

UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR
FACULTAD DE HUMANIDADES
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA (FDS)

"AUTOCONCEPTO EN NIÑOS ABUSADOS SEXUALMENTE

(Estudio realizado en niños de 5 a 12 años, pacientes de la Clínica Psicológica del Hospital Nacional de El Quiché, de la cabecera departamental de Santa Cruz del Quiché, El Quiché)".

TESIS DE GRADO

KIMBERLY ANICET CANIL CIPRIANO
CARNET 15479-08

QUETZALTENANGO, NOVIEMBRE DE 2014
CAMPUS DE QUETZALTENANGO

UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR
FACULTAD DE HUMANIDADES
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA (FDS)

"AUTOCONCEPTO EN NIÑOS ABUSADOS SEXUALMENTE

(Estudio realizado en niños de 5 a 12 años, pacientes de la Clínica Psicológica del Hospital Nacional de El Quiché, de la cabecera departamental de Santa Cruz del Quiché, El Quiché)".

TESIS DE GRADO

TRABAJO PRESENTADO AL CONSEJO DE LA FACULTAD DE
HUMANIDADES

POR

KIMBERLY ANICET CANIL CIPRIANO

PREVIO A CONFERÍRSELE

EL TÍTULO DE PSICÓLOGA EN EL GRADO ACADÉMICO DE LICENCIADA

QUETZALTENANGO, NOVIEMBRE DE 2014
CAMPUS DE QUETZALTENANGO

AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR

RECTOR: P. EDUARDO VALDES BARRIA, S. J.
VICERRECTORA ACADÉMICA: DRA. MARTA LUCRECIA MÉNDEZ GONZÁLEZ DE PENEDO
VICERRECTOR DE INVESTIGACIÓN Y PROYECCIÓN: DR. CARLOS RAFAEL CABARRÚS PELLECCER, S. J.
VICERRECTOR DE INTEGRACIÓN UNIVERSITARIA: P. JULIO ENRIQUE MOREIRA CHAVARRÍA, S. J.
VICERRECTOR ADMINISTRATIVO: LIC. ARIEL RIVERA IRÍAS
SECRETARIA GENERAL: LIC. FABIOLA DE LA LUZ PADILLA BELTRANENA DE LORENZANA

AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE HUMANIDADES

DECANA: MGTR. MARIA HILDA CABALLEROS ALVARADO DE MAZARIEGOS
VICEDECANO: MGTR. HOSY BENJAMER OROZCO
SECRETARIA: MGTR. ROMELIA IRENE RUIZ GODOY
DIRECTORA DE CARRERA: MGTR. GEORGINA MARIA MARISCAL CASTILLO DE JURADO

NOMBRE DEL ASESOR DE TRABAJO DE GRADUACIÓN

LIC. JORGE ARMANDO PEREZ ORELLANA

REVISOR QUE PRACTICÓ LA EVALUACIÓN

LICDA. ELENA FABIOLA HURTADO BONATTO

AUTORIDADES DEL CAMPUS DE QUETZALTENANGO

DIRECTOR DE CAMPUS: ARQ. MANRIQUE SÁENZ CALDERÓN

SUBDIRECTOR DE INTEGRACIÓN UNIVERSITARIA: P. JOSÉ MARÍA FERRERO MUÑIZ, S.J.

SUBDIRECTOR DE GESTIÓN GENERAL: P. MYNOR RODOLFO PINTO SOLÍS, S.J.

SUBDIRECTOR ACADÉMICO: ING. JORGE DERIK LIMA PAR

SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO: MGTR. ALBERTO AXT RODRÍGUEZ

Quetzaltenango, 18 de Agosto de 2014

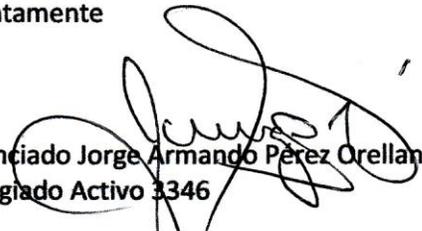
Ingeniero
Jorge Derik Lima Par
Sub-director Académico
Universidad Rafael Landívar
Campus de Quetzaltenango
Ciudad

Distinguido Ingeniero:

Por este medio y en cumplimiento a lo preceptuado en el Reglamento de Tesis y de Investigación de la Facultad de Humanidades, me permito presentarle el informe sobre la tesis **"AUTOCONCEPTO DE NIÑOS DE 5-12 AÑOS ABUSADOS SEXUALMENTE"** elaborada por la alumna **KIMBERLY ANICET CANIL CIPRIANO**, quien se identifica con carné número **1547908**, dicha tesis llena todos los requisitos para dictaminar que ha sido **APROBADA**

Por lo que tengo el agrado de informarle que de acuerdo a mi criterio, cumple con las condiciones requeridas por la Universidad.

Atentamente



Licenciado Jorge Armando Pérez Orellana
Colegiado Activo 3346

 Lic. Jorge A. Pérez Orellana
PSICOLOGO
Colegiado Activo 3346
Colegio de Psicólogos
de Guatemala

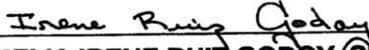
Orden de Impresión

De acuerdo a la aprobación de la Evaluación del Trabajo de Graduación en la variante Tesis de Grado de la estudiante KIMBERLY ANICET CANIL CIPRIANO, Carnet 15479-08 en la carrera LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA (FDS), del Campus de Quetzaltenango, que consta en el Acta No. 05772-2014 de fecha 20 de noviembre de 2014, se autoriza la impresión digital del trabajo titulado:

**"AUTOCONCEPTO EN NIÑOS ABUSADOS SEXUALMENTE
(Estudio realizado en niños de 5 a 12 años, pacientes de la Clínica Psicológica del Hospital Nacional de El Quiché, de la cabecera departamental de Santa Cruz del Quiché, El Quiché)".**

Previo a conferírsele el título de PSICÓLOGA en el grado académico de LICENCIADA.

Dado en la ciudad de Guatemala de la Asunción, a los 20 días del mes de noviembre del año 2014.



**MGTR. ROMELIA IRENE RUIZ GODOY, SECRETARIA
HUMANIDADES
Universidad Rafael Landívar**

Agradecimiento

- A Dios:** Por ser mi Padre, quien me ha adoptado como su hija. Él es quien me ama, me afirma, me provee, me cuida y me corrige.
- A Jesús:** Por traer salvación a mi vida y a través de Él he encontrado el sentido de mi vivir.
- Al Espíritu Santo:** Por ser mi amigo fiel y guiar mi vida a toda verdad.
- A mis Padres:** Diego Canil y Tomasa Cipriano, en especial a mi madre quien por muchos años ha jugado el papel de mamá y papá para mí, gracias por tu amor y por tu confianza.
- A mis Hermanos:** Ceasar, Edy y Sulmy, por ser mi inspiración para alcanzar las metas que me propongo, gracias por el apoyo emocional y moral durante todo este tiempo.
- A mis Pastores:** JC Junior y Linda Pixcar, German y Sofía Pérez, por confiar en mí y retarme a ser mejor persona en cada etapa de mi vida.
- A mis Líderes:** Gracias por ser parte de mi formación, por el apoyo espiritual, moral y emocional que me han brindado, gracias por inspirar mi vida, he visto a través de ustedes que si se hacen bien las cosas a su tiempo viene la recompensa.

A mis Amigos y

Amigas: El tesoro máspreciado de este mundo es la amistad. Cada uno de ustedes ha aportado algo significativo para mí, Dios me permitió conocerlos y tenerlos como amigos, gracias por su apoyo moral, económico, emocional y por todos aquellos favores que me hicieron, aportaron para que ese sueño de hace unos años atrás se hiciera hoy una realidad.

**Al Hospital Regional
de Santa Cruz del**

Quiché, El Quiché: Gracias por abrir las puertas de la institución para mi formación profesional.

**A la Licda. Aracely
Castillo, Psicóloga
del Hospital Regional
de Santa Cruz**

del Quiché: Gracias por la confianza hacia mi persona, gracias por dedicar tiempo en mi formación académica y profesional, gracias por su apoyo moral, por su comprensión y amistad.

**Al Lic. Gonzálo
Gómez Cifuentes
del MP de Santa
Cruz de El Quiché,**

El Quiché: Por su apoyo en el proceso de tesis y su confianza hacia mi persona.

**Al Lic. Francisco
Mendoza de la PGN
de Santa Cruz de El**

Quiché, El Quiché: Por su confianza hacia mi persona y por su colaboración en el desarrollo de este estudio.

A mis Catedráticos y

Catedráticas de la URL,

Quetzaltenango: Por su dedicación en mi formación como personas y académica, gracias por compartir sus experiencias y conocimientos, esto ha servido para comprender que el trabajo de un psicólogo no está en la cantidad de dinero que se recibe sino en ver al paciente superar esos traumas y que se reincorpore una vez más a la vida normal, esa es la mayor satisfacción.

Al Departamento de

Becas de la Universidad

Rafael Landívar,

Quetzaltenango: Por tomar en cuenta mi persona para ser parte del programa, le doy gracias a Dios por ese tiempo ya que me permitió continuar con mis estudios.

A mis Compañeros

de la Universidad: Gracias por su compañerismo, cooperación, comprensión y su amistad, aún tengo buenos recuerdos de nuestro grupo, donde quiera que estén les deseo lo mejor en su labor como psicólogos y psicólogas.

Dedicatoria

A todos aquellos individuos e instituciones que dedican su vida para ayudar a aquellos niños que han quedado al desamparo ante esta sociedad, que no sólo se enfocan en mejorar sus condiciones o calidad de vida sino en formarlos para ser mejores personas a nivel espiritual, emocional, físico y académico.

A toda la niñez guatemalteca que no sólo son el futuro sino también el presente de nuestro país, lo que se siembre en ellos ahora eso será lo que cosecharemos en los años venideros.

A todas las personas que luchan para salir adelante a pesar del contexto de donde nacieron o de las condiciones en las que viven, que con determinación deciden confrontar la vida, que aceptan el reto de cambiar primero para impactar la vida de otros.

Índice

	Pág.
I. INTRODUCCIÓN	1
1.1 Abuso sexual	16
1.1.1 Definición	16
1.1.2 Abuso	16
1.1.3 Abuso sexual	17
1.1.4 Contexto histórico del abuso sexual.....	18
1.1.5 Contexto del abuso sexual en Guatemala	21
1.1.6 Abuso sexual en niños	23
1.1.6.1 Incesto	25
1.1.7 Contexto en que ocurre abusos sexuales.....	26
1.1.8 Falsas creencias del abuso sexual en niños	27
1.1.9 Victimización sexual	27
1.1.10 Características de los abusadores sexuales de niños.....	28
1.1.11 Consecuencias del abuso sexual en niños	30
1.1.12 Factores que influyen en el impacto de un abuso sexual.....	34
1.1.13 Tratamiento	34
1.1.13.1 Objetivos del tratamiento	38
1.1.13.2 Abordaje de intervención	39
1.1.14 Referencias legislativas que amparan a los niños	44
1.2 Autoconcepto.....	48
1.2.1 Definición	48
1.2.2 Desarrollo del autoconcepto	49
1.2.3 Autoconcepto en el niño.....	50
1.2.4 La formación del sí – mismo en la familia.....	53
1.2.5 El autoconcepto y el aspecto físico	55
1.2.6 Modalidades de autoconcepto	55
1.2.7 Teoría de la auto-discrepancia Higgins	56
1.2.8 El autoconcepto en edades tempranas	60

1.2.8.1	Etapa del sí primitivo.....	60
1.2.8.2	Etapa del sí mismo exterior	60
1.2.8.3	Etapa del sí mismo interior	60
1.2.9	Pautas para el desarrollo del autoconcepto	61
II.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	62
2.1	Objetivos.....	63
2.1.1	Objetivo general.....	63
2.1.2	Objetivos específicos	63
2.2	Hipótesis	63
2.3	Variables	63
2.3.1	Definición de variables	64
2.3.1.1	Definición conceptual	64
2.3.1.2	Definición operacional.....	64
2.4	Alcances y límites	65
2.5	Aporte.....	65
III.	MÉTODO	67
3.1	Sujetos	67
3.2	Instrumentos	67
3.3	Procedimientos	68
3.4	Diseño y metodología estadística	69
IV.	PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	72
V.	DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	74
VI.	CONCLUSIONES	88
VII.	RECOMENDACIONES	89
VIII.	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	91
	ANEXOS.....	96

Resumen

El abuso sexual es una expresión de violencia que se establece en una relación de dominio para involucrar al niño en actividades sexuales, que por la edad, madurez e inocencia no llega a percibir completamente lo que le sucede y que no está en condiciones de dar aprobación orientada.

Este tipo de injusticia ha acontecido a lo largo de la historia de la humanidad y en todas las culturas. Las víctimas pueden ser de cualquier edad, sexo, religión o clase social. El abusador no siempre es un hombre, hay mujeres que también dañan la integridad de los pequeños.

A pesar de las leyes en favor hacia los niños, ellos aún sufren constantes abusos, los programas de prevención son deficientes, la investigación es escasa y la aplicación de una sanción a los abusadores es lenta.

El autoconcepto es la imagen que se tiene de sí mismo, se va integrando desde los primeros años de vida, esto establecerá la autoestima y determinará los pensamientos, sentimientos y la conducta del ser humano. La formación de la imagen del individuo no sólo se basa en lo que él percibe de sí, o en las características, inspiraciones e impulsos que el Creador ha dotado en él, sino también se basa en la información resultante de las experiencias con la sociedad.

El niño abusado sexualmente presenta un bajo autoconcepto, según los resultados obtenidos a través de éste estudio debido a que no existe congruencia con lo que los demás le dicen que es (un niño juega, es feliz, es inocente), con los daños que le han provocado.

INTRODUCCIÓN

En Guatemala existen varios hogares donde los adultos abusan de la confianza y la autoridad para someter a los más indefensos en actividades que van en contra de la dignidad y los derechos que les pertenecen, y entre esos atentados está el abuso sexual, que es implicar a los niños, niñas y adolescentes en acciones sexuales que no perciben y para las cuales no están preparados de dar aprobación. El abuso sexual se da cuando un adulto o adolescente mayor tiene acercamiento físico con un menor para excitarse y gratificarse sexualmente, también se da cuando un infante tiene una diferencia de edad de cinco años, marcada por una incompatibilidad psicosexual, que abarca acciones de demostraciones, manipulaciones, frotación de genitales o masturbación, donde se hace uso de la fuerza moral y física, el temor, el dominio, el engaño, la intimidación, el cohecho o la coerción.

Los niños víctimas de abuso sexual en muchas ocasiones no demuestran daño físico, debido a la tipología del hecho delictivo y es que en la mayoría de casos el daño no es principalmente físico sino psicológico. Este acarrea consecuencias emocionales tales como: baja autoestima, trastorno de estrés postraumático, trastorno bipolar y depresivo, síntomas y trastornos de ansiedad, trastorno límite de la personalidad, alexitimia, trastornos de conducta, ideación y conductas suicidas, conductas autodestructivas, problemas de relación: dificultades en la relación de pareja, aislamiento y ansiedad social, dificultades en la crianza de los hijos, problemas de conducta y adaptación social: hostilidad, problemas sexuales: maternidad temprana, prostitución y revictimización, sexualidad insatisfactoria y disfuncional. Problemas funcionales: dolores físicos, trastornos de la conducta alimentaria, crisis convulsivas psicósomáticas, trastornos de conversión, trastorno de somatización, desórdenes ginecológicos, trastorno disociativo y tendencia al abuso de sustancias.

