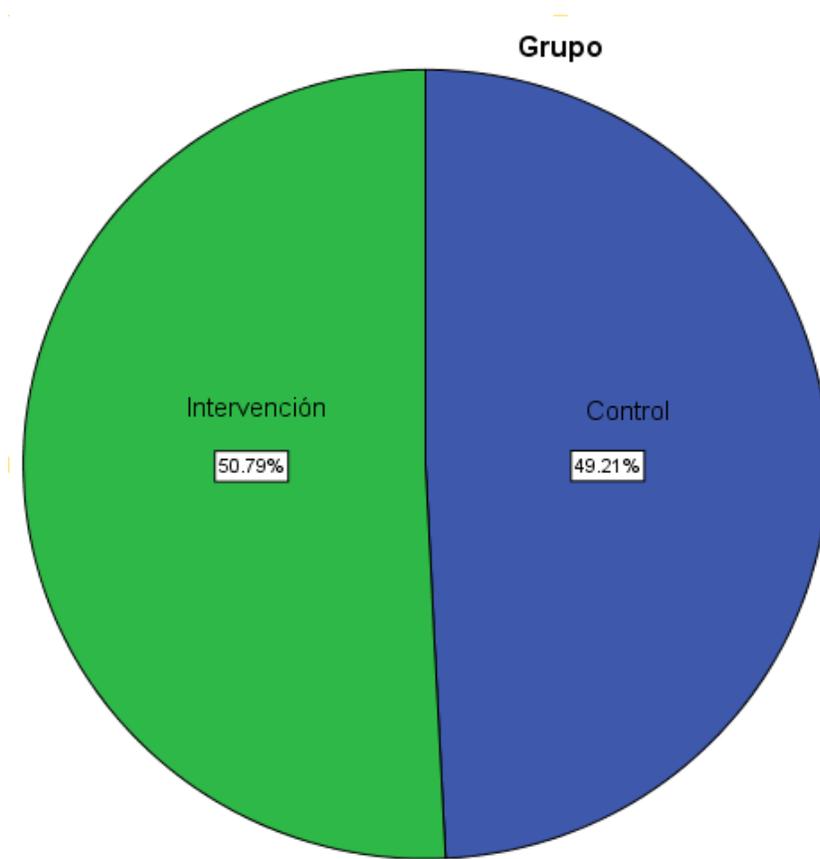
En la figura 2. Se observa que predominan los participantes de 9 años, la gráfica muestra una media en la edad de los participantes de 9.20, con desviación estándar de 0.40.

Figura 3. Distribución de la muestra según la relación de los participantes con las personas que viven.



En la figura 3. Se muestra que la mayoría de los participantes vive con sus padres y hermanos, mientras que solo una mínima parte vive con su padre.

Figura 4. Distribución de la muestra según el grupo.



En la figura 4. Se muestra que entre grupo control y grupo intervención existe una mínima diferencia en cuanto a distribución de los participantes.

4.2. Resultados inferenciales

Tabla 1. Medias y desviación estándar para la variable Children's Knowledge of Abuse Questionnaire en la preprueba y posprueba de grupo control y con la intervención.

Variable	Grupo						F	p	d
	Control			Intervención					
	Preprueba M (DE)	Posprueba M (DE)	Seg M (DE)	Preprueba M (DE)	Posprueba M (DE)	Seg M (DE)			
P1. ¿Los secretos siempre deben guardarse?	1.97 (0.41)	1.94 (0.51)	2.00 (0.52)	2.03 (0.40)	2.00 (0.50)	1.88 (0.50)	1.55	.22	.05
P2. Los niños y las niñas, ¿También tienen derechos como los mayores?	1.88 (0.56)	1.84 (0.52)	1.97 (0.60)	1.75 (0.57)	1.69 (0.59)	1.81 (0.69)	0.03	.97	.00
P3. ¿A veces está bien decir no a un adulto cuando te pide que hagas algo que no está bien?	1.48 (0.57)	1.81 (0.75)	1.68 (0.79)	1.44 (0.56)	1.38 (0.55)	1.63 (0.75)	2.55	.09	.08
P4. Cuando se habla de abuso sexual, ¿Significa que te pegan?	1.80 (0.60)	1.68 (0.48)	2.00 (0.52)	1.81 (0.69)	1.69 (0.47)	1.81 (0.59)	0.80	.45	.03
P5. ¿Está bien decir no y marcharte si alguien te toca de forma que a ti no te gusta?	1.42 (0.62)	1.61 (0.67)	1.55 (0.68)	1.56 (0.76)	1.25 (0.57)	1.41 (0.67)	2.55	.09	.08
P6. Si alguien te toca de forma que no te gusta o piensas que está mal ¿Se lo contarías a un adulto?	1.19 (0.40)	1.16 (0.45)	1.35 (0.66)	1.09 (0.30)	1.13 (0.34)	1.13 (0.42)	0.66	.52	.02
P7. ¿Las personas que abusan de los niños/as son siempre personas que no conocemos?	1.81 (0.70)	1.68 (0.54)	1.94 (0.73)	1.56 (0.67)	1.69 (0.59)	1.81 (0.74)	0.67	.52	.02
P8. Si tu amigo/a te dice que no será tu amigo nunca más si no le das tu último dulce, ¿Se lo darías?	1.90 (0.54)	1.84 (0.58)	2.19 (0.54)	2.06 (0.44)	1.81 (0.47)	2.00 (0.62)	2.73	.07	.08
P9. Si alguien te toca de una manera que no te gusta, ¿Es porque tú tienes la culpa?	2.00 (0.37)	2.06 (0.44)	2.29 (0.46)	1.94 (0.44)	1.90 (0.39)	2.00 (0.35)	0.84	.44	.03
P10. ¿Los abusos sexuales solo pueden ocurrir en lugares lejanos y oscuros?	1.71 (0.69)	1.52 (0.57)	1.71 (0.64)	1.63 (0.66)	1.81 (0.59)	1.75 (0.62)	1.68	.20	.05
P11. ¿Si un adulto te dice que hagas algo tú siempre lo debes hacer?	1.97 (0.48)	2.10 (0.54)	2.10 (0.70)	2.06 (0.44)	1.94 (0.50)	2.00 (0.51)	1.07	.35	.03
P12. ¿Cualquier persona incluso alguien a quien quieres mucho (un amigo o un familiar), puede abusar de un niño/a?	1.61 (0.56)	1.77 (0.67)	2.06 (0.73)	1.75 (0.72)	1.75 (0.67)	1.78 (0.75)	2.31	.11	.07

Continúa en la siguiente página

Continuación

P13. ¿Tú tienes que dejar que los adultos te toquen, te guste o no?	1.97 (0.31)	2.10 (0.40)	2.03 (0.41)	2.00 (0.25)	1.97 (0.18)	2.03 (0.40)	1.18	.31	.04
P14. ¿Los abusos sexuales solo les ocurren a las niñas?	1.90 (0.34)	1.94 (0.44)	1.97 (0.48)	2.03 (0.40)	1.97 (0.40)	1.94 (0.44)	0.94	.40	.03
P15. ¿Si un adulto abusa de un niño es porque el niño se ha portado mal?	1.94 (0.51)	1.90 (0.40)	2.00 (0.52)	1.94 (0.35)	1.94 (0.50)	2.00 (0.36)	0.03	.97	.00
p16. ¿La mayoría de las personas mayores quieren, y protegen a los niños y las niñas?	1.26 (0.58)	1.29 (0.59)	1.68 (0.87)	1.50 (0.76)	1.47 (0.72)	1.88 (0.91)	0.05	.95	.00
P17. ¿Los niños y niñas que son más grandes también pueden intentar abusar de los que son más pequeños/as	1.39 (0.56)	1.65 (0.71)	1.74 (0.77)	1.66 (0.75)	1.53 (0.67)	1.63 (0.66)	2.04	.14	.06
P18. ¿Se puede saber si una persona puede hacernos daños por la forma en que viste?	1.61 (0.62)	1.68 (0.70)	2.10 (0.75)	1.75 (0.67)	1.60 (0.76)	1.78 (0.71)	2.26	.11	.07
P19. ¿Tu cuerpo te pertenece?	1.06 (0.25)	1.29 (0.64)	1.35 (0.75)	1.06 (0.35)	1.06 (0.35)	1.06 (0.25)	2.80	.07	.08
P20. Si alguien te acaricia y te pide que guardes el secreto, ¿Lo guardarías?	2.03 (0.31)	2.03 (0.48)	2.06 (0.57)	1.94 (0.25)	2.06 (0.35)	2.00 (0.00)	0.78	.46	.03
P21. Si alguien te toca de forma que no te gusta y te dice que te hará daño si lo cuentas a alguien y que además a ti nadie te creerá ¿Tú lo contarías?	1.29 (0.53)	1.29 (0.64)	1.55 (0.77)	1.19 (0.54)	1.09 (0.39)	1.34 (0.65)	0.23	.80	.01
P22. ¿A veces los adultos también se equivocan?	1.13 (0.43)	1.29 (0.64)	1.52 (0.81)	1.16 (0.51)	1.25 (0.62)	1.25 (0.57)	1.37	.26	.04
P23. Si tienes un problema y se lo cuentas a un adulto pero no te cree, ¿Debes intentar olvidarlo?	1.71 (0.53)	1.81 (0.60)	1.84 (0.69)	1.75 (0.51)	1.69 (0.54)	1.63 (0.66)	0.99	.38	.03
P24. ¿Algunas veces, personas que conocemos y parecen simpáticas pueden tocarnos de forma que nos hagan sentir mal?	1.55 (0.68)	1.81 (0.54)	1.84 (0.78)	1.78 (0.66)	1.50 (0.67)	1.69 (0.69)	3.55	.04	.11
P25. Si alguien conocido (un familiar o un amigo de tus padres) te hubiera tocado los genitales (pene o vagina) ¿Se lo dirías a alguien?	1.26 (0.58)	1.26 (0.58)	1.58 (0.81)	1.44 (0.67)	1.31 (0.69)	1.38 (0.76)	2.45	.10	.08
P26. ¿Si te ocurre algo que te asusta o te da pena es mejor que lo mantengas en secreto para no meterte en problemas?	1.84 (0.45)	1.94 (0.44)	2.16 (0.58)	1.97 (0.47)	1.91 (0.53)	1.91 (0.59)	2.50	.10	.08

