

**UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA
CARRERA DE MEDICINA Y CIRUGÍA**

**TESIS PARA OPTAR POR EL GRADO
ACADÉMICO DE LICENCIATURA EN
MEDICINA Y CIRUGÍA**

**CAMBIOS EN LAS CONDUCTAS DE
AUTOPROTECCIÓN EN NIÑOS Y NIÑAS DE 7 -
9 AÑOS, POSTERIOR A LA
IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE
PREVENCIÓN DE ABUSO SEXUAL EN LA
ESCUELA JESÚS DE NAZARETH, LIBERIA,
COSTA RICA, NOVIEMBRE-DICIEMBRE DEL
2015**

Sustentante: Ana Yareth Guillén Bonilla

Tutor: Dr. José Daniel Pérez Fallas

Mayo, 2017

ÍNDICE DE CONTENIDO

ÍNDICE DE GRÁFICOS	V
ÍNDICE DE FIGURAS	VI
ÍNDICE DE TABLAS	VII
DEDICATORIA	VIII
AGRADECIMIENTO	IX
CAPÍTULO I	10
MARCO CONTEXTUAL	10
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	11
Antecedentes del problema.....	11
1.1.1 Delimitación del problema	13
1.1.2 Justificación	13
1.2 REDACCIÓN DEL PROBLEMA CENTRAL:	16
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	16
1.3 OBJETIVOS	16
1.3.1 Objetivo general	16
1.3.2 Objetivos específicos.....	16
1.4 ALCANCES Y LIMITACIONES	17
CAPÍTULO II	19
CONTEXTO HISTÓRICO Y TEÓRICO	19
2.1 EL CONTEXTO HISTÓRICO	20
Violencia: antecedentes históricos	20
Violencia de género	20
Problemática del maltrato infantil.....	21
Antecedentes nacionales.....	22
Antecedentes mundiales.....	24
Clasificación de la violencia infantil.....	25
ABUSO SEXUAL INFANTIL.....	26
Concepto	26
Epidemiología.....	28
Clasificación	30
LA FAMILIA	30
Concepto	30

Funciones de la familia.....	32
Tipos de familia.....	33
Otros tipos de familia.....	37
Condiciones que predisponen al maltrato y abuso infantil.....	38
Factores de riesgo.....	39
Perfil de las familias de riesgo.....	40
EL INCESTO.....	42
Violación sexual.....	44
Indicadores de abuso sexual.....	44
Factores implicados en el abuso sexual.....	46
DIAGNÓSTICO.....	47
Señales de abuso sexual.....	54
CONSECUENCIAS.....	55
Trastornos de la personalidad en víctimas de abuso sexual:.....	55
Consecuencias psicológicas.....	56
TRATAMIENTO.....	57
CAPÍTULO III.....	58
PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO.....	58
PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO.....	59
3.1 Tipo de investigación.....	59
3.2 Área de estudio.....	59
3.2.1 Unidades de análisis.....	59
3.2.2 Criterios de inclusión.....	60
3.2.3 Criterios de exclusión.....	60
3.2.4 Fuentes de información.....	60
3.2.5 Identificación de variables.....	61
3.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS.....	66
3.3.1 Instrumento de recolección de datos.....	66
3.3.3 Plan piloto-validación de instrumento.....	70
CAPÍTULO IV PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.....	71
CAPÍTULO V DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS.....	93
CAPÍTULO VI CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	103
6.1 CONCLUSIONES.....	104

6.2 RECOMENDACIONES	106
BIBLIOGRAFÍA	108
BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA	113
ANEXOS	115
A. DECLARACIÓN JURADA	116
B. CARTA DEL TUTOR	117
C. CARTA DEL LECTOR	118
D. CARTA DEL FILÓLOGO	119
E. CARTA DE CORRECCIONES SOLICITADAS EN LA DEFENSA	120
F. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	121
TEST DE PRUDENCIA	122

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 Total porcentual de la población en estudio por sexo noviembre-diciembre 2015.....	72
Gráfico 2 Total porcentual de la población en estudio por edad noviembre-diciembre 2015.....	73
Gráfico 3 Total porcentual de la población en estudio por lugar de habitación noviembre-diciembre 2015.....	74
Gráfico 4 Total porcentual de la población en estudio por grado escolar noviembre-diciembre 2015.....	75
Gráfico 5 Porcentaje de respuestas correctas en el Test de Prudencia antes y después de la implementación del programa. Pregunta 1	80
Gráfico 6 Porcentaje de respuestas correctas en el Test de Prudencia antes y después de la implementación del programa. Pregunta 2	81
Gráfico 7 Porcentaje de respuestas correctas en el Test de Prudencia antes y después de la implementación del programa. Pregunta 3	82
Gráfico 8 Porcentaje de respuestas correctas en el Test de Prudencia antes y después de la implementación del programa. Pregunta 4	83
Gráfico 9 Porcentaje de respuestas correctas en el Test de Prudencia antes y después de la implementación del programa. Pregunta 5	84
Gráfico 10 Porcentaje de respuestas correctas en el Test de Prudencia antes y después de la implementación del programa. Pregunta 6	85
Gráfico 11 Porcentaje de respuestas correctas en el Test de Prudencia antes y después de la implementación del programa. Pregunta 7.....	86
Gráfico 12 Porcentaje de respuestas correctas en el Test de Prudencia antes y después de la implementación del programa. Pregunta 8	87
Gráfico 13 Porcentaje de respuestas correctas en el Test de Prudencia antes y después de la implementación del programa. Pregunta 9	88
Gráfico 14 Porcentaje de respuestas correctas en el Test de Prudencia antes y después de la implementación de programa. Pregunta 10	89
Gráfico 15 Porcentaje de respuestas correctas en el Test de Prudencia antes y después de la implementación del programa. Pregunta 11	90
Gráfico 16 Porcentaje de respuestas correctas en el Test de Prudencia antes y después de la implementación del programa. Pregunta 12	91
Gráfico 17 Porcentaje de respuestas correctas en el Test de Prudencia antes y después de la implementación del programa. Pregunta 13	92

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1	50
----------------	----

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Tipos de familia y sus características	34
Tabla 2 Tipos de familia según presencia física	35
Tabla 3 Indicadores físicos, comportamentales, emocionales y sexuales	45
Tabla 4 Diferencia entre abuso sexual agudo y crónico	52
Tabla 5 Integración del diagnóstico en caso de abuso sexual infantil.....	53
Tabla 6 Operacionalización de las variables.....	62
Tabla 7 Diferencia de la media en las puntuaciones de entrada y salida y significancia estadística.....	76
Tabla 8 Prueba de McNemar para las respuestas en la conducta de entrada salida del programa	78
Tabla 9 Distribución de frecuencia del tipo de familia en la población de estudio.	79

DEDICATORIA

A Dios, por forjar mi camino al servicio de mis semejantes.

Con especial cariño a Darling y a Miguel, por ser ustedes, mis padres, porque han estado conmigo en cada momento, por guiarme con sabiduría en este bello camino de mi profesión, por siempre confiar en mí, por el amor, por la fortaleza que tienen y me transmiten, gracias por llevarme en sus oraciones, porque estoy segura de que siempre lo hacen. Cada tarea representa una oportunidad para probar nuestra valía, nunca podré devolverles tanto.

AGRADECIMIENTO

Al Dr. José Daniel Pérez Fallas, por ser mi tutor en este proyecto, por su profesionalismo, por su dedicación, por brindarme su tiempo y compartir de su conocimiento para que este trabajo fuera posible.

Al equipo de profesores de la Escuela Jesús de Nazareth de Liberia, por permitirme implementar el programa educativo de mi proyecto, pero, sobre todo, gracias a cada niño y niña de dicha escuela, con los cuales compartí tiempo y conocimientos para educarlos de una manera diferente, sobre la prevención del abuso sexual infantil.

CAPÍTULO I
MARCO CONTEXTUAL

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Antecedentes del problema

En 1770, a causa de la afluencia de descendientes de españoles de Granada y León, Nicaragua, de mulatos nicaragüenses y de ladinos del norte de Nicoya, nació una población que se llamaría Liberia, cuenta con una extensión de 1 436,47 km², con una población estimada al 2015 de 70 108 habitantes, es la capital de la provincia de Guanacaste. Uno de los barrios, llamado Jesús de Nazareth, y la escuela del mismo nombre, sitio donde se desarrolló el presente proyecto, se ubica a 1,5 km noreste del centro de Liberia, está compuesto por casas construidas con latas de zinc y algunas otras con cemento, las calles son de tierra caliza y mientras más se alejan de la vía principal, se vuelven más estrechas y de difícil acceso, el servicio de abastecimiento de agua potable no está disponible para todos los vecinos, cuenta con condiciones socioeconómicas y culturales bajas, con una población en su mayoría de origen nicaragüense, quienes ingresan a la zona para conseguir empleo en labores agrícolas, carecen de vivienda digna, en condiciones de hacinamiento con una fuerte tendencia a densificarse poblacionalmente, además de la inseguridad social⁽¹⁾.

El abuso sexual se trata de una problemática que no es exclusiva de un estrato social en específico, ocurre en familias de cualquier clase social y en la cual la población infantil conforma las principales víctimas.

Además, se caracteriza por presentar una alta probabilidad de revictimización, la preocupación es mayor por el impacto de esa experiencia en todos los ámbitos en la vida de las víctimas, las consecuencias amenazan potencialmente el desarrollo psicosocial de quienes lo sufren.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS)⁽²⁾, a nivel mundial se estima que 150 millones de niñas y 73 millones de niños han sufrido de alguna forma de abuso sexual antes de haber cumplido 18 años de edad.

En las últimas décadas, los abusos sexuales a menores están originando un gran interés público a nivel mundial, ya que las cifras de niños y niñas, víctimas de abuso aumentan rápidamente. El 25% de las mujeres adultas y el 10% de los hombres adultos estadounidenses, reconocen haber sufrido abuso sexual durante la niñez, la mayor parte de ellos entre los 8 y los 12 años⁽³⁾. Tanto es así, que, en los últimos años, la producción científica en este campo supera a las publicaciones realizadas sobre cualquier otro tipo de maltrato infantil. Con lo anterior, los investigadores han dirigido sus esfuerzos principalmente en diseñar y evaluar programas de prevención del abuso y abandono infantil.

El Organismo de Investigación Judicial de Costa Rica (OIJ)⁽⁴⁾ en un escrito publicado llamado memoria estadística del 2013, se documenta que en ese año se reportaron 494 casos de violación sexual, lo que equivale a que un delito ocurre cada 18 horas, estas representan las denuncias que ingresan al OIJ, no contemplan todos los casos que ocurren en el país, porque la gran parte de denuncias se realizan en el Ministerio Público, la mayoría de las víctimas son mujeres.

1.1.1 Delimitación del problema

- Delimitación de la muestra: durante el desarrollo del trabajo de investigación, se trabajó con el 100% de la población, por lo que no se utilizó muestra. Sin embargo, después de aplicar los criterios de exclusión, el proyecto se elaboró con un total de 124 escolares.
- Delimitación demográfica: los participantes del estudio son niños y niñas de 7 a 9 años de edad, quienes están cursando primero, segundo o tercer grado escolar.
- Delimitación temporal: la presente investigación se llevó a cabo durante noviembre y diciembre del año 2015.
- Delimitación geográfica: escuela Jesús de Nazareth, escuela pública, ubicada en Liberia.

1.1.2 Justificación

Una de las principales razones de desarrollar programas de prevención de abuso sexual en edades tempranas mediante el fortalecimiento de conductas de autoprotección, es porque en Costa Rica las acciones preventivas no dependen de alguna institución de salud para ser llevadas a cabo, sino de la participación de algún sector de la población que decide organizarse y educar a la niñez con estrategias en la promoción de su propia salud, fundamentalmente dirigida a los grupos de mayor riesgo social⁽⁵⁾.

Es muy importante que los profesionales que atienden a niños, reconozcan que el abuso sexual existe, ocurre con demasiada frecuencia y que ellos, como defensores del niño, deben estar atentos a los mínimos indicios para poder descubrirlo, denunciarlo por obligación y poder ofrecer la ayuda correspondiente.

Así, se entiende como prevención a la preparación y disposición que se realiza con anticipación para evitar un riesgo o la ejecución de un acto⁽⁶⁾, en este caso, dirigida a los niños de la Escuela Jesús de Nazareth de Liberia. Se analizarán las conductas de los niños, para impedir mediante acciones proactivas dirigidas por los docentes desde la clase que orienten al hecho de que se concreten actos de abuso. Son programas útiles para la enseñanza de destrezas al niño que le permiten reconocer situaciones de peligro ante el posible ataque de un abusador potencial. Se centran en la importancia de fortalecer la seguridad y autoestima del niño para que evite verse involucrado en situaciones abusivas.

La posibilidad de entregar a los niños desde edades tempranas, los conocimientos básicos necesarios acerca de las conductas sexuales abusivas de manera temprana y oportuna, además de enseñarles a protegerse y cuidar de sí mismos, es vista como la estrategia de prevención por excelencia, considerándose que resulta imposible que los adultos a cargo mantengan una supervisión y vigilancia constante.

El identificar los principales factores de riesgo que propician el maltrato infantil, incluyendo el abuso sexual, será importante para educar mejor a la población infantil y, además, entregarles conocimientos como herramientas para protegerse y tratar de prevenir que se efectúe la agresión sexual.

Esta investigación nace a partir de la inquietud propia para implementar un programa de prevención de abuso sexual infantil en una escuela ubicada en Liberia.

Se espera que los resultados obtenidos de este proyecto de investigación sirvan de base para el desarrollo de un panorama más claro sobre la importancia de los programas de autoprotección en la población infantil costarricense. Decide abordar el abuso sexual desde otra perspectiva, no para atender en el consultorio médico a menores de edad víctimas de abuso, sino que la prevención sea el pilar en la lucha contra los malos tratos infantiles.

1.2 REDACCIÓN DEL PROBLEMA CENTRAL: PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son los cambios en las conductas de autoprotección en niños y niñas de 7 a 9 años de edad, posterior a la implementación de un programa de prevención de abuso sexual en la Escuela Jesús de Nazareth, Liberia, en noviembre-diciembre del año 2015?

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo general

Determinar los cambios en las conductas de autoprotección en niños y niñas de 7 a 9 años de edad, posterior a la implementación de un programa de prevención de abuso sexual en la Escuela Jesús de Nazareth, Liberia en noviembre-diciembre del año 2015.

1.3.2 Objetivos específicos

1. Caracterizar a la población por sexo, edad, lugar de habitación y grado escolar de la Escuela Jesús de Nazareth.
2. Describir a la población por principales factores de riesgo como estructura familiar, personas que cohabitan en el hogar.

3. Aplicar el Test de Prudencia de la Organización No Gubernamental Save the children, en niñas y niños de 7 a 9 años de edad de la Escuela Jesús de Nazareth, antes de un programa de prevención.
4. Comparar los resultados del test antes y después de participar en las actividades del Programa del Manual de Desarrollo de Conductas de Autoprotección.

1.4 ALCANCES Y LIMITACIONES

1.4.1 Alcances

- Se realizó un proyecto para conocer de forma objetiva mediante la aplicación de un instrumento, si existe o no cambios en conductas de autoprotección en alumnos de una escuela en Liberia, posterior a la implementación de un programa.
- Se promovieron estrategias de prevención de abuso sexual en menores de edad.
- Se obtuvieron datos vitales sobre la implementación de programas de prevención de abuso en niños escolares.
- Se generó conciencia sobre la importancia de brindarles conocimientos claros a los niños sobre autoprotección.

1.4.2 Limitaciones

- Consentimientos informados que fueron rechazados por parte de los padres que corresponde a un total de 16%, imposibilitando la participación de los menores de edad.
- Niños y niñas de primer grado que leen con mucha dificultad.
- Distracción por parte de los niños para llenar el formulario.

CAPÍTULO II
CONTEXTO HISTÓRICO Y TEÓRICO

2.1 EL CONTEXTO HISTÓRICO

Violencia: antecedentes históricos

Los actos de violencia son tan antiguos como la humanidad y están presentes en la vida de muchas personas de un modo u otro, cuando, por ejemplo, en la antigua Grecia las niñas eran azotadas, quemadas e inclusive sacrificadas. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS)⁽⁷⁾, en el mundo durante el año 2000, 1 de cada 5 mujeres fue víctima de violencia en alguna etapa de su vida.

Violencia de género

Es así como la violencia se encuentra profundamente relacionada con el tema del género, con un predominio del sexo femenino en los casos de víctimas de agresiones sexuales y del sexo masculino al ser los infractores de las leyes que rigen el sitio donde habitan. La violencia de género se considera la forma más persistente de violación de los derechos humanos en el mundo, esta hace referencia a la desigualdad que prevalece en la distribución del poder y las relaciones entre hombres y mujeres, basándose en la desvalorización de lo femenino, incluye cualquier acto de violencia que culmine con daños físicos, sexuales o emocionales contra la mujer. Además, desgraciadamente, reafirma la existencia de patrones culturales, históricos y sociales enfocados hacia lo que se espera de cada género: las niñas y adolescentes como único objeto sexual y unidad pasiva, y el hombre como sujeto activo y capaz de dominar a la mujer.

El género tiene como base los patrones culturales ya establecidos, y a pesar de que la población se encuentra en un constante cambio, a nivel mundial se generan y reafirman los valores androcéntricos que refuerzan la asimetría y el poder en las relaciones entre hombres y mujeres⁽⁸⁾.

Problemática del maltrato infantil

Todas las personas menores de edad son vulnerables a la ocurrencia del abuso en el transcurso de sus vidas. Sin embargo, no todas son potencialmente vulnerables a ello⁽⁹⁾.

Henry Kempe, pediatra estadounidense reconocido por sus estudios que principalmente se basan en la violencia infantil, no fue sino, hasta en la década de los años 60, gracias a él, cuando se reconoce el verdadero alcance del maltrato infantil. También, alertó al resto de población médica al describir "...el síndrome del niño maltratado" (SNM), como el uso de la fuerza física no accidental encaminada a herir o lesionar a un niño provocada por sus padres, quienes representan una figura de poder para el niño^(10,11). Es a partir de ese momento que se genera una reacción de la sociedad y de los médicos ante el grave problema. Es decir, la situación deshumanizante de violencia hacia la niñez es antigua por los actos crueles y tolerados en la historia, pero tan moderna, a la vez, al situarla en términos de categorización concreta del problema. Para evitar que los niños tengan autoestima baja, es necesario brindarles amor y atención desde la crianza, ahí en el hogar.

El SNM es un fenómeno médico social con gran impacto a nivel mundial⁽²⁾ que pone en evidencia los vulnerables que son los menores de edad ante las agresiones físicas.

Sin embargo, otros autores, como Pedreira Massa⁽¹¹⁾, definen el maltrato infantil cuando el niño es víctima de acciones por parte de su familia, que dañan su desarrollo emocional, físico y social con lesiones evidentes o sin ellas, incluyendo el abuso sexual.

Otros autores como Morillas Fernández lo describe como las acciones que ponen en peligro el desarrollo físico y emocional de un individuo menor de 18 años de edad, provocado por familiares⁽¹¹⁾.

Antecedentes nacionales

Para efectos del presente trabajo de investigación, de acuerdo con el Código de la Niñez y la Adolescencia de Costa Rica, el cual establece los derechos y deberes de la población menor de edad, se considerará niño y niña a toda persona desde la concepción hasta los doce años de edad⁽¹²⁾.

En 1930, se creó el Patronato Nacional de la Infancia (PANI), el cual es la institución costarricense encargada de la protección de la maternidad, la asistencia y atención a la población abandonada, la protección, defensa moral, protección y defensa de la salud de los menores de edad, trabajo de menores de edad y disposiciones generales. El Hospital Nacional de Niños, en 1970, creó el Comité de Estudio Integral del Niño Agredido (Ceina), capaz de atender los casos de

abuso de los cuales son víctimas los niños. En aquella época se insistió sobre la necesidad de la protección de la población infantil, es así como en 1987 se crea la fundación Paniamor, para que la sociedad lo considere como un tema vital de interés público y sea difundido por los medios de comunicación del país⁽⁹⁾.

El impacto negativo de la violencia sobre los sistemas de salud, genera que se empleen recursos económicos que podrían haber sido destinados a mejoras en la calidad de vida de la población.

Las desigualdades sociales, la ruptura de un compromiso familiar, inclusive la ingesta de alcohol y otras sustancias ilícitas, se asocian a delitos violentos y sexuales. Las agresiones sexuales son de las principales componentes de la violencia social en Costa Rica⁽¹³⁾.

Por ello, es fundamental emprender acciones dirigidas a la protección de la niñez y brindarles herramientas para la prevención ante problemas como lo es el abuso sexual, y de sus secuelas a corto y largo plazo.

Estos métodos preventivos no son dependientes de las instituciones de salud del país, sino de la organización de otros grupos de la población, que su único fin es educar a los niños como estrategias de promoción de la salud, principalmente en los grupos de mayor riesgo social.

“La promoción de la salud integral pretende fomentar la capacidad de autocuidado especialmente en relación con las conductas de riesgo, incrementando la educación y formación por parte de equipos interdisciplinarios de trabajo con esta población, el apoyo mutuo y la capacitación de líderes juveniles⁽⁵⁾”.

El concepto de maltrato infantil abarca el maltrato físico y emocional, el abuso sexual y la negligencia hacia los niños, además de su explotación con fines comerciales o de cualquier otro tipo⁽⁷⁾ perpetrado por algún familiar, vecino, maestro, sacerdote, etc. Las consecuencias psicológicas son más graves que las lesiones físicas para el bienestar de niño.

Los datos epidemiológicos del maltrato infantil, principalmente de la incidencia, son difíciles de determinarlos con exactitud, porque algunos casos se mantienen en la privacidad del hogar⁽¹⁴⁾.