Los infantes que son víctimas sexuales tienen menos capacidad social para adaptarse a nuevos contextos, presentan bajo rendimiento académico y un alto porcentaje de abandono escolar en contraste con niños y niñas no victimados. También se afecta la capacidad de resiliencia del individuo. Estudios relacionados al tema demuestran que son los más propensos a mayores estados depresivos, promiscuidad sexual, disociación cognitiva, así como baja autoestima. Se

presenta una alta incidencia en conductas violentas, coeficiente de inteligencia bajo, deficiencia de madurez psicomotriz, problemas hormonales e inicio en conductas sexuales prematuras.

En muchos casos, el conocimiento de que el niño o niña ha sido abusado(a) sexualmente viene a repercutir en la forma de percibirse a sí mismo, ejerce una influencia significativa en la vida del niño. De manera que, la experiencia de haber sido abusado sexualmente perjudica la estima del infante, estableciendo una actitud valorativa desfavorable hacia el propio yo, es decir, un deterioro en el autoconcepto, entendiendo éste como el conjunto de actitudes que el individuo posee hacia su propia persona, el conocimiento respecto a las propias capacidades, sentimientos, habilidades, apariencias y aceptación social, que se cimienta por la interacción a partir de las relaciones interpersonales.

Las secuelas del maltrato y descuido hacia los niños pueden causar un bajo autoconcepto pero en el abuso sexual tiene un efecto directo en esta área, mucho más alta que en niños o niñas víctimas de otros tipos de abuso. El autoconcepto de niños abusados sexualmente se ve alterado, sufren de distorsiones cognoscitivas sobre el yo; por lo que viven aislados o se relacionan pero en el interior experimentan incertidumbre, por lo que la detección precoz de éste fenómeno ayuda a la intervención y restauración temprana de la víctima, por ello se contemplan algunos criterios de autores que han estudiado la temática a tratar.

Asociación Andaluza para la Defensa de la Infancia y la Prevención del Maltrato Infantil (ADIMA), (como se citó Portillo, 2004) indica que los efectos del abuso sexual pueden variar de corto a largo plazo, entre las consecuencias a corto plazo está el Síndrome de acomodación al abuso sexual infantil y el Síndrome de Stress Postraumático, y a largo plazo, la presencia de trastornos disociativos de la personalidad como: la toxicomanía, el alcoholismo y conductas criminales, sin hacer mención de las graves complicaciones en el ajuste sexual.

Las consecuencias son desiguales si el abusador es un integrante o allegado a la familia, un extraño u otro niño (no obstante se hace referencia del abuso sexual cuando está en una posición de autoridad o control sobre ella o cuando el culpable es significativamente mayor que la víctima; asimismo es diferente si la relación sexual ha sido violenta o no). Los abusos dentro del ámbito

familiar suelen ser más traumáticos, ya que el infante admite además emociones opuestas en relación a la protección, la confianza, y el cariño que se espera de parte de los familiares.

No todos los niños viven el trauma de una misma forma, por lo que cada uno presenta un grado de afección y las secuelas son incomparables.

Arruabarrena, Cantón y Cortés (como se citó Portillo, 2004) expresan que, los niños después de ser abusados presentan manifestaciones negativas como: tristeza, confusión, miedo, impotencia, irritabilidad, agitación, autorreproche, culpa, retraimiento y estigmatización, así también dificulta las relaciones interpersonales, mostrando déficit en las habilidades sociales, suspicacia hacia los demás, aislamiento social o a veces, desconfianza hacia personas del sexo agresor, impulsividad, baja autoestima, trastorno de la alimentación o del sueño, desorientación, fugas del domicilio, problemas escolares, labilidad, depresión, conductas autodestructivas o suicidas.

La Academia Americana de Psiquiatría Infantil y del Adolescente (AACAP, 2004) en la página de internet, publicó el mes de julio el tema, el abuso sexual a los niños, donde argumenta que el problema debe ser reconocido, para establecer un final al abuso y que el niño sea atendido por profesionales para su restablecimiento integral. El abuso sexual es un hecho devastador, donde el daño emocional y psicológico afecta al niño a largo plazo.

El abuso sexual puede desarrollarse en el contexto familiar, a manos del padre o de la madre, de un padrastro, hermano(a) u otro pariente; o fuera del hogar, por ejemplo, por un conocido, un amigo, la persona que lo cuida, un maestro, un vecino o un desconocido. Cuando el abuso sexual ha acontecido, el niño tiende a manifestar una variedad de pensamientos, sentimientos y comportamientos angustiantes.

No existe niño preparado psicológicamente para asimilar la sobre-estimulación sexual repetitiva. Aun los niños de dos o tres años que no pueden saber que la actividad sexual es incorrecta, desarrollarán problemas como resultado de la inhabilidad para hacerle frente a la sobre estimulación. El niño de cinco años o más que conoce y estima al que lo abusa se siente atrapado entre la lealtad y el afecto que afirma hacia ese individuo y la impresión de que las acciones

sexuales cometidas son horriblemente malas. Si el infante trata de romper con las relaciones sexuales que la persona lo obliga a realizar genera amenazas o privación de afecto hacia el menor.

Cuando el abuso sexual ocurre en el contexto familiar el niño tiende a tener miedo, ira, celos o vergüenza de otros miembros de la familia o puede temer que la familia se desintegre si se descubre el secreto, por lo que, en la mayoría de los casos prefieren callar.

El niño que es abusado sexualmente por un tiempo prolongado, generalmente desarrolla sentimiento de minusvalía y pérdida de autoestima, al mismo tiempo percibe una perspectiva anormal de la sexualidad. El niño víctima puede tornarse muy retraído, desconfiar de todos los adultos y puede llegar a considerar el suicidio.

Algunos niños que han sido abusados sexualmente presentan dificultad para establecer relaciones con otras personas, exceptuando que estas relaciones tengan una base sexual. Otros niños que han sido abusados sexualmente se convierten en abusadores de niños en la edad adulta, optan por la prostitución, o cuando lleguen a ser adultos pueden tener otros problemas serios, como: inestabilidad emocional, ideas irracionales, desintegración familiar.

Muchas veces en el niño no hay señales físicas de abuso sexual, algunos signos pueden ser reconocidos mediante un examen físico por un médico, sólo si el suceso es reciente. Si el abuso sexual sucedió hace un tiempo atrás es difícil tener evidencias físicas a menos que el daño haya dejado rasgos bien marcados.

Pallamares (2004) en el artículo publicado en internet el seis de noviembre, Indicadores Psicológicos, Emocionales, Familiares, Conductuales y Físicos del Abuso Sexual en la Infancia y el Incesto, expone que el abuso sexual infantil se da constante en todas las culturas, un flagelo presente y de todas las épocas. El abuso sexual infantil presenta efectos sumamente devastadores para la estructuración de la personalidad, forma uno de los traumas psíquicos más penetrantes y causa heridas de gran dimensión en lo emocional, lo que hace muy difícil predecir cómo sanará la psique y cuáles serán las consecuencias.

Los puntos a considerar para averiguar las secuelas del abuso sexual, están ligados a: a) el período de tiempo transcurrido desde el principio de los acercamientos; b) el tipo de conducta abusiva; c) el tipo de vínculo o de la relación con él/los abusador/es; d) la reacción del contexto antes estos acontecimientos y e) el soporte familiar y social con que cuente el menor.

Es complicado el diagnóstico del abuso infantil por distintas razones, ya que son sucesos que ocurren en lo secreto y que sólo los implicados conocen: niños y abusadores. El adulto ofensor usualmente niega firmemente las sospechas de otros adultos o las narraciones de los niños abusados o de niños que vieron hechos cometidos por éste. Sin reconocer el gravamen, llega a cuestionar, incluso, la salud mental de la víctima, mientras que todo el grupo familiar, influenciado por los aspectos positivos del abusador o manipulado directamente por él, se adjunta al descreimiento.

Además es normal que las personas que intervienen en estos casos (familiares, maestros/as, profesionales) manifiesten dubitativas y desconfianza en relación a los niños, por numerosas razones. En primer lugar no existen centros especializados para asesorarse por lo que carecen de información adecuada. También porque en la mayoría de casos los abusos sexuales ocurren directamente en las familias de los alcohólicos y drogadictos por lo que los hijos se encuentran en una situación desprotegida y que a la vez viven carentes de afecto, así como en las familias con bajos niveles educativos, que por la falta de información y orientación, los hijos se encuentran expuestos a sufrir tales vejámenes. O que, las víctimas, debido a la edad, tienden a mentir más que los adultos. Se resiste a creer que un individuo pacífico, trabajador, buen vecino, a quien se conoce desde hace bastante tiempo, pueda comportarse de esta manera con un(a) hijo(a), un(a) pariente, la (el) hija(o) del mejor amigo o del vecino. En otros casos, las víctimas manifiestan los hechos a través del comportamiento, aunque los adultos no llegan a decodificar y captar estas señales.

El abuso sexual es un tema complejo por lo que validar un diagnóstico resulta delicado, asimismo por las implicaciones legales a corto plazo y las emocionales a futuro.

Según el período de la experiencia traumática que esté pasando el niño, los indicadores psíquicos recubrirán diferentes características: en el tiempo en que el abuso sexual está iniciando es más usual que manifieste signos y síntomas relacionados con estrés postraumático mientras que, en la etapa crónica, se presentarán conductas relacionadas al síndrome de acomodación relacionada a la victimización reiterada.

Fuentes (2011) en el trabajo de Tesis, Abuso Sexual Infantil Intrafamiliar, cita que el abuso sexual infantil no respeta a ningún grupo social, ya que puede suceder en familias de alto nivel socioeconómico y educativo. El tipo de familia más propensa para la producción de un abuso sexual intrafamiliar es aquella en la que los roles y funciones de los integrantes de la familia están confundidos, difusos, suplantados o ausentes. No discrimina edades y lugares, por lo que favorece al desarrollo de ambientes incestuosos. En otras familias la prohibición de la transgresión se traslada a la palabra, en ellas es indebido platicar del suceso. El poder que ejerce el progenitor hace que la madre se someta a él y en diversos casos manifiestan la pasividad materna que abandonan al niño desvalido ante la satisfacción del abusador.

Los resultados que arrojan el estudio exploratorio - descriptivo demuestra que por la complejidad del tema es necesario un abordaje interdisciplinario ya que confluyen factores bio-psico-sociales y legales. Indica que si no se trabaja desde esta modalidad, se obstaculiza el descubrimiento, tratamiento y rehabilitación de los niños abusados, a la vez se corre el riesgo de provocar una intervención equivocada que acabará por victimizar de nuevo a esos niños y niñas que sufren esta depravación.

Concluye que el abuso sexual infantil es un asunto escandaloso para revelar, denunciar y tratar, a partir de las perspectivas que se procura abordar. Intervenir y dar tratamiento a las víctimas es una tarea difícil pero necesaria. Propone la participación de otros profesionales para abordar este tema, con el fin de prevenir y darle una atención oportuna al niño, propone concientizar a la comunidad a través de charlas entendiendo que cuanto mayor sea el número de personas que se informen acerca del problema, mayor será la posibilidad de lograr la prevención destinada a evitar el daño. En el ámbito escolar se deberían realizar talleres destinados a docentes, directivos

y profesionales de los gabinetes psicopedagógicos, los cuales deben ser llevados a cabo por personal especializado en la temática, para que desde el centro educativo el niño reciba soporte.

Intebi (2012) psicóloga y psiquiatra infantil, en el Boletín Documental de Asuntos Sociales, Gizarte Ramatuz del mes de julio, en las páginas 10 y 11, argumenta que el abuso sexual infantil es un hecho que no se da un momento a otro, sino se da en el contexto donde ya sucedió otra tipología de maltrato anteriormente.

Existe un contraste entre los niños y niñas en cuanto a la posibilidad de ser víctimas de abuso sexual. Regularmente las niñas son las principales víctimas, aunque en los posteriores años, surgen más denuncias de niños que han sido victimizados.

En casos de denuncias por abuso sexual a menores, en el momento de la intervención, conviene tomar todas las medidas necesarias, para impedir que los abusos se reiteren. Y esto, en la práctica a veces arroja otros resultados, ya que pueden complicarse, además existen casos donde la sospecha de que el pequeño está siendo víctima de abuso sexual durante meses o años y sale a luz después de tanto tiempo, ya sea porque se descubran o bien uno de los dos (víctima o abusador) lo llega a confesar.

Echeburúa y Guerricaechevarría (2011) en el artículo descargado de internet, Tratamiento psicológico de las víctimas de abuso sexual infantil intrafamiliar: un enfoque integrador, Vol. 19, Nº 2, pp. 469-486, indican que cuando se presenta un trastorno en el niño abusado, las propuestas de intervención son varias, por ejemplo: terapias de juego, psicodrama, procesamiento cognitivo y el reprocesamiento por medio de movimientos oculares rápidos, entre otros, pero que sólo la terapia cognitivo – conductual demuestra resultados terapéuticos eficaces, para poder confrontar los síntomas del post- trauma y los problemas conductuales.

Durante la intervención psicológica se debe priorizar y garantizar la seguridad del pequeño para evitar que ocurran nuevos sucesos, proponen un programa integrado de 8 a 20 sesiones, que incluya al menor y los familiares, y las siguientes áreas: las emociones, las conductas alteradas y

las cogniciones, con la finalidad de reformar al abusado y fortalecer las capacidades de la familia para apoyar al menor.

Cada caso de abuso es diferente por lo que la intervención debe ser adaptable y flexible a la personalidad de cada víctima, a las circunstancias y características del hecho, así como a las necesidades específicas descubiertas como: el cuidado deficiente de parte de los padres o uno de estos, la convivencia del menor con el abusador, la gravedad del abuso. En casos donde los niños aún no tienen la capacidad de asimilar los componentes de la terapia cognitiva, además de la prevención de la revictimización, se debe realizar intervenciones como: ejercicio físico, actividades sencillas para el cuidado corporal, actividades recreativas y sociales. Cada una de estas instrucciones permite la recuperación del menor y a la vez mejoran la imagen de sí mismos y estimular una sensación de control.

Concluyen que existen dos retos que se deben de retomar: contar con indicadores objetivos que permitan tomar las decisiones adecuadas entre las distintas alternativas posibles y no necesariamente excluyentes: el retiro del agresor del contexto familiar, separación del niño o de la niña de los padres, el tratamiento de la víctima, terapia del agresor o el tipo de apoyo social que necesita la familia y el otro reto es definir el tipo de intervención que exige los casos de abuso sexual en niños de edad preescolar, que hasta la fecha son casos poco estudiados.