Continúa en la siguiente página

	<i>Continuación</i>								
P27. ¿Está bien que alguien que te quiere te de un abrazo que te haga sentir muy bien?	1.42 (0.62)	1.61 (0.80)	1.84 (0.82)	1.56 (0.76)	1.38 (0.55)	1.47 (0.72)	3.28	.04	.10
P28. ¿Siempre debes guardar un secreto si un adulto te lo pide?	2.03 (0.41)	1.90 (0.47)	1.90 (0.47)	1.84 (0.45)	1.8 (0.61)	1.94 (0.50)	1.80	.17	.06
P29. Si alguien te acaricia de forma que no te gusta pero promete no hacerlo más, ¿Se lo contarías a alguien?	1.29 (0.59)	1.35 (0.61)	1.32 (0.60)	1.31 (0.64)	1.38 (0.71)	1.16 (0.45)	0.91	.41	.03
P30. Si estas en la escuela y un niño más grande que tu viene y empieza a tocar tus genitales ¿Sabrías que hacer para que no lo siga haciendo?	1.55 (0.81)	1.58 (0.76)	1.65 (0.80)	1.47 (0.80)	1.41 (0.67)	1.53 (0.76)	0.10	.91	.00
P31. Si este adulto o chico más grande que tu promete darte un regalo si guardas el secreto a cerca de lo que pasó ¿Aceptarías el regalo y guardarías el secreto?	2.00 (0.52)	1.94 (0.44)	2.03 (0.60)	2.09 (0.30)	2.00 (0.44)	2.03 (0.40)	0.19	.83	.01
P32. ¿Debemos decir si a los regalos y no a los chantajes?	1.81 (0.65)	1.81 (0.65)	1.87 (0.72)	1.94 (0.62)	1.94 (0.80)	1.91 (0.53)	0.23	.80	.01
P33. Si ganas un concurso y tu profesor te abraza para felicitarte, ¿Sería una buena caricia?	1.87 (0.76)	1.90 (0.75)	1.74 (0.77)	1.44 (0.67)	1.50 (0.76)	1.69 (0.69)	2.09	.13	.07

Se observaron cambios significativos para la pregunta 24 (¿Algunas veces, personas que conocemos y parecen simpáticas pueden tocarnos de forma que nos hagan sentir mal?) y la pregunta 27 (¿Está bien que alguien que te quiere te de un abrazo que te haga sentir muy bien?).

Capítulo V. Análisis de resultados

Al comparar el trabajo con otras investigaciones se destaca la importancia de prevenir el abuso sexual infantil, a través, de talleres que cuenten con sesiones educativas para niños, niñas y padres de familia para poder informar y proporcionar estrategias de afrontamiento ante un posible ASI, es importante trabajar con los niños y niñas, si es a temprana edad mucho mejor.

Las educadoras para la salud adicionaron en su programa el trabajo con los niños y con padres de familia quienes participaron en dos sesiones. En la sesión seis con el tema: perfil del agresor sexual, en la cual los padres de familia aprendieron y visualizaron algunas conductas entre las más mencionadas fueron, que el agresor sexual suele ser un familiar, es amigable, por lo general, es una persona adulta que gusta de jugar con menores, entre otras conductas.

Los padres de familia trabajaron en equipos, cabe mencionar que no todos los padres asistieron a la sesión, pero si un tutor, como la madre, padre, o algún tío pudieron asistir y aprendieron como estar alerta ante cualquier situación de posible abuso sexual. Los padres o tutores externaron sus dudas y comentarios en la sesión donde se respondieron todas sus inquietudes y mencionaron que tendrían un mayor cuidado con sus hijos después de tomar la sesión.

En comparación con el programa de Del Campo y López, quienes de manera similar trabajaron con la adquisición de conocimiento, la diferencia con nuestro programa es que nuestro taller se complementó con la adquisición de estrategias y herramientas que los niños y padres de familia tomaron en cuenta para defender su persona y que identificaran un posible abuso sexual.

Por otra parte, se elaboró una evaluación del taller contestada por los niños quienes externaron que gracias al taller, aprendieron cómo prevenir un abuso

sexual, también mencionaron que les gustaría aprender más sobre la prevención del ASI.

Por lo que, en nuestra investigación se observaron cómo resultados diferencias en la significancia de algunas preguntas del instrumento cómo: ¿Algunas veces, personas que conocemos y parecen simpáticas pueden tocarnos de forma que nos hagan sentir mal? con una significancia de (.04), lo que quiere decir que la intervención provocó un cambio positivo en los participantes expuestos a la intervención y esos cambios se deben precisamente al efecto de la intervención y no a factores aleatorios, de igual manera en la pregunta que dice, ¿Está bien que alguien que te quiere te de un abrazo que te haga sentir muy bien? tiene una significancia de (.04) donde también existe un impacto positivo.

En el resto de las preguntas no se observó un efecto estadísticamente significativo.

En el programa realizado por las educadoras para la salud, donde se trabajó con niños de primaria y padres de familia en dos sesiones, en comparación con el trabajo realizado por Del Campo y López (2006), se encuentra una similitud en cuanto a la aplicación, la diferencia que se encontró en sus resultados fue que los menores, en general, poseen escasa información sobre los abusos sexuales y carecen de habilidades básicas para la discriminación y el afrontamiento de este riesgo. Respecto al concepto de abuso sexual, a pesar de que la mayoría de los menores afirma haber oído hablar de este tema con anterioridad, un porcentaje importante no sabe realmente qué significa.

Es importante adicionar en el trabajo, la colaboración de los padres de familia, porque son un motor primordial en los casos de ASI, influye mucho el trato y educación que les brindan a sus hijos y como ellos les pueden dar las herramientas necesarias para poder defenderse y salvaguardar su salud.

Al comparar el trabajo del Campo y López que tiene un avance significativo en cuanto al conocimiento que adquirieron solo los participantes más pequeños de su trabajo, en comparación con nuestro trabajo, que solo fue con niños de cuarto año de primaria y padres de familia donde la muestra fue reducida, se puede apreciar que la atención que se les ofreció fue de manera grupal y a la vez individual, al ser una muestra pequeña, se puede enseñar y abordar de una manera más práctica a los niños sobre los temas de ASI, y resolver dudas, ya que si existe una muestra más grande de niños no se les presta demasiada atención como ellos la requieren y no se les brinda demasiada confianza.

Es importante seguir tratando la problemática de ASI, ya que muchos niños desconocen el tema y muchos de ellos no saben cómo defenderse. De igual manera se deben incrementar los conocimientos de los niños, padres de familia, maestros y todo el medio que los rodea para que los niños estén alerta.

El trabajo del educador para la salud en el tema de ASI es elemental ya que el brinda herramientas, ayuda a preservar la salud de los individuos, no solo de manera individual si no colectiva, es importante que en cada ámbito escolar se encuentre un educador para la salud para poder ayudar al bienestar de cada persona, con estrategias didácticas, mediante talleres lúdicos, pláticas, conferencias, obras de teatro, sensoramas, entre otras estrategias que motiven a los niños a cuidar por sí mismos su salud.

Se considera importante realizar estudios con instrumentos pre test y pos test para poder identificar el impacto que tiene una investigación, de esta forma sea medible, cuantificable, y comprobable.

De esta forma, se demuestra que nuestro programa de prevención de abuso sexual en niños de primaria, a pesar de su corta duración, tiene un impacto muy positivo en los menores, incrementando sus conocimientos y mejorando sus habilidades.

Los alumnos y alumnas del grupo experimental, tras participar en el programa, aumentaron sus conocimientos y habilidades de evitación, afrontamiento y comunicación.

Capítulo VI. Conclusiones y limitaciones del estudio

En el trabajo de investigación de tesis se implementó un programa de prevención dirigido a los infantes y a los padres de familia donde la hipótesis alterna se acepta ya que se si lograron incrementar los conocimientos sobre el significado de abuso sexual infantil, además se brindaron las herramientas necesarias para identificar el perfil del agresor sexual, para que los niños y padres reflexionaran sobre el posible daño y tomaran medidas preventivas, como alejar a sus hijos de las personas que presentan características de un agresor sexual. Por otra parte, la hipótesis nula se rechaza ya que la implementación del programa si incremento los conocimientos de los infantes acerca el abuso sexual infantil.

En las preguntas de investigación ¿Si se aumentan los conocimientos mediante un programa de intervención enfocado a informar a los niños de los factores de riesgo y protección, se disminuirá la probabilidad de que se presente un posible abuso sexual infantil?