Antecedentes mundiales

El maltrato infantil es una problemática social que se encuentra presente en cualquier país del mundo⁽¹⁵⁾. Se admite que no hay características demográficas o familiares que excluyan la posibilidad de abuso en niños⁽¹⁶⁾.

Un 10% de los niños de los países desarrollados sufre algún tipo de maltrato y tan solo uno de cada diez casos es investigado y confirmado. Los abusos psicológicos están en torno al 10% y el abandono, es decir, la falta de cobertura de las necesidades físicas, emocionales, médicas y educativas de un niño, afecta del 1 al 15% de la población infantil. Cada año mueren 155 000 niños menores de 15 años como consecuencia de abusos o negligencia perpetrados por los padres biológicos (cerca del 80%) o los padrastros (15%). A excepción de los abusos sexuales, que en la mayoría de los casos son perpetrados por familiares o conocidos, la mayoría de los malos tratos son cometidos por los propios padres. Un medio ambiente enredado para las víctimas, donde reina la violencia, los

abusos, la inseguridad y el abandono, deja huellas permanentes que se van a traducir más tarde en manifestaciones patológicas de la salud mental e inclusive en conductas agresivas y delictivas⁽¹⁵⁾.

Clasificación de la violencia infantil

La naturaleza de la violencia puede ser física, sexual, psicológica, desatención, y puede clasificar en tres grupos, dependiendo del contexto en que es ocasionada⁽¹⁷⁾:

- Autoinfligida, se refiere a la cual el ejecutor y la víctima son las mismas personas, se subdivide en autocastigo y suicidio.
- Violencia interpersonal, se subdivide en violencia familiar (infantil y de ancianos) y de pareja, y violencia de grupo (violencia juvenil, asaltos), se refiere a la que se lleva a cabo entre diferentes personas.
- Violencia colectiva, se realiza por grupos de personas, incluye violencia social, política y económica.

De acuerdo con el informe mundial sobre la violencia y la salud y la consulta de la OMS sobre la prevención del abuso infantil, existen cuatro tipologías de maltrato infantil:

- Abusos físicos: se refiere al uso sin medida de la fuerza física contra un niño, causándole daño para su salud y el desarrollo. Muchos padres son responsables de abusos físicos para ejecutar algún castigo, propinando golpes, palizas, quemaduras, asfixia.

- Abusos sexuales: cuando un niño está involucrado en actos sexuales de los cuales no comprende, por los cuales no podría dar su consentimiento, víctimas de personas que imponen su autoridad.
- Abusos emocionales o psicológicos: hace referencia al abuso no físico, por ejemplo, el desprecio, acciones de rechazo y amenazas constantes de manera intencional, lo cual le afectará al niño principalmente en su desarrollo mental.
- Negligencia: es cuando al niño se le niegan las condiciones mínimas para su bienestar, incluyendo hogar y alimentación.

ABUSO SEXUAL INFANTIL

Concepto

El abuso sexual infantil es una forma de violencia aguda e inexplicable, que vulnera a seres indefensos y entorpece sus opciones de disfrutar un desarrollo humano óptimo⁽¹⁸⁾. Ocurre en cualquier región del mundo, en familias de todas las clases sociales, cualquier cultura o religiones que se practiquen⁽¹⁹⁾ 80% con consecuencias físicas y emocionales negativas a corto, mediano y largo plazo en la vida de las víctimas⁽²⁾.

Aunque existen tantas definiciones de abuso sexual, la mayoría tienen en común la presencia de tres principales factores: el involucrar a una persona menor de edad en actividades sexuales de cualquier tipo, las cuales van desde el

exhibicionismo hasta la penetración, otro factor importante es la figura de poder que representa el agresor y, por último, el uso de maniobras como la seducción, el engaño, la manipulación y amenazas para lograr su cometido.

De acuerdo con la Academia Americana de Pediatría⁽³⁾, se define como el comportamiento sexual llevado a cabo con un menor de edad, incluyendo acariciar los genitales del menor, obligar al menor a que toque los genitales del adulto, contacto de boca con genitales, frotar genitales del adulto con el menor y con un desenlace perturbador para el niño, como es el coito.

Sin embargo, tomar o mostrar fotografías o vídeos con contenido pornográfico a menores, fomentar a la prostitución también se considera abuso sexual, a pesar de que no exista contacto físico⁽³⁾ sin la capacidad para consentir por parte del niño, es realizado con violencia, engaño o seducción, aprovechándose de su poder⁽²⁾.

Según la Asociación Americana de Psicología, se define abuso sexual como el uso, persuasión o la obligación de un niño a ser partícipe en actos sexuales⁽²⁰⁾.

En otras palabras, es la implicación de los niños en actividades sexuales, que no pueden comprender ni dar su consentimiento. Puede ser un hecho aislado, pero con mayor frecuencia es crónico y es comúnmente una agresión no violenta, sustentada por coerciones⁽²¹⁾.

El abuso sexual para considerarse como tal, deben existir dos aspectos, la relación desigual de 5 años de edad entre el abusador y abusado, madurez para planear el acto en contra del niño, las maneras de manipularlo como el engaño y

la seducción. Y que el niño sea utilizado como objeto sexual para satisfacer las necesidades del perpetrador de esos actos, pues el menor no es capaz de dar su consentimiento⁽¹¹⁾.

Este tipo de maltrato infantil presenta diversos obstáculos que podrían dificultar reconocerlo con mayor prontitud, por ejemplo, cuando el abusador amenaza al niño para que no revele el acto y el menor se siente indefenso ante la situación.

Epidemiología

La mayoría de las víctimas son de sexo femenino, por ejemplo, se estima que en Estados Unidos 88 000 de niños sufren abuso sexual cada año, de los cuales de un 12 a 25% corresponde a niñas y de un 8 a 10% son varones, aunque el abuso sexual de los niños esta infradiagnosticado e infracomunicado^(2,21).

Se desconoce con exactitud la prevalencia de casos de abuso sexual, los datos que existen no muestran por completo la realidad, algunas de las razón es por las cuales se subestima el acto abusivo es el estigma social que surgiría a partir de la revelación del secreto, miedo por escasas redes de apoyo y personas cercanas de confianza, dificultad para el acceso a los servicios de salud o falta de pericia médica ante la ausencia de signos físicos, creencia de algunas familias de que las acciones incestuosas son normales y representan afecto⁽²²⁾.

Fases del abuso sexual

- Fase de seducción: el agresor manipula la dependencia y confianza del niño o niña que atacará, prepara el lugar y el momento del abuso. Se incita la participación del menor de edad manipulándolo con regalos o juegos.
- Fase de interacción sexual abusiva: se refiere al proceso gradual y progresivo, puede incluir comportamientos exhibicionistas, caricias con intenciones eróticas, masturbación, etc.
- Fase de instauración del secreto: el abusador por medio de amenazas o manipulación impone el silencio en la víctima.
- Fase de divulgación: puede ser accidentada o premeditada, aunque no siempre ocurre, pues muchos delitos sexuales se mantienen en silencio por estigmas sociales, y en caso de ser divulgado podría provocar una ruptura de lazos familiares.
- Fase represiva: por el gran riesgo de que se desencadene una ruptura familiar se tiende a negar la situación de abuso, a restarle importancia e inclusive a justificar el daño, en un intento por volver a la situación inicial, cuando el secreto se mantenía oculto.

Clasificación

Intrafamiliar o Incesto: víctima y agresor conviven bajo el mismo techo, es el más común, representa el 65% de los casos⁽²⁾, el principal abusador es el padre, seguido por el padrastro, el hermano, primo, etc.

Extrafamiliar: el agresor también podría ser conocido de la víctima, por ejemplo, un vecino, un amigo cercano de la familia, un maestro, sacerdote, etc., lo que corresponde al 25% de los casos. El 10% restante corresponde a un agresor desconocido por el niño⁽²⁾.

LA FAMILIA

Concepto

El concepto de familia tiene una amplia complejidad para ser definido, sin embargo en este proyecto de investigación se utilizará la siguiente definición según Martín Zurro⁽²³⁾: "...una forma de organización grupal, intermedia entre la sociedad y el individuo, que responde a la clase social a la que pertenece". La familia es el grupo más importante que conforma la sociedad, es un sistema que sufre cambios constantes, los integrantes interactúan entre sí para un desarrollo adecuado como ser humano, se relacionan con el medio ambiente y se organizan por medio de subsistemas.

Los subsistemas se forman a partir de intereses, funciones, género o generaciones, existen tres: el conyugal, representado por marido mujer; el

fraternal, conformado por los hermanos; parental, constituido por los padres, aunque muchas veces también incluye a otros familiares, para crianza y de socialización de los hijos.

La familia, la educación y el amor son algunas condiciones básicas que cualquier ser humano necesita para desarrollarse como tal. La familia se considera, generalmente, como la unidad social básica. Ella debe cumplir funciones económicas, educativas, sociales y psicológicas, que son fundamentales para el desarrollo de los individuos y para su incorporación positiva a la vida social; de ahí que a la familia se le identifique como la base de la sociedad.

Las formas y funciones familiares varían tanto que resulta casi imposible establecer con precisión una definición absoluta. Por esto, la familia debe ser entendida como parte del medio social y cultural, a su vez, influye como factor protector contra el riesgo de depresión de cualquiera de sus integrantes.

Ella adopta las características específicas de una sociedad y cambia de acuerdo con las transformaciones de la misma.

Sin embargo, puede aceptarse que la familia es el grupo de personas que viven en un mismo domicilio, participan en la satisfacción de sus necesidades económicas y establecen entre sí relaciones afectivas más profundas e íntimas que cualquier otro grupo social.

En muchas sociedades, el número de integrantes de la familia corresponde al tipo de actividades económicas que esta realiza. Es decir, una familia de agricultores o

ganaderos necesita de muchos más brazos para trabajar que una familia de la ciudad, que se dedica al trabajo industrial o de servicios.

Funciones de la familia

Ahora bien, independientemente del número de integrantes que tenga la familia, el cumplimiento de sus funciones es indispensable para el bienestar individual y social.

a) Funciones económicas

Todos los seres humanos deben cubrir necesidades de alimentación, vestido, habitación, asistencia médica, etc. Dentro del núcleo familiar, los adultos son principalmente los responsables de cumplir con esta función, aunque es necesaria la participación y comprensión de todos sus integrantes.

b) Funciones educativas

De acuerdo con las posibilidades del grupo familiar, es muy importante proporcionar a sus miembros algún tipo de educación académica y que los adultos apoyen y ayuden a los niños y maestros en las tareas escolares para enriquecer las relaciones entre la familia, la escuela y la sociedad.

c) Funciones sociales

El niño recibe en el seno familiar las primeras experiencias sociales de convivencia, de integración y de reconocimiento como miembro de dicha sociedad. También, aprenda normas, conductas y valores culturales vigentes hasta ese momento.

d) Funciones psicológicas

Las relaciones familiares deben establecerse bajo estrechos lazos de afecto y mutua comprensión. El cariño y la confianza que el niño sienta dentro de su familia son fundamentales para un desarrollo social apropiado.

La familia es el lugar donde se forjan los valores personales, el autoestima, las actitudes que permiten convivir en sociedad, está conformada por un número variable de integrantes, que viven en un mismo lugar, que se encuentran vinculados por lazos de consanguinidad, legales y/o de afinidad⁽²³⁾.

La estructura familiar varía considerablemente, según las circunstancias y las normas de la sociedad en la que se encuentren⁽⁷⁾. Estructura familiar se refiere al conjunto de personas que integran al grupo familiar, bajo los conceptos de orden y distribución⁽²³⁾.

Tipos de familia

Se clasifica de acuerdo con el parentesco, presencia física en el hogar, medios de subsistencia, nivel económico y los nuevos tipos de convivencia.

Parentesco: se refiere a la relación que existe por consanguinidad, matrimonio, adopción, afinidad o cualquier otro tipo de relación afectiva estable.

Tabla 1. Tipos de familia y sus características

Con parentesco	Características
Nuclear	Hombre y mujer sin hijos
Nuclear simple	Padre y madre con 1 a 3 hijos
Nuclear numerosa	Padre y madre con 4 hijos o más
Reconstituida (binuclear)	Padre y madre, donde alguno o ambos han sido divorciados o viudos y tienen hijos de su unión anterior
Monoparental	Padre o madre con hijos
Monoparental extendida	Padre o madre con hijos, más otras personas con parentesco
Monoparental extendida compuesta	Padre o madre con hijos, más otras personas con y sin parentesco
Extensa	Padre y madre con hijos, más otras personas con parentesco
Extensa compuesta	Padre y madre con hijos, más otras personas con y sin parentesco
No parental	Familiares con vínculo de parentesco que realizan funciones o roles de familia sin la presencia de los padres (por ejemplo: tíos y sobrinos, abuelos y nietos,

	primos o hermanos, etc.)
Sin parentesco	Características
Monoparental extendida sin parentesco	Padre o madre con hijos, más otras personas sin parentesco
Grupos similares a familias	Personas sin vínculos de parentesco que realizan funciones o roles familiares. Por ejemplo, grupos de amigos, estudiantes, religiosos, personas que viven en hospitales o asilos, etc.)

Fuente: Elaboración propia con datos de⁽¹⁶⁾

Tabla 2. Tipos de familia, según presencia física

Presencia física en el hogar	Características
Núcleo integrado	Presencia de ambos padres en el hogar
Núcleo no integrado	No hay presencia física de alguno de los padres en el hogar
Extensa ascendente	Hijos casados o en unión libre que viven en la casa de alguno de los padres

Extensa descendente	Padres que viven en la casa de alguno de los hijos
Extensa colateral	Núcleo o pareja que vive en la casa de familiares colaterales (tíos, primos, abuelos, etc.)

Fuente: Elaboración propia con datos de⁽¹⁶⁾

La familia es el núcleo responsable de satisfacer las principales necesidades de los seres humanos, es ese grupo de personas que se relacionan en el mismo hogar y que participan en el crecimiento y desarrollo de la familia y de sus miembros.

Se crean vínculos afectivos entre sus integrantes y, a su vez, estos aprenden los lineamientos para comportarse dentro de la sociedad en la que habitan.

En la mayoría de los casos de abusos sexuales cometidos contra la niñez, el agresor es algún integrante del núcleo familiar, quien engaña a la víctima indefensa, usando mecanismos de coerción⁽²⁴⁾.

Algunas de las situaciones familiares que representan un verdadero riesgo de abuso contra los niños son: familias monoparentales o reconstituidas, porque muchos viven en condiciones de hacinamiento, lo que hace más vulnerable al menor, familias desestructuradas, madre poco protectora, sumisa, ausente, o con antecedente de haber sido víctima de abuso durante su niñez⁽²⁴⁾.

Otros tipos de familia

Otra forma de clasificar a la familia es de la siguiente manera:⁽²⁵⁾

- Nuclear íntegra: se refiere a aquellos matrimonios casados en primeras nupcias y con hijos biológicos. En estas familias, que aparentemente son bien estructuradas, la revelación del incesto desenmascara una disfunción preexistente. Una de las particularidades que muestran este tipo de familias radica en que exponen a la sociedad un prototipo distinto de lo que ocurre en su interior.

Externamente, simulan un ambiente de bienestar, lo que prácticamente obliga a sus integrantes a colaborar activamente en dicha simulación. Otra característica esencial del incesto en familias nucleares, es la opresión ejercida por el padre, basada en la ley del silencio que llevan a cabo sus integrantes, de esta manera pretende proteger a la familia de un inminente sufrimiento o de las dificultades que causaría la revelación.

Se torna difícil romper el secreto, porque es reforzado con amenazas o violencia física, además el escenario se torna oscuro y confuso, pues la víctima no sabe cómo liberarse de un sistema del cual es dependiente para vivir⁽²⁶⁾.

- Nuclear ampliada: representada por las familias en las que se incluye a otras personas con o sin vínculo sanguíneo, por ejemplo, abuelos, tíos, sobrinos, empleada doméstica. Estos integrantes en algunas ocasiones podrían ser motivo de malestar dentro del grupo familiar, si no se respetan las normas básicas de convivencia, la relación podría romperse.

- Extensa: es aquel tipo de familia conformada por más de dos generaciones en la casa de los abuelos.
- Monoparental: la responsabilidad de la crianza de los hijos recae sobre un solo cónyuge, por motivos de abandono, falta de compromiso para vivir en pareja, muerte, etc.

Aquí, ocurren muchos casos que se producen durante las visitas del padre en un fin de semana⁽²⁶⁾.

- Reconstituida: se forma cuando dos personas deciden iniciar una relación de pareja y están dispuestos a establecer una nueva familia; sin embargo, el requisito es que alguno incorpore un hijo de alguna relación anterior.

En este tipo de familia, el riesgo de incesto es dos veces más alto, pues la agresión sexual cometida por el padrastro, es frecuente⁽²⁶⁾.

Condiciones que predisponen al maltrato y abuso infantil

Algunas circunstancias que predisponen al maltrato de los niños en el hogar que habitan, por ejemplo, la ausencia de vínculos afectivos entre progenitores y los menores de edad, inestabilidad familiar que termine en ruptura de pareja y que el niño no entiende lo que representa esa situación, presenciar violencia entre sus padres o ser víctima de esta, desigualdades sociales, ausencia de redes de apoyo o cuando los miembros de la familia participan en actos criminales en el lugar que habita, algunas veces, movidos por la venta y consumo de drogas, el desempleo y la pobreza.

La intención de ofrecer una descripción de las familias en las que hay mayor vulnerabilidad de sufrir maltratos durante la infancia, es meramente con la intención de apostar por mayor interés para evaluar si el grupo familiar constituye una fuente adecuada de apoyo para el niño, si existen o no factores protectores y en caso de ser necesario, que se realice una pronta intervención, para evitar el inicio o la continuidad de los abusos. Los roles familiares y sus límites no son claros cuando algún integrante de la familia manipula al menor, este puede interpretar la acción abusiva como una manifestación de cariño.

En el 80-90% de los casos de delitos sexuales los agresores son figuras que el niño conoce y en los cuales confía, ama y respeta^(1,2), inclusive podrían formar parte del núcleo familiar, es decir, padres, hermanos, primos, abuelos, vecinos, maestros, se encargan de manipular al menor con engaños, ofreciéndoles regalos o premios, con amenazas que, prácticamente, obligan al niño a acceder a tal acto sexual.

Factores de riesgo

Los principales elementos que pueden considerarse como peligrosos y que atentan contra la integridad de los menores de edad, se circunscriben, principalmente, al género, la edad y al ámbito de violencia intrafamiliar, donde el aislamiento social de los niños, el apego deficiente a los padres, el alcoholismo y consumo de sustancias psicoactivas de los padres se muestran como importantes factores de riesgo.

Así las niñas poseen entre 1,5 y 4 veces más riesgo de abuso sexual infantil que los hombres, y la edad de inicio del abuso mayoritariamente se ubica entre los 7 y 12 años, con un segundo pico entre los 6 y 7 años.

Otros aspectos familiares representan factores protectores, pero también de riesgo, que influyen en posibles casos de agresiones contra menores, siendo el abandono de uno o ambos padres, la pobreza por falta de empleo, el hacinamiento al ser más vulnerables por tener contacto con otras personas dentro del hogar, niños con alguna discapacidad física o mental, la ausencia física por jornadas laborales, algún padecimiento que imposibilite al progenitor a estar en contacto con sus hijos, integrantes de la familia que presentan adicciones a sustancias ilícitas, los conflictos de pareja y la presencia de hombres no paternos en el hogar son factores de riesgo ampliamente documentados^(27, 28).

Perfil de las familias de riesgo ⁽²⁰⁾

- Familias monoparentales, numerosas o reconstituidas conformadas por miembros ajenos niño o familiares que representan un riesgo para los menores de edad.
- Madre con algún padecimiento médico que le imposibilite estar pendiente de sus hijos o que se caracteriza por ser poco protectora y dependencia material de la pareja. Además, en casos de incesto la madre, muchas veces, ejerce un rol contradictorio, pues podría influir en el develamiento del secreto como en la mantención del mismo, comportándose como víctima y

cómplice, a la vez, esto dificulta el apoyo materno crucial para sobrellevar tanta crueldad.

- Ingesta de alcohol y uso de drogas ilícitas, que entorpecen la capacidad de juicio y autocontrol, que impiden que se proteja al niño y más bien se actúe en su contra.
- Poca autoestima, depresión, desempleo que genera pobreza y mucho estrés por no tener entradas económicas, personalidad antisocial, porque utilizan al niño como medio para depositar sus frustraciones y, a la vez, incrementar los riesgos de maltrato y de conflictos.
- Ambiente familiar de violencia, para los niños que son testigos o víctimas de estos actos, se genera confusión al considerarlos adecuados. Exceso de autoritarismo y patriarcalismo al interior de la familia, roles de género excesivamente rígidos y tradicionales ⁽²⁵⁾.
- Padres poco cariñosos con sus hijos, quienes usan la violencia y la agresión verbal o física para solucionar los problemas, y en caso de ser bebés o niños con discapacidades físicas están expuestos a mayor riesgo de ser maltratados.

En estos casos, la familia no se muestra como una verdadera red de apoyo. El padre incestuoso presenta como característica inmadurez afectiva y psicosexual.

Los niños que habitan en barrios peligrosos corren mayor riesgo de malos tratos y de abuso sexual si se compara con niños que viven en barrios más seguros.

Existen modelos explicativos que tratan de esclarecer el contexto en el cual se desarrollan los hechos abusivos, por ejemplo, el modelo sociocultural sustenta que en la organización de la sociedad, se encuentran las causas por las cuales ocurren los actos abusivos. Se incluye, además, las malas condiciones socioeconómicas, el aislamiento geográfico y el retraimiento social de las víctimas⁽²⁶⁾.