Pool (2006) en el artículo descargado de internet, Análisis desde el modelo traumatogénico de los indicadores gráficos asociados a agresiones sexuales infantiles en la prueba persona bajo la lluvia, Vol.15, N° 1, 45-55, refiere que el modelo traumatogénico de las agresiones sexuales infantiles (Finkelhor & Browne, 1985) se basa en cuatro dinámicas que lo diferencia de otros traumas, como lo causado por la separación del hijo de los padres. Este tipo de agresión trastorna la orientación emocional y cognitiva del menor hacia el mundo y crea una distorsión en el autoconcepto. Las cuatro dinámicas traumatogénicas son: sexualización traumática; se refiere al proceso en que la sexualidad del niño/a se desarrolla de forma inapropiada y disfuncional, así como el repertorio inadecuado de conductas sexuales, asociaciones emocionales inusuales de la actividad sexual y distorsión del autoconcepto sexual, traición; resulta cuando el menor descubre que alguien de quien su vida depende le ha dañado y este sentimiento no solo es dirigido hacia

el agresor sino a los familiares que no han podido o querido protegerlo, también puede experimentar traición cuando después de revelar el hecho no se le cree, indefensión; se le dice a los procesos en que el sentido de eficacia, los deseos y la voluntad del niño/a son continuamente transgredidos, por ejemplo, cuando ocurre el abuso sexual en repetidas ocasiones e invade la voluntad, espacio corporal y el territorio del/la menor, estigmatización; representa a las connotaciones negativas que le son transmitidas al menor, como culpa, maldad y vergüenza, que a la vez pueden ser transmitidas por el abusador, quien culpa al niño/a de la actividad. También es la creencia equivocada de que se es el único que ha vivido una experiencia abusiva y que los demás lo rechazan por haber experimentado este tipo de vivencia.

Garardi y Pool (como se citó en Pool, 2005) realizaron un estudio descriptivo y comparativo para evaluar la presencia o ausencia de 45 indicadores relacionados al abuso sexual infantil a través de la prueba Persona Bajo la Lluvia (PBL). Este test interpreta "la imagen corporal del individuo bajo condiciones ambientales desagradables, tensas, en los que la lluvia representa el elemento perturbador" (Querol & Cháves, 1997, p. 19), para la administración de esta prueba se le pide al evaluado que dibuje una persona, en la forma que quiera. Se requiere de una hoja en blanco, lápiz y crayones. Se puede aplicar a sujetos de todas las edades y no hay tiempo específico para su aplicación, va a depender de la habilidad del sujeto en realizar el dibujo.

En la investigación realizada se trabajó con un grupo de 39 niños/niñas de entre 9 a 11 años, los pequeños correspondía a un grupo socio-económico bajo. Para el análisis de los datos se utilizó la Prueba de la Probabilidad Exacta de Fisher y en base a ello arrojó siete indicadores gráficos en la prueba PBL relacionados a agresiones sexuales hacia los menores. Los indicadores son: ausencia de piso; manifiesta ansiedad, falta de apoyo y necesidad de seguridad, sonrisa maníaca; refleja negación de la realidad, lluvia sectorizada; representa a las presiones, ausencia de paraguas; muestra falta de defensa, cabeza grande; manifiesta excesiva preocupación, la fantasía y la perseverancia de ideas relacionadas y asociadas a la vivencia sexual abusiva, ausencia de entorno; sensación depresión y vacío, aislamiento y posible aborrecimiento a las relaciones interpersonales, brazos cortos; refiere a los sentimientos de culpabilidad o vergüenza.

Los resultados confirman la hipótesis, que los niños abusados sexualmente manifiestan en las producciones gráficas el daño psicosocial que ocasionó este tipo de experiencias.

Concluye que es posible enlazar los indicadores gráficos relacionados a agresiones sexuales infantiles en el test PBLI con las dinámicas traumatogénicas, debido a que en los datos arrojados por la prueba PBLI se asocian a las variables traumatogénicas.

Ramos (2004) en trabajo de Tesis, Autoconcepto bajo como consecuencia del maltrato infantil psicológico, cita que el niño forma el autoconcepto y la adecuada imagen no por una predeterminación propia, sino que acumula información de los adultos, que son significativas en la existencia del infante: padres, hermanos u otros familiares, amigos, maestros o compañeros.

En el estudio realizado, manifiesta un mayor porcentaje de autoconcepto bajo en el área familiar, según los datos proyectados por el test escala de percepción del autoconcepto infantil EPAI- 95, por lo que expresa que los padres y familiares constituyen gran parte de la formación del autoconcepto en los niños.

Asimismo, hace mención de que los niños pasan la mayor parte del tiempo en la escuela o colegio, junto al maestro y compañeros, las cuales también son personas significativas con un considerable poder de influencia que contribuyen en la formación del autoconcepto del infante.

Concluye que, el autoconcepto infantil es todo un desarrollo que sobrelleva cambios, tanto cualitativos y cuantitativos. Los niños descubren gradualmente una mayor cantidad de rasgos de sí mismos, tanto físicos, emocionales, como sociales y psicológicos. Así como la importancia de enseñar que en la formación del autoconcepto, los padres de familia juegan un papel muy importante.

Rodríguez (2007) en el artículo publicado el 10 de octubre, en la página de internet de la Asociación Sevillana de Esclerosis Múltiple, indica que el autoconcepto es la imagen que mentalmente uno se hace de sí mismo, valorando las virtudes y defectos, tanto físicos como psíquicos.

El autoconcepto se comienza a constituir durante las primeras experiencias, es decir, a partir del nacimiento, en ésta etapa se inicia por descubrir voces, sonidos y colores, se va fortaleciendo cuando uno descubre que se es una persona independiente y diferente a los demás.

El desarrollo del autoconcepto es más complejo de lo que se puede llegar a creer, ya que no es un todo o nada, sino que es un proceso que dura toda la vida. La percepción que se tiene de uno mismo, no es incambiable, sino que se logra cambiar, y se forja en función a las experiencias, deseos, preferencias y sensaciones, que se van modificando continuamente. También la imagen se transforma debido a la relación que se mantiene con los demás, una conversación constante, se cambia a un pensamiento hablado, que es retroalimentado a través de compartir experiencias y puntos de vistas con otros. Como consecuencia del significado que otros le dan a algo que han vivido o sentido, motiva a replantear de nuevo los propios pensamientos, para crear otro punto de vista ante la propia realidad.

El autoconcepto no se crea sólo como efecto de la percepción; sino igualmente se fundamenta y modifica gracias a la comunicación y relación con los demás. Si no se pertenece a un grupo y se comparte, no hay crecimiento humano.

Si la relación con los demás es positiva el autoconcepto es más equilibrado. Existen relaciones que no son tan efectivas y el dominio que puede causar sobre uno mismo es a veces demasiado grande y en ocasiones negativa. Esto ocurre regularmente en los adolescentes y en aquellas personas que poseen una personalidad poco definida, y cuando tienen sentimientos de inferioridad, tienden a perder el ánimo de aprender, de progresar, de trabajar o esforzarse, por lo tanto consiguen el fracaso personal y académico.

Está demostrado que las personas que muestran un autoconcepto positivo, disfrutan de una mayor capacidad para desenvolverse de forma independiente, asumen responsabilidades y toman decisiones, enfrentan retos y presentan una mayor tolerancia a la frustración, ven los fracasos y las contradicciones como oportunidades para descubrir otros potenciales y las afrontan de la mejor manera.

Esto demuestra que el autoconcepto ayuda a la persona a percibir la realidad y los cambios que se dan a diario, también a tener un mayor control emocional. El desarrollo de una percepción positiva y un espíritu crítico durante el crecimiento del niño le permitirá dar respuestas a las desgracias y le ayudará a asumir los tropiezos que se presenten en esta etapa.

Por lo tanto, es importante conocer el autoconcepto en los más pequeños, para tener el conocimiento y la ventaja de estar al tanto de los hechos que les están ocurriendo, así como entender el valor que le están dando a los fracasos sufridos por ellos, así como los mecanismos de defensas que pongan en práctica ante los acontecimientos de la vida.

Goñi (2009) en el artículo descargado de internet, del Programa de Doctorado: Psicodidáctica El autoconcepto: estructura interna, medida y variabilidad, indica que el autoconcepto ha tendido a ser percibido por mucho tiempo como un constructo inherente, como una autopercepción integral. Cita a William James (1890), calificado como el primer psicólogo científico, quien señala la diferencia entre el self que concierne a la psicología y que el ego debe atender la filosofía, entre los cuales se logran diversificar tres tipos constituidos jerárquicamente: el self social, el self espiritual y el self material; con ello delinea lo que períodos más tarde se nombrará concepción multidimensional del autoconcepto. También recuerda que Mead y Cooley (1970) se apoyaban en la diferencia realizada por James para distinguir un yo (el individuo que actúa) y un mí (las actitudes de los demás hacia uno mismo), incidiendo mayormente en la vertiente del self social, discrepando dentro del mismo varias imágenes en función de los roles que el sujeto desempeña en las diferentes ámbitos de la vida.

Estos planteamientos iniciales influyen en los trabajos de autores posteriores como Brookover, Thomas, y Patterson (1964), Rosenberg (1965), Coopersmith (1967) o Marx y Winne (1978), quienes sustentan que el autoconcepto se halla potentemente oprimido por un elemento general, por lo que no logra distinguirse apropiadamente como partes aisladas del mismo. Establecen, como resultado, el autoconcepto como un constructo total, el cual se evalúa a través de cuestionamientos generales. Para evaluar el autoconcepto, interpretado a partir de un concepto unidimensional, se utiliza la sumatoria de notas de los todos los ítems contestados de un cuestionario que da una única medida total del mismo.

En la Escala de Rosenberg uno de los cuestionarios unidimensionales más utilizados, está formada por 10 ítems, que indaga sobre aspectos generales tales como: sentimientos de utilidad, el nivel de bienestar con uno(a) mismo(a) y el reconocimiento de agrupar cualidades propias de una buena persona. Posteriormente, la Escala de Rosenberg, resultó ser un cuestionario fiable y válido para evaluar globalmente la autoestima.

La Escala de Rosenberg diferencia tres perspectivas de proximidad al autoconcepto: cómo la persona se ve a sí mismo, cómo se muestra o anhela mostrarse a los demás y cómo le gustaría verse.

Aguilar y Lemus (2011) en el informe final de investigación, titulado Programa de apoyo motivacional para fortalecer el autoconcepto en adolescentes de ambos sexos comprendidos entre las edades de 12 a 13 años, indican que el primer círculo en el que el niño aprende a socializarse es la familia, es obligación de los padres estimular confianza, apoyo, seguridad e identidad para desarrollar un apropiado autoconcepto, opuesto a esto el desequilibrio familiar es un elemento que puede estimular rechazo, inseguridad y aislamiento, incitando a los hijos al ingreso a las maras, a la deserción escolar, drogadicción, alcoholismo y otros.

Concluyen que el autoconcepto es un proceso que da inicio en el hogar, por lo que es trascendental mantener una relación estrecha de confianza y afecto en la familia, y que sea fortalecida en la adolescencia. Los padres deben manejar herramientas y estrategias que ayuden a desarrollar y promover un autoconcepto positivo en los hijos. Cuando el autoconcepto es consolidado de manera apropiada, permitirá al adolescente aprovechar las oportunidades que se le presenten para ser autosuficientes y productivos, así mismo va a desarrollar las habilidades que posee.

Recomiendan que el Ministerio de Educación proyecte programas motivacionales en todos los centros educativos, como complemento de las materias curriculares, para promover períodos de convivencia y reflexión, lo que motivará al estudiante a valorarse y conocerse. Motiva a los padres de familia a que cultiven la comunicación en casa, tiempos de calidad, momentos de

reflexión y recreación, sobre todo amor y atención entre padres e hijos, promoviendo la responsabilidad de transferir un autoconcepto positivo.

Sánchez (2013) publicó el 21 de febrero, en la página de internet Educación infantil, que el autoconcepto es la imagen que tiene un individuo de sí mismo. Abarca el conjunto de pensamientos, sentimientos, opiniones y valoraciones del propio yo, que cada persona construye sobre sí mismo. Hace referencia a las capacidades y características tanto particulares (destrezas, rasgos físicos, entre otros), como sociales y puedan ser valoradas como positivas o negativas, dando lugar a otros sentimientos.

Tener una imagen positiva o negativa de uno mismo va a determinar de manera significativa la forma de proceder ante las circunstancias de la vida. La perspectiva hacia uno mismo está siempre relacionada con la autoestima de los individuos, por lo tanto, para tener una autoestima adecuada se debe tener un autoconcepto positivo.

Es por ello que corresponde prestar atención a la formación del autoconcepto de los niños y niñas, y apoyar a que la imagen que posean de ellos mismos sea positiva y apropiada. Por consiguiente se desarrollarán con soltura en los diversos contextos de la vida y tendrán una autoestima saludable.

El desarrollo del autoconcepto se inicia en la niñez, siendo esta una la etapa decisiva en el proceso, ya que la imagen que se forma en estos primeros años suele acompañar al individuo durante toda la vida. Si el pequeño se percibe con la capacidad para enfrentarse a las situaciones cotidianas, con destreza y un carácter positivo, será un adulto con una saludable autoestima y preparado a realizar lo que se proponga. Por el contrario, si el niño se aprecia como incompetente, con capacidades y habilidades negativas, en el futuro tendrá una autoestima baja y le será difícil alcanzar las metas que se trace, así como la dificultad de resistir los retos.

El autoconcepto no es algo innato, cada individuo lo construye a lo largo del crecimiento de la persona, a través de dos caminos importantes, primeramente de las experiencias que vive y de las

apreciaciones que hace de las mismas y en segundo, a través de las estimaciones y opiniones que absorbe de los demás.

Las principales influencias en la formación del autoconcepto son la familia, como primer lugar y la escuela, como segundo. En el centro educativo, los niños y niñas pasan por distintas experiencias de éxito y de fracaso, desde el nivel académico hasta el social, que es el lugar donde comprueban las habilidades con las que ellos cuentan.

Molero, Zagalaz y Chacón (2013) en la Revista de Psicología del Deporte, Vol. 22, núm. 1, pp. 135-142, en el artículo Estudio comparativo del autoconcepto físico a lo largo del ciclo de vital, hacen mención de que el autoconcepto ha sido calificado como uno de los aspectos principales para el bienestar personal, es jerárquico, es una estructura multidimensional. El autoconcepto es integral y cuando es estable se mantienen en el punto más alto de la estructura pero cuando se torna delimitado desciende en la jerarquía y es menos seguro. El autoconcepto tiene una estructura de diversas dimensiones, que abarca el autoconcepto académico y el no académico; y dentro de éste último está el autoconcepto físico, autoconcepto social y el autoconcepto emocional.

El autoconcepto es una variable que requiere especial atención en el período de la adolescencia por los significativos cambios físicos, cognitivos y sociales que se desarrollan en esta etapa. Además, se ha confirmado que en esta edad las actividades físicas provocan un resultado favorable sobre el autoconcepto, a pesar de estos beneficios hay una cantidad significativa de jóvenes sedentarios.

Para el desarrollo del estudio tomaron una muestra constituida por 152 participantes, divididos en tres grupos de edad: 12 a 18 años (adolescencia), 19 a 50 años (edad adulta) y personas mayores de 50 años, se aplicó el Cuestionario de Autoconcepto Físico (CAF), que está integrado por 36 ítems divididos en 6 escalas; 2 son generales: autoconcepto físico general (opiniones positivas en el aspecto físico) y autoconcepto general (bienestar con uno mismo y con los demás) y otras 4 escalas específicas: habilidad física; conocimiento de las habilidades y cualidades propias,

condición física: forma y condición física, atractivo físico; apreciación de la del aspecto físico, satisfacción y seguridad con la imagen corporal, fuerza; sentirse y verse fuerte.