Se analiza que si es posible incrementar los conocimientos de los niños y sobre los factores de riesgo, ya que por sí mismos hacen mención de las actitudes que no les agradan de los adultos hacia su propia persona, y dicen qué caricias o tratos no les gustan de los adultos, estas respuestas se obtuvieron del instrumento que se aplicó, además de las actividades implementadas en el programa donde específicamente mencionaron las partes del cuerpo en que no les gustaría ser acariciados o tocados. Los conocimientos de los niños se incrementaron y de tal manera estarán alertas para evitar un posible ASI.

Los educadores para la salud influyen de manera positiva para el cambio en los prejuicios y paradigmas que se tienen sobre el abuso sexual infantil, ya que con la información correcta se puede generar un cambio en los hábitos de las personas, en el abuso sexual infantil o los casos que se dan en cualquier sistema, los educadores contribuyeron a mejorar la percepción que los padres los cuales

tuvieron una actitud positiva y empática ante las actividades, al término de ellas pudieron identificar la diferencia entre acoso y abuso sexual, además de las características de un abusador sexual, puesto que así, cambió la percepción que tenían hacia sus hijos y los cuidados que deben tener hacia ellos, y en el niño, a través del empoderamiento de su salud se logró la autonomía, con el poder de decir no, a lo que no les gusta, como a la forma en que los tratan y poder decirle a sus padres lo que les sucede día con día, si son víctimas de acoso o abuso sexual. Cabe mencionar que no se evaluaron los resultados con los padres, puesto que no se les aplicó ningún instrumento que pudiera arrojar algún resultado medible. Los padres únicamente participaron como apoyo en el par de sesiones.

El objetivo general de este trabajo de investigación si se logró, se evaluó el impacto del programa con el incremento de sus habilidades sobre el conocimiento del ASI, afrontamiento y evitación.

Los objetivos específicos si se lograron, se realizó el programa de intervención dirigido a niños y padres de familia, además, que se implementó, posteriormente se hizo un seguimiento a los 3 meses y se describió el conocimiento de los niños antes y después de la aplicación del programa.

Propuestas de mejora

- Se sugiere para futuras investigaciones, se emplee más tiempo en el programa de intervención, es decir, que las sesiones didácticas educativas sean más duraderas y sean por un periodo más largo para poder generar el impacto deseado con padres de familia, sus hijos y esta vez incluir a los profesores de las escuelas.
- Reforzar las actividades y la enseñanza de manera lúdica con los alumnos para mejorar su atención y colaboración con la sesiones.

- Incluir más material visual como videos o películas, que está comprobado mejora la disponibilidad en cuanto a atención de los niños.

Referencias

- Almonte, C., Insunza, C. & Ruiz, C. (2002). Abuso sexual en niños y adolescentes de ambos sexos. *Revista Chilena Neuro-psiquiatría*, 40(1), 22-30.
- Álvarez-Gayou, J. (1986). *Sexoterapia integral*. México: El Manual Moderno.
- Ballester, R. & Gil, M. (2006). La sexualidad en niños de 9 a 14 años. *Psicothema*, 18(1), 25-30.
- Bardi, A., Leyton, C., Martínez, V. & González, E. (2005). *Identidad sexual: proceso de identificación en la adolescencia. Reflexiones pedagógicas*. Disponible en: <http://www.revistadocencia.cl/new/wp-content/pdf/20100731202502.pdf>
- Barra, E. (2004). Validación de un inventario de rol sexual construido en Chile. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 36(1), 97-106.
- Barragán, F. (s. f.). *Programa de educación afectivo sexual: sexualidad, educación sexual y género*. Sevilla: Consejería de Educación y Ciencia e Instituto Andaluz de la Mujer.
- Belsky, J. (1993). Etiology of child maltreatment: A developmental Ecological analysis. *Psychological Bulletin*, 114(3), 413-414.
- Bello, A. (s. f.) *Proyecto prevención del abuso sexual infantil*. Disponible
- Betancor, G., Lozano, F. & Solari, M. (2013). *Mapa de ruta para las situaciones de maltrato y abuso sexual en niños, niñas y adolescentes detectadas en el ámbito escolar*. Uruguay: Consejo de Educación Inicial y Primaria (CEIP-ANEP), Sistema Integral de Protección a la Infancia y la Adolescencia contra

la Violencia (SIPIAV-INAU), Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF).

Biever, E. (2012). Perfil psicosocial del pedófilo. *Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiatría*, 17(3), 268-276.

Bronfenbrenner, U. (1987). *La ecología del desarrollo humano*. España: Paidós.

Bustos, R. (1994). *La formación del género: el impacto de la socialización a través de la educación en CONAPO, Antología de la sexualidad humana*. México: Porrúa.

Cáceres, J. (2001). *Parafilias y violación*. Madrid: Editorias Síntesis.

Campo del, A. & López, F. (2006). Evaluación de un programa de prevención de abusos sexuales a menores en educación primaria. *Psicothema*, 18(1), 1-8.

Carballo, P. (2008). *Paulo Freire: contribuciones para la pedagogía*. Buenos Aires: CLACSO.

Cázes, D., Lagarde, M. & Lagarde, B. (2000). *La perspectiva de género. Guía para diseñar, poner en marcha, dar seguimiento y evaluar proyectos de investigación y acciones públicas y civiles*. México: CONAPO.

Chapela, M. (2000). *Hablemos de sexualidad en familia*. México: CONAPO/MexFam.

Chavez, R., Rivera, L., Ángeles, A., Díaz, E., Allen, B. & Lazcano, E. (2009). Factores del abuso sexual en la niñez y la adolescencia en estudiantes de Morelos, México. *Revista Saúde Pública*, 43(3), 506-14.

Consejo Estatal de Población. (2015). *Población COESPO con base en INEGI y CONAPO, proyecciones de población*. Gobierno del Estado de México.

- Davini, M. (1995). *Educación permanente en salud serie PALTEX para ejecutores de programas de salud no.38*. Washington: Organización Panamericana de la Salud, oficina regional de la Organización Mundial de la Salud.
- Deza, S. (2005). Factores protectores en la prevención del abuso sexual infantil. *Revista de Psicología Liberabit*, (11), 19-24.
- Díaz, J., Casado, J., García, E., Ruiz, M. & Gómez, J. (2000). *Atención al maltrato infantil desde salud mental*. Madrid: Instituto Madrileño del menor y la familia, consejería de servicios sociales.
- Dueñas, J. (1996). *Educación para la salud: teoría y práctica*. La Habana: Facultad de medicina.
- Echeburúa, E. & Corral, P. (2006). Secuelas emocionales en víctimas de abuso en la infancia. *Cuadernos de Medicina Forense*, 12(43-44), 75-82.
- Echeburúa, E. & Guerricaechevarría, C. (2011). Tratamiento psicológico de las víctimas de abuso sexual infantil intrafamiliar: Un enfoque integrador. *Psicología Conductual*, 19(2), 469–486.
- Echeburúa, E. & Guerricaechevarría, C. (s. f.). Perfiles de agresor y víctima: agresores sexuales de menores. Disponible en: <http://www.policia.gob.ni/cedoc/sector/vna/abussex.pdf>.
- Enciclopedia Británica en Español. (2009). *La familia: concepto, tipos y evolución*. Reino Unido: Enciclopedia Británica.
- Finkelhor, D. (2005). *El abuso sexual al menor causas, consecuencias y tratamiento psicosocial*. México: Pax.

- Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia. (1984). *Desarrollo del niño en la primera infancia. Dos documentos sobre la política y la programación del UNICEF*. París: UNESCO, UNICEF.
- Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia. (2006). *Convención sobre los derechos del niño*. Madrid: Imprenta Nuevo Siglo.
- Font, P. (s.f.). *Desarrollo psicosexual*. Barcelona: Instituto de estudios de la sexualidad y la pareja.
- Gallego, C., Medina, M. & Montoya, L. (2008). Historia de abuso sexual y su relación con depresión, autoestima y consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de media vocacional del municipio de Caldas Antioquia, Colombia 2007. *Revista Ces Medicina*, 22(1), 17-27.
- García, C., Guedes, A. & Knerr, W. (2013). *Comprender y abordar la violencia contra las mujeres, violencia sexual*. Washington, DC: Organización Panamericana de Salud.
- Gifre, M. & Esteban, M. (2012). Consideraciones educativas de la perspectiva ecológica de Urie Bronfenbrenner. *Contextos Educativos*, 15, 79-92.
- González, M. (s.f.). *Derechos sexuales: niños, niñas y adolescentes*. Disponible en: http://www.law.yale.edu/documents/pdf/Student_Organizations/SELA09_GonzContro_PV.pdf.
- Granados, J. (2001). Identidad y género: aportes para el análisis de la distribución diferenciada de los trastornos mentales. *Nueva Época*, 10(11), 37-46.

- Gutiérrez, J. (2003). *Formación en promoción y educación para la salud*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Hernández, N., Ortega, M. & Barreto, D. (2012). Reflexiones en torno al abuso sexual. *Revista Psicoespacios*, 6(9), 157-182.
- Higareda, M., Higareda, E., Higareda, I., Barrera, J., Gómez, M. & Benites, V. (2011). Aptitud de padres para prevenir abuso sexual en menores después de una intervención educativa participativa. *Salud Pública México*, (53), 134-140.
- Izquierdo, M. (2004). *Sistema sexo género, marco teórico de la igualdad en formación y acreditación en consultoría para la igualdad de mujeres y hombres*. España: Emakunde, Instituto Vasco de la mujer, Comunidad Europea y Fondo Social Europeo.
- León, J., Medina, J., Barriga, S., Ballesteros, A. & Herrera, I. (2004). *Psicología de la salud y de la calidad de vida*. Barcelona: UOC.
- Mangato, C. (s.f.). *Consideraciones acerca del desarrollo psicosocial en la primera infancia*. España: Facultad de psicología. UVP/EHU.
- Mariscal, S. (2000). Prevención del abuso sexual infantil. *Ciencia y Cultura*, (8) 107–109.
- Martínez, A. (2011). *Ciencias de la salud 2*. México: ST editorial.
- Martínez, J., Rivero, P., Colomer, C., Sáiz, I., Espiga, I. ... Soriano, I. (2009). *Estrategia nacional de salud sexual y reproductiva*. Madrid: Ministerio de sanidad, política social e igualdad.