Un ambiente familiar disfuncional, reconstituidas se acompaña de familias incestuosas⁽¹¹⁾.

Aquellos niños que presentan alguna discapacidad física o mental corren mayor riesgo de sufrir de abuso sexual⁽¹¹⁾.

EL INCESTO

El incesto es muy desconcertante para el menor, la confusión que se genera partir de la relación de confianza que ya existe con el abusador.

Generalmente, son actos repetitivos en el transcurso de los años, desde el inicio de la infancia hasta el momento que se realiza la denuncia la situación con algún otro adulto de confianza⁽³⁾.

Los casos de violencia contra los niños, en esa relación familiar se reproducen traumas y carencias de los integrantes de esta, el sistema familiar se ve estructurado por una inversión de roles⁽²⁹⁾.

Además se menciona la transmisión intergeneracional del abuso infantil, se dice que las personas que fueron víctimas de abuso sexual durante su infancia, cuentan con una probabilidad mayor de reproducir esa conducta, el riesgo de ser maltratador en la adultez aumenta en un 30%^(11,30).

El tipo de abuso más frecuente en la infancia es el incesto padre-hija y la agresión más frecuente son los tocamientos en un 90% de los casos, por lo que frecuentemente no se encuentran lesiones a nivel genital durante el examen físico⁽²⁾ y solo del 4 al 10% de los casos se realiza coito.

El abuso sexual endogámico muestra una característica primordial, mantener el secreto de la relación de abuso entre el progenitor y el hijo, es decir, ejecutar el incesto⁽²⁹⁾.

Sin embargo, esta situación, pone en riesgo al menor de ser revictimizado y culpabilizado, en caso de que el hecho sea revelado y culmine con ruptura del seno familiar.

Además de la dificultad para que las autoridades intervengan y protejan a la víctima, quienes no comprenden la crisis que enfrentan o son vulnerables de la falsa expectativa al creer que reciben afecto del que carecen, traiciona las emociones del niño. Es normal que el menor de edad abusado se retracte o se arrepienta con respecto a lo que dijo, ya que se siente presionado al ver como esta circunstancia afecta negativamente al entorno familiar, pero eso no significa que haya mentido.

Violación sexual

La violación hace referencia a un episodio único, se usa la fuerza física de manera inmediata, a la amenaza de la vida para lograr someter a la víctima sin resistencia, es un hecho, el cual suele denunciarse inmediatamente con ayuda de algún familiar de confianza, los abusadores son adultos desconocidos o familiares cercanos⁽²⁹⁾.

Por lo anterior, la violación es un acto difícilmente predecible, en cambio el abuso sexual infantil puede prevenirse mediante la intervención a nivel educativo y del personal de salud⁽²⁹⁾.

La importancia de reconocer que el incesto ocurre en un alto porcentaje de los casos, es un llamado de atención sobre la necesidad de proteger a los niños de la posibilidad de ser dañados en el mismo lugar, donde más bien, deberían ser resguardados de todo tipo de peligros. Y evitar así, que estos mismos niños escapen de sus hogares para no soportar más violencia, pero en las calles son maltratados nuevamente por personas que se acercan para brindarles ayuda enmascarada de malas intenciones.

Indicadores de abuso sexual

La existencia de abuso sexual podría ser difícil de detectar, por lo que es necesario valorar la presencia del conjunto de síntomas, no solo enfocarse en un síntoma y relacionarlo directamente con el abuso. Un indicador hace referencia a cualquier elemento que permita sospechar alguna situación de abuso contra la

niñez. Sin embargo, es importante tener presente que un indicador por sí solo no confirma una agresión, deben utilizarse de manera tal que permitan diferenciar cuándo se ha cometido un delito y cuándo es un problema de salud distinto⁽⁹⁾.

Las secuelas físicas y emocionales son tan devastadoras en muchas de las víctimas, que sin ayuda terapéutica tendrían grandes dificultades para resolver su conflicto⁽³¹⁾.

Tabla 3. Indicadores físicos, comportamentales y emocionales, y sexuales

Indicadores físicos	Indicadores comportamentales y emocionales	Indicadores en esfera sexual
Traumas físicos o irritación en la zona ano-genital (dolores, picazón hemorragias, magulladuras, raspaduras)	Pérdida de apetito	Rechazo de los besos y caricias de forma súbita
Infecciones genitales o urinarias	Resistencia a desnudarse o bañarse	Comprensión detallada y prematura de la conducta sexual para su edad
Enfermedades de transmisión sexual	Rechazo al padre y/o madre de forma repentina	Juegos que emulan gráficamente el intercambio sexual
Dificultades en caminar o sentarse	Conducta agresiva o delincuente, fugas del hogar, cambios brusco de carácter	Seducción inapropiada, sexualización de las relaciones afectivas
Embarazo, enuresis o encopresis	Retraimiento y aislamiento de las relaciones sociales con iguales, fantasías, conductas regresivas (chuparse el dedo, orinarse en la cama), depresión crónica (llantos	Interés exagerado por los comportamientos sexuales adultos Agresión sexual de un menor hacia otros menores

	frecuentes, sobre todo, en referencia a situaciones afectivas o crónicas) Miedo, fobias, histeria, falta de control emocional Tendencia al secretismo Intentos de suicidio u otras conductas autolesivas Problemas escolares o rechazo a la escuela (puede derivar en fobia)	
--	--	--

Fuente: Elaboración propia con datos de⁽⁹⁾

Quienes han sido víctimas de violencia sexual, no suelen revelar con facilidad, lo que ha ocurrido, por miedo al agresor, vergüenza, estigma social y a la posible ruptura familiar que podría generarse. Todas las señales de advertencia contenidas en el cuadro anterior son indicadores generales de que un menor de edad haya sufrido un abuso sexual y es fundamental que los adultos puedan reconocer aquellas situaciones que representen cambios bruscos en la vida de los niños, para brindarles ayuda en caso de ser confirmada la agresión. Ante la sospecha, los indicadores deben ser valorados de manera global, pues no existe relación directa entre un síntoma y un potencial abuso. Se considera que del total de víctimas, solo el 50% revelan el abuso⁽²⁴⁾.

Factores implicados en el abuso sexual:⁽²⁾

- La coerción: se refiere a la diferencia de poder o al uso de la fuerza física, engaños, amenazas o seducciones por parte del abusador para cometer sus fechorías. La coerción es un criterio suficiente para realizar el diagnóstico de abuso sexual, aunque sea aquellos perpetrados entre iguales.

- La discrepancia de edad y del nivel de desarrollo: el agresor se aprovecha de la menor maduración biológica del niño para la toma clara y adecuada de decisiones en actos que lo involucren
- El tipo de conducta sexual: los niños entre 4 y 6 años realizan algunas conductas de autoexploración que son importantes reconocerlas e identificarlas de otras prácticas desmedidas con coerción de por medio.

DIAGNÓSTICO

Muchos pacientes pediátricos acuden al servicio de emergencia acompañados por algún familiar o por personal de autoridades judiciales, con historia y síntomas clínicos que podrían ser producto de ser víctima de abusos sexuales, sin embargo ante una situación que sea confusa, es importante mantener la sospecha de que el niño podría estar sufriendo maltrato, y que debe ser protegido cuanto antes.

Dado lo perturbador de esos hechos tan violentos, es frecuente que los niños tarden varias semanas, meses o años en contar lo sucedido, especialmente si el perpetrador continúa teniendo acceso al niño⁽²¹⁾.

La evaluación debe ser interdisciplinaria y capaz de identificar el tipo de agresión sexual y el tiempo que ha transcurrido desde el momento de la agresión hasta que llega al centro médico:

- Agresión aguda o violación: se refiere a los actos sexuales ocurridos con menos de 72 horas, es más frecuente en adolescentes, y con la

examinación física del paciente logra encontrarse evidencias que son vitales para apoyar la sospecha de abuso.

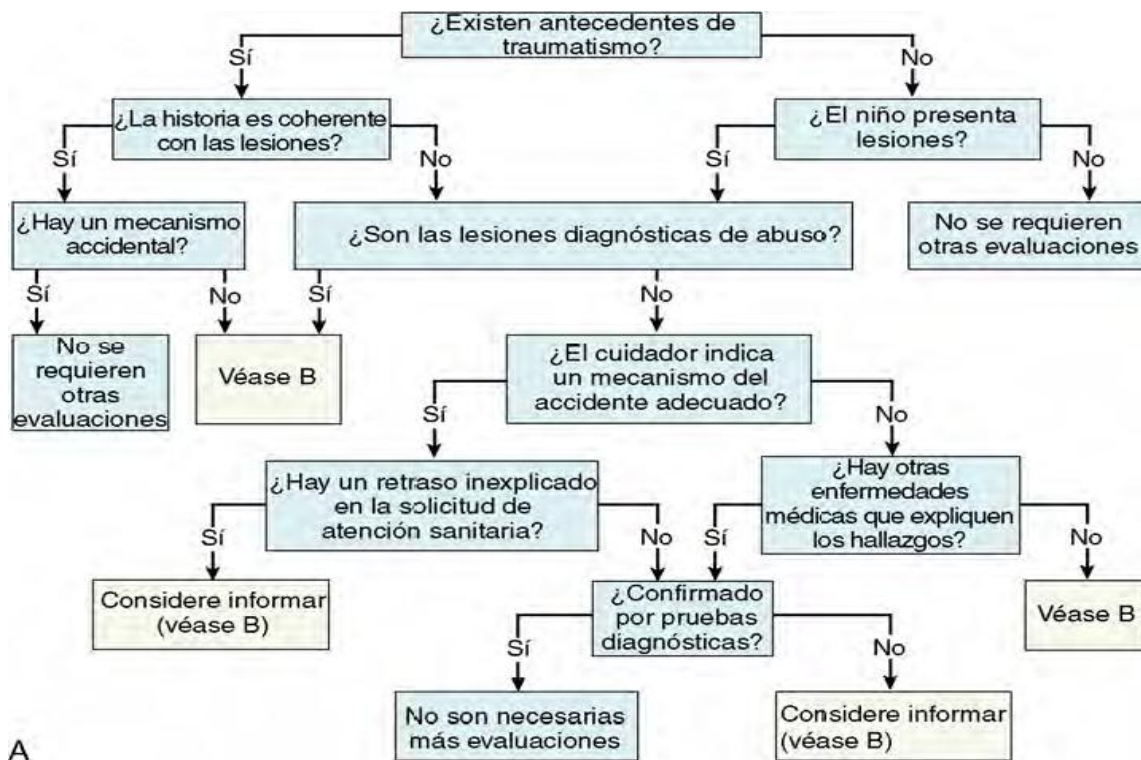
- Abuso sexual crónico: el incesto es el más frecuente en niños, por lo general se trata de tocamientos que ocurren desde hace meses de una penetración genital. Durante la exploración del menor, podría no encontrarse evidencias, por lo que para realizar el diagnóstico es necesario contar con equipo profesional correspondiente de médicos y psiquiatras.

Lo principal es establecer una sospecha, ante la presencia de lesiones de maltrato al paciente en cuestión. Debe tomar en consideración la actitud que tenga el niño o niña durante la exploración física y la relación que existe entre el posible agresor y la víctima, por ejemplo, si el agresor fuera uno de los padres y este acompaña a la víctima a la hora de la revisión médica, se percibe la tensión entre ambos, con un persistente intercambio de miradas que advierten las consecuencias que pueden conllevar el delatar al agresor. Sin embargo, a veces, se convierten en condiciones difíciles de diagnosticar, ya que la violencia en el medio familiar puede llegar a adoptarse, aceptarse como una forma de corrección y de educación ⁽³²⁾.

El abuso sexual se reconoce al descubrir lesiones inexplicables en la vagina, el pene o el ano, o ante la confirmación de una enfermedad de transmisión sexual. La historia clínica debe ser lo más completa posible, al igual que la exploración física que incluya una inspección cuidadosa de los genitales y del ano. Es muy común que muchos niños durante la evaluación médica, la examinación a nivel genital no presente alteraciones, ya que estas suelen estar presentes en aquellos quienes consultan a un centro de salud en las primeras 72 horas posteriores a la

agresión sexual. Cabe resaltar que otros tipos de delitos como los tocamientos, no lesionan el tejido genital por lo que las lesiones no son evidentes durante la exploración médica. la toma de muestras forenses es más efectiva cuando se toman en las primeras 24 horas posteriores al ataque, otras evidencias también deben recolectarse de la ropa de la víctima⁽²¹⁾.

Figuras 1. Diagrama para iniciar la investigación criminal de una sospecha abuso



A



B

Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos de ⁽²¹⁾

A. Propuesta para iniciar la investigación criminal de una sospecha de abuso.

B. Comunicación a los servicios de protección de menores (SPM) o a los responsables de la ley o a ambos en los casos de abuso infantil. Cuando un padre, otro adulto que actúa como tal o un cuidador lesionan a un niño, se requieren informes de los SPM. La policía investiga los crímenes contra los niños cometidos por cualquier persona, incluyendo sus padres u otros cuidadores.

Los niños víctimas de maltrato, retienen e interiorizan las ideas negativas que el agresor les ha dicho de manera tal, que las incorpora como propias, está confundido, impotente, con miedo, culpable por no haber podido defenderse de la manera en la que su cuerpo fue usado sin su consentimiento.

Lo anterior dificultará que el niño revele el delito. Para el abordaje correcto de las víctimas de abuso, este debe ser un manejo interdisciplinario, incluye medicina, psicología, trabajo social, odontología, etc.

Tabla 4. Diferencia entre abuso sexual agudo y crónico

Abuso sexual agudo (violación)	Abuso sexual crónico
Generalmente es un evento agudo y suele ser cometido por desconocidos	Es frecuente que hayan pasado semanas, meses o años y habitualmente las agresiones se repiten con cierta periodicidad. Suele ser ocasionado por familiares o conocidos del menor
El tipo de agresión más frecuente es la penetración vaginal, anal u oral	Los tocamientos o exhibicionismo son los tipos de agresión más frecuente
Es frecuente que exista agresión física	El engaño, la seducción, las amenazas son las estrategias más utilizadas por el agresor
El agresor generalmente es desconocido. Es necesario tomar muestras de secreciones de la región genital, anal, de la cavidad oral o de ambas, para cultivos y búsqueda de espermatozoides	La decisión de la toma de muestras en sangre, secreción perianal o las dos, será individualizada y de acuerdo con criterios establecidos
Se debe administrar un esquema de profilaxis antimicrobiano contra infecciones de transmisión sexual	La decisión de administrar tratamiento antimicrobiano debe ser individualizada y basada en criterios establecidos
En adolescentes es necesario administrar anticoncepción de emergencia	Valorar anticoncepción de urgencia de acuerdo con la edad, tipo de agresión y tiempo transcurrido

Fuente: Elaboración propia con datos de⁽²⁾

El 80% de las víctimas sufrirá secuelas psicológicas negativas a corto plazo. Sin embargo, depende de la magnitud de culpabilización que los padres le atribuyan al niño y de los mecanismos de afrontamiento disponibles para sobrellevar la situación. La población en edad escolar es la que más culpa y vergüenza siente por los actos de agresión cometidos en su contra. Durante la adolescencia, la ansiedad se manifiesta, porque hay conciencia sobre el incesto y la posibilidad de un embarazo⁽²⁴⁾.

Tabla 5. Integración del diagnóstico en caso de abuso sexual infantil

Integración del diagnóstico en caso de abuso sexual infantil	
Abuso sexual definitivo	<p>Episodio de abuso sexual presenciado por un testigo (se aplica también a evidencia mostrada con fotografías o vídeos).</p> <p>Presencia de esperma o líquido seminal fosfatasa ácida) en el cuerpo del niño.</p> <p>Lesión física evidente de penetración vaginal, anal o las dos, en ausencia de accidente.</p> <p>Cultivos positivos de Neisseria Gonorrhoeae o serología positiva para sífilis en niños mayores de dos años.</p>
Probable abuso sexual	<p>Versión clara, detallada y consistente del niño sobre el abuso sexual, con o sin hallazgos emocionales, físicos o ambos.</p> <p>Hallazgos en la exploración física genitoanal sugestivos de abuso sexual, sin historia de trauma genital accidental.</p> <p>Cultivo positivo por Trichomonas vaginalis o Chlamydia trachomatis. En menores de dos años descartar transmisión perinatal.</p>
Posible abuso sexual	<p>El menor refiere datos de abuso sexual, pero la versión no es consistente o detallada.</p> <p>Existen alteraciones de la conducta.</p> <p>En la exploración genitoanal existen lesiones físicas sugestivas o si es positivo a condilomatosis o herpes genital (investigar otras vías de transmisión).</p>
Sin evidencia de abuso sexual	<p>Niño con factores de riesgo para abuso sexual sin alteraciones de conducta.</p> <p>Exploración física normal o hallazgos inespecíficos en la exploración genitoanal.</p> <p>No hay historia o versión de abuso.</p>

Fuente: Elaboración propia con datos de⁽²⁾

La experiencia traumática que representa el abuso sexual, es afrontada de diversas formas por cada víctima. El impacto psicológico en la vida depende de la edad, el sexo, la estabilidad emocional, la frecuencia y severidad de las agresiones, la relación emocional con el abusador y las posibles consecuencias ante la revelación de los acontecimientos abusivos.

Es fundamental velar por una adecuada evolución de la salud del menor agredido, darle credibilidad al testimonio del niño, principalmente por parte de la madre, es uno de los elementos clave para dirigirlo a una adaptación general después de revelado el secreto⁽²⁴⁾.

Señales de abuso sexual⁽²⁾:

Los niños que han sido abusados muestran distintos comportamientos, los cuales no son específicos, pero que requieren una evaluación adecuada por algún profesional en salud.

- Enuresis o encopresis
- Conductas agresivas o autodestructivas
- Mal rendimiento académico
- Sentimiento de culpa, se aísla, se observa temeroso ante alguna persona o lugar en específico
- Padecimientos sin otra causa conocida, cefaleas, epigastralgia o molestias en genitales
- Conductas hipersexualizadas

CONSECUENCIAS

Las consecuencias de una experiencia sexual traumática son devastadoras, en el campo social, familiar y psicológico, aproximadamente el 80% de las víctimas tendrán trastornos psicológicos, sin embargo esto dependerá de la edad de la víctima, de las redes de apoyo de las que disponga el menor, del grado de culpabilidad que los progenitores hayan infundido en el niño, y de las habilidades para afrontar la situación traumática⁽²⁾.

Las personas que han sufrido de agresiones sexuales responden de manera diferente ante tales abusos, la huella emocional que se exhibe dependerá de la vulnerabilidad, edad, sexo y madurez psicológica de cada víctima, de las redes de apoyo que podrían romperse al revelar lo sucedido, ya que se generan sentimientos de miedo, culpa, rechazo o ansiedad, además depende de los lazos afectivos previos con el abusador, etc.

Trastornos de la personalidad en víctimas de abuso sexual:

La personalidad de cada individuo es el resultado de la interacción entre factores genéticos, biológicos y ambientales que ocurren a lo largo de la vida. El haber sufrido abuso sexual durante la niñez, representa un factor de riesgo 4 veces mayor de sufrir trastornos psiquiátricos en la vida adulta, respecto a la población general⁽³³⁾ con la dificultad para establecer relaciones interpersonales a futuro, por la presencia de personalidades antisocial, límite, obsesivo compulsivo, narcisista, histriónico, entre otros.

Consecuencias psicológicas

En relación con las consecuencias psicológicas a largo plazo del abuso sexual infantil, se dice que este tipo de agresiones determinan una presencia significativa de los trastornos disociativos de la personalidad de la víctima, que puede verse envuelta en el alcoholismo, toxicomanías y conductas delictivas, también en graves problemas en el ajuste sexual. Las consecuencias que presentan los menores de edad, son distintas entre cada persona y dependen si el agresor es un familiar quien traicionó su confianza, y si la violencia fue interpuesta para cometer el delito.

Los abusos sexuales cometidos en la privacidad del hogar, es decir, el incesto, por lo general, son mayormente traumáticos si se comparan con los ocurridos por otra persona no conocida por el menor de edad, esto por los sentimientos que albergan a la víctima, la confusión y la ruptura de confianza a la que fue sometida.

Otro problema eventual de salud que se presenta es el trastorno de estrés postraumático, se manifiesta en las personas después de un acontecimiento catastrófico e inhabitual. Los síntomas más frecuentes del trauma son: regresiones a los hechos, sueños con escenas del suceso ocurrido, insomnio y depresión. Estos síntomas suelen ser constantes durante muchos años e incluso durante toda la vida, lo que genera ansiedad en la víctima, impidiéndole adaptarse a la vida en sociedad y la tardía resolución del evento caótico perpetrado en su contra⁽²⁶⁾.

TRATAMIENTO

El tratamiento del niño que ha sufrido abuso incluye tratamiento médico de las lesiones e infecciones, documentación médica de las declaraciones verbales y hallazgos, apoyo continuado para asegurar el mayor bienestar del niño. Los padres deben siempre ser informados sobre la sospecha de abuso y la necesidad de denunciarlo⁽²¹⁾.

CAPÍTULO III
PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO

PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO

3.1 Tipo de investigación

El tipo de diseño del presente estudio es de tipo observacional, descriptivo, transversal y cuantitativo. Es de enfoque cuantitativo, ya que se recogen y analizan datos numéricos sobre variables. Es de tipo descriptivo, porque se busca especificar las características de los grupos o personas sometidas a un análisis mediante la recolección de datos con el instrumento diseñado, se refiere a transversal, porque se recolectan datos en un momento único. Es un estudio observacional, pues pretende observar los fenómenos, y la información es obtenida mediante la aplicación de un instrumento.