Los resultados globales obtenidos demuestran que el autoconcepto físico general mejora gradualmente con el paso de los años.

En un análisis específico de cada una de las escalas se demuestra que en los aspectos de condición física y fuerza, las personas que tenían más de 50 años son los que obtuvieron mayores valoraciones. En las escalas habilidad física y atractivo físico, las personas de 18 a 50 años obtuvieron las puntuaciones medias más elevadas, este es un indicador de que es en esta etapa cuando se acepta más el aspecto físico, esto debido a que en la adolescencia y en la juventud la sociedad ejerce una gran influencia sobre el atractivo físico.

Ha quedado de manifiesto que en la relación directa del autoconcepto percibido y la aceptación personal, provoca un aumento en la mejora de la autoestima, considerando que el físico y la apariencia son predictores de la autoestima, descubriendo las valoraciones más elevadas en autoconcepto físico al inicio y a la mitad de la vida y más disminuidas en la adolescencia. En comparación con los otros grupos, se marca el contraste existente entre el autoconcepto físico del adolescente y el joven, de los demás grupos, por la importancia de ser aceptado y por la presión social sobre el atractivo físico.

1.1. Abuso sexual

1.1.1 Definición

1.1.2 Abuso

Castro (2007) deduce que el abuso es una expresión de violencia que se establece en una relación de dominio, es decir en un trato diverso entre una persona y la otra, acciones que comete una persona en posición de superior hacia alguien inferior, excediendo el ejercicio de sus atribuciones. También es perjudicar a alguien, que por falta de conocimiento, experiencia o

descuido, se aprovecha para dañar o realizar acciones agravantes en su contra, los hechos pueden ser violentos o intimidantes, y que no toman en cuenta el consentimiento del individuo.

1.1.3 Abuso sexual

Sociedad Internacional para la Prevención del Abuso y la Negligencia (ISPCAN, 2011) define el abuso sexual como las interacciones o relaciones entre una persona mayor y un niño, cuando el infante es utilizado como estimulador sexual del adulto. Asimismo puede efectuarse por un menor de 18 años cuando es mayor que la víctima o cuando está en una situación de control o poder sobre la víctima.

El abuso sexual comprende las caricias (acariciar o tocar los órganos sexuales de otro, incluyendo cualquier contacto sexual sin penetración, la masturbación forzada), la aproximación genital-oral, (penetración en la boca, ano o en la vagina con el pene, introducir cualquier objeto o el dedo sin el aprobación del niño o niña), el voyerismo (exigir a que el niño presencia acciones sexuales de otras personas), hacer que el niño responda a las peticiones sexuales, la explotación sexual infantil (involucrar a menores en conductas o acciones que tengan que ver con la producción de pornografía, promover el tráfico sexual, la prostitución infantil) y también el exhibicionismo (mostrar los órganos sexuales de forma deshonesto).

Intebi (2011) manifiesta que el abuso sexual infantil es implicar a un niño en acciones sexuales que por la edad, juicio e inocencia no llega a comprender totalmente lo que le está ocurriendo, de las cuales está evolutivamente inmaduro y no está en condiciones de dar aprobación orientada. También es implicar al infante en actividades sexuales que quebrantan las leyes o las normas sociales.

Pieschacón (2011) cita que el abuso sexual es parte de una nueva forma de agresión que, si bien es cierto no es distinguida a la luz pública, así como las marcas que deja la violencia física, deja severas consecuencias en el niño y causa efectos que pueden crear diversos tipos de disfunciones en el transcurso de la vida.

Quezada (2006) establece que el abuso sexual es una de las manifestaciones más graves del maltrato practicado hacia la niñez y se da cuando una persona mayor utiliza la incitación, la coacción o la manipulación psicológica para involucrar a un niño o niña en actividades sexuales de cualquier índole.

Esta clase de maltrato infantil simboliza un problema social de grandes proporciones, sobre todo por el daño que esta experiencia ocasiona en la vida de los niños(as) y las familias, ya que los efectos a corto y a largo plazo forman una amenaza potencial al crecimiento psicosocial de los niños que han sufrido estas circunstancias. Igualmente, causa impacto en el modo de relacionarse con los demás y las víctimas de abuso sexual corren el riesgo de aceptar patrones de vida distorsionados, reproduciéndolos en la vida adulta.

1.1.4 Contexto histórico del abuso sexual

Pieschacón (2011) menciona que la explotación sexual hacia los niños y niñas ha acontecido a lo largo de la historia de la humanidad y en todas las culturas. En las últimas dos décadas, la problemática del abuso sexual está dejando de ser un tabú, por lo que ha salido a la luz pública, perjudicando el normal desarrollo del infante.

Finkelhor (2005), indica que el abuso sexual se ha considerado como un problema social y un asunto de interés público por mucho tiempo, de manera que actualmente ya son varias las personas, instituciones u organizaciones que están realizando acciones para detener y castigar este flagelo de la sociedad.

A pesar de la liberalización sexual de las últimas décadas, aún continúa siendo considerablemente lenta y difícil para muchas personas platicar abiertamente sobre temas relacionados al sexo. Las personas que en la infancia han tenido tales experiencias sexuales, en su mayoría lo han mantenido como un secreto aún con los confidentes más cercanos, viviendo así con sentimientos de culpabilidad y vergüenza.

Finkelhor (2005), hace mención que Freud fue uno de los científicos en proponer teorías sobre la sexualidad infantil. En la primera hipótesis, las experiencias sexuales infantiles jugaron un punto clave sobre las neurosis, exteriorizó la idea de que el trauma sexual en la niñez era el origen de los problemas psíquicos del adulto. Más adelante cambió de hipótesis, concluyó que los relatos que escuchó de parte de los pacientes, eran imaginaciones y no experiencias verdaderas. Esta afirmación lo llevó a formular el complejo de Edipo, que postulaba un poderoso impulso de parte del niño por una unión sexual de tipo parental, lo cual en ocasiones lo llevaba a fantasías y a practicar actos abiertos por parte de éste. Luego psicopatología se originaba no en un trauma sexual de las personas mayores sino en la capacidad de solucionar la realidad edípica, de transferir los impulsos sexuales a individuos socialmente aceptables y de renunciar a las fantasías.

En el estudio de la teoría original de Freud, culpa al niño y no al adulto, de cualquier acontecimiento patente que haya ocurrido. Tales experiencias manifiestan consecuencias en los impulsos edípicos del niño adicionales a ello el trauma que podría provocar tal negación en el niño.

La exploración de las investigaciones de Freud ayudó a racionalizar las dos teorías muy negativas en el estudio y tratamiento de los pequeños que han sido víctimas del abuso sexual, por lo que ahora son varios los profesionales en la salud que ya no toman en cuenta los relatos de los pacientes y se vuelve a culpar al niño de los sucesos que irremediables que le hayan ocurrido.

Kinsey (como se citó en Finkelhor, 2005) fue otro profesional de la investigación de la sexualidad de los niños, los estudios que realizó sirvieron como fundamento para la educación sexual que se imparte en las escuelas públicas de Estados Unidos y también en gran parte del mundo, obtuvo un impacto ambivalente en cuanto al estudio de la victimización sexual. Creía que el obstáculo principal de la actividad sexual de los adultos con pequeños se debía al histerismo y a actitud sobreprotectora por parte de los progenitores de los impúberes y autoridades; especulaba que los niños necesitaban de la ayuda de una persona adulta para desarrollar efectivas técnicas sexuales, así mismo, decía que los niños son sexuales desde nacimiento por lo que eran aptos en disfrutar de las relaciones sexuales a cualquier edad, así

como las personas adultas son merecedores de ellas y la sociedad simplemente debía alterar los códigos morales que practicaban. Enfatizaba en que la transgresión sexual existía más en la imaginación de los psicoterapeutas y que no eran vivencias de los pacientes, se preguntaba por qué el niño debía turbarse por el hecho de que un extraño le tocara los genitales.

Tiempo atrás surgen dos corrientes del abuso sexual: los conservadores y los liberales. Éstos últimos creían que las secuelas a largo plazo para el infante de haber tenido sexo con un adulto, eran más dañinas ya que nuestra sociedad se alarma de ellas. El principal daño no comenzaba en la experiencia misma sino más bien en cómo la sociedad reacciona ante estos hechos, entonces era más significativo transformar las reacciones de la sociedad que encaminar de modo exclusivo los riesgos del sexo en el contexto familiar. En cuanto a los conservadores, se revelaban escépticos ante estas manifestaciones, eran juiciosos de las vivencias traumáticas que muchos niños habían experimentado y el desgarramiento que provocaba más adelante en las vidas de los infantes.

En el pasado, cuando se realizaban estudios clínicos y judiciales de un niño víctima de abuso sexual, la presión principal para conseguir información reciente venía de los psicoterapeutas y de los jueces. En la actualidad, funcionarios gubernamentales se han implicado más en el problema, en busca de estrategias que exijan la innovación de servicios ya existentes o la creación de servicios nuevos.

Intebi (2011) indica que durante siglos, los pequeños han sido violentados y dañados con tanta normalidad que no se realizaban mayores esfuerzos para impugnarlos. Si el infante decía algo, bastaba con manifestar que el niño miente. Se originó entonces un nuevo movimiento, con la intervención de expertos sensibles, que afrontaron esa normalidad, y fueron más expuestos que los pequeños. Sin medir los peligros, se incluyeron psicólogos, sociólogos, médicos, antropólogos, trabajadores sociales, abogados e historiadores críticos comenzaron a trabajar en contra del abuso. Desde situaciones constantemente dificultosas se ha contribuido en promover la denuncia, que poco a poco toma auge, para confrontar a los que resguardan a los criminales o los que ocultan los hechos a partir de las más intransigentes posturas.

En el transcurso de la operación, sale la resistencia negativa ante el adelanto. Surgen entonces, diferentes intentos por imposibilitar a la víctima y a los profesionales dedicados a defenderlos, fundamentados no en el fingimiento de los testimonios, sino en que los pequeños son ayudados por las personas mayores “para formular historias”, con las que culpaban a los inocentes afectados. A pesar de estos surgimientos, el trabajo de los profesionales y la experiencia, hacían que paulatinamente adquirieran la habilidad de dar respuesta a las diversas estrategias de la impunidad que surgían, como resultado y de ahí se logró desactivar esos intentos.

Richard Gardner (como se citó en Soutullo y Mardomingo, 2010) médico clínico norteamericano, menciona el Síndrome de Alienación Parental (SAP), como un indicio que realizaba un serio “lavado de cerebro” en el pequeño(a), por causa de una madre desesperada, que no sólo ayudaba al niño a crear una historia falsa, sino también aseguraba que el padre había abusado. Desde este punto de vista, la persona delatada pasaba a ser una auténtica víctima del grupo de madres resentidas que sólo buscan un beneficio económico y en varios casos, la venganza. En el debate psicológico-jurídico de estos casos, toda la energía legal se va a dirigir hacia la madre. Al concluir este tipo de procesos, el resultado es un acusado interpelado, una madre estigmatizada y un(a) hijo(a) que jamás intentará relatar nada de lo que haya realizado o vaya a ser en la vida. Es razonable el daño que provoca en el niño o la niña este tipo de casos, donde aquella persona a quien la sociedad se impuso con éxito a salvaguardar sólo fue utilizado(a) para obtener otro fin.

Por las numerosas oposiciones, el abuso hacia los niños se mantiene impune. Por lo que, en los últimos años ha evolucionado la lucha frente al abuso infantil, contrastada no sólo por el agravio y abuso de los pequeños, sino al mismo tiempo por la impunidad de los abusadores.

1.1.5 Contexto del abuso sexual en Guatemala

De León (2012) informa que en Guatemala a pesar de las leyes que existen a favor de los niños, estos aún sufren constantes abusos en la seguridad e integridad personal. Entre esos está el abuso sexual, que viola los derechos del infante y representa los mayores índices de impunidad.

La agresión sexual se ha elevado significativamente los últimos cuatro años y hasta el momento los programas de prevención son deficientes, la investigación es escasa y la sanción a los abusadores es lenta. Las investigaciones de la Policía Nacional Civil (PNC), de todo el país, indican que en los últimos cuatro años las víctimas han sido más niñas y adolescentes. En el año 2008, los hechos que se registraron, un 60% representaba a las niñas y durante el año 2011, subió a un 64%, esto evidencia que las víctimas del abuso sexual son niñas.

En el año 2010, el Sistema Informático de Control de Gestión de Casos del Ministerio Público (SICOMP), registró un 57.81% (4 586) de casos atendidos y de ese porcentaje, un 24% correspondió a niñas.

El Centro de Documentación Judicial (CENADOJ), reportó que en el año 2012, durante el primer trimestre, se registraron 847 casos de agresión sexual, de ellos 282 fueron cometidos contra niñas y adolescentes.

La Procuraduría de los Derechos Humanos (PDH), recibió en el año 2010, 42 denuncias de abuso sexual sólo en niñas, los datos son los mismos para el año 2011 y de enero a agosto del 2012 se reportaron 51 denuncias de la misma incidencia.

Según la Procuraduría General de la Nación (PGN), de enero a mayo del año 2013, se denunciaron 276 hechos de abuso sexual, el 92% fue en niñas y el 9% en niños. El 59% de los hechos ocurrieron en el área urbana y 41% en el área rural un, los departamentos que presentan más incidencias son: Guatemala (es la ciudad donde suceden más del 30% de abusos sexuales contra niños y niñas), Suchitepéquez, Alta Verapaz y Chimaltenango. De diez casos, siete niños han sido contagiados de Infecciones de Trasmisión Sexual.

Según las estadísticas del Ministerio Público (MP), cada día se reportan doce casos de abuso sexual, de los cuales sólo se logra una captura, lo cual representa una alta desventaja en contra de la niñez guatemalteca, ya que para evitar que otros niños sean las próximas víctimas se debe castigar a los abusadores que andan libres. Durante el año 2013, fueron víctimas del delito de violación sexual 777 infantes, entre edades de 5 a 12 años. Se registraron 775 casos de abuso

sexual, sólo 2 casos no se registraron en relación al género. El índice más alto aconteció en las niñas, con un total de 657 y las más propensas fueron de 12 años (272 casos). En relación a los niños, se registró un total de 118 casos, los más vulnerables fueron los niños de 7 años (22 casos).

López (2013) director ejecutivo de la Comisión Nacional contra el Maltrato Infantil (CONACMI), enfatiza que de 10 de los casos de abuso sexual, 8 son cometidos por familiares cercanos, en base a los expedientes analizados en seis Hospitales Nacionales.

Solórzano (2013) especialista en Protección del Fondo de Naciones Unidas para la Infancia, Unicef, indica que uno de los principales retos para prevenir el abuso sexual es apoyar el presupuesto del Instituto Nacional de Ciencias Forenses (INACIF), como la institución encargada de las evaluaciones de carácter psicológico. Recalca que realizar la captura y hacer responsable al abusador es un mecanismo para prevenir éstos hechos, asimismo da a conocer que las posibilidades de ser juzgados son reales, así como la importancia de creer lo que los niños cuentan y en relación a un abuso, ellos no pueden hablar de lo que no han experimentado.