- Martínez, O. (2011). *Análisis sobre la necesidad de implantación de la asignatura de educación sexual en nuestro sistema educativo*. California: Lulu Press.
- Medina, M. (2009). *Salud integral del adolescente 2*. México: Chicome.
- Mendoza, B. (2009). Taller para la detección de casos de abuso sexual infantil en niños de educación básica. *Revista de Psicología Iberoamericana*, (17), 24–37.
- Millán, S., García, E., Hurtado, J., Morilla, M. & Sepúlveda, P. (2006). Victimología infantil. *Cuadernos de Medicina Forense*, 12(43-44), 7-19.
- Moreno, J. (2006). Revisión de los principales modelos teóricos explicativos del maltrato infantil. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 11(2), 271-292.
- Muñoz, M., Gámez, G. & Jiménez, G. (2008). Factores de riesgo y protección para el maltrato infantil en niños Mexicanos. *Revista Mexicana de Psicología*, 25(1), 165-174.
- Onostre, R. (2000). Abuso sexual en niñas y niños: consideraciones clínicas. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 98(1), 27-33.
- Organización Mundial de la Salud. (1978). Atención primaria de salud: informe de la conferencia internacional sobre atención primaria de salud: Alma-Ata: autor.
- Organización Mundial de la Salud. (2014a). *Maltrato infantil*. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/es/#>.
- Organización Mundial de la Salud. (2014b). *Temas de salud: Género*. Disponible en: <http://www.who.int/topics/gender/es/>.

- Organización Mundial de la Salud & Organización Panamericana de Salud. (2002). *Informe mundial sobre la violencia y salud: Resumen*. Washington, D.C: OPS, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud.
- Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. (2010). *Orientaciones técnicas internacionales sobre educación en sexualidad*. Chile: UNESCO.
- Pereda, N., Gallardo-Pujol, D. & Jiménez, R. (2011). Trastornos de personalidad en víctimas de abuso sexual infantil. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 39(2), 131-139.
- Quenan, N. & Samudio, C. (2013). Abuso sexual infantil: Epidemiología y estudio de la conducta de los médicos pediátricos pre y pos intervención educativa. *Pedítrica*, 40(2), 125-132.
- Quinteros, A. & Conde, I. (2011). *Técnicas para la detección y evaluación de abusos sexuales en menores*. Valladolid: Aspacia Asociación.
- Rafael, A. (2009). *Desarrollo cognitivo: las teorías de Piaget y de Vygotsky*. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona.
- Raguz, M. (1995). *Construcciones sociales y psicológicas de mujer, hombre, femineidad, masculinidad y género en diversos grupos poblacionales*. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Ramos, L., Saltijeral, M., Romero, M., Caballero, M. & Martínez, N. (2001). Violencia sexual y problemas asociados en una muestra de usuarios de un centro de salud. *Salud Pública de México*, 43(3), 182-191.

- Redondo, C., Galdó, G. & García, M. (2008). *Atención al adolescente*. España: Universidad de Cantabria.
- Redondo, C. & Ortiz, M. (2005). El abuso sexual infantil. *Boletín de Pediatría*, 45(191), 3-16.
- Redondo, P. (2004). *Introducción a la educación para la salud*. Costa Rica: Universidad de Costa Rica. Centro de Desarrollo estratégico e Información en Salud y Seguridad Social.
- Rivera, P. (2008). Sexualidad de los niños, niñas y jóvenes con discapacidad. *Revista Educación*, 32(1), 157-170.
- Rodríguez, L. (2003). Intervención interdisciplinaria en casos de abuso sexual infantil. *Universitas Psychologica*, 2(1), 57-70.
- Roses, M. (2005). *Política de igualdad de género*. Washington, D.C: Organización Panamericana de la Salud.
- Rubio, E. & Ortiz, G. (2012). *Educación integral de la sexualidad. Formación para maestras y maestros de educación básica*. México: Talleres gráficos de México.
- Rubio, F., Coleman, E., Corona, E., Mazín, R., Rosser, S. ... Zacarías, F. (2000). *Promoción de la salud sexual. Recomendaciones para la asociación*. Guatemala: Organización Panamericana de Salud.
- Sacroisky, A., Semisa, A., Fairman, A., Felbarg, D., Indart, J. ... Tomasini, J. (2007). Qué hacer cuando se sospecha que un niño es abusado sexualmente. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 105(4), 357-367.

- Save the Children. (2004). *Una experiencia de buena práctica en intervención sobre el abuso sexual infantil*. España: autor.
- Soria, M. & Hernández, J. (1994). *El agresor sexual y la víctima*. España: Marcombo.
- Sotelo, M. (s.f.). *Factores de riesgo en el maltrato y abuso sexual*. México: Fundación en pantalla contra la violencia infantil (FUPAVI).
- Torices, I. & Ávila, G. (2011). *Educación de la sexualidad y prevención del abuso sexual*. México: Secretaría de Educación Pública.
- Torres, M. (2001). *La violencia en casa*. México: Paidós.
- Tutty, L. (1992). The ability of elementary school children to learn child sexual abuse prevention concepts. *Child Abuse and Neglect*, 16(3), 369-84.
- Velázquez, M., Delgadillo, L. & González, L. (2013). Abuso sexual infantil, técnicas básicas para su atención. *Revista Reflexiones*, 92(1), 131-139.
- Villanueva, N., Torres, P. & Olivas, M. (2010). *Maltrato y Abuso Infantil en México: Factor de riesgo en la comisión de delitos*. México: Secretaría de Seguridad Pública.
- Whitaker, D., Le, B., Hanson, K., Baker, C., McMahon, P. ... Rice, D. (2008). Risk factors for the perpetration of child sexual abuse: A review and meta-analysis. *Child Abuse & Neglect*, 32(5), 529-548.
- Zambrano, A. (2006). El concepto pedagogía en Philippe Meirieu. Un modelo, un concepto y unas categorías para su comprensión. *Revista Educación y Pedagogía*, 18(44), 33-50.

Anexo 1. Cuestionario



UAEM

Universidad Autónoma
del Estado de México



Nombre:		Edad:		
	Sexo:	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%; text-align: center;">Mujer</td> <td style="width: 30%; text-align: center;">Hombre</td> </tr> </table>	Mujer	Hombre
Mujer	Hombre			
Con quién vives:				

Instrucciones: Marca con una X la respuesta que tú piensas es la verdadera.

1. ¿Los secretos siempre deben guardarse?
 a) Si b) No c) No sé
2. Los niños y las niñas, ¿También tienen derechos como los mayores?
 a) Si b) No c) No sé
3. ¿A veces está bien decir no a un adulto cuando te pide que hagas algo que no está bien?
 a) Si b) No c) No sé
4. Cuando se habla de abuso sexual, ¿Significa que te pegan?
 a) Si b) No c) No sé
5. ¿Está bien decir no e irte si alguien te toca de forma que a ti no te gusta?
 a) Si b) No c) No sé
6. Si alguien te toca de forma que no te gusta o piensas que está mal, ¿Se lo contarías a un adulto?
 a) Si b) No c) No sé
7. ¿Las personas que abusan de los niños/as son siempre personas que no conocemos?
 a) Si b) No c) No sé
8. Si tu amigo/a te dice que no será tu amigo nunca más si no le das tu último dulce, ¿Se lo darías?
 a) Si b) No c) No sé
9. Si alguien te toca de una manera que no te gusta, ¿Es porque tú tienes la culpa?
 a) Si b) No c) No sé
10. ¿Los abusos sexuales sólo pueden ocurrir en lugares lejanos y oscuros?
 a) Si b) No c) No sé
11. ¿Si un adulto te dice que hagas algo tú siempre lo debes hacer?
 a) Si b) No c) No sé

Anexo 2. Programa de intervención

MANUAL SOBRE PREVENCIÓN DEL ABUSO SEXUAL INFANTIL

A QUIÉN ESTÁ DIRIGIDO EL TALLER

Este taller está dirigido a niños y niñas de 9 a 10 años, edades que corresponden a 4° año de educación primaria. Se llevará a cabo en el contexto escolar dentro del aula y suponiendo que los alumnos ya se conocen se generará un ambiente más empático. Este programa puede ser impartido a grupos de 30 niños.

El presente programa busca otorgar las herramientas de cuidado para prevenir un posible abuso sexual en niños de primaria, a través de la información y sensibilización tanto de los niños como de los padres, que participarán como apoyo en dos dinámicas.

De acuerdo a la metodología a aplicar, la organización de las sesiones serán teóricas y prácticas, en las que se combina la exposición de contenidos con dinámicas que propiciarán la participación y facilitarán la reflexión entre los participantes y especialistas en temas de educación para la salud.

Para facilitar la adquisición de los conocimientos, los contenidos abordados se desarrollarán mediante una metodología didáctica en donde los aspectos teóricos se irán aplicando a casos prácticos.

Dentro de las características del capacitador, este cuenta con suficientes conocimientos y destrezas que lo hacen capaz de desempeñar las tareas relacionadas con su campo, que impacten y logren sensibilizar al menor sobre la importancia de proteger su cuerpo.