3.2 Área de estudio

3.2.1 Unidades de análisis

Universo: todos los niños y niñas entre 7 y 9 años de edad de Costa Rica.

Población: durante el desarrollo del estudio, se trabajó con el 100% de la población, por lo cual no se utiliza muestra. Después de aplicar rigurosamente los criterios de inclusión y exclusión mencionados a continuación, esta investigación se concluyó con un total de 124 escolares entre 7 y 9 años de edad.

3.2.2 Criterios de inclusión

- Los niños y niñas que estén matriculados en primer, segundo y tercer grado escolar de la escuela Jesús de Nazareth y que estén cursando el año lectivo 2015.
- Niños y niñas de 7, 8 y 9 años de edad.
- Se incluyen solo los estudiantes que estén presentes el día de la aplicación del test.

3.2.3 Criterios de exclusión

- Niños y niñas menores de 7 años y mayores de 9 años de edad.
- Quienes no presenten el consentimiento informado debidamente firmado por el encargado directo del menor.
- Los niños y niñas que estén ausentes el día de aplicación del instrumento, así como a quienes no deseen participar del estudio.
- Los niños y niñas que no tuvieron 100% de asistencia al curso.

3.2.4 Fuentes de información

Fuentes de información primaria:

- Aplicación del instrumento de estudio, Test de Prudencia.

Fuentes de información secundaria:

- Base de Datos de Universidad Hispanoamericana
- Libros de medicina
- Revistas científicas
- Artículos de medicina

3.2.5 Identificación de variables

Variable independiente

Talleres de conductas de autoprotección.

Variable dependiente

Niños y niñas de 7 a 9 años

Edad

Sexo

Grado académico

Tabla 6. Operacionalización de las variables

Objetivo específico	Variable	Definición	Dimensión	Instrumento	Fuente
1. Caracterizar a la población por sexo, edad, lugar de habitación y grado escolar.	Sexo	Condición orgánica, masculina o femenina, de los animales y las plantas.	Femenino Masculino.	Hoja de recolección de datos.	Niñas y niños de 7 a 9 años de una escuela pública.
	Edad	Tiempo que ha vivido una persona o ciertos animales o vegetales.	7 8 9		
	Grado escolar	Diversos estudios establecidos por un plan de estudios.	Primero Segundo Tercero		
	Lugar de habitación	Sitio para vivir.	Barrio Nazareth, Martina Bustos, 25 de Julio, El Jícaro		

2. Describir a la población por principales factores de riesgo como estructura familiar, personas que cohabitan en el hogar.	Nuclear íntegra	Son matrimonios casados en primeras nupcias y con hijos biológicos.	Sí No	Hoja de recolección de datos.	Niños y niñas de 7 a 9 años de una escuela pública
	Extensa	Está constituida por más de dos generaciones en el hogar de los abuelos.	Sí No		
	Ampliada	Se incluye a otras personas que pueden tener algún tipo de vínculo consanguíneo (madre, tíos, sobrinos) o no tener vínculo de consanguinidad alguno (p.ej., empleada)	Sí No		
	Monoparental	Es aquella en que un sólo cónyuge esta con la responsabilidad total de la crianza y convivencia de los hijos.	Sí No		

	Reconstituida	Es una familia en la que dos personas deciden tener una relación formal de pareja y formar una nueva familia, pero como requisito al menos uno de ellos incorpora un hijo de la relación anterior.	sí no		
--	---------------	--	----------	--	--

<p>3-- Aplicar el Test de Prudencia de la Organización No Gubernamental Save the children. Antes de un programa de prevención de abuso.</p>	<p>Situaciones de riesgo</p>	<p>Conjunto de circunstancias que afectan a alguien en un determinado momento</p>	<p>Preguntas correctas</p>	<p>Test de prudencia</p>	<p>Niños y niñas de 7 a 9 años de una escuela pública</p>
<p>4. Comparar el resultado de test antes y después de participar en las actividades del Programa del Manual de Desarrollo de Conductas de Autoprotección.</p>	<p>Nivel de riesgo de sufrir abuso sexual.</p>	<p>Grado de riesgo en personas que por sus características genéticas, físicas o sociales, son más propensas a una situación determinada.</p>	<p>Cambios positivos o negativos en programa de conductas de autoprotección</p>	<p>Test de Prudencia</p>	<p>Niños y niñas de 7 a 9 años de una escuela pública</p>

3.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS

3.3.1 Instrumento de recolección de datos

La información será recolectada por medio del instrumento denominado Test de Prudencia de la Organización No Gubernamental Save the children, en niñas y niños de 7 a 9 años de edad de la Escuela Jesús de Nazareth. Este posee 13 ítems, cada uno representa una situación hipotética de riesgo para el niño o niña. El Test está diseñado para que el niño discuta las respuestas con el adulto y se aproveche el espacio de diálogo para hablar de sexualidad e informales sobre situaciones de peligro. Cada escena evaluada tiene tres posibles respuestas, una sola correcta.

El Test de Prudencia es un cuestionario sencillo con situaciones que para los adultos son de evidente peligro, que permitirá inferir si los niños poseen o no información clara sobre qué hacer en escenarios de peligro.

El Test no mide conocimientos, sino conductas de respuesta del niño ante situaciones que representan peligro. El cuestionario fue aplicado de manera cuidadosa a cada niño y niña participante del programa de conductas de autoprotección, para después analizar los datos obtenidos.

3.3.2 Técnica de procesamiento de datos

La presente investigación se realizó durante los meses de Noviembre y Diciembre del curso lectivo 2015, para el desarrollo del estudio se solicitó la autorización de la institución educativa correspondiente, ubicada en Liberia, se contó con la participación de niños y niñas de primero, segundo y tercer grado de la escuela Jesús de Nazareth, a la cual asisten de lunes a viernes en horarios alternos de 7 a.m. a 12 md. o de 12:30 md. a 5 p.m. en grupos de entre 18 y 23 estudiantes, todos los niños entre 7 y 9 años fueron invitados a participar en sesiones educativas de aproximadamente 40 min. cada una.

El propósito de trabajar junto a ellos, es enseñarles a reconocer y cómo actuar ante posibles situaciones de riesgo y fortalecer conductas de autoprotección para evitar ser víctimas de abusos sexuales. Inicialmente se les explicó a los niños sobre el tema que sería impartido y de las actividades a realizar en las siguientes semanas. La colaboración fue voluntaria. En total participaron 150 estudiantes, 43 niños y 81 niñas, se exceptuó a 26 participantes que no cumplían con los criterios de inclusión ni de exclusión requeridos.

A cada estudiante se le entregó un consentimiento informado, el cual fue firmado por la persona directa encargada del menor de edad. Posteriormente, se recolectaron datos como la edad, sexo, grado que cursan, barrio en el que viven y personas con quienes habitan en el hogar, lo anterior, para poder clasificar y obtener resultados más certeros.

Seguidamente, de manera individual respondieron el Test de Prudencia, que consta de trece preguntas que plantean situaciones de riesgo, con tres posibles respuestas correctas, el cual no mide conocimientos, sino diferentes maneras de actuar, en caso de encontrarse ante posibles situaciones de riesgo.

Después se intervino con la implementación de un programa de conductas de autoprotección, se desarrollaron actividades y juegos, para aprender, se utilizaron diversos materiales como videos audiovisuales, que por medio de imágenes sencillas se intenta dar a conocer la privacidad de las partes del cuerpo humano, por qué y cómo deben cuidarlo, con el tema "Mi cuerpo es mío" pretende transmitirse la pertenencia del propio cuerpo, el significado de ser niños y sus derechos como tal, el papel que juegan los adultos en el hogar y en la comunidad en general, la diferencia entre cariños buenos (contactos físicos agradables, en los cuales se está cómodo, sin temor) y malos (aquellos que resultan desagradables para quien los recibe, generando temor o repugnancia) para lograr reconocer aproximaciones abusivas de las que no lo son; sin embargo, al dividir el cariño de esta manera puede generar confusión, ya que el abuso sexual podría producir sensaciones placenteras para la víctima.

Respecto del tema de los secretos, se les educa a los niños sobre el concepto claro qué es un secreto, cuáles podrían ser peligrosos para su propia integridad, animándolos a revelarlos cuando los secretos sean de tipo abusivo, y que los escolares comprendan las posibles maniobras que los agresores utilizan para acechar y lograr mantener el silencio de sus víctimas, además de culpabilizarlo por lo ocurrido, cómo reconocer situaciones de peligro que podrían enfrentar los niños en diversos momentos de sus vidas y definir de una manera sencilla, pero muy clara qué es abuso sexual, la importancia de un enfoque integral para el desarrollo del niño para forjar una autoestima y del valor que cada uno de ellos representa para sus familias, además de denunciar cualquier situación que no les haga sentirse a gusto, como cualquier tipo de abuso.

Gran parte de las estrategias de enfrentamiento que se trabajó junto a los niños y niñas se relacionó con la importancia de decir “no” ante situaciones que pongan en peligro su integridad o en la cuales pretende abusare de ellos, huir y pedir ayuda a un adulto de confianza.

Para el procesamiento de los datos obtenidos, en el análisis estadístico se calculó para el test total, el estadístico de prueba de hipótesis fue el Chi Cuadrado de McNemar, además de la elaboración de gráficos. Se analizó el cambio de conocimiento de conductas en niños y niñas estudiantes de la escuela Jesús de Nazareth de Liberia, por medio de las respuestas del Test de Prudencia antes y después de la intervención educativa con la estrategia de aprendizaje de conocimientos de autoprotección.

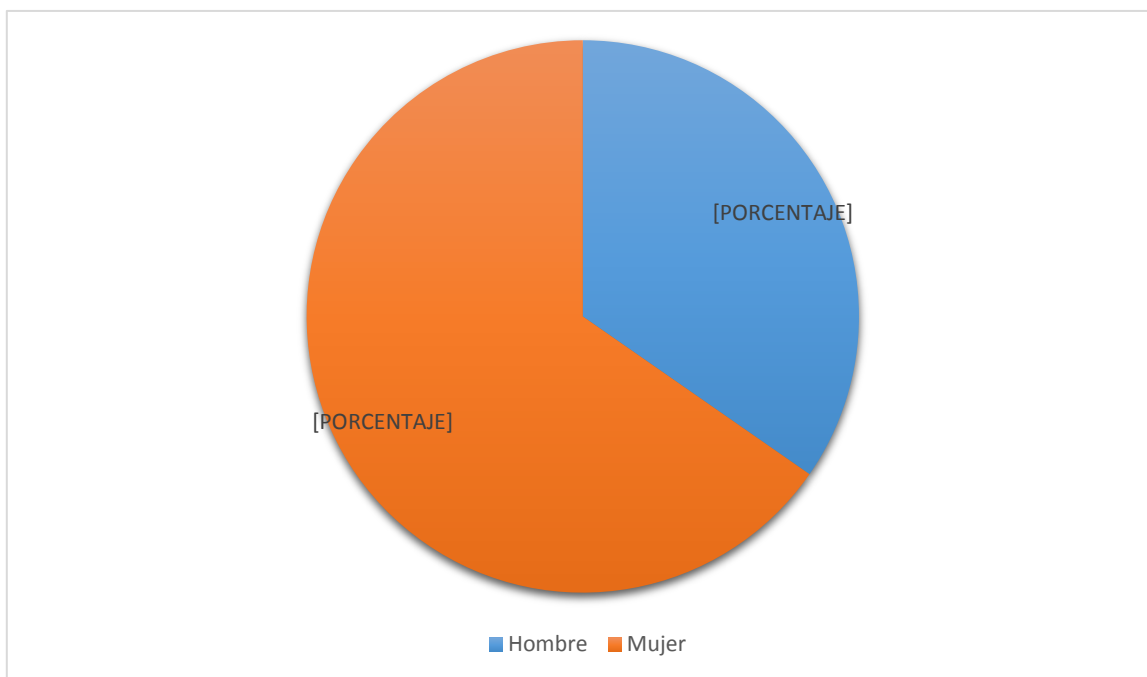
3.3.3 Plan piloto-validación de instrumento

La prueba piloto del presente proyecto se realizó con el 10% de la población, lo que corresponde a 15 personas. A los entrevistados se les presentaron diversas dificultades en algunas preguntas del cuestionario, por ejemplo, por la presencia de instrucciones muy concisas y poco claras, por desconocimiento del nombre del lugar en que viven, por espacios reducidos para escribir respuestas, además porque el lenguaje empleado no fue el idóneo para trabajar con niños de 7 a 9 años de edad.

Para incluir soluciones a los problemas encontrados, es importante estudiar a la población meta, la edad, cuál es su grado académico, a qué se dedica, cuáles son sus intereses, etc. para redactar cada pregunta con las palabras apropiadas para dirigirse a dicha población. Agregar instrucciones claras, sencillas de comprender para evitar confusiones entre los menores de edad entrevistados, agregar posibles opciones para seleccionar la que mejor se ajuste a la respuesta del niño.

CAPÍTULO IV PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

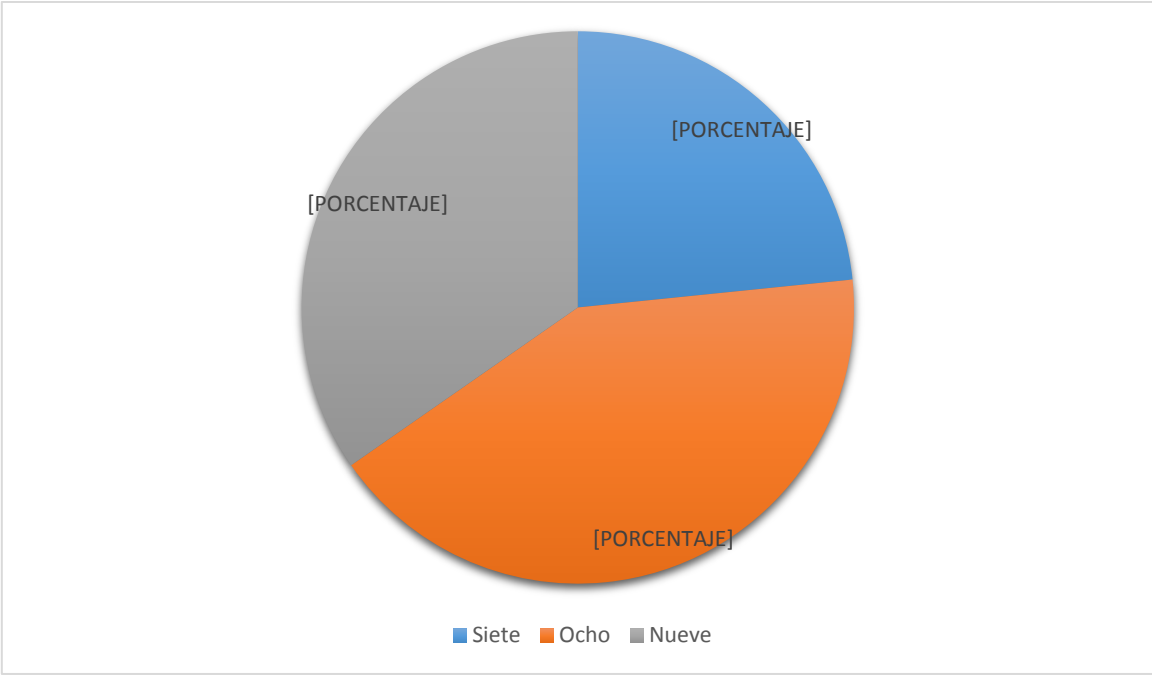
Gráfico 1 Total porcentual de la población en estudio por sexo
Noviembre-Diciembre 2015



Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos de encuesta aplicada

De acuerdo con el Censo 2011 costarricense, en Guanacaste para ese mismo año la población de 5 a 9 años corresponde a 13 800 hombres y 13 166 mujeres⁽³⁴⁾. Sin embargo, en el gráfico anterior se observa que las mujeres predominan, ya que en el centro educativo Jesús de Nazareth la mayoría de su población matriculada es femenina, además las niñas mostraron mayor afinidad para participar en el estudio.

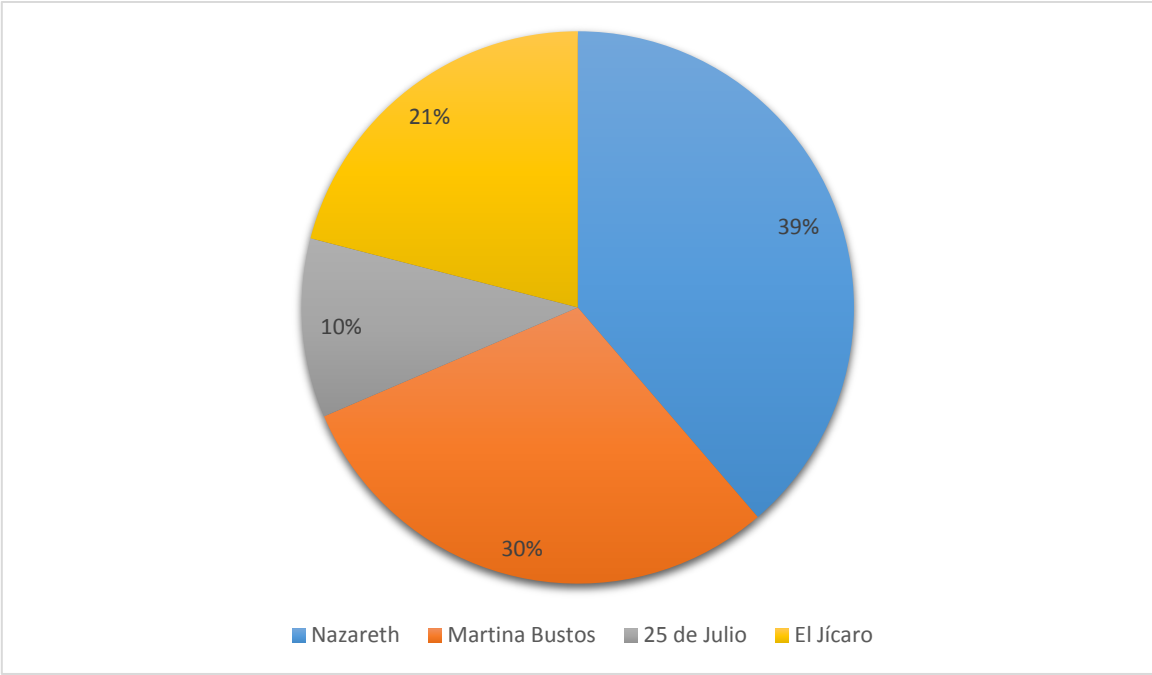
Gráfico 2 Total porcentual de la población en estudio por edad
Noviembre-Diciembre 2015



Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos de la encuesta aplicada.

Como se presenta en el gráfico en el estudio participaron más niños de 8 años de edad, respecto a los de 7 y 9 años. Lo anterior se debe a que gran parte de ellos a pesar de tener 8 años están cursando primer grado por ausentismo y seguidamente la deserción escolar, de acuerdo con la directora del centro educativo.

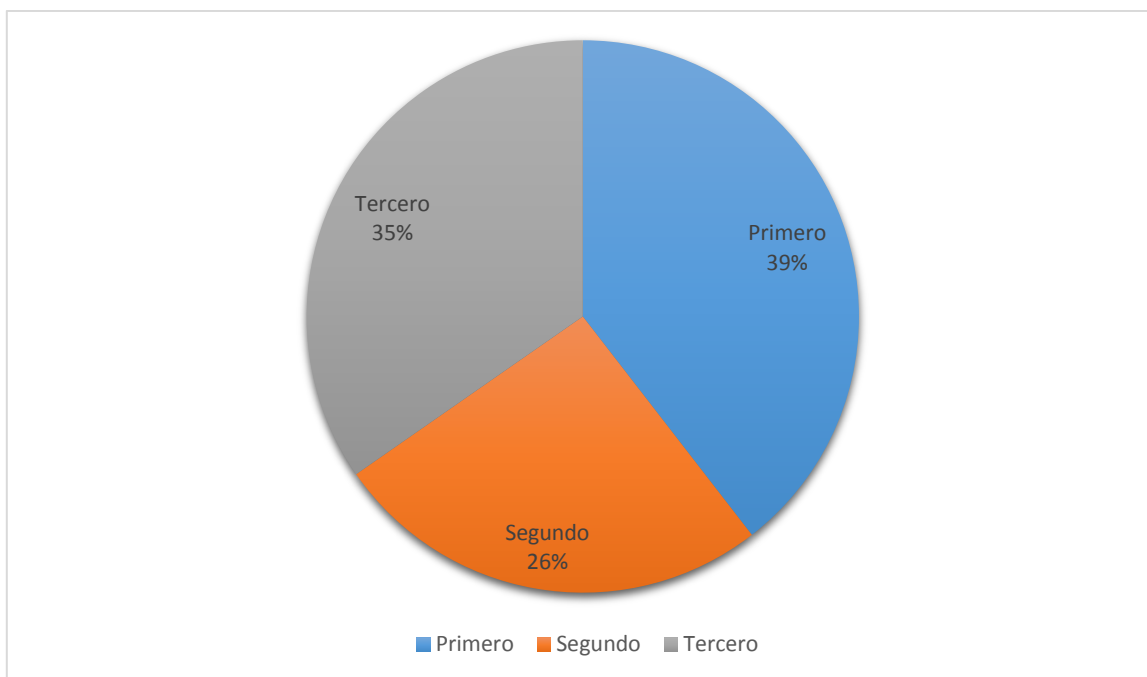
Gráfico 3 Total porcentual de la población en estudio por lugar de habitación Noviembre-Diciembre 2015



Fuente: Elaboración propia con datos de la encuesta aplicada.