Para frenar la problemática del abuso sexual es fundamental que el Gobierno se comprometa a realizar acciones oportunas para beneficio de los infantes que son trasgredidos. También, que otras instituciones y la comunidad promuevan estrategias para proteger la seguridad del niño, y así crear una cultura de denuncia, restaurar la enseñanza de los valores, apoyar en restablecer la salud emocional para sanar y dejar de ser parte del círculo vicioso y así no dañar a las futuras generaciones. Asimismo, brindar una atención médica adecuada e involucrarlos una vez más en la inclusión laboral y en el proceso educativo.

1.1.6 Abuso sexual en niños

Tepper y Barret (como se citó en Córdoba, 2011) indican que es involucrar a un niño en actividades sexuales, tales como tocar cualquier parte del cuerpo o conocer las partes íntimas del mayor o del pequeño, tomar fotografías o exhibir imágenes exclusivamente sexuales, propuestas verbales obscenas y que por falta de conocimiento no percibe lo que está sucediendo,

y sin embargo, percibe acciones de las que no está preparado física, psicológica y emocionalmente.

El abuso sexual para el pequeño puede no ser significativo, inclusive logra ser agradable pero a largo plazo, consigue trascender durante el desarrollo general del niño. Estropea la integridad e identidad del infante, a quien se le toma como un objeto y no como un ser con anhelos propios.

Los niños víctimas de abuso sexual pueden ser de cualquier edad, sexo, religión o clase social. El abusador no siempre es un hombre, también existen mujeres que violentan a niños y niñas, dañando así el desarrollo esperado del infante.

Finkelhor (2005) aclara dos razones por las que cree que los niños son los autores del abuso:

- El niño sexualmente provocativo

Algunos infantes estimulan activamente a las personas mayores a un contacto sexual. Son niños que poseen relaciones muy carentes con los padres, sienten ser indispensables en otras maneras y descubren que obtienen cariño y atención por parte de un mayor al provocarlo a actividades sexuales.

- El niño sexualmente indefenso

Muchos niños/as parecen favorecer al abusador, cuando éste se le aproxima y el menor no considera alguna precaución autoprotectora para evitar la victimización. Acceden a las indicaciones del adulto, ceden a acompañarlo a algún sitio, aprueban que los hechos se prolonguen y no realizan una acción para escapar o delatar el suceso. Se tiene la creencia de que estos niños tienen dificultades, poseen problemas sexuales, pocas amistades, una perspectiva pasiva de la vida, por lo que los hace vulnerables ante un abuso.

Finkelhor (2005) expone que el abuso sexual se da tanto en niñas como en niños. Es característico en el abuso sexual el patrón de una relación mucho más próxima entre el abusador

y la víctima, en la mayoría de casos los ofensores son familiares o conocidos. Ello implica una violencia y denota una fuerza física mínima. Los pequeños son obedientes, por lo que es suficiente el poder y la autoridad de sugestión de un adulto para iniciar el contacto sexual.

El trauma que provoca principalmente un abuso sexual es psicológico y no físico, no obstante algunas veces presentan daños físicos en la zona genital. En ocasiones el abuso sexual manifiesta un impulso represivo, hostil o sádico hacia el infante; no es necesariamente violento ni hostil. En otros casos, alcanza una gratificación o afirmación sexual.

1.1.6.1 Incesto

Finkelhor (2005) aclara que el incesto es la relación sexual entre integrantes de una familia y parientes. Estas familias se diferencian por un alto grado de retraimiento social, vienen de lugares apartados; son indigentes y de sentimientos mezclados. El incesto no distingue los papeles que juega cada integrante en la familia.

El aislamiento social acarrea un clima en el que el desvío logra florecer más libremente. En las ciudades y en los alrededores también se pueden encontrar familias apartadas. También al no contar con patrones familiares, la conducta incestuosa alcanza a ser aprobada como normal. Estas familias bloqueadas forman parte de subculturas en donde el incesto no es percibido con la misma reprobación con que la cultura lo distingue. En otras familias de esta tipología, la tolerancia hacia la transgresión logra transferirse de generación en generación, sin lograr salir del círculo vicioso.

En la relación sexual adulto-niño, los mayores sitúan a los impúberes para cumplir el papel sexual de un adulto. El padre de familia actúa con la hija como si ella fuera la esposa. Hermanos y hermanas conviven como si fueran amantes y no familiares. Los progenitores de estas familias comúnmente viven infelices y son disfuncionales, la sexualidad entre ellos no es valorada. Comúnmente los papás maltratan físicamente a los miembros de la familia de las cuales forman parte pero son ineficaces como protectores y en autoridad. Los efectos de estos cambios de roles producen en las madres incapacidad de satisfacer los desempeños y demandas de los esposos, y

se sienten incompetentes con los compromisos en el ámbito familiar. Al mismo tiempo, por las tensiones de los cónyuges, han impuesto y alineado las relaciones con las niñas, de tal manera que la hija termina jugando el papel de madre y esposa. Por el estado emocional que genera este tipo de vida, varias de estas madres no proveen protección a las niñas, la mayor parte del tiempo se encuentran deprimidas, imposibilitadas y esclavizadas, algunas llegan a afirmar sentirse complacidas de haber sido ayudadas con los compromisos conyugales y del hogar por parte de la hija.

Cuadros, I. y Ordóñez, M (2011) clasifican cinco arquetipos de conductas sexuales que forman parte del abuso sexual hacia niños, niñas y adolescentes:

- Comportamientos sexuales sin contacto físico.
- Comportamientos con contactos sexuales (por encima o por debajo de la ropa).
- Penetración digital o con objetos.
- Sexo oral (el niño practica el sexo oral al agresor o el agresor lo realiza con el niño).
- Penetración peneana.

1.1.7 Contextos en que ocurren los abusos sexuales

- Sexo grupal: se establece en que diversas víctimas son abusadas por un solo individuo; distintas personas violentan a un niño o niña.
- Rondas de sexo: es organizada por pedófilos con la finalidad de tener acceso a los niños para reclutarlos, utilizarlos sexualmente y a veces obtener algún beneficio. Pueden estar organizados de manera muy simple o ser altamente sofisticados.
- Pornografía infantil: es la producción de videos de contenido sexual que involucran a los niños y niñas a realizar poses provocadoras entre ellos y ellas o con personas mayores, puede ser promovida por miembros de la familia, personas cercanas o por profesionales para uso propio y para la comercialización. También puede tener como finalidad intimidar a las víctimas.
- Prostitución infantil: originada por algún integrante de la familia, por conocidos o desconocidos, con la finalidad de ganar dinero a través de la explotación de los pequeños.

- Abuso ritual: es un hecho actualmente identificado y muy controversial. Es difícil de comprobar este tipo de contexto y algunos expertos dudan de la existencia de esta modalidad. Acontece en donde el sistema de credo promueve la relación sexual con niños o niñas como parte de los ritos.

1.1.8 Falsas creencias del abuso sexual en niños

Intebi (2011) menciona algunas creencias equivocadas sobre el abuso sexual infantil; el abuso infantil no es semejante a la violación, ni mucho menos al incesto, no es penetración genital, no acontece solamente entre un infante o adolescente y una persona mayor, no es un hecho cometido sólo por los hombres comunicar lo acontecido, e inclusive detallar las pruebas de que ha sucedido un abuso sexual, no avala a que las autoridades garanticen que los informes son válidos o que el responsable reciba la sanción que concierne según la ley.

1.1.9 Victimización sexual

Finkelhor (2005) hace mención de que la mayoría de casos de abusos sexuales tienen lugar dentro de los miembros de la familia, basado esta premisa propone tres teorías que utilizan elementos familiares a partir del estudio del caso más general de victimización sexual tanto dentro como fuera de la familia:

- Conflictos maritales

Los conflictos conyugales logran estimular en el niño una debilidad hacia la victimización sexual por parte de cualquier individuo, en dos concepciones. En primer lugar, los introduce frecuentemente a mensajes contrarios sobre la sexualidad y como consecuencia provoca un desorden sexual que dificulta reconocer un abuso sexual potencial. En segundo lugar, el problema logra estimular inseguridad en el niño, de modo que el pequeño se ve obligado a buscar protección. Cuando el niño se encuentra desprotegido y se siente indefenso, está más propenso a involucrarse en un contexto sexual con una persona mayor.

- **Sobresexualización**

Los infantes que vienen de un hogar con patrones sexuales inadecuados y una formación sexual carente, son vulnerables al abuso sexual y no necesariamente dentro de la familia sino puede ser fuera de ella. Al mismo tiempo, son incitados sexualmente por los papás, tal vez no directamente o con la intención, pero como consecuencia de hablar de las experiencias sexuales o la exhibición de las mismas hacen sensibles a implicar a los pequeños en actividades sexuales con personas mayores.

- **Supervisión deficiente**

Los niños son vulnerables al abuso sexual cuando la supervisión que reciben de parte de los padres o cuidadores es deficiente. La mayoría de los hechos se dan porque a los niños se les deja recomendados en casa de algún familiar, vecino o conocido, también existen casos donde los niños se quedan solos en casa, bajo el cuidado del hijo o la hija mayor, por lo que los abusadores aprovechan la ocasión y la inocencia de ellos. Se conocen casos de padres que dejan encomendados a los hijos con familiares porque viajan a otro país en busca de una mejor condición de vida, lo que no analizan antes es de que nadie puede cuidarlos e instruirlos como lo harían ellos y durante este lapso de tiempo, los niños quedan desprotegidos y los abusadores se aprovechan sin que los familiares o encargados se den cuenta de los hechos.

A esto se le suma la escasa comunicación entre padres o cuidadores, lo que impide al niño o niña expresar con libertad lo que le está sucediendo.

1.1.10 Características de los abusadores sexuales de niños

Montane (2008) cita que es difícil establecer el perfil del abusador, no siempre es una persona violenta, puede ser alguien respetado por la comunidad, un individuo que no levanta sospecha alguna, no siempre es sujeto abusivo y psicópata, que a primera vista se detecta.

Finkelhor (2005) descubre una variedad de agresores, que no siempre son maniáticos sexuales como generalmente se cree o dementes arrebatados o delirantes. Pueden ser personas socialmente integradas, con habilidades de establecer relaciones interpersonales, manipuladoras y persuasoras. No existe en sí una guía para detectar la actitud y la motivación del abusador sexual por lo que es recomendable no dejarse engañar por las apariencias.

- Existe un grupo minoritario de abusadores encarcelados para los cuales existe una finalidad de tipo sexual dirigida hacia los pequeños, por lo que alcanza a representarse como un rasgo de la personalidad (pedofilia). En general, la mayoría se implica por impulsos momentáneos y ven estas ocasiones como una oportunidad fuera de lugar, por tensiones, fracaso hacia otras experiencias sexuales, y otros.
- Cada adulto tiene diferentes raíces motivadoras al momento de involucrarse con un niño. En unos, se trata de una complacencia sexual, pero en otros individuos es la demanda de una necesidad de agresión o una carencia de contacto.
- Cuando un adulto tiene exclusivamente contacto sexual con niños por largo tiempo, es un indicio de miedo a establecer contacto sexual con una persona de la misma edad o próxima. A estos individuos les resultan frecuentemente interesantes los niños porque son vírgenes, y no tienen las características físicas de un adulto.
- El involucrarse con infantes depende considerablemente de la edad del abusador, la edad del niño y de la acción implicada.
- El alcoholismo también tiene vínculos consistentes con los tipos de abuso sexual de niños. A excepción de los científicos sociales que titubean en que el alcohol signifique el origen de un gran número de agravios sexuales hacia los pequeños. El ingerir alcohol puede ser una forma de racionalizar o evadir las acciones por parte del abusador, en vez de ser un elemento causante.

1.1.11 Consecuencias del abuso sexual en niños

El área emocional:

- La niña abusada sexualmente se afirma irreparablemente destruida para siempre (síndrome de la mercancía dañada), que cree que el daño lo distinguen los que están alrededor, que es distinta a los demás y que las características de ella son inferiores a los de su misma edad.
- Puede resultar doloroso, provoca temor o desconcierto.
- Originan respuestas que interfieren en el desarrollo evolutivo normal de los pequeños.
- Provoca sentimientos de culpa en el niño.
- Induce sentimientos de traición en los infantes, así como la representación de una falla en la confianza entregada en los individuos que deberían de resguardarlos y cuidar por ellos.
- Provoca sentimientos de desconfianza e irritación.
- A los niños que están en la edad escolar y los pre-adolescentes les origina emociones de desaliento y tristeza.

El área conductual:

- Conductas hipersexualizadas, insinúan un conocimiento inhabitual acerca de los comportamientos sexuales adultos.
- Los niños abusados sexualmente presentan acciones de representaciones específicas de sexo coito anal, oral o vaginal, introducción de objetos en los órganos sexuales o masturbación recíproca.
- El niño quiere manosear u olfatear los órganos sexuales a otro niño, niña o adulto, regularmente se acerca atrás de un individuo y desde ese lugar ejecuta movimientos copulatorios, se acomoda sobre un mayor en la cama y finge movimientos de coito, solicita la introducción de la lengua cuando quiere besar.
- Las fugas de los niños del hogar, aunque la huida no siempre es por un abuso sexual, también puede ser por otro tipo de maltrato.
- Las niñas a veces muestran actitudes seductoras hacia los adultos, aprendidas en un vínculo abusivo que recompensa regalos o afecto al sometimiento de la víctima. Las niñas púberes o

adolescentes actúan de manera provocativa o se visten con ropas ajustadas y llamativas mientras adoptan conductas seductoras con los varones. Es por estos motivos que durante la adolescencia, las víctimas de abuso sexual pueden internarse en una espiral de promiscuidad o prostitución que no saben cómo detener y de la que no pueden salir.

- Conductas autodestructivas, reflejadas en el abuso de drogas y alcohol, posibilita implicarse en situaciones de riesgo, la automutilación, los intentos suicidas y las conductas desafiantes que llevan a la punición.
- Evitación de vínculos profundos con otras personas.
- La manipulación de los demás.
- Explotación de las personas.
- Las puestas en acto (reescenificaciones) de los hechos traumáticos, que lleva a involucrarse en relaciones peligrosas y de explotación.
- Comportamientos agresivos, furiosos e impulsivos.
- Conductas evitativas (la disociación y las fugas).
- Comportamientos asociados a los trastornos de ansiedad (fobias, trastornos del sueño, trastornos de alimentación, vínculos en los que son revictimizados).
- Defensa ante las percepciones de vulnerabilidad y de indefinición, manifestada en la necesidad de controlar e incluso de imponerse ante los demás, a lo que se conoce como identificación con el agresor.
- Realizan juegos de “médicos”, “de novios” o “el papá y la mamá”, donde inconscientemente están proyectando el abuso sexual sufrido.

El área física:

Los indicadores físicos no siempre están presentes, debido a que el suceso pudo haber pasado ya hace tiempo, por lo que una evidencia específica es casi nula, a menos de que el daño sea grave. Es recomendable que si el hecho es reciente, el médico, pediatra o ginecólogo (a), examine al niño o niña, utilizando un colposcopio para ampliar las imágenes y cuenten con una cámara fotográfica para documentar los hallazgos.