INTRODUCCIÓN

Son muchos los niños que sufren abusos sexuales en nuestra sociedad, algunos de ellos no saben que son víctimas de ello, porque no asocian ciertos tocamientos, caricias o besos a este tipo de prácticas, por eso es conveniente tratar en la escuela este tipo de información, para que sean conscientes de lo que les está pasando y además para que sepan a dónde pueden acudir en caso de que se sientan acosados sexualmente.

Las actividades se realizaron tomando en cuenta otros programas ya realizados sobre abuso sexual infantil y por los factores de riesgo que presenta la población.

Hay que intentar que los niños no tengan miedo a afrontar y contar sus problemas a sus mayores, para que estos puedan ayudarlos, ya que ellos están siendo víctimas de abusos sexuales y esto está penado por la ley, por lo tanto, los que lo cometen están cayendo en un delito grave. Por esta razón se considera hacer hincapié en talleres de afrontamiento.

En el presente taller se les explicará a los alumnos los temas de importancia del abuso sexual infantil.

En cada una de las sesiones se tratarán una serie de contenidos y actividades relacionadas con los juegos y las lecturas realizadas en las sesiones del taller, las preguntas serán realizadas en forma de juego.

Sesión 1

“Conociéndonos”

ACTIVIDAD 1. 1.

Objetivo. Que los niños conozcan acerca del trabajo a realizar, quién es el Educador para la Salud y se vean inmersos en el tema, así también se logre una participación activa dentro de las actividades. Que el educador para la salud logre persuadir al niño para que este participe en la intervención, generando un clima de armonía, confianza y respeto.

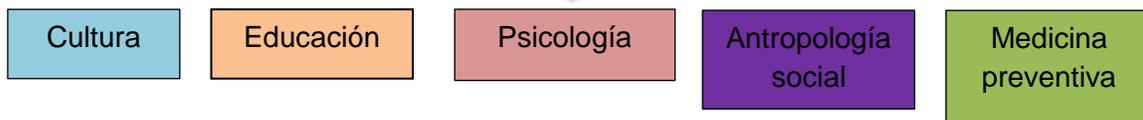
ACTIVIDAD 1. 2. “CONOCIÉNDONOS”

Los alumnos formaran un círculo alrededor del aula con las sillas o butacas, posteriormente uno a uno mencionará su nombre. Permanecerán sentados. Mientras el EpS estará de pie al centro del círculo

ACTIVIDAD 1. 3. ¿QUIÉN ES EL EDUCADOR PARA LA SALUD?



Profesional universitario altamente calificado formado a partir del trabajo en grupo interdisciplinario, se sostiene en una formación de calidad bajo una perspectiva multidisciplinaria, que lo posibilita a proyectar un bienestar social.



Material de apoyo





UAEM | Universidad Autónoma del Estado de México



Unidad Académica Profesional Nezahualcóyotl
Licenciatura Educación para la Salud
Tania Natali Villamil Gutiérrez
Viridiana Rubi Sánchez Escandón
Programa para la prevención de abuso sexual en niños

Introducción
El abuso sexual infantil se refiere al compromiso de un niño en actividades sexuales involuntarias, porque no va acorde con su edad y maduración física, emocional y social.

Método
Instrumento: Cuestionario «Children's Knowledge of Abuse Questionnaire» que evalúa la posibilidad de detectar un ASI.

Intervención: Se contará con 8 sesiones didácticas con duración de 50 minutos aproximadamente por sesión.

Procedimiento: Se acudió a la escuela primaria "Carmen Serdán", con alumnos de 4to grado vespertino.

Muestra: 63 participantes entre niños y niñas de un rango de edad promedio de 9 años.

Plan de análisis: Programa SPSS versión 21.



Abuso
Sexual
Infantil

NO al abuso sexual infantil!
Detenerlo es tarea de TODOS!!



Sesión 2

“Nuestro cuerpo”

ACTIVIDAD 1.1.

“JUANITO TIENE UN PROBLEMA”

Tipo: Individual.

Duración: 20 minutos.

Material: Hoja de cuaderno y lápiz.

Objetivos: Evaluar la motivación de los alumnos y conocer los sentimientos y conocimientos que tienen sobre el tema ASI.

Modo de aplicación: Se leerá el cuento. Se formulará una pregunta y se dejará un tiempo de 10-15 segundos aproximadamente para que los niños reflexionen, entonces se les pedirá cada alumno que conteste a la pregunta referida al capítulo.

PREGUNTAS:

- ¿Quién es el personaje principal del cuento?
- ¿A quién conoce Juanito a la salida de la escuela?
- ¿Qué le ofrece el hombre a Juanito?
- ¿A cambio de qué?
- ¿Qué le dice Juanito a su mamá?
- ¿Tú qué harías en el caso de Juanito?

ACTIVIDAD 1.2.

“ESTE ES NUESTRO CUERPO”

Tipo: Individual.

Duración: 20 minutos.

Material: Láminas “nuestro cuerpo” y marcadores rojos.

Objetivos: Que los participantes conozcan su imagen corporal e identifiquen las zonas donde no deben ser tocados, acariciados o besados sin su consentimiento.

Modo de aplicación: Se reparte a cada grupo de alumnos una lámina “nuestro cuerpo” de acuerdo a su sexo. Se explica en que consiste la actividad. Cada alumno iluminará o señalará con marcador rojo las zonas donde no le gustaría ser acariciado, besado o tocado.

ACTIVIDAD 1.3

“JUANITO TIENE UN PROBLEMA.”

Juanito es un niño de nueve años que vive con sus padres y hermanos en un pequeño pueblo de México.

Como todas las mañanas Juanito se levantó temprano para ir a la escuela, tras arreglarse y ver sus dibujos preferidos, se subió al coche con su mamá y se dirigieron a la escuela al salir del coche su mamá le dijo:

_ ¡Juanito!, espérame cuando salgas de la escuela.

_ ¡Si mamá! exclamó el niño, mientras corría hacia la entrada de la escuela.

Al salir de clase, Juanito miró hacia todos lados y su mamá todavía no había llegado, entonces se sentó en una banca y mientras esperaba un hombre se acercó a él y le dijo:

-Hola, ¿Quieres un dulce?

-Sí, contestó Juanito.

-Pues para que te lo de solo tendrás que acompañarme y darme un besito de agradecimiento, además, si te vienes conmigo yo te daré tantos dulces como besos tú me des a mí y podemos vernos más días, pero no debes contárselo a

nadie, porque si no querrán venir todos los niños conmigo y además tus padres no te dejarán.

Juanito se quedó pensando en lo que su mamá le había dicho antes de entrar a la escuela y dijo:

_No, yo no voy, debo esperar a mi mamá.

De repente apareció la madre de Juanito y el niño salió corriendo a abrazarla, tras contarle a su madre lo ocurrido esta le dijo:

_Juan, hijo, nunca dejes que te abracen, besen o toquen si tú no quieres que lo hagan, y tampoco vayas a hacerlo porque te den dulces, juguetes ni regalos, mucho menos si estas solo, sea quien sea esa persona.

Además, si te vuelve a pasar cuéntaselo a un adulto igual como acabas de hacerlo ahora, ya que nadie puede obligarte a hacer nada que tú no quieras, porque tú eres el único dueño de tu cuerpo.

Y colorín colorado este cuento se ha acabado.

Sesión 3

¿Qué es el
abuso sexual
infantil?

OBJETIVOS

Los objetivos de esta sesión están dirigidos a identificar actuaciones que pueden ser consideradas como situaciones de abuso sexual, en relación a las actitudes normales, que puedan producirse con la familia, con amigos o con desconocidos. Interesa que los participantes de la sesión, niños y niñas, reflexionen de lo que es el abuso sexual para el desarrollo de esta y las demás sesiones.

INTRODUCCIÓN

Las agresiones sexuales a menores, podemos definirla como “la atracción sexual hacia los niños y niñas”.

Los comportamientos que se dan en estas situaciones son, casi siempre, de personas tímidas. Incluso, hay algunos que tienen relaciones sexuales completas con sus propios hijos o hijas.

ACTIVIDAD 1. 1.

DAME UNA PISTA

Tipo: Grupal.

Duración: 25 minutos.

Material: Cinco láminas ilustradas. Tres de ellas, con situaciones de abuso sexual, y las otras dos láminas con situaciones en las que no se de el abuso sexual.

Objetivo: Reconocimiento, por parte de los niños y niñas, de situaciones que respondan a abusos sexuales.

Modo de aplicación: Los niños y niñas permanecerán sentados en sus sillas. El monitor expondrá las cinco láminas y, a través de pistas u orientaciones del

monitor, los niños y niñas tienen que determinar cuáles son las láminas en las que se presentan imágenes con abusos o agresiones sexuales y cuáles no.

De estas cinco láminas que voy a mostrarte, identifica cuáles son las que reflejan una situación de abuso sexual y cuáles no.



Sesión 4

“Secretos sí,
secretos no”

OBJETIVO

En esta sesión se pretende que los niños y niñas aprendan a distinguir entre el tipo de secretos que se deben contar o comunicar a un adulto y el tipo de secretos que no se deben contar o deben guardarse. Se trata de que ellos mismos deduzcan y decidan qué criterios han de saber distinguir y tomar una decisión al respecto.

INTRODUCCIÓN

Comenzaremos esta sesión pidiendo a los niños que nos digan qué es un secreto, si ellos han guardado y/o pedido que les guarden uno y también si hay algún tipo de secreto que se pueda o deba contar. Esto se hace de forma grupal y general para ponerlos en situación.