Como se presenta en el gráfico anterior, en el estudio los niños que asisten a la escuela en cuestión, son los vecinos del mismo barrio, y el resto de escolares provienen de los barrios más aledaños, quienes se trasladan caminando o en bicicleta, porque el servicio de buses no está disponible para realizar rutas en barrios con calles en malas condiciones.

Gráfico 4 Total porcentual de la población en estudio por grado escolar Noviembre-Diciembre 2015



Fuente: Elaboración propia con datos de la encuesta aplicada

Un 39% de los encuestados se refiere a infantes que cursan el primer grado, un 35% a infantes de tercer grado y un 26% a infantes de segundo grado.

La mayor cifra seleccionada de niños en este estudio, fue de primer grado, de acuerdo al registro de matrícula en dicha escuela, si se compara primero con otros grados, no hay algún requisito académico contundente que dificulte ingresar a primer año de primaria, sin olvidar la deserción que se establece, lastimosamente, desde el primer grado, aumentando así la cantidad de niños en dicho grado escolar.

Tabla 7. Diferencia de la media en las puntuaciones de entrada y salida y significancia estadística.

Variable	Media		Media		Tamaño		<i>P</i>
	entrada	DE	Salida	DE	diferencia	DE	
GENERAL	9,8	2,9	10,6	2,6	0,7	1,9	0.00 **
SEXO							
Masculino	9,0	3,1	10,1	2,8	1,1	1,8	0.00 **
Femenino	10,7	2,4	11,1	2,4	0,3	2,0	0.10
EDAD							
7 años	8,6	2,6	9,9	2,3	1,3	2,4	0.01 *
8 años	9,5	3,0	10,3	2,7	0,8	2,2	0.02 *
9 años	11,0	2,7	11,3	2,7	0,2	1,1	0.06
GRADO							
Primero	8,6	2,8	9,7	2,6	1,2	2,5	0.00 **
Segundo	9,0	3,3	9,7	3,0	0,8	1,9	0.02 *
Tercero	11,3	2,1	11,7	2,1	0,3	1,3	0.03 *
TIPO DE FAMILIA							
Nuclear integral	10,0	2,7	11,0	2,2	1,0	2,1	0.00 **
Otras	9,5	3,2	10,3	2,8	0,8	1,8	0.00 **
Monoparental	10,7	2,1	10,3	2,8	-0,4	1,5	0.16

Fuente: elaboración propia con datos de la encuesta aplicada

DE: Desviación estándar.

** Significativo al 1%.

* Significativo al 5%.

El total de los niños que cumplían con todos los criterios de inclusión para participar de la investigación fue de 124, con edades de 7, 8 y 9 años, que estaban cursando primer, segundo y tercer grado de la escuela Jesús de Nazareth de Liberia en el curso lectivo 2015. El instrumento aplicado, "Test de Prudencia", compuesto por trece preguntas que contienen situaciones de riesgo y en el cual hay posibles opciones que el niño va a considerar qué actitud tomaría en caso de presentársele una escena similar en algún momento de su infancia.

Se observa que el porcentaje de niños y niñas que correspondieron correctamente es superior en la conducta de salida para todas las preguntas.

Antes de participar en el programa de implementación de conductas de autoprotección, la pregunta número 13 del Test de Prudencia es la de mayores respuestas correctas a la entrada sin presentar cambios en la conducta de salida. La pregunta número 2 presentó el menor porcentaje de respuestas correctas en la conducta de salida, probablemente porque desconocen que el escenario que se les planteó representa peligro para ellos. Además la pregunta número 4 es la que presentó el mayor cambio en la conducta de entrada y salida del programa, con un aumento de 16,9% en las respuestas.

Tabla 8 Prueba de McNemar para las respuestas en la conducta de entrada salida del programa

	Respuestas conducta salida		
		Incorrecto	Correcto
Respuestas conducta entrada	incorrecto	195	198
	correcto	108	111

Fuente: elaboración propia con datos de la encuesta aplicada

Chi Cuadrado de Mc Nemar (valor p)

< 0,001

El cuadro anterior fue realizado con la Prueba de McNemar, la cual es cuando un mismo individuo es sometido, en este caso a la aplicación de un test, seguido de la implementación de programa de prevención y, luego a la aplicación nuevamente del test y, finalmente, se compara los resultados entre ambos

Tabla 8. Distribución de frecuencia del tipo de familia en la población de estudio

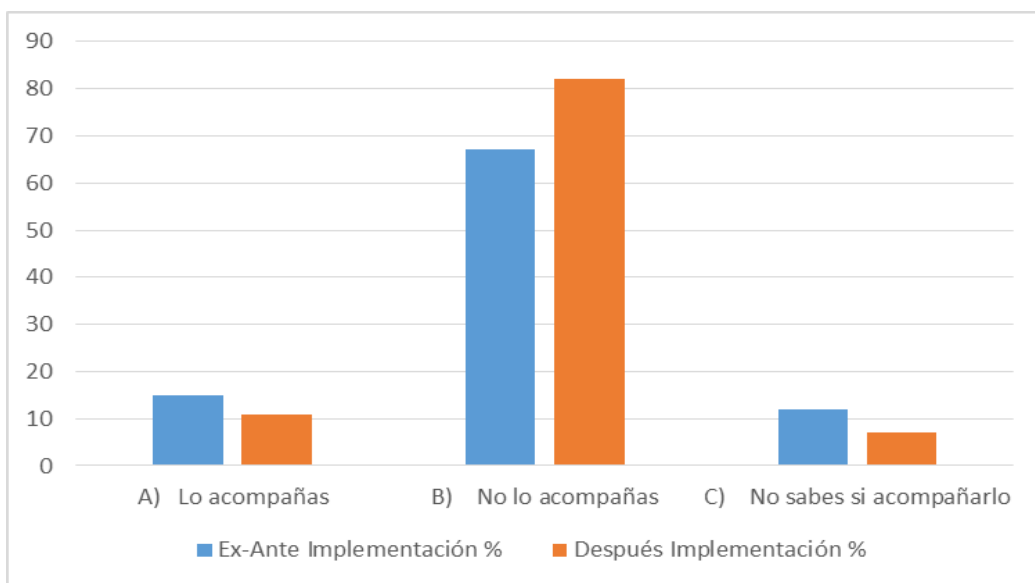
Tipo de familia	Cantidad de niños y niñas	Porcentaje
Ampliada	54	43,55%
Extensa	6	4,84%
Monoparental	15	12,10%
Nuclear íntegra	47	37,90%
reconstituida	2	1,61%
Total	124	100%

Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos de la encuesta aplicada

La gran mayoría de la población en estudio, vive en hogares con familias de tipo ampliada, un total de 54 menores de edad, lo que se traduce a un 43,55%. Estos niños están expuestos a muchas personas en la casa, lo que los convierte en más vulnerables a ser víctimas de situaciones de maltrato y de vivir en condiciones de riesgo social.

Gráfico 5 Porcentaje de respuestas correctas en el Test de Prudencia antes y después de la implementación del programa. Pregunta 1

1) Si un vecino te invita a su casa para enseñarte unos perritos recién nacidos:

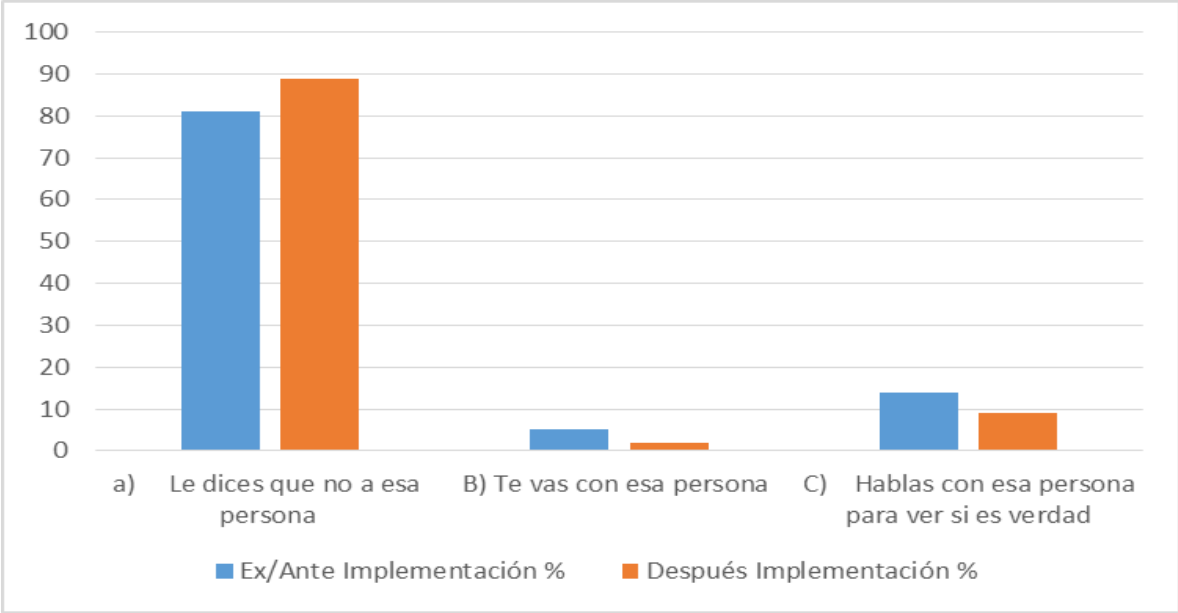


Fuente: Elaboración propia con datos de la encuesta aplicada

De la totalidad de la muestra presentada de niños y niñas de la Escuela Jesús de Nazareth, el cambio presentado luego de la implementación del Programa de conductas de autoprotección se aprecia el aumento en la negativa a la invitación presentada, pasando porcentualmente de un 67 a un 82%.

Gráfico 6 Porcentaje de respuestas correctas en el Test de Prudencia antes y después de la implementación del programa. Pregunta 2

2) Una persona que no conoces va a buscarte a la salida de la escuela y dice que va a traerte de parte de tus papás:

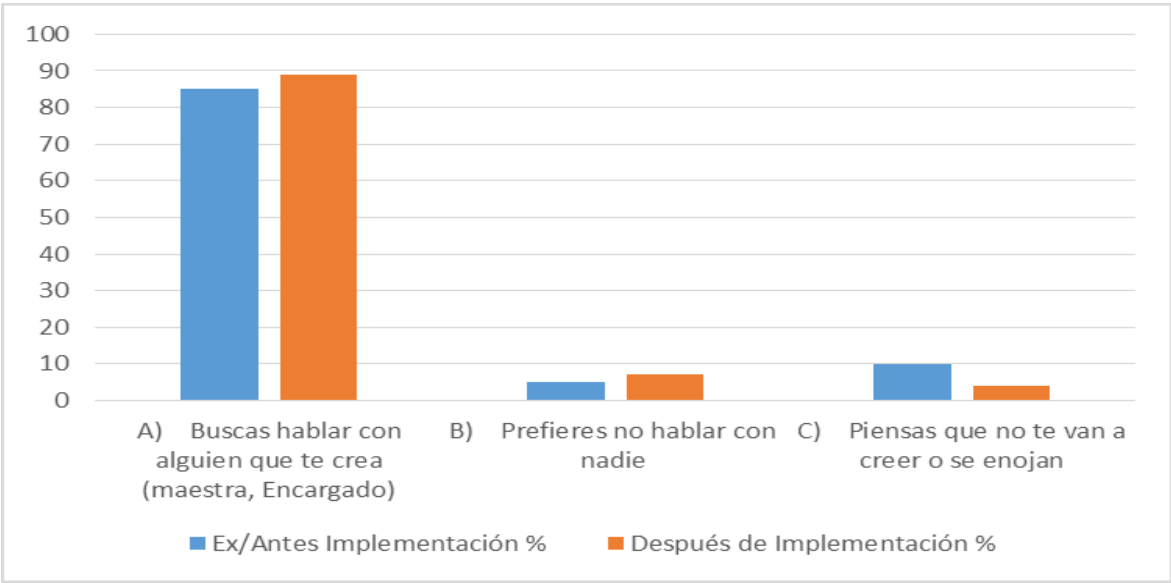


Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos de la encuesta aplicada

Del total de la muestra de niños y niñas se presenta la situación de que después de la implementación se vuelven más asertivos a la autoprotección, igualmente siempre existen casos de niños que se van con personas desconocidas y de niños que se dan la oportunidad de entablar una conversación con esos desconocidos, por lo que se brinda una línea por seguir con esfuerzos de prevención en estos.

Gráfico 7 Porcentaje de respuestas correctas en el Test de Prudencia antes y después de la implementación del programa. Pregunta 3

3) Te gustaría hablar de algo malo que te ha pasado, pero tienes miedo que tus padres no te crean:

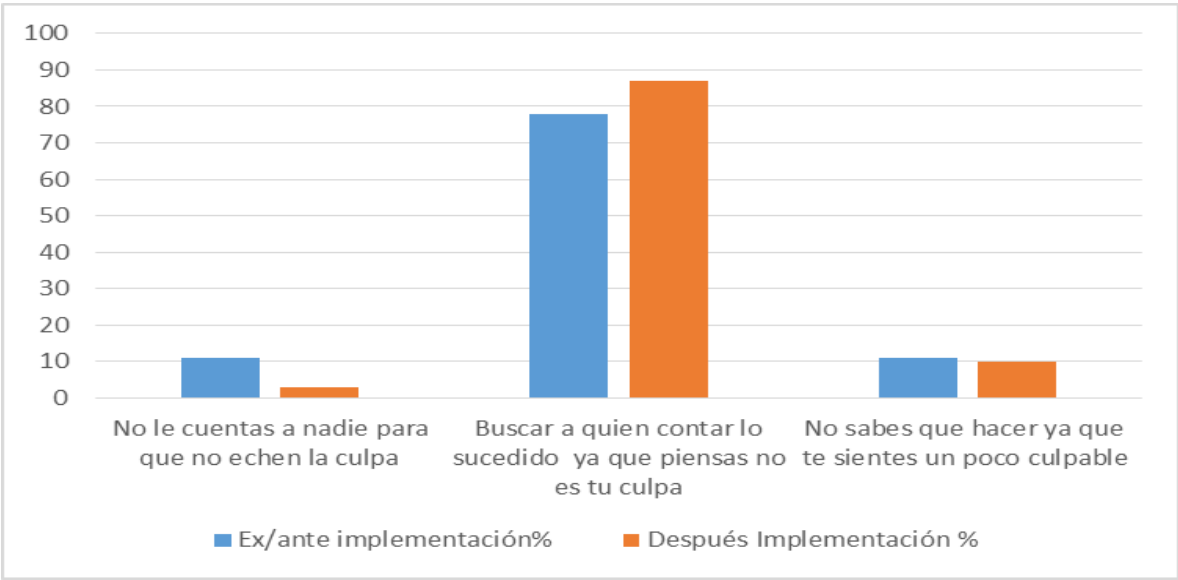


Fuente: elaboración propia con datos obtenidos de la encuesta aplicada

Un 89% del total de la muestra una vez que fue terminada la implementación, asegura estar de acuerdo en hablar con alguien, superior en 4% porcentuales a la respuesta antes de la implementación, asimismo 2% más prefiere no hablar con nadie en referencia a la respuesta indicada antes de la implementación, mientras que disminuye en un 6% la tendencia de que no les creerán en casa o de que se enojarán al contar su problema a los padres de familia o encargados directos.

Gráfico 8 Porcentaje de respuestas correctas en el Test de Prudencia antes y después de la implementación del programa. Pregunta 4

4) Alguien de tu familia te ha hecho algo malo y te dice que no le cuentes a nadie porque te van a echar la culpa:

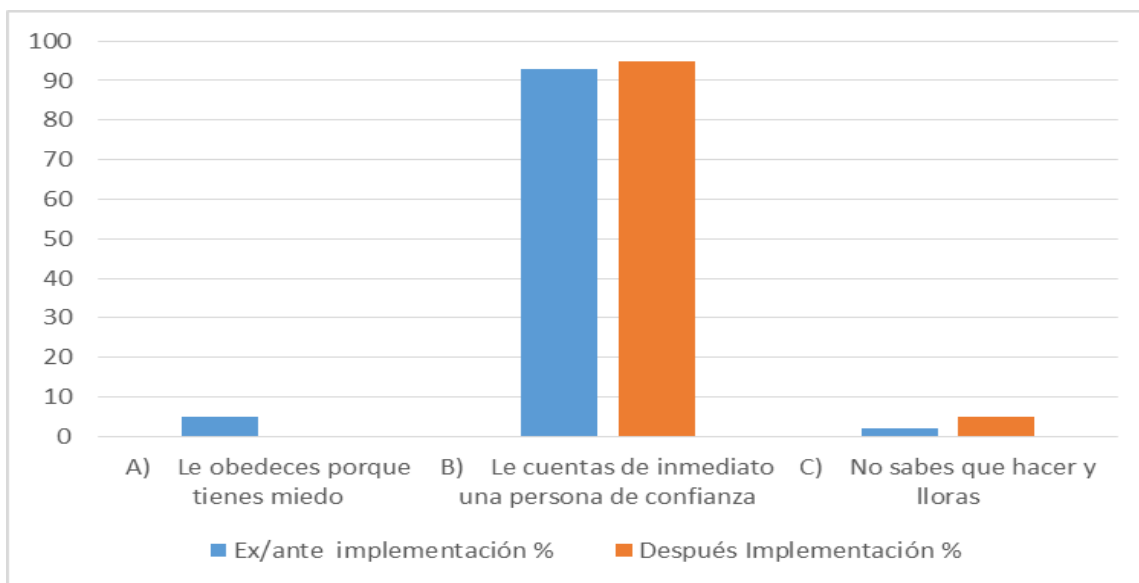


Fuente: elaboración propia con datos obtenidos de la encuesta aplicada

Antes de la implementación los valores porcentuales de respuestas a las preguntas eran más altos que los presentados luego de la implementación, la variación positiva es muy importante en el proceso, pero igual existen respuestas como la que indica, que los escolares no saben qué hacer, ya que también se sienten culpables ante gran situación de riesgo.

Gráfico 9 Porcentaje de respuestas correctas en el Test de Prudencia antes y después de la implementación del programa. Pregunta 5

5) Alguien más grande que vos, te amenaza con golpearte si no haces lo que te pide (por ejemplo; Que te quites la ropa, que toque tus piernas):

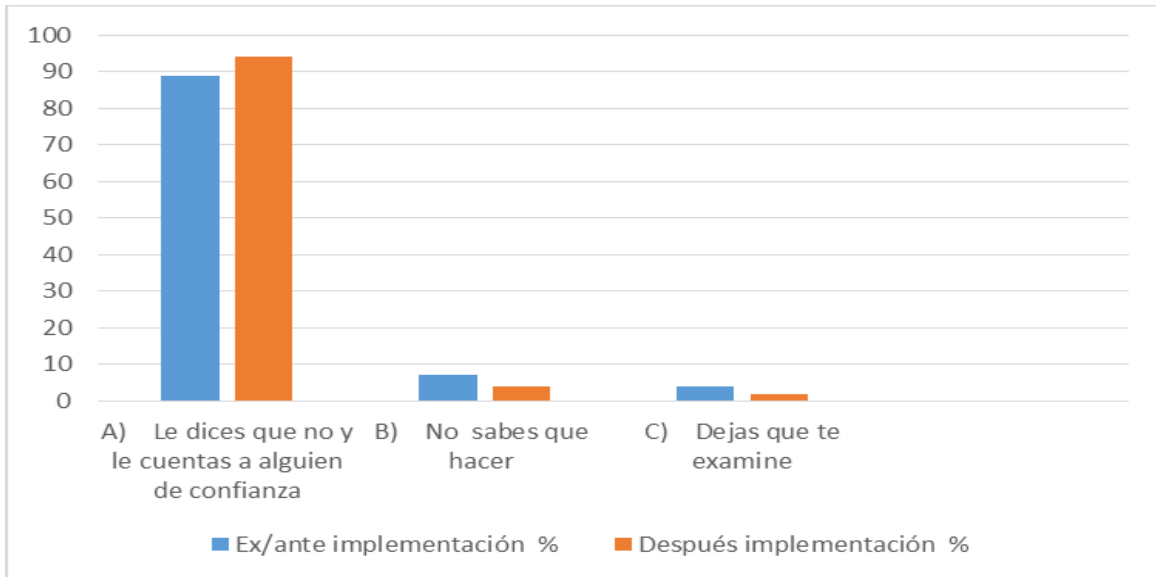


Fuente: elaboración propia con datos obtenidos de la encuesta aplicada

Un gran logro presentado es la concienciación en niños y niñas de que no deben obedecer al acto sugerido, y se refleja la aceptación a contar de inmediato a una persona de confianza, sin embargo presenta todavía un temor en los que dudan y tienen como mecanismo de defensa, llorar.