Indicadores físicos específicos:

- Lesiones en la zona genital/anal, sangrado en el ano o la vagina, desgarres recientes o cicatrices del himen, diámetro del himen mayor de 1 cm, desgarró de la mucosa vaginal, dilatación anal y esfínter anal hipotónico.
- Infecciones genitales o de transmisión sexual (sífilis blenorragia, SIDA, condilomas acumulados: como las verrugas genitales, herpes genital, flujo vaginal infeccioso con presencia de gérmenes no habituales en la flora normal de los niños).
- Si se descubre alguna enfermedad de transmisión sexual es conveniente examinar al grupo familiar para investigar si algún otro miembro está contagiado.
- Embarazos.
- Hematomas o excoiaciones en el resto del cuerpo, como resultado del maltrato físico asociado.
- Inflamaciones, enrojecimiento (eritemas) y las lesiones por rascado.

Indicadores físicos no específicos:

- Trastornos psicósomáticos como: dolores abdominales recurrentes y los dolores de cabeza sin causa orgánica.
- Trastornos de alimentación (bulimia y anorexia nerviosa). Algunos describen a la anorexia nerviosa no sólo como una manera de evitar contactos y sensaciones sexuales propias, sino también como un método para provocar disgusto y rechazo en el perpetrador.
- Enuresis y encopresis, en los niños que ya habían logrado el control esfinteriano.

El área sexual:

- Sexualización precoz: juegos sexuales tempranos acompañados de un grado de curiosidad sexual inusual para la edad.
- Juegos sexuales con otros niños o adolescentes mucho menores o que están en un momento evolutivo distinto.
- Sentimientos de rechazo hacia el sexo en la edad adulta.
- Sobreestimulación sexual.
- Problemas de identidad sexual.

- Conductas sexualizadas.
- Evitación o búsqueda de los encuentros sexuales.
- Involucramiento en experiencias sexuales negativas.
- Masturbación compulsiva.

Indicadores psicológicos:

- Utilización de la coerción psicológica o la fuerza física para lograr la contribución de los niños en los juegos sexuales.
- Infancia temprana (3 años): variaciones en el nivel de actividades junto con conductas regresivas o violentas, inhibición social, desconfianza inexplicable ante individuos o contextos determinados, cambios en el ritmo del sueño.
- Preescolares: síndrome de estrés post-traumático, hiperactividad, conductas regresivas, trastornos del sueño (pánicos nocturnos, pesadillas).
- Escolares y pre-adolescentes: hostilidad, agresividad acrecentada en casa, retraimiento llamativo y con los compañeros/as de estudios y con los amigos/as demuestran pseudomadurez, sobreadaptación, rebeldía ante la autoridad, pequeños hurtos, recurren a las mentiras.

El fracaso escolar:

- Varios niños abusados sexualmente empiezan a fracasar en los centros educativos debido a la dificultad de concentrarse en los trabajos propuestos, añadida a los trastornos en la atención que acontece cuando se ven irrumpidos por la reexperimentación y los recuerdos de las impresiones relacionadas al abuso.
- Tendencia a permanecer en la escuela fuera del horario habitual.

El área espiritual

El abuso sexual afecta tanto el cuerpo como al espíritu del niño, el alcance del daño emocional y espiritual en estos actos son difíciles de identificar, son heridas de carácter moral, un daño a

nivel espiritual, que viola el valor personal y la dignidad del pequeño, le destroza su propia autoaprobación, le desvía la visión que tiene del mundo y la imagen que tiene de Dios. Destroza la capacidad de tener fe en Dios, dudando de su existencia y protección.

Temores habituales

Las víctimas de abuso sexual comúnmente sienten desconfianza a determinadas amenazas, sienten ser castigadas por lo que contaron y sufren al pensar que no se les crea lo relatado, que se les responsabilice por estimular el abuso, que otro miembro de la familia esté en riesgo de ser agraviado por el culpable al ser desenmascarado.

1.1.12 Factores que influyen en el impacto de un abuso sexual

- La edad de la víctima al acontecer los hechos.
- Al confirmarse la sospecha de un abuso sexual: El género del abusador y del niño, la magnitud del abuso, el parentesco entre el agresor y la víctima. La resistencia de las personas significativas, primordialmente la familia, ante la revelación y confirmación del abuso sexual.
- El tiempo transcurrido entre el comienzo de los abusos y la recogida de información.
- El lugar donde ocurrió el hecho.

1.1.13 Tratamiento

Diner, M. (2006), refiere que cualquier modelo de tratamiento infantil debe manifestar empatía, hacerle saber al pequeño que conocemos y comprendemos lo que siente, y al mismo tiempo expresarle nuestro afecto. En este proceso es indispensable ayudar al pequeño a reconocer las emociones que está viviendo.

El terapeuta debe estimular la confianza para que el niño sienta la disposición de ayuda profesional que se le quiere brindar. Los tratamientos terapéuticos que se utilizan con los infantes son similares a los aplicados con los mayores, la diferencia radica en el procedimiento con relación a la edad y las características del niño.

Oblitas (2004), hace mención de las siguientes terapias para abordar casos donde ocurrió abuso sexual:

- Psicoanálisis: hace uso de la palabra como cura y utiliza la interpretación como herramienta por excelencia. En ésta terapia el paciente expresa libremente lo que vive y siente.
- Terapia Cognitiva: le interesa conocer y examinar los pensamientos y los tipos de procesos cognoscitivos que utiliza el individuo. Es oportuno el uso de ésta terapia cuando los procesos cognitivos son disfuncionales, sin embargo, la misma intenta que se den transformaciones cognitivas así como cambios conductuales en el diario vivir de las personas.
- Logoterapia: tiene como objetivo proporcionar al paciente los medios para revivir los valores escondidos y no revelar los secretos más recónditos, va destinada al tratamiento del fracaso existencial, darle una razón a las diversas dificultades de la vida y no se trata de sustituir la psicoterapia sino de complementarla.
- Terapia Gestalt: es un tipo de psicoterapia que distingue los conflictos y la conducta social incorrecta como signos dolorosos implantados por las polaridades. Esta terapia centra la atención en la conducta actual y requiere la participación activa del terapeuta para facilitar al paciente el proceso de darse cuenta de sí mismo, ve al paciente como un organismo integral, que puede aprender a confiar en él y alcanzar el óptimo potencial del desarrollo.
- Teoría Existencialista: afirma que el ser humano ve al mundo de forma única y es el propio constructor de la realidad que vive a través de las experiencias. Por lo tanto, las personas se conocen a sí mismas por la experiencia con el mundo. La psicoterapia existencial trabaja con preguntas y técnicas que van dirigidas a la esencia del ser humano. Las preguntas están relacionadas con la naturaleza del sufrimiento, la soledad y la ansiedad.

Ludoterapia

Axline (2003), en la segunda parte del libro *Terapia de Juego*, menciona la importancia de contar con un cuarto de juego y de los materiales necesarios para llevar a cabo la terapia. Es muy funcional en niños, recordando que con ellos es más fácil realizar actividades lúdicas para descubrir y detectar el problema que les está afectando, así como darles tratamiento psicológico. Siguiendo las indicaciones de éste libro, la autora recomienda contar con un lugar ideal para la atención de los niños, una habitación con ventanas, que deberá estar resguardada por enrejados o cortinas. Las paredes y pisos deberán ser de material resistente y que facilite la limpieza.

Los objetos de juego deberán ser sencillos para la construcción y fáciles de manejar para que el niño no se sienta frustrado por el equipo que no puede manipular. Sugiere contar con una pareja de muñecos o varios para poder representar a una familia, cajas de pinturas, papel, crayones, pistolas de juguete, soldados de juguetes, títeres, etc. Este, si es posible, debe de equiparse con muebles del tamaño del niño para que sean de fácil acceso. Es responsabilidad del terapeuta mantener una revisión constante de los materiales, sacando los juguetes rotos y conservando la habitación en orden. Si el cuarto es utilizado por varios terapeutas, cada uno de ellos tiene la responsabilidad de ver que se deje en orden para que los resultados del juego de un niño no sean sugerentes al niño que llega después.

Es un tipo de juego libre y existen en dos modalidades, la no directiva y la directiva. En la primera, es darle la libertad al niño a trabajar o jugar como él desee, y que también puede manifestar todo lo que se le ocurra durante el tiempo de la terapia. En el juego dirigido el terapeuta intermedia enseñando al pequeño el contexto en el que debe trabajar o jugar, así como la forma en que debe hacerlo. Tanto en la primera como la segunda, el terapeuta, puede intervenir en la actividad orientándolo hacia lo que considere oportuno.

Para las diferentes terapias debe desarrollarse un programa de actuación que encierre lo siguiente: disponer de un espacio para trabajar con distintos objetos lúdicos, tales como juguetes de figuras humanas, objetos que puedan estimular la creatividad del pequeño, hojas para dibujar, lápices, crayones, y otros.

Cuando se trata de un abuso sexual, los juguetes pueden ser muñecos con atributos sexuales bien marcados, si se pretende que el infante exprese y libere la ansiedad mediante la revelación de las huellas en el juego.

Psicodrama

En aquí los partícipes desempeñan otros roles o papeles a los que tienen asignados en la vida cotidiana. Consiste en que el individuo actúa de forma y manera como lo haría otro, trata de más actuar y menos hablar. Es apropiado para los trastornos que presentan mayores dificultades en la representación de expresión de los hechos ocurridos.

Dibujos libres

Los dibujos proyectan cuando un niño es maltratado y ayuda a evaluar esta problemática (Test de la Familia, Test del Dibujo de la Figura Humana, Test del Dibujo Casa-Árbol-Persona, Test del Árbol, etc.).

Los dibujos pueden manifestar lo que está en el inconsciente, es útil para que el infante exprese y libere los conflictos emocionales, y pueda servir como base de la terapia. Pueden servir como instrumentos de diagnóstico o como auxiliares de la terapia.

Redacciones

En un formato similar a un diario, en algunos casos es recomendable forzar a los niños para que escriban y si se resiste hay que buscar estrategias para motivarlo. En los casos donde al niño se le dificulta escribir es importante redactar pequeñas frases para que orienten al menor a escribir o a complete la frase, por ejemplo: me enojo cuando..., me entristezco cuando... A la vez es una forma de obligar a que el menor escriba sin necesidad a que note algún tipo de presión.

Relajación

Oblitas (2004) menciona que las prácticas de relajación, abren la conciencia a los puntos de tensión, bloqueos energéticos y al mismo tiempo favorecen su expulsión, permiten al individuo entrar en contacto con la mente, las emociones y el cuerpo y que a la vez llegan a mantener un nivel de vigilia equilibrada y la conciencia alerta. Por medio de estas prácticas el sujeto aprende a manejar positiva y adecuadamente las emociones, al mismo tiempo canalizan la energía de tal manera que no provoque manifestaciones psicósomáticas causadas por la acumulación de tensión negativa y un desajuste biopsicológico.

Musicoterapia

Esta técnica hace uso de las audiciones musicales, la actividad rítmica simple, explora una variedad de sonidos con el propósito de relajar o evadir algunos malestares. En Psicoterapia, la música se considera como una técnica capaz de influenciar sobre las emociones, logrando un determinado estado de ánimo e inclusive la curación. Lo importante es determinar qué música logra relajación en el paciente y no tanto la calidad de la melodía. Se cree que así como los adultos, a los niños también se les dificulta atender a una composición musical, por lo que es conveniente utilizar la música como fondo en combinación con alguna actividad que se tenga que realizar.

1.1.13.1 Objetivos del tratamiento

- Dirigir al menor a integrar, entender y resolver aquellas experiencias que afectan el desarrollo de sí mismo, las pautas de interacción con el medio, la restauración de la confianza y la seguridad. En el contexto de la psicoterapia individual, el terapeuta ejerce hacia el niño el rol de un adulto con quien se puede relacionar de manera segura y sana. De esta manera se procura que el infante recobre la confianza fundamental en sí mismo y aprenda a pertenecer a un grupo social integrado por otros de la misma edad y adultos.
- El tratamiento debe ir enfocado en optimizar las potencialidades que han resultado afectadas y descartar aquellas que favorecen el descontrol.

- Diferenciar los tres niveles de intervención: físico, emocional y comportamental. La intervención puede ser individual o grupal, además interdisciplinar, ya que se trabaja junto a otros profesionales como: médicos, trabajadores sociales y psicólogos.

Echeburúa y Guerricaechevarría (2000) plantean que las intervenciones deben cumplir con las siguientes finalidades:

- En la terapia psicoanalítica se debe hacer uso de la catarsis emocional para favorecer la comunicación del niño y facilitar la expresión de las experiencias vividas.
- En psicoterapia cognitiva, favorecer la reestructuración cognitiva y el ejercicio de las habilidades específicas para el afrontamiento del estrés.
- En el tratamiento conductual sería formar o aumentar las conductas deseables y reducir o eliminar las indeseables.

1.1.13.2 Abordaje de intervención

Diner, (2006), propone que a partir de que el médico realice el examen físico se deben realizar las siguientes entrevistas:

Primera entrevista

Conviene que esté presente, no solo el niño, sino también un adulto de confianza quien ya estará enterado acerca del tipo de examen. En este primer encuentro, es prudente no abordar sólo el tema del abuso, especialmente con las familias más resistentes, ya que sentimientos de vergüenza y una falta de aceptación pueden crear tensiones y no se lograría el objetivo, que es recabar información para realizar las acciones pertinentes.

Existen casos donde se sospecha que el abuso se da dentro de la familia, es decir el abusador convive con el menor, en estas circunstancias se sugiere tomar medidas para evitar forcejeos

físicos y emocionales tanto sobre la supuesta víctima como con las personas involucradas en la atención y en los cuidados del niño.

Examen Médico

En estos hechos es conveniente hacer uso de la entrevista para recopilar el historial médico y averiguar sobre la rutina del menor: a qué escuela está asistiendo, en qué aula está, en qué materias es más aplicado y en cuáles tiene mayores problemas, cuáles son los pasatiempos, preferencias y gustos, de él o ella. Lo que se pretende establecer en ésta fase inicial es crear un vínculo de confianza y conocimiento con él o la menor. En éste momento es importante que el médico le manifieste información relacionada a la institución donde se está atendiendo al niño o niña, un lenguaje sencillo y apropiado para el nivel de comprensión:

- Nombre del lugar al que está acudiendo.
- Servicios que proporciona la institución.
- Los diferentes profesionales que laboran en la institución.
- Los motivos por los cuales corresponde ser examinado el menor.
- En qué basará el examen físico.

Se debe pedir al niño o niña que indique cada parte del cuerpo, inclusive los genitales, empleando el nombre que usualmente utiliza. Tomando en cuenta que los más chiquillos hacen uso de términos muy propios cuyos significados sólo lo saben él y la familia, éste no es un paso insignificante: permitirá entender rápidamente cualquier descripción que realice más adelante.

Segunda entrevista

Se recomienda realizarla el día siguiente o 48 horas después de la entrevista inicial. Puede realizarse a solas con él o la menor, si éste accede. Continúa siendo conveniente no abordar duramente la cuestión de la sospecha sino crear un clima viable lo más relajado y dirigir sucesivamente la entrevista a partir de puntos generales hacia la sospecha.

El profesional que interviene en este encuentro debe contar con una disponibilidad amplia en el horario; resulta esencial respetar y esperar los tiempos de cada pequeño para abordar el tema y confortarle cuando empiece a hacerlo.

Es importante que el profesional suspenda las actividades que consiguieran obstaculizar el desarrollo de la entrevista. La actitud recomendable es la de una escucha activa, identificada por la comprensión y la calidez.