Respondidas estas preguntas les decimos que en esta sesión descubrirán que hay secretos que pueden o deben guardarse y otros que deben ser contados.

ACTIVIDAD 1.1.

HISTORIA

En una escuela de por aquí cerca había una niña que se llama Martha. Ahora Martha ya es mayor, pero cuando yo la conocí tenía tu edad.

Una mañana Martha se levantó muy contenta porque era el cumpleaños de su papá y ella tenía un precioso regalo para él y, además, le había hecho una tarjeta con un dibujo para felicitar a su papá.

Martha bajó a desayunar y encontró a su mamá en la cocina preparando una tarta de merengue con muchos adornos. En ese momento se oyeron los zapatos de su papá bajando las escaleras para ir al trabajo. La mamá de Martha escondió rápidamente la tarta en el refrigerador para que el papá no la viera y le dijo a Martha:

- Martha, vamos a esconder la tarta para que papá no la vea y se lleve una gran sorpresa. No vayas a decirle dónde está, tienes que guardar el secreto.

Martha le dio un beso a su mamá y se fue a la escuela con su papá.

Después de dos clases salieron al recreo. Ella siempre jugaba con su amigo Raúl y su amiga Alicia, cambiaban tarjetitas y jugaban a la pelota. Ese día Raúl parecía un poco triste y las dos amigas le preguntaron que le pasaba. Entonces Raúl les dijo en voz baja:

- Martha, Alicia, les voy a contar un secreto que no le pueden decir a nadie. Mi papá y mi mamá se van a separar y estoy muy triste, pero no quiero que nadie se entere. Tienen que prometerme que no lo contarán. Por la tarde Martha volvió a casa:

- ¡Mamá, mamá ya he vuelto! ¡Tengo que enseñarte la última tarjeta que he conseguido... ¡

De repente Martha se dio cuenta de que en casa había alguien más. Corrió al salón y comprobó que su tío Julio estaba sentado en el sillón platicando con su mamá.

- Escucha Martha. Tengo que ir a comprar un regalo para el cumpleaños de papá, así que el tío Julio se quedará contigo hasta que vuelva. Puedes enseñarle tus tarjetas a él y ver una película o lo que quieras, pero tienes que portarte muy bien y obedecer al tío Julio. ¿De acuerdo?

Martha dijo que sí, pero de muy mala gana. No le gustaba que el tío Julio cuidara de ella, la obligaba a hacer cosas que no le gustaban y le tocaba de forma que la hacía sentir incómoda.

La mamá de Martha se fue y ella se quedó sola con su tío.

- Martha, ¿a qué quieres jugar?

- No sé – contestó Martha. – A la pelota, o salir con los patines...

- Ya sé lo que vamos a hacer.- Dijo su tío Julio. Vamos a jugar a los papás y a las mamás. Yo seré el papá y tú la mamá. Y los papás y las mamás se acarician...

A Martha no le gustaba ese juego, no le gustaba nada que la acariciara ni que le diera besos, pero mamá había dicho que tenía que obedecer al tío Julio y...

Martha le dijo a su tío que no quería jugar a eso, que no le gustaba. El tío Julio le dijo:

- Si juegas conmigo te daré un bonito regalo, pero no puedes decírselo a nadie, será nuestro secreto.

- Martha dijo que no, corrió a su cuarto y cerró la puerta para que nadie la molestara hasta que llegara su mamá.

ACTIVIDAD 1. 2.

¿QUE HEMOS APRENDIDO?

- Lee atentamente los secretos de la columna izquierda y decide si deberías guardarlos o no y pon en la columna de la derecha por qué has decidido eso.
- A continuación inventa un secreto que puedas guardar y dos que no y explica por qué.

SECRETOS	SI / NO GUARDAR	¿POR QUÉ?
Tu mamá te pide que no le digas a tu papá que tiene un regalo para él.		
Una amiga te dice que un niño mayor le obliga a tocarle los genitales.		
Un familiar te engaña para que te dejes acariciar y que le acaricies a él o ella.		
Tu amigo te cuenta que le gusta una niña.		
	SI	
	NO	
	NO	

Sesión 5

“Yo amo mi
cuerpo, y mis
derechos”

OBJETIVO

En esta sesión los niños conocerán e identificarán sus derechos humanos y sexuales y, además de conocerlos los llevarán a la práctica. Así podrán defenderse si es que alguna persona cercana o lejana está violando sus derechos.

INTRODUCCION

El educador para la salud al iniciar la sesión dará las buenas tardes de manera cordial y amigable, dando seguimiento a la sesión comenzará por decir unas preguntas a los niños para poder generar una lluvia de ideas entre los niños del aula y los educadores para la salud presentes.

ACTIVIDAD 1. 1.

PREGUNTAS:

1. ¿Quién conoce los derechos de los niños y niñas?
2. ¿Cuántos derechos existen hoy en día para nosotros los niños y las niñas?
3. ¿Cómo práctico mis derechos en mi persona?
4. ¿Ahora que conozco mis derechos sexuales los pondré en práctica?

Después de mencionar cada pregunta y que los niños terminen de contestar se les dará en seguida la respuesta correcta.

ACTIVIDAD 1. 2.

RESPUESTAS:

Son respuestas aproximadas para generar la lluvia de ideas.

1. Si los niños responden que si saben o conocen los derechos de los niños y niñas se les preguntará que cuáles son o que mencionen los que conozcan, de lo contrario si no conocen sus derechos se les dirá:

Los derechos son el respeto, protección a la forma de ser de cada uno como persona. Al igual que tenemos derechos humanos también tenemos obligaciones.

2. Los derechos de los niños incluyendo los derechos sexuales se llevan a cabo con valores :

- ❖ Derecho a la vida, supervivencia y desarrollo
- ❖ Derecho a la identidad
- ❖ Derecho a vivir en familia
- ❖ Derecho a la igualdad
- ❖ Derecho a no ser discriminado
- ❖ Derecho a la protección de la salud y la seguridad social
- ❖ Derecho a la educación
- ❖ Derecho al descanso
- ❖ Derecho a la intimidad
- ❖ Derecho a una educación con sexualidad
- ❖ Derecho al acceso a una vida libre de violencia "violencia sexual, física y emocional"

3. Mis derechos de niño y niña así como mis derechos sexuales los pondré en práctica diario.

Después de terminar la lluvia de ideas se realizará el juego de "caricaturas presenta"

Se comenzará con el educador para la salud, el dirá:

- Caricaturas al momento de decir caricaturas dará dos palmadas sobre sus piernas (después tronará los dedos dos veces), presenta (al momento de decir presenta dará dos palmadas sobre sus piernas y enseguida tronará los dedos, nombre de y vuelve a repetir el mismo procedimiento con las manos, es decir, las palmadas sobre las piernas o tronar los dedos,

derechos sexuales y dirá autocuidado. Así sucesivamente cada compañero dirá el nombre de un derecho o derechos sexuales sin repetir los que ya hallan mencionado, de igual manera si se equivocan en la secuencia de tronar los dedos, pierden y se vuelve a iniciar con otro compañero. Para finalizar el educador para la salud terminará el juego y una vez ordenado el salón de clases se despedirá cordialmente.

Material de apoyo



Universidad Autónoma del Estado de México
Unidad Académica Profesional Nezahualcóyotl
Licenciatura en Educación para la Salud



Sesión 6

“Ayudo a mis
hijos, me ayudo a
mi”

OBJETIVO

El objetivo es trabajar con los padres de familia, donde ellos aprenderán que es un abuso sexual infantil e identificarán las conductas normales de un niño que no ha sido víctima de abuso sexual, y cuáles son las conductas que adquiere un niño que ya ha sido víctima de abuso sexual.

Se pretende que los padres puedan identificar el comportamiento sano y no sano de sus hijos y de igual manera si han sufrido un abuso sexual.

INTRODUCCIÓN

Para comenzar con la sesión los educadores para la salud se presentarán y darán un cordial saludo.

Se les dará la instrucción de formar equipos de 5 personas padres de familia (madre y padre, si es que asistieron ambos), después de formar los equipos se distribuirán dentro del aula de manera que no estén todos en un solo lugar y los educadores para la salud puedan pasar entre los pasillos del salón. Cuando ya estén formados los equipos, se elegirá a un representante de cada equipo, ya sea que el educador para la salud lo elija o los mismo miembros del equipo.

Una vez que se eligió el representante de equipo se les repartirá su material de trabajo, que en este caso es papel y bolígrafos.

Después se les dictarán 3 preguntas que deberán anotar y responder en su material de trabajo, las analizarán y discutirán entre ellos.

ACTIVIDAD 1. 1.

PREGUNTAS:

1. ¿Cómo se define abuso sexual infantil?
2. ¿Cuáles son las conductas del niño en un caso de abuso sexual infantil?
3. ¿Cuál es la diferencia entre acoso sexual y abuso sexual?

Después de un tiempo estimado para responder, el representante de cada equipo dará sus respuestas y el educador para la salud apuntará lo más importante de cada equipo para que al final se dé una explicación y respuestas a las preguntas dictadas anteriormente.

ACTIVIDAD 1. 2.

RESPUESTAS:

1. El abuso sexual se define como cualquier forma de contacto sexual entre dos personas sin el consentimiento de una de ellas, o mediada por una diferencia de poder entre la víctima y el agresor o agresora, sin importar la edad de ambas o sus condiciones socioeconómicas, políticas y culturales. Es una de las más graves violaciones a los derechos humanos, ya que violenta la integridad, dignidad, autoestima y desarrollo integral de las víctimas; pero además, es una problemática que generalmente se mantiene en la clandestinidad, en una cultura de silencio.