Gráfico 10 Porcentaje de respuestas correctas en el Test de Prudencia antes y después de la implementación del programa. Pregunta 6

6) Un señor en la calle te dice que es médico y quiere examinarte:

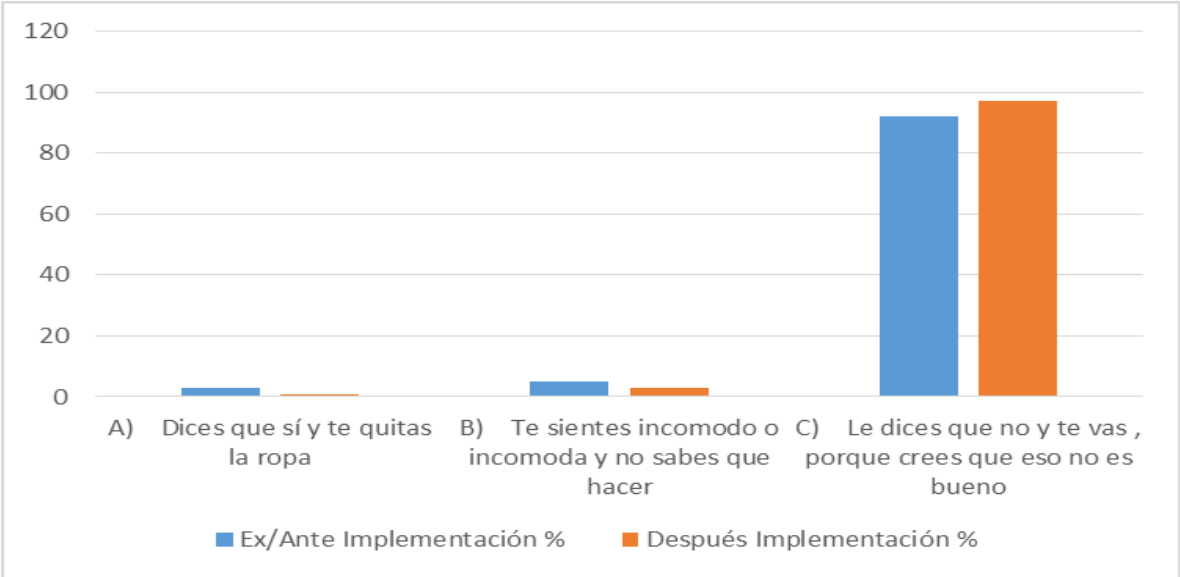


Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos de la encuesta aplicada

Se presenta un avance positivo en todas las respuestas referente a la concientización de las muestra al hecho indicado, es así como quienes niegan examinarse pasa de un 89 a un 94%, es decir, se obtiene un cambio positivo de cambio, de aprendizaje. Las otras respuestas aunque presentan una mejor situación porcentual de prevención, son hechos que permitirían buscar por qué y cómo trabajar para mejorarlo.

Gráfico 11 Porcentaje de respuestas correctas en el Test de Prudencia antes y después de la implementación del programa. Pregunta 7

7) Alguien te pide que te quites la ropa para verte desnudo:

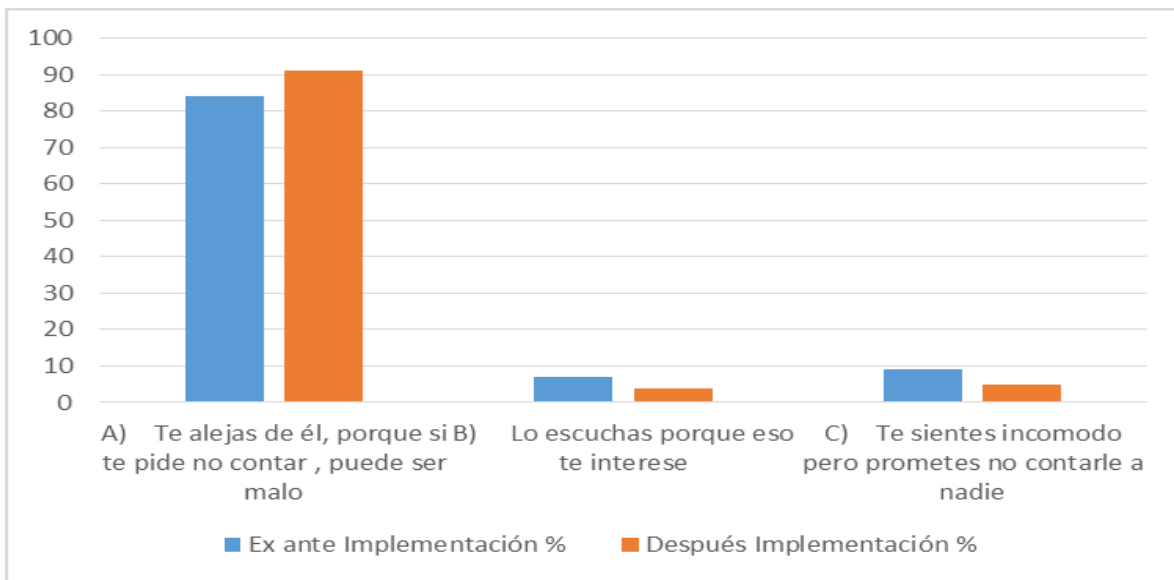


Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos de la encuesta aplicada

Después de concluir con el programa en la escuela, se presenta una disminución en las respuestas del test, la negativa a la acción presenta un incremento positivo de 5% en referencia al primer momento de la encuesta y se ubica en un 97%.

Gráfico 12 Porcentaje de respuestas correctas en el Test de Prudencia antes y después de la implementación del programa. Pregunta 8

8) En la escuela un niño más grande te habla de sexo y te pide no le cuentes a nadie:



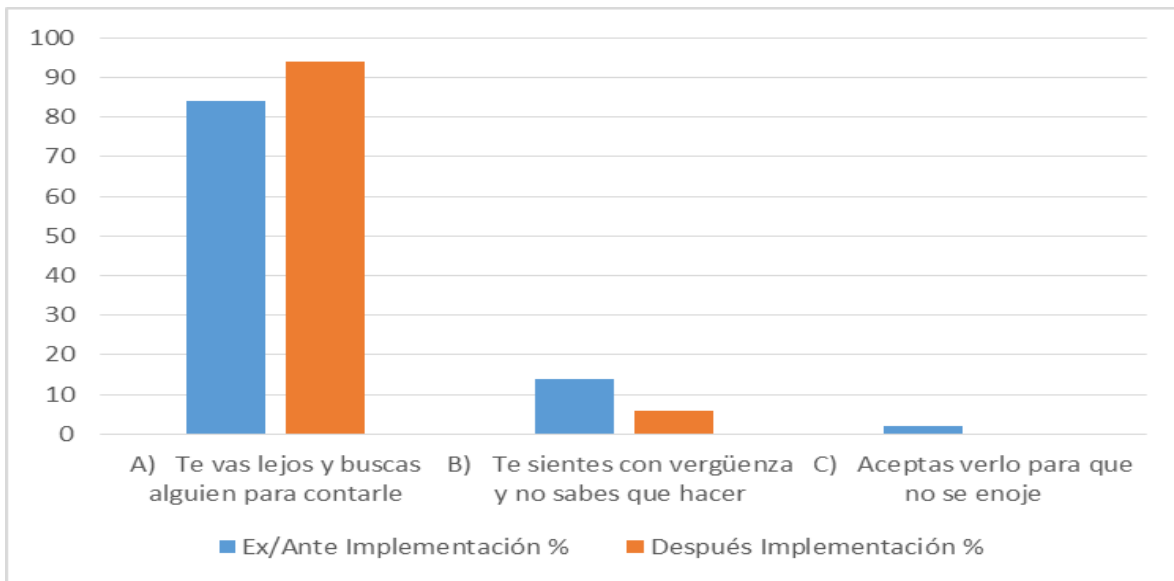
Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos de la encuesta aplicada

Antes de la implementación un 84% de la población total encuestada presentaba como respuesta alejarse del niño más grande que le habla de sexo y pide no contarle a nadie, después de la implementación del programa, el 91% del total de la población escolar en estudio indica alejarse de la situación de peligro.

La respuesta b y c, aunque muestran una disminución del porcentaje de las condiciones que representaría un peligro para los niños, se observa que una buena cantidad de niños estarían dispuestos a guardar ese tipo de secreto.

Gráfico 13 Porcentaje de respuestas correctas en el Test de Prudencia antes y después de la implementación del programa. Pregunta 9

9) Un adulto quiere que lo veas sin ropa:

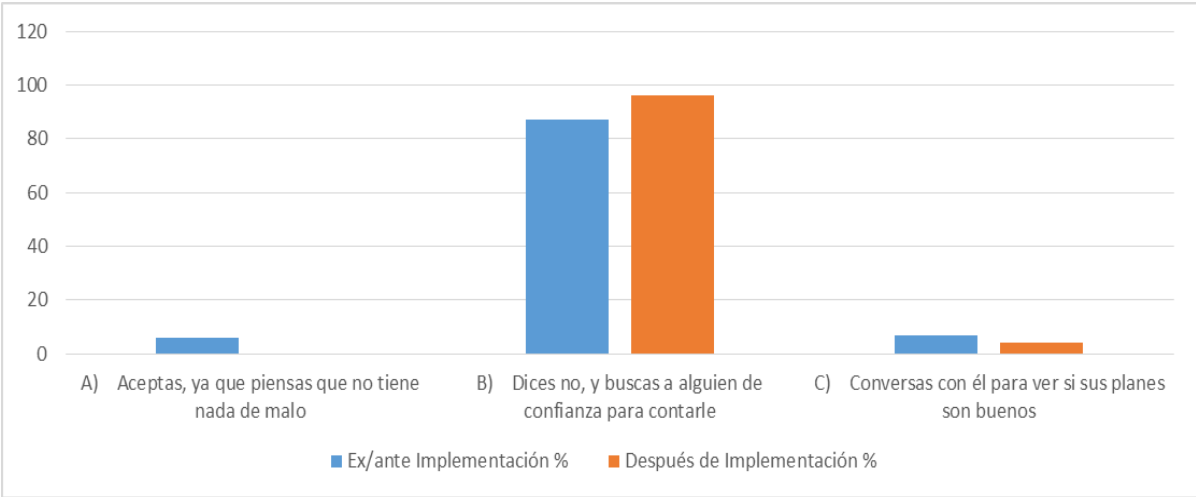


Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos de la encuesta aplicada

La opción A es la respuesta que representa un mayor incremento porcentual, lo que denota la buena concienciación de los infantes encuestados referente a temas de sexualidad que presenta el ítem, observándose un cambio de un 84% a un 94%.

Gráfico 14 Porcentaje de respuestas correctas en el Test de Prudencia antes y después de la implementación de programa. Pregunta 10

10) Una persona te ofrece dar un regalo (confites, ropa, juguetes, dinero) si permites que toque tu vagina/pene:

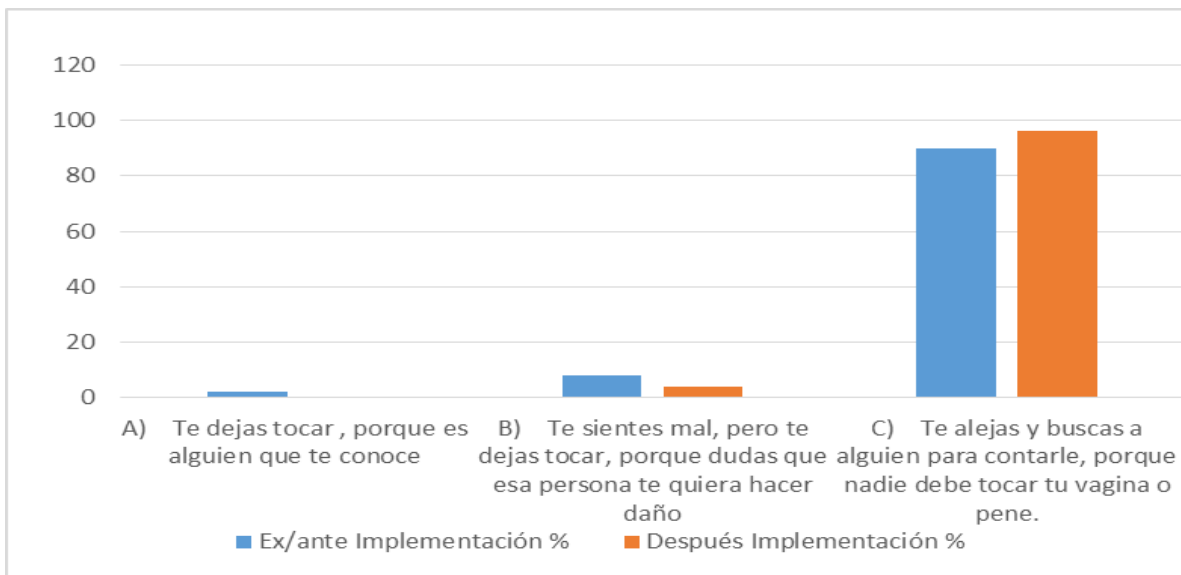


Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos de la encuesta aplicada

En esta pregunta, los adultos agresores manipulan los intereses de los niños, para aprovecharse sexualmente de ellos, se muestra un aumento importante en la opción B al decidir negarse y buscar ayuda, en caso de estar ante una situación como la del ejemplo.

Gráfico 15 Porcentaje de respuestas correctas en el Test de Prudencia antes y después de la implementación del programa. Pregunta 11

11) Alguien que conoces comienza a tocar tu vagina o pene y te dice que no se lo cuentes a tus padres, a tu maestra ni a nadie:

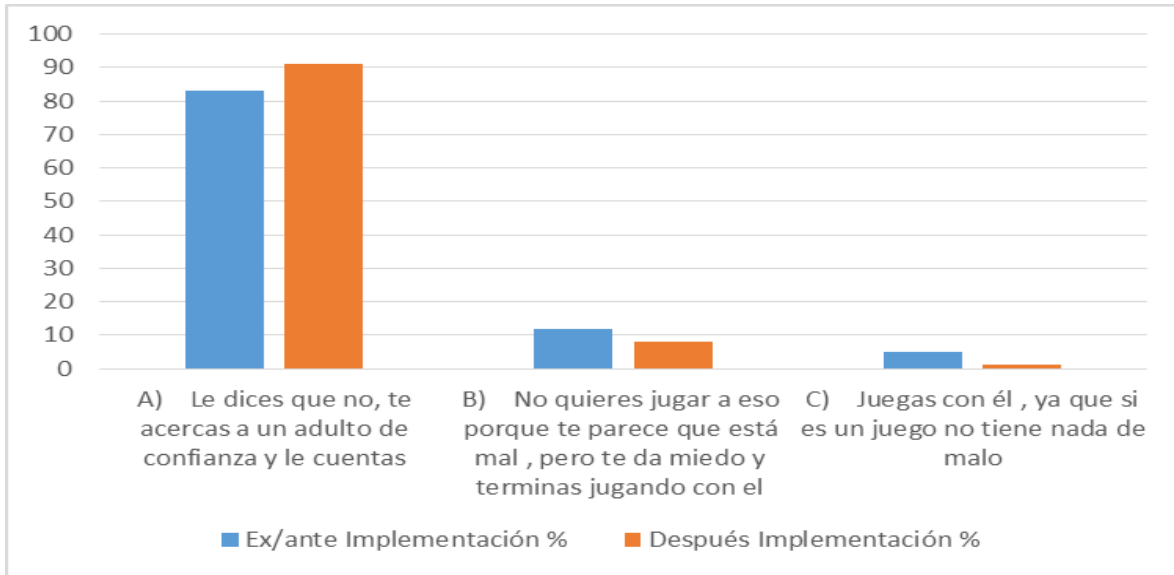


Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos de la encuesta aplicada

Presenta una mejoría importante, por ejemplo, la opción C, después de participar en el programa de conductas de autoprotección, hay un cambio de 6% a favor del menor de edad, quien se niega a permitir que toquen sus genitales y buscar la pronta ayuda.

Gráfico 16 Porcentaje de respuestas correctas en el Test de Prudencia antes y después de la implementación del programa. Pregunta 12

12) Un niño más grande te dice que jueguen a quitarse la ropa y a tocarse:

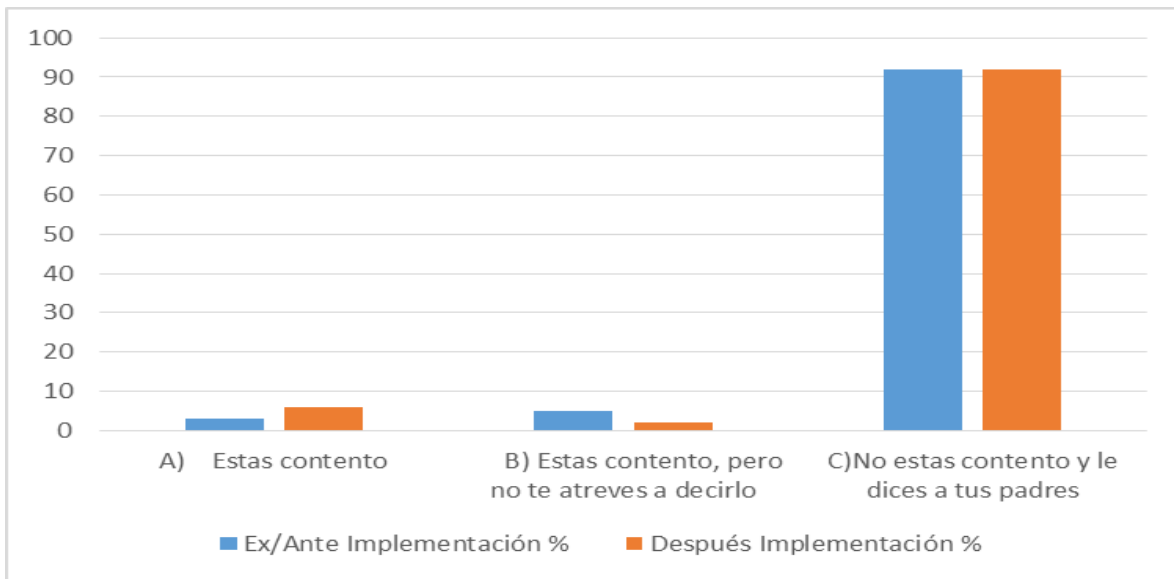


Fuente: elaboración propia con datos obtenidos de la encuesta aplicada

Se presenta un incremento a la respuesta negativa al acto pasando de un 83 a un 91% presentando una oportunidad de concienciación en un 9% de los encuestados. Mostrando la importancia de acudir a un adulto de confianza para pedir ayuda.

Gráfico 17 Porcentaje de respuestas correctas en el Test de Prudencia antes y después de la implementación del programa. Pregunta 13

13) Alguien a quien quieres mucho te hace caricias (por ejemplo: tocar tu cuerpo, pero te sientes incómodo) y eso te hace sentir querido:



Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos de la encuesta aplicada

En el ítem número 13, la opción C no hubo cambio en la respuesta de entrada ni de salida, se mantuvo igual lo que corresponde a un 92%, esto es fundamental para buscar las posibles razones del porqué ocurre y reforzar en el restante 8% de escolares para que valoren bien el acto de las caricias que reciben.

CAPÍTULO V DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

El abuso sexual en menores, es uno de los tipos de maltrato infantil más perturbadores que existe en el mundo, con consecuencias caóticas a corto y largo plazo en la vida de sus víctimas, tanto así que representa un verdadero problema de salud pública. Sin embargo es difícil establecer datos concretos sobre la verdadera prevalencia de los delitos de carácter sexual. Se trata de una relación con un claro desequilibrio de poder, en la cual el agresor se encuentra en una posición superior de control sobre la víctima.

Existen cifras concretas de prevalencia de abuso en algunos países, por ejemplo en Estados Unidos la prevalencia de abuso sexual corresponde a un 4% en hombres y de 9,7% en mujeres, mientras que en China se reporta una prevalencia de 4,2% antes de los 14 años de edad (5,1% en hombres y 3,3% en mujeres), en España de 2 159 estudiantes universitarios el 12,5% reportaron haber experimentado algún tipo de abuso sexual antes de los 18 años (13,2% de mujeres y 8,4% de hombres)⁽²²⁾. En Costa Rica no se dispone de valores que indiquen la realidad de abuso en niños, en el año 2013 el Organismo de Investigación Judicial reportó 494 casos de delitos sexuales; no obstante, no todos son denunciados⁽²⁾.

El presente proyecto de investigación, se llevó a cabo con escolares en edades comprendidas entre los 7 y los 9 años, pues de acuerdo con un estudio desarrollado en Argentina, es el pico de edad en el cual se reporta el mayor porcentaje de casos de agresiones sexuales, distribuido de la siguiente manera: el 3% ocurrió en niños de 0-2 años, 15% de 3-6 años, 31% de 7-9 años, 20,5% de 10-12 años, 20,5% de 13-15 años y por último el 7% de 16-18 años^(22,35).

Se cree popularmente que el perpetrador del abuso suele ser alguien desconocido a la víctima, pero es tan solo una creencia de la sociedad, ya que se estima que el 70% de ellos son integrantes de la familia, amigos, sacerdotes o personas encargadas del cuidado o educación del menor y, en especial, figuras paternas. No es de extrañar que en la mayoría de los casos los abusadores son hombres, que se aferran a atacar a los seres más indefensos, los más vulnerables por medio de coerciones, ofreciéndoles un afecto falso, y es usual que se les exija guardar el secreto⁽²²⁾, es por esto que durante el taller de aprendizaje de conductas de autoprotección, el tema de los secretos fue abordado ampliamente para que los niños reconozcan y sepan diferenciar un secreto bueno de uno que le podría causar daño, por ejemplo, en la pregunta número 10 del Test de Prudencia sobre los ofrecimiento de regalos a cambio de permitir al agresor que toque los genitales del menor, en las respuestas de entrada es de un 83% ,quienes rechazan la oferta, mientras un 97% representa la conducta de salida posterior al programa, observándose un cambio sustancial y de gran valor para evitar que los niños sean abordados por personas que desean hacerles daño.

El incesto es tan frecuente, que muchas veces pasa inadvertido por el hecho de generarse en la privacidad del hogar, tornándose más difícil que esos casos sean denunciados. Así es como se trataron temas de protección a los niños, actividades que les muestren cómo defenderse y buscar ayuda con algún adulto de confianza, por ejemplo con alguna maestra ante situaciones que ponen en peligro su integridad física, sexual y emocional.