Si él o la menor accede a describir los hechos, debe investigarse los siguientes detalles: cuándo y cómo iniciaron las conductas abusivas, el aumento de los mismos, astucia que el abusador manejó para proteger el secreto (premios, castigos, amenazas, etc.), las características del agresor (aunque no siempre es posible conseguir), las situaciones que condujeron al descubrimiento del abuso, la reacción de los familiares ante la declaración, y los intentos abusivos en contra del niño.

En esta fase hay que evitar definitivamente que el menor logre concebirse juzgado. De ninguna forma conviene transmitir críticas sobre el hecho, manifestar preguntas en tono detractor o declarar calificativos sobre el supuesto abusador, como: pero, ¿no le has contado a tu mamá? o ¿y tú mamá que hacía mientras acontecía esto?

Actitudes de padres y víctimas

Quezada (2006), recomienda tomar en cuenta las actitudes de las víctimas y de los padres de ellos ante el descubrimiento del hecho, para una mejor intervención médica, y propone los siguientes parámetros:

- La actitud de los padres ante el abuso sexual

Aun cuando el abuso haya sucedido fuera de la familia, el papá y la mamá están conmocionados, pasando una gran crisis personal en la que desembocan deseos de venganza y sentimientos de

ira, a la vez experimentando sentimientos de culpa. Por lo que, la capacidad de impedimento parental está muy reducida.

Cuando se sospecha que el padre biológico, el padrastro o el compañero de la madre ha sido el agresor del menor, el cuadro se complica, más por ser un miembro de la familia el que abusó. En estas circunstancias, el adulto desea que el niño esté relatando sólo una equivocación y no porque se tenga al menor como mentiroso sino por lo sorprendente del hecho, y la asistencia con el médico se verá intervenida por estas emociones.

No dejar de lado que los abusos sexuales, así como las otras formas de maltrato infantil, acontecen en las familias con trastornos crónicos de funcionamiento que permiten el desarrollo de una crisis que evidenciaría el descubrimiento del hecho. Como resultado, se tiene a los acompañantes no agresores que asisten con los hijos al consultorio, manteniendo el secreto por encima de cualquier otro interés.

Los casos más dificultosos son aquellos en los que el adulto no agresor no confía en lo que el menor revela y se lo atribuye a imaginaciones, exageraciones o mentiras, o atestiguan creer en el hijo pero no toman acciones de protección y defensa.

- La actitud de las víctimas

Se debe comunicar al menor que un adulto de la confianza de éste le puede acompañar o que puede pedir la presencia en cualquier instante. Inclusive si no ha declarado nada al respecto, se le debe preguntar qué es lo que desea. Tener en consideración que los niños al llegar a las entrevistas y a la revisión médica, con frecuencia suelen ocultar el secreto.

El abusador por lo general, es un individuo allegado al menor, que mantiene una correspondencia afectiva con él o ella. A la víctima, entonces, se le puede proyectar la siguiente alternativa: seguir sufriendo con el cuerpo y el psiquismo, o poner en riesgo la reputación de la familia, resguardando una imagen de naturalidad, en la que los diferentes integrantes consideran cumplir

el rol de proveer cariño, interacción sociocultural y sostén económico, o arriesgarse a destrozarse todo esto con el descubrimiento de lo que realmente acontece en la intimidad de la familia. Da la posibilidad de que se evite el abuso pero también de que se pierda lo que se relaciona a los iguales. En los más pequeños provoca miedo, se muestran aterrados frente a un médico desconocido que puede provocarles dolor. O logran resistir el examen médico porque el abusador (una persona reconocida por la autoridad) así se le advirtió.

En casos, donde la víctima se encuentra extremadamente tensa y se niega a ser examinada, se recomienda postergar la revisión médica.

Conversaciones y actitudes con el niño abusado sexualmente

En relación al abuso sufrido hacerle entender al niño que no es culpable del abuso, aunque así lo considere. Es importante asegurarle al pequeño que el abuso no se volverá a repetir ya que se han tomado las medidas necesarias. También es un compromiso que se adquiere con el niño y para ello se le debe fortalecer con estrategias para prevenir y afrontar el caso si volviera a suceder.

En cuanto a las conductas sexuales, hay que tomar en cuenta que los niños víctimas de éste tipo de abusos pueden presentar conductas sexuales precoces e incluso convertirse en abusadores, y lo más trágico es que continúen manteniendo relaciones con el abusador. Por esto, no sólo es necesaria una apropiada educación sexual acorde a la edad y nivel cognitivo, sino es imprescindible abordar los siguientes temas con los niños:

- La sexualidad en relación con otros.

Indicarle que las conductas sexuales son parte de nuestra vida como seres humanos pero deben darse dentro de una pareja estable, es decir dentro del matrimonio, por lo que debe comprender que las relaciones sexuales sólo pueden darse entre ellos porque ya son personas adultas, comprometidas, que buscan el consentimiento mutuo y es

una de las formas para demostrar el amor que sienten entre ellos, y no es una relación que se da entre niños.

- La conducta sexual de la masturbación

Es conveniente explicar al niño que es normal que sienta curiosidad en conocer algunas partes del cuerpo pero que la masturbación acarrea consecuencias.

1.1.14 Referencias legislativas que amparan a los niños

Intebi (2011), menciona que la protección de los derechos de los niños recae en los servicios de protección infantil cuya función es interponerse ante las sospechas de cualquier ambiente de desprotección, el abuso sexual es una de ellas. Cuando se denuncia un caso, las instituciones dedicadas a la protección agilizan acciones para detectar indicadores de riesgo y las necesidades principales insatisfechas. La finalidad de esta intervención es resguardar a las víctimas, impidiendo la secuencia de episodios de violencia y la puesta en marcha de recursos de resarcimiento en el niño, en el ambiente familiar, social y escolar.

En Guatemala existen leyes que amparan a los niños, a continuación se detallan las implicadas con el abuso sexual:

a) Ley Contra la Violencia Sexual, Explotación y Trata de Personas DECRETO NÚMERO 9-2009

➤ **Título III. De los delitos contra la libertad e indemnidad sexual de las personas.**

Capítulo I, De la violencia sexual.

Artículo 28.

Se reforma el artículo 173 del Código Penal, Decreto Número 17-73 del Congreso de la República, el cual queda así. Artículo 173. Violación. Cualquier persona que por deseos carnales,

violente física y psicológicamente para obtener acceso vía vaginal, anal o bucal con otra persona, o le introduzca cualquier parte del cuerpo u objetos, en las partes señaladas anteriormente, o fuerce a otro individuo a introducirse a sí mismo, será condenada con ocho a doce años de prisión. Este delito es cometido cuando la víctima sea menor de catorce años de edad, o cuando sea una persona con incapacidad volitiva o cognitiva, aun cuando no intervenga violencia física o psicológica. La condena se aplicará sin perjuicio a las penalidades que puedan pertenecer por la comisión de otras infracciones.

Artículo 29.

Se adiciona el artículo 173 Bis al Código Penal, Decreto Número 17-73 del Congreso de la República, el cual queda así: Artículo 173 Bis. Agresión sexual. Cualquier persona que con violencia física o psicológica, ejecute acciones con fines sexuales o eróticos a otro individuo, al agresor o a sí misma, siempre que no sea una violación será condenada con cinco a ocho años de cárcel. Este delito es cometido cuando la víctima sea menor de catorce años de edad, o cuando sea una persona con incapacidad volitiva o cognitiva, aun cuando no intervenga violencia física o psicológica. La condena se aplicará sin perjuicio a las penalidades que puedan pertenecer por la comisión de otras infracciones.

Capítulo V. De los delitos contra la indemnidad sexual de las personas

Artículo 32.

Se reforma el artículo 188 del Código Penal, Decreto Número 17-73 del Congreso de la República, el cual queda así: Artículo 188. Exhibicionismo sexual. Cualquier persona que ejecute, o haga ejecutar a otra persona, movimientos sexuales frente a menores de edad o persona con incapacidad volitiva o cognitiva, será condenada con tres a cinco años de cárcel.

Artículo 33.

Se reforma el artículo 189 del Código Penal, Decreto Número 17-73 del Congreso de la República, el cual queda así: Artículo 189. Entrada a espectáculos y comercialización de material pornográfico a menores de edad. Será condenado con tres a cinco años de cárcel, quien: a. Acceda a los menores de edad presenciar entretenimientos de naturaleza sexual exclusivamente para personas mayores, a personas menores de edad o con incapacidad volitiva o cognitiva. b. Admita el ingreso de menores de edad en espectáculos públicos de naturaleza sexual, exclusivamente para adultos. c. Cualquiera que, de alguna manera comercialice material pornográfica a los menores de edad. d. Cualquiera que, de alguna forma acceda a un menor de edad adquirir material pornográfico.

Artículo 38.

Se reforma el artículo 193 del Código Penal, Decreto Número 17-73 del Congreso de la República, el cual queda así: Artículo 193. Actividades sexuales remuneradas con personas menores de edad. Cualquiera que, para sí mismo o para otros individuos, a cambio de algún contacto sexual con un menor de edad, ofrezca o prometa a éste o a otro un beneficio económico o de otra naturaleza, ya sea que logre o no el propósito, será condenado con cinco a ocho años de cárcel, la condena se aplicará sin perjuicio a las penalidades que puedan pertenecer por la comisión de otras infracciones.

Artículo 40.

Se reforma el artículo 194 del Código Penal, Decreto Número 17-73 del Congreso de la República, el cual queda así: Artículo 194. Producción de pornografía de personas menores de edad. Cualquiera que, de alguna forma o a través de cualquier medio, produzca, ejecute o elabore material pornográfico que tenga como contenido imagen o voz simulada o real, de uno o varios menores de edad o con incapacidad volitiva o cognitiva, en actos pornográficos o eróticos, será condenado con seis a diez años de cárcel y una multa de cincuenta mil a quinientos mil quetzales.

Artículo 41.

Se adiciona el artículo 195 Bis al Código Penal, Decreto Número 17-73 del Congreso de la República, el cual queda así: Artículo 195 Bis. Comercialización o difusión de pornografía de personas menores de edad. Cualquiera que, divulgue, grabe, importe, exporte, comercialice, transfiera, exhiba, elabore publicidad, circule o distribuya de cualquier manera y través de cualquier estrategia, material pornográfico de menores de edad o con incapacidad volitiva o cognitiva que tenga como contenido imagen o voz simulada o real, será condenado con seis a ocho años de cárcel y multa de cincuenta mil a quinientos mil quetzales.

Artículo 42.

Se adiciona el artículo 195 Ter al Código Penal, Decreto Número 17-73 del Congreso de la República, el cual queda así: Artículo 195 Ter. Posesión de material pornográfico de personas menores de edad. Cualquiera que, a sabiendas posea y obtenga material pornográfico, de uno o varios menores de edad o con incapacidad volitiva o cognitiva, ejecutando movimientos obscenos o eróticos, será condenado con dos a cuatro años de cárcel.

b) Ley de protección integral de la niñez y adolescencia.

Título I, Consideraciones básicas capítulo único disposiciones generales Artículo 2.

Se entiende por niño o niña a toda persona a partir de la concepción hasta que cumpla los trece años de edad, y adolescente a todo individuo desde los trece hasta los dieciocho años de edad.

Sección VIII. Derecho a la protección por la explotación y abusos sexuales.

Artículo 56.

Explotación o abuso sexual. Las personas menores de edad y los adolescentes disfrutan de derecho para ser resguardados contra toda forma de aprovechamiento o abuso sexual, incluyendo:

a) La provocación o la imposición a que se dedique a cualquier acción sexual. b) El uso de los menores de edad en la prostitución, distracciones o material pornográfico. c) Promiscuidad sexual. d) El acoso sexual de encargados, docentes y tutores.

Capítulo II, Medidas de protección para la niñez y la adolescencia, amenazada o violada en sus derechos humanos, Sección II, Medidas específicas de protección a la niñez y adolescencia, padres y responsables.

Artículo 115.

Retiro del agresor o separación de la víctima del hogar. Si el maltrato o abuso sexual es cometido por los progenitores o encargados, la autoridad competente determinará, como medida prevenir, retirando el abusador de la vivienda o alejar al menor de la familia según las condiciones.

1.2. Autoconcepto

1.2.1 Definición

Burns (como se citó en Doménech, 2005) refiere que el autoconcepto es la imagen que uno tiene de sí mismo y considera que son las capacidades o limitaciones, que cada individuo cree tener y todo esto establecerá la autoestima y la forma en que éste actuará y se relacionará con los demás.

El autoconcepto se va integrando desde los primeros años de vida. El infante va aprendiendo a percibir el mundo, donde a través de las acciones obtiene premios o castigos. Estos aprendizajes le marcarán durante el resto de la vida, ya que determinados estímulos han consolidado lo que él llegue a ser como persona.

Gervilla (2006) refiere dos ideologías que determinan que el desarrollo del autoconcepto es de origen social, ya que se construye a través de la interacción con los demás.

Según Rosenberg (como se citó en Gervilla, 2006) el autoconcepto determina los pensamientos, sentimientos y la conducta del ser humano, ya que la imagen que uno tiene de sí mismo es

central para la vida de una persona. La formación de la imagen del individuo no sólo se basa en lo que él percibe de sí, o en las características, inspiraciones e impulsos que el Creador ha dotado en él, sino también se basa en la información resultante de las experiencias con la sociedad.

Deutsch (como se citó en Gervilla, 2006) indica que la persona cuando interactúa con los demás adquiere ciertas características como consecuencia de los roles que desempeña, se da cuenta de cómo los otros lo perciben, y él mismo reacciona y responde a las demandas que le exigen, así también espera que los demás le respondan. Esta capacidad procedente para asumir el punto de vista de las personas da origen a ideas y actitudes sobre uno mismo, es decir un concepto de uno mismo.

El autoconcepto hace referencia a quiénes somos y cómo somos, y el conocimiento que tenemos de nuestro cuerpo, al hacer conciencia sobre esto, no sólo se logra tener idea de la existencia y de las cualidades de uno mismo sino también de aquellas virtudes y peculiaridades que nos hacen diferente a los demás.

El autoconcepto comprende tres áreas: la cognitiva; que abarca todas las ideas que tiene una persona de sí misma, la afectiva; lo constituye la autoestima y la conductual; que es la búsqueda de aprobación por parte de uno mismo o de los demás. Es un conjunto de concepciones referidas a uno mismo en los siguientes aspectos: psíquico, conductual, corporal, social y moral.

Para investigar sobre el autoconcepto, la mejor estrategia para el estudio es a través de la autodescripción.

1.2.2 Desarrollo del autoconcepto

Woolfolk (2006) indica que el autoconcepto es una estructura cognoscitiva, que a la vez no es permanente y no está unificado, por lo que el desarrollo del autoconcepto puede variar de una etapa de vida a otra.

Davis-Kean y Sandler (como se citó en Woolfolk, 2006), psicólogos, que consideran que el desarrollo del autoconcepto es el cimiento del desarrollo emocional y social.

Hilgard Arkinson y Arkinson (como se citó en Woolfolk, 2006) sustentan que el autoconcepto es el conjunto de ideas, pensamientos y actitudes que las personas tienen acerca de sí misma. Es el intento de explicarnos a nosotros mismos quiénes somos, y así poder organizar las actitudes, los sentimientos y las impresiones que uno tiene.