1. En el área de comportamiento pueden manifestar:

- ❖ Una curiosidad sexual exagerada
- ❖ Masturbación compulsiva
- ❖ Conocimiento inapropiado del comportamiento sexual del adulto.
- ❖ Aumento de pesadillas
- ❖ Dificultades para conciliar el sueño y/o dificultades para permanecer dormido
- ❖ Conducta retraída
- ❖ Ataques de ira

- ❖ Ansiedad
- ❖ Depresión
- ❖ Miedo a quedarse a solas con una persona en particular
- ❖ Conocimiento de temas sexuales, vocabulario y/o conducta inapropiada para un niño de su edad

2. Cuadro comparativo.

Acoso sexual	Abuso sexual
<p>El hostigamiento sexual se puede dar en cualquier ámbito. Sin embargo, es más común en los espacios educativos y laborales. La Organización Internacional del Trabajo (OIT) lo define como "toda conducta de naturaleza sexual, o basada en el sexo, que afecte la dignidad de las mujeres y de los hombres, que resulte ingrata, irrazonable y ofensiva para quien la reciba, y que tiene consecuencias cuando la o el acosado la rechaza en cuanto a condicionar la continuidad en el empleo, promoción o salario. El acoso sexual es, sobre todo, una manifestación de relaciones de poder".</p> <p>El que acosa, se plantea, casi siempre tiene una situación de ventaja ante el hostigado. Por eso tiende a darse entre patrón y empleado, maestro y alumno y de hombres a mujeres (porque en la estructura jerárquica todavía la población femenina está subordinada). Como todo delito sexual es muy difícil de comprobar. Es por ello que en muchas naciones no existe legislación al respecto o es incipiente.</p> <p>Así caen en el rubro de hostigamiento sexual "propuestas, comentarios, bromas o</p>	<p>El abuso sexual abarca una amplia gama de comportamientos y relaciones, que van desde el contacto físico con penetración, hasta aquellos más sutiles pero igualmente dañinos, siendo posible hablar de dos clases de abuso sexual: con contacto y sin contacto:</p> <p>a) Abuso sexual con contacto: incluye comportamientos que involucran el contacto físico con la boca, los pechos, los genitales, el ano, o cualquier otra parte corporal, cuando el objeto de dicho contacto es la excitación o satisfacción sexual del agresor. Este tipo de abuso incluye tanto el tocar y acariciar, como la penetración genital, anal u oral.</p> <p>b) Abuso sexual sin contacto: es aquél practicado a través de comportamientos que no implican contacto físico con el cuerpo, pero que sin duda repercuten en la salud mental de la persona. Se incluyen comportamientos tales como exhibirse con fines sexualmente insinuantes, masturbarse en presencia de un niño o una niña, producir material pornográfico con el menor, mostrarle material pornográfico, espiarlo mientras se viste o se baña, dirigirle repetidos comentarios seductores o sexualmente explícitos, y realizar llamadas telefónicas obscenas.</p>

insultos de contenido sexual", pero también se relaciona con el "abuso visual; las miradas lascivas o exhibir material pornográfico y también los tocamientos incómodos, que no necesariamente para serlo deben darse en regiones directamente relacionadas con la actividad sexual".	
---	--

Después de dar las respuestas a las preguntas se quedará en una sola idea y de cada pregunta, la idea más general.

Después de regresar las butacas a su lugar y quedar ordenado el salón de clases el educador para la salud resolverá dudas y de lo contrario que no existan dudas se despedirá cordialmente dando las gracias por asistir al taller y dirá la frase "ayudo a mis hijos me ayudo a mí".

Sesión 7

“Conociendo el
perfil del
agresor sexual”

OBJETIVO

El objetivo es conocer e identificar a simple vista las características y conductas de un agresor sexual y que al identificarlas puedan evitar un posible abuso sexual que pueda suscitarse en casa o con personas cercanas, particularmente con sus hijos.

INTRODUCCIÓN

Se comenzará por presentarse en el salón de clases, en esta sesión al igual que en la sesión anterior se trabajará solamente con los padres de familia, en primer lugar se saludará cordialmente dando la bienvenida al taller.

Después el educador para la salud expondrá las conductas del agresor sexual y se apoyará de una presentación en power point, además, de 3 videos como el de la campaña contra el abuso sexual infantil (protégeme), campaña Unicef contra el abuso sexual infantil y el video ¿cómo identificar el abuso sexual infantil?, para que sea más visible, sensibilice y cause mayor impacto.

Cuando el educador para la salud termine de exponer, dará un tiempo estimado para resolver dudas acerca del perfil del agresor sexual.

Al término de las dudas, el educador para la salud les proporcionará un cuestionario del perfil del agresor sexual.

Al término del cuestionario, se les hará una invitación para que la próxima sesión acompañen a sus hijos al cierre del taller.

Actividad 1. 1.

Perfil del agresor sexual

- ❖ Los abusadores son personas con apariencia normal, de estilo convencional y de inteligencias medias y no psicóticas.
- ❖ Infantilismo
- ❖ Falta de autoestima
- ❖ Dificultades en la resolución de problemas
- ❖ El agresor sexual puede ser un pariente, un conocido o un amigo de la familia.
- ❖ El agresor muestra autoridad ante el niño
- ❖ El agresor pide al niño no lo comente con nadie
- ❖ Personas adultas
- ❖ Casados
- ❖ Se relaciona mejor con niños que con adultos
- ❖ Tiene pocos amigos íntimos de su generación
- ❖ Prefieren niños o niñas de una edad específica
- ❖ Prefiere un sexo más que el otro
- ❖ Puede que busque empleo o sea voluntario en lugares relacionados con actividades infantiles
- ❖ Se le ve en parques o cerca de colegios
- ❖ Acumula fotografías de niño o niñas y pornografía infantil
- ❖ Habla con los niños o niñas en su mismo lenguaje y a veces con lenguaje de pareja
- ❖ Se ofrece para cuidar niños y niñas
- ❖ Busca organizaciones y publicaciones que apoyan sus tendencias sexuales

Cuestionario



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
UNIDAD ACADÉMICA PROFESIONAL NEZAHUALCÓYOTL
LICENCIATURA EN EDUCACIÓN PARA LA SALUD**

Perfil del agresor sexual

Contesta conforme a la exposición.

Menciona las 10 conductas más comunes de un agresor sexual y su apariencia física.

1.	2.
3.	4.
5.	6.
7.	8.
9.	10.

!! Gracias por tu colaboración!!

Material de apoyo



Universidad Autónoma del Estado de México
Unidad Académica Profesional Nezahualcóyotl
Licenciatura en Educación para la Salud



Padre de familia dile a tu hijo:

Si alguien trata de tocarte el cuerpo y de hacer cosas que te hacen sentir raro, molesto o incomodo dile con firmeza que **NO** a la persona y ven a contármelo enseguida



Perfil del agresor sexual

Sesión 8

“Cierre”

OBJETIVO

El objetivo de esta sesión es concluir con el taller y que los padres de familia y los hijos se lleven un conocimiento y que a través del taller puedan identificar, que es abuso sexual infantil, el perfil del agresor sexual, sus derechos como niños y niñas para que pongan en práctica todo lo aprendido.

INTRODUCCION

El educador para la salud se presentará con los padres de familia y alumnos del plantel que estén participando en el taller. Después se les pedirá se acomoden formando un círculo dentro del salón de clases para poder realizar la convivencia, las educadoras para la salud les ofrecerán un aperitivo a los padres de familia al igual que a los hijos, para convivir, una vez que todos hayan tomado su alimento y bebida se dará paso a la actividad de cierre. Los padres de familia y sus hijos irán diciendo una frase donde expresaran sus sentimientos y dirán lo que sienten hacia ellos mismos y hacia sus padres.

ACTIVIDAD 1. 1.

“Demostrando amor”

Esta frase se escribirá en el pizarrón del salón de clases en grande para que los padres de familia y sus hijos lo puedan percibir.

Empezarán diciendo me siento (feliz y disfruto estar con mi familia), cuando estoy solo no me gusta (_____) y cuando estoy feliz me gusta hacer actividades como (_____) y me describo con la palabra (_____).

Después de que termine de decir la palabra todos y a cada uno de los participantes del taller se les hará entrega de una encuesta de satisfacción del taller, donde los padres de familia así como los hijos harán una evaluación.



Evaluación del taller

Fecha: _____

La presente encuesta tiene como objetivo conocer su opinión sobre este taller. Su respuesta debe ser precisa. Marque con una X la opción de la respuesta que se ajuste a su opinión.

Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Nunca
---------	--------------	---------------	-------

1. ¿Los y las educadoras para la salud fueron accesibles a sus preguntas o dudas?

Si	No
----	----

2. ¿Considera que los educadores para la salud dominan el tema?

Si	No
----	----

3. ¿Cómo evaluaría el desarrollo del taller?

Excelente	Bueno	Regular	Malo
-----------	-------	---------	------

4. ¿Se utilizó apoyo audiovisual para exponer los conceptos?

Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Nunca
---------	--------------	---------------	-------

5. ¿El taller lleno sus expectativas?

Si	No
----	----

6. ¿Recibió material de apoyo?

Si	No
----	----

7. ¿El tiempo dedicado fue suficiente?

Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Nunca
---------	--------------	---------------	-------

8. ¿Considera que este taller le ha enseñado como prevenir un abuso sexual infantil?

Si	No
----	----

9. ¿Le gustaría aprender más sobre el abuso sexual infantil?