Se dice que la forma más frecuente de abuso son los tocamientos inapropiados⁽²²⁾, durante el desarrollo del programa, todas las actividades reforzaron la idea de los escolares que nadie debe tocar las partes privadas de sus cuerpos, tal como se aprecia en la pregunta número 11 del cuestionario, los resultados obtenidos arrojaron una diferencia de 6% antes y después del programa, evidenciándose una mayor cantidad de niños que eligen como opción alejarse y pedir ayuda.

Durante un estudio realizado en 2009 con niños de 9 años de edad en una escuela pública de Heredia, Costa Rica donde evaluaron el conocimiento en temas relacionados con drogas, abuso sexual infantil, violencia intrafamiliar e infecciones de transmisión sexual, se concluyó que un 77,6% de los estudiantes afirmaron no haber recibido información sobre sexualidad hasta entonces.

Siendo una cifra alarmante, en el sentido de que no se está actuando lo suficientemente temprano para preparar a una población que se encuentra cerca del inicio de la adolescencia, estimando que del 15 al 20% de los embarazos ocurre en mujeres menores de 15 años y que se presentan alrededor de 70 000 nacimientos en Costa Rica por año, lo que se traduce aproximadamente de 10 500 a 14 000 mujeres menores de 15 años embarazadas. En cuanto al conocimiento de infecciones de transmisión sexual, un 83,3% de los alumnos negó saber qué son y alrededor de un 65% no conocen cómo se contagian, lo que los encasilla en un grupo de riesgo por la falta de información y educación en temas de prevención. Respecto de la violencia sexual, que abarca la pornografía, el exhibicionismo, los tocamientos o el coito, resulta que del total de los escolares encuestados solo un 31% de los y las estudiantes conocen sobre el tema, por

fortuna una cifra elevada de un 91,1% de los niños y niñas contestaron que cuentan con el apoyo de sus padres cuando tienen un problema, esto quiere decir que casi un 9% de ellos pueden estar siendo víctimas de ya sea negligencia o abuso emocional⁽³⁶⁾.

Para que un programa de seguridad, prevención y aprendizaje de conductas de autoprotección provoque un impacto positivo en la población infantil, debe ser forjado y adaptado para influir verdaderamente en las conductas de quienes sean partícipes.

Las familias que cuidan y aman a sus seres más pequeños, están en constante lucha por brindarles un ambiente seguro, aunque no siempre será posible estar, a su lado, para vigilarlos y defenderlos de las situaciones riesgosas a las que podrían enfrentarse.

En estados Unidos existe un programa llamado "*Talking about touching*" dirigido a los niños que cursan el kínder hasta tercer grado escolar, con el principal objetivo de educarlos para que aprendan habilidades básicas para defenderse de cualquier condición abusiva⁽³⁵⁾.

Los escolares que participan en programas educativos de prevención serán menos vulnerables si se comparan con quienes no lo hacen, pues serán capaces de diferenciar, por ejemplo entre caricias inapropiadas de las que no lo son, siendo la etapa escolar un momento adecuado para aprender. Esto fue posible constatarlo en un estudio realizado en la Universidad de New Hampshire, donde se encuestó a 2 000 estudiantes entre 10 y 16 años, un 40% indicó que sí han

utilizado los conocimientos y habilidades que habían aprendido en algún programa del cual participaron en edades más tempranas de sus vidas⁽³⁵⁾.

De acuerdo con la base de datos Cochrane⁽³⁷⁾, se tienen datos que los primeros programas de educación para la prevención de abuso se llevaron a cabo en Estados Unidos en 1970, dirigido a las mujeres vulnerables de violaciones, a partir de ese momento se empiezan a adoptar en las escuelas de ese país, justo ahí donde se concentra una gran cantidad de población infantil. Si se decide hilar más a fondo el porqué es fundamental intervenir con este tipo de acciones, el artículo 19 de la Convención de las Naciones Unidas sobre los derechos del niño, un derecho internacional en el cual se menciona que todos los gobiernos deben tomar las medidas administrativas, sociales y educativas para proteger a la niñez de cualquier tipo de violencia, incluyendo los abusos sexuales, tanto así que se considera un deber del Estado y un derecho de todos los niños, de ser protegidos. En la escuela Jesús de Nazareth, conforme pasaron los días disfrutaban más cada actividad, de compartir con sus compañeros, de aceptarse y reafirmar el valor que tienen como ser humano, único y especial.

Se ha descrito que las formas en las que el niño reacciona y afronta los desafíos estresantes cotidianos, pueden hacer una diferencia en su desarrollo y adaptación como ser humano⁽³⁸⁾.

En un estudio aleatorio, en la literatura de Cochrane⁽³⁷⁾, se compararon dos grupos con el fin de examinar la efectividad de los programas, uno de ellos control que no recibió el programa y el otro sí, se llevó a cabo con escolares de 5 a 12 años y con adolescentes de 13 a 18 años; se aplicaron programas de educación

para conocer y prevenir el abuso sexual mediante la adquisición de habilidades de comportamiento.

Las actividades que se desarrollaron, variaron desde una sesión de 45 minutos a ocho sesiones de 20 minutos en días consecutivos. Los resultados se basaron principalmente en seis elementos: conductas protectoras, conocimiento, la retención de conductas de protección en el tiempo, retención del conocimiento en el tiempo, daños que manifiesta el menor ansiedad y revelaciones del niño de abusos previos. El grupo que participó en los programas mostró una mejoría significativa de medidas protectoras en situaciones de riesgo. Además, en este estudio, se afirma que poseer alta autoestima es un factor protector para los niños⁽³⁷⁾.

De esta manera, se aprecia que los cambios en las conductas de autoprotección son beneficiosos para quienes participan en este tipo de programas, en el centro educativo liberiano la implementación generó un impacto positivo para la población estudiantil.

Los niños podrían prevenir alguno o muchos de los abusos sexuales, así que la afirmación de que los niños nunca podrán prevenir alguna agresión sexual, no es del todo verdadera⁽²⁶⁾, con lo cual se rescata la importancia de iniciar desde edades tempranas a brindarles herramientas a los niños para que se protejan a sí mismos y también a solicitar ayuda.

Aunque los programas educativos para prevención podrían presentar resultados no alentadores en la lucha contra el acoso sexual, no puede dejarse de lado una serie de otros objetivos que podrían justificar el seguimiento de su aplicación:⁽³⁹⁾

- Fomentan buscar ayuda para realizar la denuncia de los abusadores y, a su vez, interrumpir o impedir las acciones sexuales en su contra
- La prevención de los resultados negativos que podrían surgir al finalizar el programa, como el sentimiento de culpa y de vergüenza.
- La creación de un ambiente más acogedor entre los adultos, otros niños y las organizaciones, en general, para brindarles apoyo a las víctimas infantiles.

También, se describe en la literatura, que existen medidas preventivas, que a pesar del nombre, su principal objetivo es controlar los factores de riesgo de la población infantil, y no el abuso sexual como tal, se clasifica en dos tipos:⁽²²⁾

- Prevención primaria: aquellas que se encarga de evitar que se perpetre el acto sexual. Generalmente, son dirigidas a escolares, familiares y a cualquier persona que tenga menores a su cargo. Aquí se concentran los programas de prevención como herramienta contra las situaciones abusivas
- Prevención secundaria: se refiere a aquellas medidas que una vez haya ocurrido el delito, impidan que el abusador vuelva a ofender a la víctima. Se estima que el 14% de los agresores cometen otra ofensa sexual luego de 5 años.

Otros estudios importante se realizó en Colombia, ahí se aplicó el Test de Prudencia a niños de 5 a 14 años, en ese estudio se demostró que el porcentaje de escolares que respondió correctamente fue mayor para la conducta de salida. Además, los hombres en la media de la puntuación en la conducta de entrada de

fue de 10,79, a la salida de 12,06; que respecto a las mujeres, los hombres son quienes tuvieron un cambio más significativo. Si se comparan los estudiantes por grado escolar, los niños de primer grado iniciaron con una media de puntuación en la conducta de entrada de 9,64 y concluyeron en 11,13 en la media de conducta de salida, siendo quienes presentaron un cambio mayor respecto del resto de niños. Otro dato importante se refleja en la pregunta número 1, en ella se presentó el menor porcentaje de respuestas correctas en la conducta de entrada con 68,2%. Sin embargo, es la pregunta que generó el mayor cambio en la proporción de respuestas correctas antes y después del programa, con un incremento en las respuestas de 33%. El ítem número 10 tuvo la mayor proporción de respuestas correctas tanto en la conducta de entrada y salida, 96,6% y 96,8%, respectivamente. Al aplicar el instrumento y visualizarlo en su totalidad, el porcentaje de niños que respondieron correctamente fue superior en la conducta de salida para todas las preguntas⁽⁴⁰⁾.

Los resultados que se mencionaron anteriormente son admirables, por lo que al compararlos con los datos obtenidos en la escuela Jesús de Nazareth, se dice que también hubo un cambio muy significativo en la conducta de salida para las trece preguntas en cuestión, con bases fuertes para continuar con la implementación de este tipo de programas de conductas de autoprotección.

Es un resultado valioso, pues permite observar cómo los temas tratados en el programa modifican la percepción del niño sobre su entorno y los ayuda a reconocer situaciones de riesgo. En general, la diferencia de la media en las puntuaciones de entrada fue de 9,8% y la de salida de 10,6%, lo que significa que se presentó un impacto positivo en la población en estudio. Antes de participar en

el programa de conductas de autoprotección, las niñas tienen un puntaje mayor que el de los niños. Después del taller, las niñas siguen teniendo un puntaje mayor respecto de ellos. No obstante, quienes tienen un mayor cambio en la conducta de entra y de salida son los niños, o sea, son los más beneficiados al concluir el programa.

CAPÍTULO VI CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 CONCLUSIONES

- La cantidad de infantes que ven vulnerados sus derechos es incontable, este fenómeno engloba daño corporal, mental y emocional en sus víctimas.
- La población en estudio cuenta con una superioridad numérica del sexo femenino, siendo importante, ya que son quienes más sufren de abusos sexuales en la actualidad.
- Se contó con la colaboración de niños y niñas entre 7 y 9 años de edad, siendo fundamental su participación, pues son estas las edades más vulnerables para sufrir abusos sexuales.
- Los escolares encuestados provienen de barrios con bajas condiciones socioeconómicas y de familias, en su mayoría, de tipo ampliado, lo que representa un riesgo para los niños, al estar en condiciones de hacinamiento y expuestos con figuras masculinas, quienes son los principales agresores.
- Al analizar los datos por edad, los escolares de 9 años son los que presentan las puntuaciones correctas más altas antes y después del programa, lo que podría deberse a su mayor comprensión de los temas y de los posibles escenarios que pueden poner en riesgo su integridad.
- En el análisis por grupos, se observa que los niños de primero y segundo grado son los que más se beneficiaron con el programa, pues son quienes presentan las cifras más altas de cambio en conocimientos de conductas de autoprotección.

- La pregunta número 2 es la del menor porcentaje de respuestas correctas a la conducta de entrada, lo que pone en evidencia de que los niños están expuestos a irse con algún desconocido si lo llegase a traer a la escuela. Mientras que la pregunta 4 es la que posee el mayor porcentaje cambio antes y después del programa.
- Las intervenciones hechas afectan de manera positiva las conductas de protección y conocimiento sobre el abuso sexual, pero este aprendizaje no sustituye en su totalidad la educación en el hogar, sitio considerado la base de la sociedad para garantizar la seguridad de los niños.
- Los programas para la prevención del abuso sexual son eficaces al mejorar los comportamientos y conocimientos inmediatamente después de la intervención, pero es necesario darle continuidad y reforzar las estrategias ya aprendidas.
- El desarrollar programas de prevención de abuso sexual en niños, es la mejor herramienta de defensa contra alguna persona que intente manipular a un menor. En el caso de niños y niñas desinformadas, son inmediatamente más susceptibles a ser víctimas de actividades sexuales.

6.2 RECOMENDACIONES

- Implementar más programas de prevención de abuso sexual infantil que incluya la mayor cantidad posible de centros educativos de Costa Rica, que se lleve a la práctica desde la Atención Primaria. La relevancia de esto radica en que la edad de mayor incidencia de inicio del abuso sexual ocurre entre los 5 y los 10 años de edad, por lo que un acercamiento más temprano a la promoción de conductas de autocuidado pueden tener un mayor y mejor efecto en la prevención de este tipo de violencia.
- Promover la participación comunitaria orientada a la mejor atención de las familias y grupos en riesgo.
- Motivar la comunicación asertiva de los niños con las figuras significativas que le generen confianza y protección, encaminado a potenciar la capacidad de expresar amenazas contra su integridad sexual.
- Elaborar programas de reforzamiento dirigido a los alumnos que hayan recibido los programas de autoprotección, para fortalecer las estrategias aprendidas anteriormente.
- Informar por medio de actividades sobre la lucha contra el maltrato infantil, a nivel escolar y de la comunidad de manera tal que los menores de edad se involucren, compartan y aprendan cómo defenderse ante situaciones que puedan poner en riesgo su vida.

- Fomentar la participación activa de los padres o encargados directos de los niños a los programas que se desarrollen en los centros educativos, integrándolos a las actividades para que sean capaces de reconocer al niño como persona y sus derechos, promocionando el buen trato a la niñez.
- Capacitar a estudiantes de ciencias de la salud o personas que estén dispuestas para la supervisión y acompañamiento a los estudiantes de primaria en el empoderamiento para su autoprotección ante cualquier amenaza hacia la violación de su integridad física y emocional, basada en una educación sexual sana.
- Elaborar programas educativos dirigidos a la población adulta, campañas educativas, coordinaciones con universidades en la capacitación, diseño y ejecución de talleres socioformativos dirigidos a las personas adultas interesadas en formar parte del proyecto.
- Concienciar a las diversas instancias interinstitucionales existentes en las localidades, encargadas de luchar contra la Violencia Intrafamiliar sobre la importancia de proteger, respetar y hacer válidos los derechos de los niños.
- Brindar información a los docentes, con ayuda del Ministerio de Educación Pública (MEP), para que los educadores transmitan el mensaje en las aulas, y de esta manera salvaguardar la integridad de cada niño.

BIBLIOGRAFÍA

1. Análisis de Situación Integral de Salud. Liberia, 2007.
2. García-Piña CA, Loredó-Abdalá A, Gómez-Jiménez M. Guía para la atención del abuso sexual infantil. (Spanish). *Acta Pediatr Mex.* 3 de abril del 2009;30(2):94-103.
3. Abuso sexual [Internet]. HealthyChildren.org. [citado 11 de febrero de 2017]. Disponible en: <http://www.healthychildren.org/spanish/safety-prevention/at-home/paginas/sexual-abuse.aspx>
4. Memoria estadística 2015 [Internet]. Poder-judicial.go.cr [citado 10 de febrero de 2017]. Disponible en: http://pjenlinea.poderjudicial.go.cr/EstadisticasOIJ/Documentos/Memoria%20Estad%20C3%ADstica%20OIJ%202013%20_2_.pdf
5. Campos Vargas G, Guevara Francesa G, Ocampo N, Elena A, Vásquez Steller T, Arroyo Sánchez E, *et al.* Promoción de la salud y estrategias educativas para la prevención contra la violencia sexual, e infecciones de transmisión sexual en adolescentes. 2011 [citado 3 de marzo de 2017]; Disponible en: <http://repositorio.binasss.sa.cr/xmlui/handle/20.500.11764/542>
6. Real Academia Española [Internet]. [citado 1º. de marzo de 2017]. Disponible en: <http://www.rae.es/>
7. Díaz-Martínez A, Esteban-Jiménez R. Violencia intrafamiliar. *Gac Med Mex.* 2003;139(4):353–355.
8. Florenzano R, Echeverría Á, Sieverson C, Barr M, Fernández MÁ. Daño a niños y sus familias por el consumo de alcohol: resultados de una encuesta poblacional. *Rev Chil Pediatr* [Internet]. 2016 [citado 12 de abril de 2017];87(3):162-8. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0370410615001795>
9. Caja Costarricense de Seguro Social, CCSS. Guía de Atención Integral a niños, niñas y adolescentes víctimas de abuso. [Internet]. [citado 10 de abril de 2017]. Disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/guiaabuso.pdf>
10. Castro Arenas DDV, Criscuolo E. Síndrome del niño maltratado. *IntraMed J* [Internet]. 2014 [citado 1º. de marzo de 2017];3(1). Disponible en: http://journal.intramed.net/index.php/Intramed_Journal/article/view/280
11. Aguilar Cárceles MM. Abuso sexual en la infancia. 2009 [citado 1 de marzo de 2017]; Disponible en: <https://digitum.um.es/xmlui/handle/10201/20582>
12. Medicina Legal de Costa Rica. Código de la Niñez y la Adolescencia. Costa Rica Publicaciones Juríd. 2002 [citado 24 Febrero];14:37. disponible en: <http://www.tse.go.cr/pdf/normativa/codigodelaninez.pdf>

13. Solano Calderón L. Comunicación breve perfil de las víctimas de delitos sexuales valorados en el II trimestre de 2009 en la sección de clínica médico forense. *Rev Med Leg Costa Rica*. 2009 [citado 26 febrero 2017];43. Disponible en: <http://desa1.cejamericas.org/bitstream/handle/2015/3365/Rev26-09-Vol2.pdf?sequence=1&isAllowed=y#page=43>
14. Douglas E, Finkelhor D. Childhood sexual abuse fact sheet. Retrieved Febr. 2005;18:2007.
15. Pineda Pérez E, Gutiérrez Baró E, Díaz Franco AM. Estrategia educativa para el control y prevención del maltrato infantil dirigida a padres de niños con síndrome de Down. *Rev Cuba Pediatría* [Internet]. 2011 [citado 22 de abril de 2017];83(1):22–33. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312011000100003
16. Soriano Faura FJ. Promoción del buen trato y prevención del maltrato en la infancia en el ámbito de la Atención Primaria. *Pediatría Aten Primaria* [Internet]. 2009 [citado 22 de abril de 2017];11(41):121–144. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322009001100008
17. Fonseca Hernández C, Quintero Soto M. Género, familia y alternativas sociales. 1 edición, México: Plaza y Vladés, S.A deC.V; 2014. [internet].[citado 15 Febrero 2017] ProQuestEbrary Disponible en: <http://201.195.87.22:2056/lib/bibliouhsp/reader.action?docID=11259232>
18. Saad Dayán S. Violencia de género en el malestar actual: bullying y cutting en la escuela.2015.[internet].[citado 22abril 2017].Disponible en: <http://201.195.87.22:2068/ContentServer.asp?T=P&P=AN&K=116363875&S=R&D=a9h&EbscoContent=dGJyMNHX8kSeqLA4v%2BbwOLCmr0%2Bep7dSsK24TbWWxWXS&ContentCustomer=dGJyMPGttUu0qLBiuePfgeyx44Dt6fIA>
19. David Elkin, G. *Psiquiatría Clínica*.México: McGraw-Hill; 2000 [internet]. [citado 3 Febrero 2017] Disponible en: <http://201.195.87.22:2056/lib/bibliouhsp/reader.action?docID=10433845>
20. Understanding and Preventing Child Abuse and Neglect [Internet]. [citado 1 de marzo de 2017]. Disponible en: <http://www.apa.org/pi/families/resources/understanding-child-abuse.aspx>
21. Marcdante K, Kliegman R, Jenson H, et al. *Nelson Pediatría Esencial*. 6 edición. España: Elsevier; 2011. 835 p.
22. Acuña Navas MJ. Abuso sexual en menores de edad: generalidades, consecuencias y prevención. *Med Leg Costa Rica* [Internet]. 2014 [citado 23 de abril de 2017];31(1):57–69. Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152014000100006

23. Zurro M, et al. Atención Primaria: Principios, organización y métodos en medicina de familia. séptima edición. España: Elsevier; 2014.
24. Echeburúa E, Corral P de. Secuelas emocionales en víctimas de abuso sexual en la infancia. Cuad Med Forense [Internet]. 2006 [citado 14 de abril de 2017];(43-44):75–82. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-76062006001100006
25. Caja Costarricense de Seguro Social, CCSS Módulo once: Introducción a la Salud. [internet]. 2004. Disponible en <http://www.cendeiss.sa.cr/posgrados/modulos/modulo11.pdf>
26. Villanueva Sarmiento I. El abuso sexual infantil: perfil del abusador, la familia, el niño víctima y consecuencias psíquicas del abuso. Psicogente [Internet]. 2013 [citado 22 de abril de 2017];16(30). Disponible en: <http://search.proquest.com/openview/8d7c7662fc3172c30ce5ea1c0784c4e2/1?pq-origsite=gscholar&cbl=2042894>
27. Magaña I, Ramírez C, Menéndez L. Abuso sexual infantil (ASI): comprensiones y representaciones clínicas desde las prácticas de salud mental. Ter Psicológica [Internet]. 2014 [citado 19 de abril de 2017];32(2):133–142. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-48082014000200006&script=sci_arttext
28. Magaña I, Ramírez C, Menéndez L. Abuso sexual infantil (ASI): comprensiones y representaciones clínicas desde las prácticas de salud mental. Ter Psicológica [Internet]. 2014 [citado 15 Abril de 2017];32(2):133–142. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-48082014000200006&script=sci_arttext
29. Leventhal J. Sexual abuse of children: continuing challenges for the new millennium. Acta Paediatr [Internet]. 1 de marzo de 2000 [citado 17 de Febrero de 2017];89(3):268-71. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1651-2227.2000.tb18423.x/abstract>
30. Padilla Rosa, J. Trastornos de personalidad en víctimas de abuso sexual infantil. Actas Esp Psiquiatr. [internet]. 2011;39(2):131–9. Disponible en: <http://www.actaspsiquiatria.es/repositorio/13/70/ESP/13-70-ESP-131-139-359461.pdf>
31. Ramírez Rodríguez Y. Incesto: una plaga silenciada. Med Leg Costa Rica [Internet]. 2003 [citado 22 de abril de 2017];20(1):65-79. Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152003000100008&lng=en.
32. Abarca Campos C, Alpízar Vásquez C, Araya M, Bogantes Ledezma J, Masís Solano M, Rojas J, et al. Agresión infantil como problema social en Costa Rica, desde enero de 2005 hasta mayo de 2006. Med Leg Costa Rica [Internet]. 2006 [citado 20 de abril de 2017];23(2):111–135. Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi->

bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&n
extAction=lnk&exprSearch=585440&indexSearch=ID