Si	No
----	----

¿Tiene alguna sugerencia para mejorar el taller?

Bibliografía

- Arredondo, V. (2002). *Guía básica de prevención del abuso sexual infantil*. Chile: ONG Paicabí. Gobierno regional quinta región Valparaíso.
- Canal de Buho audiovisual. (Buho audiovisual). (2012). Video animación “educación para la sexualidad” material para validación con niñas y niños [MP4]. De <https://www.youtube.com/watch?v=MbXdUvHLR54>
- Club 700 hoy. (Club 700 hoy). (2013). Como identificar el abuso infantil [MP4]. De <https://www.youtube.com/watch?v=m5JrTgNQOEg>
- Palacios, J. (2008). El abuso sexual a niñas, niños y adolescentes: un secreto familiar, un problema social. *Revista Electrónica Educare*. 12, 99-111.
- San Bernardo Tv. (Ilustre municipalidad de San Bernardo). (2013). Campaña contra el abuso sexual infantil protégeme. [MP4]. De <https://www.youtube.com/watch?v=1cmYE4izwNI>
- The National Child Traumatic Stress Network. (2009). *Folleto informativo sobre el abuso sexual infantil. Cuidando a los niños*. Disponible en: http://www.nctsn.org/sites/default/files/assets/pdfs/ChildSexualAbuseFactSheetFIN_Ch_SP.pdf.
- Toma nota online. (UNICEF). (2013). Campaña UNICEF contra el abuso sexual infantil [MP4]. De https://www.youtube.com/watch?v=7IYZ8ILv_Jo

Anexo 3. Consentimiento informado



UAEM

Universidad Autónoma
del Estado de México



Oficio de petición

C. Prof. José Luis Ponce Rosas

Somos estudiantes de la Universidad Autónoma del Estado de México, de la Licenciatura en Educación para la salud, nos encontramos realizando actividades académicas de la unidad de aprendizaje seminario de titulación II con el tema de tesis **“Diseño y evaluación de un programa para la prevención de abuso sexual en niños de primaria”** mediante un taller que consta de 8 sesiones de 30 min aproximadamente que incluye intervenciones de salud educativas con enfoque preventivo, con el fin de prevenir el abuso sexual infantil que puede llegar a suscitarse en cualquier medio social.

Por lo cual, solicitamos a través de este documento de la autorización para que los alumnos que se encuentran inscritos en esta institución participen voluntariamente en prácticas de educación para la salud.

Dentro de las 8 sesiones se trabajará con los alumnos en la sesión 1, 2, 3, 4, 5 y con los padres de familia en la sesiones 6 y 7 y la sesión 8 que consiste en el cierre del taller se trabajará nuevamente con los alumnos. Cada sesión tiene un objetivo donde los padres de familia y los alumnos identificarán y aprenderán temas relacionados al abuso sexual infantil como derechos sexuales, perfil del agresor sexual, diferencias entre acoso sexual y abuso y se trabajará con un enfoque lúdico en algunas sesiones.

Las sesiones se realizarán los días lunes, miércoles y viernes en un horario de 2:00 pm a 2:30 pm.

El proceso será estrictamente confidencial y de total anonimato. La participación o no participación en las actividades de educación para la salud no afectará la nota del estudiante. Se utilizará el registro de la información (fotografías) que ayude al estudio; dichos instrumentos serán resguardados utilizándolos sólo con fines académicos.

La participación es voluntaria, usted, los profesores y los alumnos tienen derecho de retirar el consentimiento para la participación en cualquier momento sin cuestionar su decisión. El taller no conlleva ningún riesgo, el beneficio que recibirán sus alumnos es el

conocimiento sobre prevención de abuso sexual infantil. No recibirá ninguna compensación por participar. Los resultados grupales estarán disponibles para su revisión al término de las prácticas.

En caso de dudas o aclaraciones acudir con las estudiantes de la Licenciatura en Educación para la Salud de octavo semestre turno matutino: Viridiana Rubí Sánchez Escandón a través del correo viriznice@gmail.com y Tania Natali Villamil Gutiérrez a través del correo tajjo.16@hotmail.com o directamente en la Universidad Autónoma del Estado de México ubicada en Av. Bordo de Xochiaca s/n Col. Benito Juárez C.P 57000, Ciudad Nezahualcóyotl, México.

Si desea que sus alumnos participen, favor de llenar el apartado de autorización o de no autorizar.

AUTORIZACIÓN

He leído el procedimiento descrito arriba. Voluntariamente doy mi consentimiento para que los alumnos de 4 ° año de la Escuela primaria Carmen Serdán con clave 15EPR2714H participen en las actividades señaladas.

Autorizo

Nombre y firma del Director de la Institución.

No autorizo

Nombre y firma del Director de la Institución.

Nezahualcóyotl, Estado de México; a 11 de Febrero del 2015.

C. Prof. José Luis Ponce Rosas

PRESENTE:

Reciba un cordial saludo, y al mismo tiempo nos permitimos informarle que la Universidad Autónoma del Estado de México, Unidad Académica Profesional Nezahualcóyotl a través de la Licenciatura Educación para la Salud, **implementa actividades de enfoque académico de la unidad de aprendizaje seminario de titulación II con el tema de tesis “Diseño y evaluación de un programa para la prevención de abuso sexual en niños de primaria”**

Por lo anterior existe el interés de llevarlo a cabo en la escuela que tan dignamente dirige; por lo que se pone a su disposición el plan de actividades diseñado para tal fin. Las mismas comprenderán en el mes de febrero- marzo según tabla anexa.

Esperando contar con su invaluable apoyo, nos despedimos de usted.

Atentamente:

Viridiana Rubí Sánchez Escandón

Tania Natali Villamil Gutiérrez

Estudiantes de la Licenciatura en Educación para la Salud

“Diseño y evaluación de un programa para la prevención de abuso sexual en niños de primaria”

Taller.

Sesiones (8)

Sesión 1. Alumnos (16 de febrero)

Sesión 2. Alumnos (18 de febrero)

Sesión 3. Alumnos (20 de febrero)

Sesión 4. Alumnos (23 de febrero)

Sesión 5. Alumnos (25 de febrero)

Sesión 6. Padres de familia (27 de febrero)

Sesión 7. Padres de familia (2 de marzo)

Sesión 8. Alumnos (4 de marzo)

Duración. (30 min.)

Febrero 2015

Domingo	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28

Marzo 2015

Domingo	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

Anexo 4. Asentimiento informado



UAEM

Universidad Autónoma
del Estado de México



Estimado padre o tutor:

Somos estudiantes de la Licenciatura en Educación para la Salud en la Unidad Académica Profesional Nezahualcóyotl de la Universidad Autónoma del Estado de México nos encontramos realizando actividades académicas de la unidad de aprendizaje seminario de titulación II con el tema de tesis **“Diseño y evaluación de un programa para la prevención de abuso sexual en niños de primaria”**

Mediante un taller que consta de 8 sesiones de 30 min aproximadamente que incluye intervenciones de salud educativas con enfoque preventivo, con el fin de prevenir el abuso sexual infantil que puede llegar a suscitarse en cualquier medio social. El objetivo es realizar un programa de prevención de abuso sexual diseñado para niños de primaria, por ser un grupo vulnerable, para prevenir un posible abuso sexual. A través de sesiones didácticas impartidas por las especialistas en temas de educación para la salud que se llevará a cabo en la escuela primaria “Carmen Serdán” ubicada en segunda molino de flores S/N, Acuitlapilco Chimalhuacán.

Solicito su autorización para que su hijo(a) participe voluntariamente en este taller que consiste en 8 sesiones donde se trabajará con los alumnos en la sesión 1, 2, 3 4, 5 y con padres de familia en la sesiones 6 y 7 y la sesión 8 que consiste en el cierre del taller se trabajará nuevamente con los alumnos. Cada sesión tiene un objetivo donde los padres de familia y los alumnos identificarán y aprenderán temas relacionados al abuso sexual infantil como derechos sexuales, perfil del agresor sexual, diferencias entre acoso sexual y abuso y se trabajará con un enfoque lúdico en algunas sesiones. Las sesiones se realizarán los días lunes, miércoles y viernes en un horario de 2:00 pm a 2:30 pm.

El proceso será estrictamente confidencial y el nombre no será utilizado. La participación o no participación en el taller no afectará la nota del estudiante. La participación es voluntaria. Usted y su hijo(a) tienen el derecho de retirar el consentimiento para la participación en cualquier momento. El estudio no conlleva ningún riesgo y recibe beneficios educativos. No recibirá ninguna compensación por participar. Si tiene alguna pregunta sobre este programa, se puede comunicar con las estudiantes de la Licenciatura en Educación para la Salud de octavo semestre turno matutino: Viridiana Rubí Sánchez Escandón a través del correo viriznice@gmail.com y Tania Natali Villamil Gutiérrez a través del correo taijo.16@hotmail.com o directamente en la Universidad Autónoma del Estado de México ubicada en Av. Bordo de Xochiaca s/n Col. Benito Juárez C.P 57000, Ciudad Nezahualcóyotl, México.

Si desea que su hijo participe, favor de llenar el talonario de autorización y devolver a la maestra del estudiante.

AUTORIZACION

He leído el procedimiento descrito arriba. El (la) investigador(a) me ha explicado el estudio y ha contestado mis preguntas. Voluntariamente doy mi consentimiento para que mi hijo(a) _____, participe en el taller de prevención de abusos sexual infantil.

Autorizo

Nombre y firma del padre o tutor

No autorizo

Nombre y firma del padre o tutor