33. Padilla RJ. Trastornos de personalidad en víctimas de abuso sexual infantil. *Actas Esp Psiquiatr* [Internet]. 2011 [citado 20 de abril de 2017];39(2):131–9. Disponible en: <http://www.actaspsiquiatria.es/repositorio/13/70/ESP/13-70-ESP-131-139-359461.pdf>

34. Décimo Censo Nacional de la Población y sexto de Vivienda. [internet]. 2012. primera edición. Costa Rica: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. 2011. Disponible en https://www.cipacdh.org/pdf/Resultados_Generales_Censo_2011.pdf

35. Committee for Children. Talking about touching. [internet]. 2001; [citado 21 Abril de 2017]. Estados Unidos de América. Disponible en: <file:///C:/Users/ag/Desktop/talking%20about%20touching.pdf>

36. Josephy Hernández S, Mora Mathus R, Ramos Castro R, Sequeira Solís A, Vázquez Vargas M, Zumbado Campos D. Evaluando el conocimiento de menores de edad sobre drogas y alcohol, abuso sexual infantil, violencia intrafamiliar e infecciones de transmisión sexual: el caso de la Escuela Estados Unidos de América. *Med Leg Costa Rica* [Internet]. 2010 [citado 29 de abril de 2017];27(2):27–33. Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152010000200003

37. Macdonald G, Higgins J, Ramchandani P. Cochrane review: Cognitive-behavioural interventions for children who have been sexually abused. *Evid-Based Child Health Cochrane Rev J* [Internet]. diciembre de 2007 [citado 19 de abril de 2017];2(4):1102-47. Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1002/ebch.203>

38. Gómez-Maqueo EL, Durán Patiño C, Romero Godínez E. Validación psicométrica de la escala infantil de afrontamiento. *Rev Latinoam Med Conduct Lat Am J Behav Med* [Internet]. 16 de diciembre de 2016 [citado 30 de abril de 2017];6(2):59-65. Disponible en: <http://revistas.unam.mx/index.php/rlmc/article/view/58074>

39. FinKelhor D. Prevención del abuso sexual mediante programa formativos dirigidos a los niños. *Pediatrics* [internet]. 2007. [citado 21 Abril de 2017];64(3):133-7. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-pediatrics-10-articulo-prevencion-del-abuso-sexual-mediante-13112815>

40. Vélez CM, Henao PA, Ordoñez F, Gómez LE. Evaluation of a self-protection behavior promotion programme to prevention of child sexual abuse, Medellín, Colombia. *Rev Médica Risaralda* [Internet]. 2015 [citado 22 de abril de 2017];21(1):3–8. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0122-06672015000100002&script=sci_arttext&tlng=es

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

1. Pereda N. Uno de cada cinco: victimización sexual infantil en España. *Papeles Psicólogo* [Internet]. 2016 [citado 11 de abril de 2017];37(2):3–13. Disponible en: http://www.ecpat-spain.org/imagenes/auxiliar/Pereda_2016.pdf
2. Onostre Guerra RD. Abuso sexual en niñas y niños: Consideraciones clínicas (Bolivia). *Rev Chil Pediatría* [Internet]. Julio de 2000 [citado 13 de marzo de 2017]; 71(4). Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-4106200000400016&lng=en&nrm=iso&tlng=en
3. Magaña I, Ramírez C, Menéndez L. Abuso sexual infantil (ASI): comprensiones y representaciones clínicas desde las prácticas de salud mental. *Ter Psicológica* [Internet]. 2014 [citado 12 de marzo de 2017]; 32(2):133–142. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-48082014000200006&script=sci_arttext
4. Shaw JA, Lewis JE, Loeb A, Rosado J, Rodriguez RA. Child on child sexual abuse: Psychological perspectives. *Child Abuse Negl* [Internet]. 2000 [citado 12 de marzo de 2017];24(12):1591–1600. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S014521340000212X>
5. Murray LK, Nguyen A, Cohen JA. Child Sexual Abuse. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* [Internet]. abril de 2014 [citado 19 de febrero de 2017];23(2):321-37. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1056499314000042>
6. Lamoureux BE, Palmieri PA, Jackson AP, Hobfoll SE. Child sexual abuse and adulthood-interpersonal outcomes: Examining pathways for intervention. *Psychol Trauma Theory Res Pract Policy* [Internet]. 2012 [citado 14 de marzo de 2017];4(6):605-13. Disponible en: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/a0026079>
7. Olafson E. Child Sexual Abuse: Demography, Impact, and Interventions. *J Child Adolesc Trauma* [Internet]. marzo de 2011 [citado 5 de abril de 2017];4(1):8-21. Disponible en: <http://link.springer.com/10.1080/19361521.2011.545811>
8. Macdonald G, Higgins J, Ramchandani P. Cochrane review: Cognitive-behavioural interventions for children who have been sexually abused. *Evid-Based Child Health Cochrane Rev J* [Internet]. diciembre de 2007 [citado 8 de abril de 2017];2(4):1102-47. Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1002/ebch.203>
9. Tremblay C, Hébert M, Piché C. Coping strategies and social support as mediators of consequences in child sexual abuse victims. *Child Abuse Negl* [Internet]. 1999 [citado 17 de marzo de 2017];23(9):929–945. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0145213499000563>

10. Vitriol V, Vásquez M, Iturra I, Muñoz C. Diagnóstico y abordaje de secuelas por abuso sexual infantil, en tres mujeres consultantes a un servicio de salud mental de hospital general. *Rev Chil Neuro-Psiquiatr* [Internet]. 2007 [citado 8 de abril de 2017];45(1):20–28. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-92272007000100006&script=sci_arttext
11. Collin-Vézina D, Daigneault I, Hébert M. Lessons learned from child sexual abuse research: prevalence, outcomes, and preventive strategies. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* [Internet]. 2013 [citado 3 de abril de 2017];7(1):22. Disponible en: <https://capmh.biomedcentral.com/articles/10.1186/1753-2000-7-22>
12. Fernández-Marcial V, González-Solar L. Promoción de la investigación e identidad digital: el caso de la Universidade da Coruña= Research promotion and digital identity: the case of the Universidade da Coruña. *El Prof Inf* [Internet]. 2015 [citado 14 de marzo de 2017];24(5):656–664. Disponible en: <http://eprints.rclis.org/28062/>
14. Attorresi HF, Lozzia GS, Abal FJP, Galibert MS, Aguerri ME. Teoría de Respuesta al Ítem. Conceptos básicos y aplicaciones para la medición de constructos psicológicos. *Rev Argent Clínica Psicológica* [Internet]. 2009 [citado 12 de abril de 2017];18(2):179–188. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281921792007>
15. Maniglio R. The impact of child sexual abuse on health: A systematic review of reviews. *Clin Psychol Rev* [Internet]. Noviembre de 2009 [citado 27 de febrero de 2017];29(7):647-57. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0272735809001093>
16. Pereda N, Guilera G, Fornis M, Gómez-Benito J. The international epidemiology of child sexual abuse: a continuation of Finkelhor (1994). *Child Abuse Negl* [Internet]. junio de 2009;33(6):331-42. Disponible en: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cmedm&AN=19477003&lang=es&site=ehost-live>
17. Echeburúa E, Guerricaechevarría C. Tratamiento psicológico de las víctimas de abuso sexual infantil intrafamiliar: un enfoque integrador. *Psicol Conduct* [Internet]. 2011 [citado 22 de marzo de 2017]; 19(2):469. Disponible en: <http://search.proquest.com/openview/0bcef57fa02628675137c2d6a85866d5/1?pq-origsite=gscholar&cbl=966333>
18. Saywitz KJ, Mannarino AP, Berliner L, Cohen JA. Treatment of sexually abused children and adolescents. *Am Psychol* [Internet]. 2000 [citado 24 de febrero de 2017];55(9):1040-9. Disponible en: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/0003-066X.55.9.1040>

ANEXOS

A. DECLARACIÓN JURADA

DECLARACIÓN JURADA

Yo **Ana Yareth Guillén Bonilla**, cédula de identidad número **5-0387-0288**, en condición de egresada de la carrera de Medicina y Cirugía de la Universidad Hispanoamericana, y advertido de las penas con las que la ley castiga el falso testimonio y el perjurio, declaro bajo la fe del juramento que dejo rendido en este acto, que mi trabajo de graduación, para optar por el título de Licenciatura **“CAMBIOS EN LAS CONDUCTAS DE AUTOPROTECCIÓN EN NIÑOS Y NIÑAS DE 7 -9 AÑOS, POSTERIOR A LA IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE ABUSO SEXUAL EN LA ESCUELA JESÚS DE NAZARETH, LIBERIA, COSTA RICA, NOVIEMBRE-DICIEMBRE 2015”** es una obra original y para su realización he respetado lo que se indica por las leyes penales, así como la Ley de Derechos de autor y Derecho conexos, número 6683 del 14 de Octubre de 1982 y sus reformas, publicada en la Gaceta número 226 del 25 de Noviembre de 1982; especialmente el numeral 70 de dicha Ley en el que se establece: “es permitido citar a un autor, transcribiendo los pasajes pertinentes siempre que éstos no sean tantos y seguidos, que puedan considerarse como una producción simulada y sustancial, que redunde en perjuicio del autor de la obra original”. Además, que conozco y acepto que la Universidad Hispanoamericana se reserva el derecho de protocolizar éste documento ante notario Público. Firmo, en fe de lo anterior, en la ciudad de **San José, el 3 de Mayo de 2017.**



Ana Yareth Guillén Bonilla

B. CARTA DEL TUTOR

San José, 2 de mayo, 2017

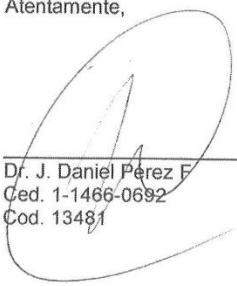
Srs.
Registro
Universidad Hispanoamericana
Presente.

La estudiante: Ana Yareth Guillén Bonilla, cédula de identidad número 5387288, me ha presentado, para efectos de revisión y aprobación, el trabajo de investigación denominado "CAMBIOS EN LAS CONDUCTAS DE AUTOPROTECCIÓN EN NIÑOS Y NIÑAS DE 7-9 AÑOS, POSTERIOR A LA IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE ABUSO SEXUAL EN LA ESCUELA JESÚS DE NAZARETH, LIBERIA, COSTA RICA, NOVIEMBRE-DICIEMBRE 2015", el cual ha elaborado para optar por el grado académico de Licenciatura en Medicina y Cirugía. He verificado que se han incluido las observaciones y hecho las correcciones indicadas, durante el proceso de tutoría y he evaluado los aspectos relativos a la elaboración del problema, objetivos, justificación; antecedentes, marco teórico, marco metodológico, tabulación, análisis de datos; conclusiones y recomendaciones.

Los resultados obtenidos por el postulante implican la siguiente calificación:

a)	ORIGINAL DEL TEMA	10%	10%
b)	CUMPLIMIENTO DE ENTREGA DE AVANCES	20%	20%
c)	COHERENCIA ENTRE LOS OBJETIVOS, LOS INSTRUMENTOS APLICADOS Y LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACION	30%	28%
d)	RELEVANCIA DE LAS CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	20%	20%
e)	CALIDAD, DETALLE DEL MARCO TEORICO	20%	20%
	TOTAL	100%	98%

Por consiguiente, se avala el traslado de la tesis al proceso de lectura.
Atentamente,



Dr. J. Daniel Pérez F.
Ced. 1-1466-0692
Cod. 13481

C. CARTA DEL LECTOR

San José, 11 de mayo 2017

Dirección de registro
Universidad Hispanoamericana
Presente

Estimado señor: El estudiante Ana Yareth Guillén Bonilla; cédula de identidad número: 5387288, me ha presentado, para efectos de revisión y aprobación, el trabajo de investigación denominado: **“CAMBIOS EN LAS CONDUCTAS DE AUTOPROTECCIÓN EN NIÑOS Y NIÑAS DE 7 -9 AÑOS, POSTERIOR A LA IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE ABUSO SEXUAL EN LA ESCUELA JESÚS DE NAZARETH, LIBERIA, COSTA RICA, NOVIEMBRE-DICIEMBRE 2015”**. El cual ha elaborado para optar por el grado de Licenciatura en Medicina y Cirugía.

He revisado y he hecho las observaciones relativas al contenido analizado, particularmente, lo relativo a la coherencia entre el marco teórico y el análisis de datos; la consistencia de los datos recopilados y, la coherencia entre estos y las conclusiones; asimismo, la aplicabilidad y originalidad de las recomendaciones, en términos de aporte de la investigación. He verificado que se han hecho las modificaciones correspondientes a las observaciones indicadas.

Por consiguiente, este trabajo cuenta con mi aval para ser presentado en la defensa pública.

Atentamente,



Dr. Christian Valverde Solano
Cod. 13482

D. CARTA DEL FILÓLOGO

CARTA DE REVISIÓN DEL FILÓLOGO

San José, 11 de mayo del 2017.

SEÑORES
UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA

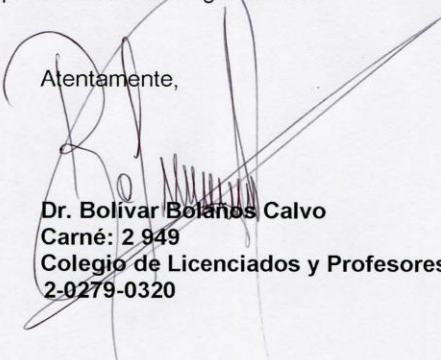
Estimados señores:

Hago constar que he revisado el trabajo de **TESIS** de la estudiante **ANA YARETH GUILLÉN BONILLA**, denominado **CAMBIOS EN LAS CONDUCTAS DE AUTOPROTECCIÓN EN NIÑOS Y NIÑAS DE 7-9 AÑOS, POSTERIOR A LA IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE ABUSO SEXUAL EN LA ESCUELA JESÚS DE NAZARETH, LIBERIA, COSTA RICA, NOVIEMBRE-DICIEMBRE DEL 2015**, para optar por el grado académico de **LICENCIATURA EN MEDICINA Y CIRUGÍA**.

He revisado errores gramaticales, de puntuación, ortográficos y de estilo que se manifiestan en el documento escrito, y verificado que estos fueron corregidos por la autora.

Con base en lo anterior, se considera que dicho trabajo cumple con los requisitos establecidos por la **UNIVERSIDAD** para ser presentado como requerimiento final de graduación.

Atentamente,


Dr. Bolívar Bolaños Calvo
Carné: 2 949
Colegio de Licenciados y Profesores
2-0279-0320

E. CARTA DE CORRECCIONES SOLICITADAS EN LA DEFENSA

San José, 15 de mayo 2017

Srs.
Registro
Universidad Hispanoamericana
Presente.

La estudiante: **Ana Yareth Guillén Bonilla**, cédula de identidad número: 5387288, me ha presentado, para efectos de revisión y aprobación de correcciones, el trabajo de investigación denominado **"CAMBIOS EN LAS CONDUCTAS DE AUTOPROTECCIÓN EN NIÑOS Y NIÑAS DE 7-9 AÑOS, POSTERIOR A LA IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE ABUSO SEXUAL EN LA ESCUELA JESÚS DE NAZARETH, LIBERIA, COSTA RICA, NOVIEMBRE-DICIEMBRE 2015"**, el cual ha elaborado para optar por el grado académico de Licenciatura en Medicina y Cirugía. He verificado que se han incluido las observaciones y hecho las correcciones indicadas. Por lo cual doy mi aprobación al trabajo.



Dr. J. Daniel Pérez F
Ced. 1-1466-0692
Cod. 13481

F. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Carta de consentimiento informado para menores de edad

Estimados Padres de Familia. Reciban un cordial saludo. En la Escuela Nazareth, se llevará a cabo un Programa para aprender y fortalecer conductas de autoprotección para prevención de abuso, será realizado por una estudiante de Medicina y Cirugía de la Universidad Hispanoamericana, para su tesis de grado. Con dicho Programa se realizarán actividades para promover en los niños la autoconfianza y la autoestima, a reconocer cuando se enfrentan a una situación peligrosa y a identificar personas a las cuales acudir para pedir ayuda. Se solicita la participación de niños y niñas de primero, segundo y tercer grado, sin embargo, se aclara que su participación no es obligatoria.

Yo _____, responsable directo del niño (a) _____, de ___ años de edad, concedo mi asentimiento y suministro de manera voluntaria mi permiso para que forme parte del proyecto de investigación médica **“Cambios en las conductas de autoprotección en niños y niñas de 7 a 9 años de edad, posterior a la implementación de un programa de prevención de abuso sexual en la Escuela de Nazareth, Liberia en Noviembre-Diciembre del año 2015”**, después de haber comprendido en su totalidad la información de dicho proyecto, y en el entendido de que:

- La participación de mi hijo no implica ningún tipo de examen físico, sino que formará parte en actividades de conductas de autoprotección.
- No habrá ninguna consecuencia desfavorable para ambos en caso de no aceptar la invitación.
- No habrá ninguna remuneración alguna por la participación.
- Se guardará estricta confidencialidad sobre los datos obtenidos al finalizar el proyecto.

Fecha _____

Nombre y firma del responsable _____

Parentesco con el niño _____

Nombre y firma de la estudiante responsable del proyecto _____

TEST DE PRUDENCIA

1. Si un vecino te invita a su casa para enseñarte unos perritos recién nacidos:

- (A) Lo acompañas, porque te gustan mucho los perritos.
- (B) No lo acompañas ya que no debes aceptar invitaciones si tus padres no lo saben.
- (C) No sabes si acompañarlo o no.

2. Una persona que no conoces, te va a buscar a la salida de la escuela, y dice que va a traerte de parte de tus papás:

- (A) Le dices que no a esa persona, ya que tus padres no te han dicho nada.
- (B) Te vas con esa persona.
- (C) Hablas con esa persona para ver si dice la verdad.

3. Te gustaría hablar de algo malo que te ha pasado, pero tienes miedo que tus padres no te crean:

- (A) Buscas hablar con alguien que te crea (maestra, o la señora que te cuida)
- (B) prefieres no hablar con nadie, quedarte callado y guardar el secreto.
- (C) Piensas que no te van a creer o se van a enojar.

4. Alguien de tu familia te ha hecho algo malo y te dice que no le cuentes a nadie porque te van a echar la culpa:

- (A) No le cuentas a nadie para que no te echen la culpa.
- (B) Buscas a quien contarle lo sucedido ya que piensas que no es tu culpa.
- (C) No sabes qué hacer ya que te sientes un poco culpable.

5. Alguien más grande que vos, te amenaza con golpearte si no haces lo que te pide (por ejemplo: que te quites tu ropa, que toque tus piernas)

- (A) Le obedeces porque tienes miedo.
- (B) Le cuentas de inmediato a una persona en quien tienes confianza.
- (C) No sabes qué hacer y lloras.

6. Un señor en la calle, te dice que es doctor y que quiere examinarte:

- (A) Le dices que no, y le cuentas a alguien de confianza.
- (B) No sabes qué hacer.
- (C) Dejas que te examine.

7. Alguien te pide que te quites la ropa para verte desnudo:

- (A) Dices que sí y te quitas la ropa.
- (B) Te sientes incómodo o incómoda y no sabes qué hacer.
- (C) Le dices que no y te vas, porque crees que eso no es bueno.

8. En la escuela, un niño más grande te habla de sexo y te pide que no le cuentes a nadie:

- (A) Te alejas de él, porque si te pide no contarle a nadie, puede ser malo.
- (B) Lo escuchas porque eso te interesa.
- (C) Te sientes incómodo pero prometes no contarle a nadie.

9. Un adulto quiere que lo veas sin ropa:

- (A) Te vas lejos y buscas a alguien para contarle.
- (B) Te sientes con vergüenza y no sabes qué hacer.
- (C) Aceptas verlo para que no se enoje.

10. Una persona te ofrece dar un regalo (confites, ropa. Juguetes, dinero, una computadora) si permites que toque tu vagina o pene:

- (A) Aceptas, ya que piensas que no tiene nada de malo.
- (B) Dices no, y buscas a alguien de confianza para contarle.
- (C) Conversas con él para ver si sus planes son buenos.

11. Alguien que conoces comienza a tocar tu vagina o pene y te dice que no se lo cuentes a tus padres, a tu maestra ni a nadie:

- (A) Te dejas tocar, porque es alguien que conoces.
- (B) Te sientes mal, pero te dejas tocar porque dudas que esa persona te quiera hacer daño.
- (C) Te alejas y buscas alguien a quien contarle, ya que piensas que nadie debe tocar tu vagina o pene.

12. Un niño más grande te dice que jueguen a quitarse la ropa y a tocarse:

- (A) Le dices que no, te acercas a un adulto de confianza y le cuentas.
- (B) No quieres jugar a eso porque te parece que está mal, pero te da miedo y terminas jugando con él.
- (C) Juegas con él, ya que si es un juego no tiene nada de malo.

13. Alguien a quien quieres mucho te hace caricias (por ejemplo: tocar tu cuerpo pero te sientes incómodo) y eso te hace sentir querido:

- (A) Estás contento.
- (B) Estás contento, pero no te atreves a decirlo.
- (C) No estás contento y les dices a tus padres.