El esquema que uno construya de sí mismo no es único, permanente e inalterable, ya que es transformado constantemente de una etapa de nuestra vida a otra y de una situación a otras, y se construye antes de la adolescencia. El descubrimiento del yo se origina en la primera infancia, en esta etapa el infante fortalece y conserva los rasgos de sí mismo que son recompensados por los adultos, especialmente por parte del padre o la madre, y rechazar los que causan castigos y reproches. El niño toma como punto de referencia las opiniones y los valores que los mayores emiten hacia él.

Glasser (como se citó en Woolfolk, 2006), cree que el autoconcepto está basado en términos de éxito y fracaso; la idea de ser alguien exitoso determina la capacidad de dar y recibir amor, así como el sentir hacer algo importante para uno mismo y para los demás. Y la identidad de fracaso lo describe en las conductas delictivas, la apatía, el aislamiento y la soledad.

1.2.3 Autoconcepto en el niño

El autoconcepto es un proceso mental y se inicia en el reconocimiento del propio cuerpo, en adquirir identidad existencial; darse cuenta de que uno es diferente a otros, como un ser activo, independiente y que permanece a través del tiempo y a través de la identidad categorial; describe cómo somos y nos define como personas, implica la elaboración de una imagen corporal y sexual.

El autoconcepto se enraíza en los primeros meses de vida cuando el niño a través de la capacidad cognitiva, sensaciones y percepciones hace conciencia de quien es, un ser diferente al entorno y a los demás que le rodean, y después de un tiempo, el reconocimiento físico de él mismo. Otra de

las señales de autoconciencia y de autorreconocimiento es cuando el pequeño comienza hacer uso del lenguaje y utiliza pronombres posesivos o personales.

Desarrollo del autoconcepto de 0 – 3 años:

En esta etapa se inicia la elaboración del desarrollo del sí mismo como individuo por medio de sensaciones, a partir de esto se va creando una conciencia de uno mismo como un ser diferente a otros.

El bebé percibe un contraste entre él y los demás en el proceso continuo de separación de las personas que lo atienden. Durante el nacimiento, con quien mantienen una estrecha relación es con la madre o la cuidadora (algunos bebés, por varios motivos no son cuidados por la madre) y paulatinamente se va incrementando el número de cuidadores, así como la intensidad y el tipo de atención. Descubre que el cuidador no sólo satisface necesidades sino también entretiene, así como percibe el número de cuidadores, ya que pueden ser la madre, el padre, los abuelos, los educadores, etc., y la forma de cuidado; unos atienden las demandas del bebé de una manera rápida, otros se tardan más tiempo y encuentran que hay nuevas fuentes de estímulos, como los objetos. En tanto que el niño se relaciona con los demás, reconoce y discrimina a las personas y es aquí donde comienza a percibir que es diferente al resto de los que le rodean.

De los cuatro a los diez meses surge un sentimiento de eficacia muy propio, es capaz de provocar respuestas en las personas que le rodean; los adultos responden a la sonrisa, al llanto del bebé, así como algunos objetos responden a las acciones de él, por ejemplo: cuando el pequeño presiona el brazo de un peluche que tiene incrustada una melodía por dentro, el bebé expresa alegría y patalea ante las manifestaciones de dicho objeto.

A partir de los ocho o nueve meses empieza a producir señales de autorreconocimiento; verse a través de un espejo. Identifica las cosas que le corresponden y los elementos parciales del cuerpo. Durante los quince o veinticuatro meses distinguen y reconocen los rasgos de él y de los otros.

A los dieciocho meses en el niño, el apego ha dejado formado el modelo de relación interpersonal, se percibe diferente a los demás y tiene las principales experiencias de autorreconocimiento, elaborando así la identidad existencial y a la vez queda fundada las bases para la formación del autoconcepto.

Durante los dieciocho y veinticuatro meses se produce un autoafianzamiento progresivo del autoconcepto. En esta etapa hace uso de los pronombres personales “yo” y “tú”; se mide con las resistencias que el ambiente brinda a los deseos que tiene, manifiesta sentimientos de competición o frustración, en función a los beneficios conseguidos (gestos de complacencia o enojo), además se observan acciones que tienen relación con los principales indicios de obediencia a las reglas impuestas por los adultos o la infracción de las mismas.

Ocaña y Martín (2011) indican que entre los dos y tres años aparece la fase opositora, en esta etapa no sólo se da cuenta de sí mismo sino que la opone a los demás para incrementarla. Se siente frustrado cuando es llamado con otro nombre, empiezan a establecerse los sentimientos de orgullo; demostrando su capacidad de realizar determinadas actividades. Demanda con insistencia que se le autorice realizar cosas y como resultado de la eficacia al emprenderlas, experimenta gozo y se ve dotado de dominio.

Desarrollo del autoconcepto en edad preescolar.

En la edad preescolar (etapa comprendida entre los 3 a 6 años aproximadamente) los pequeños se describen mediante los rasgos externos, concretos y físicos, al finalizar este período hacen unos de categorías emocionales, conductuales y psicológicas. En esta etapa los niños se dan a conocer, describiendo lo central en relación a las características y los rasgos visibles, externos (la altura), en las acciones que realizan (ir a la escuela o colegio) y en las habilidades (conducir una bicicleta, armar legos). El desarrollo del autoconcepto en esta fase es global ya que no incluye diferentes dimensiones, por ejemplo puede describirse a sí mismo como habilidoso en algún deporte pero no da una explicación del por qué.

Edder (como se citó en Ocaña y Martín, 2011) indica que al utilizar un método adecuado con los pequeños, ellos pueden lograr incluir atributos conductuales o rasgos psicológicos, así como expresiones “me fascina jugar con mis amigos por las tardes”

En este período el autoconcepto es arbitrario ya que se basa en hechos determinados y en lo que opinan que las personas significativas demandan del niño, por ejemplo: “yo soy linda” porque “eso dice mi mamá”.

Desarrollo del autoconcepto en edad escolar

En la fase de la edad escolar (6 a 11 ó 12 años) los niños hacen uso de cualidades más complejas y sofisticadas, surgen diferentes evaluaciones propias en función a los aspectos que el niño valora de sí mismo. En ese momento ya son habilidosos en aportar información de cómo se sienten internamente, como algo característico de ellos y al mismo tiempo integran rasgos opuestos. Otra particularidad de este período es que se definen atendiendo las características compartidas en un determinado grupo, descubriendo así la comprensión hacia ellos mismos, como un individuo que desempeña varios roles en base a los diferentes contextos en que se encuentre. También se da la comparación entre uno mismo en otro tiempo o en el pasado, inclusión de características y aspectos psicológicas e internas, rasgos relacionados con las relaciones interpersonales, así como la integración de nuevas destrezas y la comparación con sus iguales.

1.2.4 La formación del sí- mismo en la familia

En la familia, la formación del sí-mismo recobra más trascendencia debido a que, aquí es donde las características de los primeros años de vida se desarrollan y también por el tipo de relación que se establece entre los miembros.

El niño toma conciencia de quien es por el valor que otros le dan y en este caso, por la familia. Si papá, mamá u otro miembro de la familia repite constantemente estímulos hacia el pequeño, creará una serie de experiencia y hará que se una más a ellos. Si los padres son cariñosos con él, se preocupan y lo miman, el infante poco a poco va tomando conciencia que es un objeto de

valor, si lo valoran es porque vale. Adquiere conciencia del significado que tiene como un ser importante y reacciona ante ellos, como consecuencia del valor que ejercen sobre él. El niño va a considerarse y a sentirse a sí mismo como los otros lo estiman. Las actitudes de los demás van creando el propio sí-mismo del pequeño.

Es de suma importancia que el pequeño perciba coherencia entre las actitudes de las persona. Si alguien le dice o le hace sentir una cosa y otro le crea sensaciones diferentes, el infante mantendrá ideas contrarias hacia él mismo. El desarrollo del autoconcepto de éste pequeño corre el riesgo de quedar inseguro e inestable como resultado de las incongruencias o conflicto de las expectativas. Si la forma de ser del niño hacia los demás no es confiable, logrará que él se desenvuelva de una manera insegura y no cumplirá a cabalidad el rol que corresponda desempeñar. A veces el niño recibe halagos o amonestaciones por una misma acción, lo que creará en él la certidumbre de la que debe atenerse, dudará de él mismo, en su mente estará el conflicto de cómo saber qué hacer si la misma acción en situaciones diferentes es calificada de forma distinta para las personas significativas para él.

Los primeros en marcar un aprendizaje significativo en la vida de los pequeños son los padres o los cuidadores, el ejemplo de ellos moldeará la forma de vivir del pequeño durante su crecimiento.

El infante, a través del rechazo o la aprobación de los padres a determinadas acciones que realiza, va constituyendo el sistema de valores, la manera de comportarse y la capacidad para resolver y confrontar los problemas.

Cuando un niño recibe afecto y es tratado como un ser importante y a quien se tiene aprecio, va descubriendo las capacidades y destrezas que posee, aprende a sentirse orgulloso de sí mismo y a aprovechar las cosas que va alcanzando. Si se considera como alguien importante dentro del contexto familiar, esto le servirá para que después al integrarse a un establecimiento educativo, se sienta allí como alguien reconocido. Como resultado la autoestima del pequeño se elevará, le permitirá no desanimarse ante las frustraciones y a seguir luchando por lo que quiere, porque está convencido de las capacidades y habilidades que posee, así también sabe que cuenta con el

respaldo y el amor de los padres en caso de fracasar. Por el contrario, si el niño que no ha conseguido a verse a sí mismo como alguien significativo y que no ha tenido el apoyo de los padres, no se sentirá seguro de sí mismo y buscará la aprobación en otros. No logra sentirse aceptado por sí mismo, tal y como es, se le obstaculiza reconocer las capacidades que posee y no estará capacitado en respetar los límites, al mismo tiempo le genera una baja autoestima y se establece en él una forma negativa de relacionarse con los demás.

1.2.5 El autoconcepto y el aspecto físico

En la formación del aspecto físico y el valor positivo o negativo que se le conceda, se verá la influencia de aspectos históricos, culturales y biológicos. Aprender a apreciar la belleza y la imagen corporal es el resultado de la estimación formada en la edad infantil. Cuando la autoimagen satisface al individuo la valoración es positiva y como consecuencia eleva la autoestima, así mismo si la estimación es negativa provoca un declive en ella. Esta se incrementa o decae cuando el autoconcepto lo hace.

El aspecto físico es la consecuencia de las condiciones culturales e interpersonales. Si en la niñez o en la adolescencia sólo se reciben afirmaciones negativas acerca de la apariencia, genera en ellos, secuelas negativas en el desarrollo de la imagen corporal.

1.2.6 Modalidades de autoconcepto

- Autoconcepto emocional: reacciones emocionales negativas, uso de palabras autodirigidas. Por el lado contrario sería autocontrol, positivismo y sentimientos de felicidad.
- Autoconcepto social: confrontación de problemas sociales, habilidad para pedir y dar apoyo, habilidad de escuchar y comunicar lo que piensa o siente. Habilidad para felicitar y aceptar cumplidos, y desarrolla destreza en comprender a los demás.
- Autoconcepto personal: aceptación de sí mismo y autoconocimiento. También se refiere a las autoafirmaciones y reformulaciones. Cuando se tiene un autoconcepto bajo en esta área, el individuo prioriza las carencias del “no ser” más que el “ser”.

- Autoconcepto físico: imagen física, la persona se viste bien, le gusta como es, se ve atractiva. Por el lado contrario, le gustaría ser otra persona, se siente fea, le gustaría cambiar algunas partes del cuerpo que tiene. Destreza corporal; realizar deporte, gusto por la práctica del deporte y resistencia al realizarlo. Cuando no se tiene este tipo de autoconcepto no se presenta interés por el deporte.
- Alimentación e higiene: posibilidades y limitaciones a la hora de alimentarse. Normalmente va limpio y arreglado, así mismo, cumple con las prácticas normales de aseo personal y del contexto que habita.
- Autoconcepto familiar: convivencia y respeto mutuo con los integrantes de la familia, comunicación y negociación. Colaboración, capacidad en adquirir compromisos y cumplir con responsabilidades dentro del hogar.
- Autoconcepto académico: organización del estudio. Establecimiento de metas de resultados, atribuciones y autorresponsabilidades realistas. Procesos de aprendizaje. Plan de trabajo personal y toma de decisiones.

1.2.7 La teoría de la auto-discrepancia Higgins:

Hogg y Vaughan (2010) indican que la identidad y el autoconcepto sustentan el diario vivir: saber quién es uno permitirá saber que se debe pensar y hacer, y saber quiénes son los demás permitirá predecir que piensan y que hacen. Las personas estamos fuertemente motivadas para mantener el sentido de coherencia entre las creencias y las percepciones de nosotros mismos. Cuando se producen diferencias entre como creemos, que somos y cómo nos gustaría o deberíamos ser, nos solemos sentir incomodados y tratamos de reducir la disonancia. (Tiene mucho que ver con la teoría de la disonancia cognitiva por la consideración de discrepancia como fuente motivacional). Esta teoría tiene en cuenta cómo las personas pensamos que somos, lo cual constituye el autoconcepto tal como se ha definido tradicionalmente.

Sin embargo, postula otros autoconceptos diferentes que servirán de guía a las personas para comparar el autoconcepto real con esos otros tipos de autoconcepto y solventar las posibles discrepancias entre ellos. Estas guías tienen dos funciones:

a) Son incentivos para nuestro comportamiento futuro, nos dan información para saber a qué conducta debemos aproximarnos y qué es lo que debemos evitar para conseguir nuestras metas.

b) Operan como un criterio de comparación de nuestro autoconcepto real.

Otros autoconceptos son:

- Autoconcepto ideal: cómo nos gustaría ser: aspiraciones, metas, expectativas. Quienes tienen este tipo de autoconcepto, están conscientes de las fortalezas y debilidades que poseen, también tratan de ver la realidad y a los demás, tal y como son, sin desestimarlas ni idealizarlas.
- Autoconcepto responsable: cómo creemos que deberíamos ser. Incluyendo normas, reglas, obligaciones, deberes. Si el sujeto no tiene bien formado este tipo de autoconcepto regularmente tiene una sensación de carencia y déficit que conduce a la frustración por falta de logro.
- Autoconcepto potencial: cómo pensamos que podemos llegar a ser, marcar objetivos posibles, basándose en datos y realidades. Por el lado contrario, el individuo presenta una conciencia de incapacidad, manifestada en pasividad, también se anticipa al fracaso.
- Autoconcepto esperado: cómo esperamos ser en el futuro, las aspiraciones que se tienen, así mismo proporciona un modelo de referencia, para evaluar las propias conductas o los resultados obtenidos en una situación particular.

Estos múltiples autoconceptos se pueden considerar desde dos puntos de vista: el nuestro y el de alguna otra persona significativa para nosotros. Como consecuencia, nuestro autoconcepto real puede ser congruente o discrepante con los otros.

La teoría de la auto-discrepancia se fundamenta en:

- Higgins (como se citó en Hogg y Vaughan, 2010) sustenta tres dominios del yo: el yo real, actual; los atributos que actualmente se poseen, lo que se es en realidad, el yo ideal; las características que quisieran tener y el yo obligado; los atributos que se cree que debe

poseer. Y cada uno de estos actúan como guías para el procesamiento de la información y la conducta manifiesta.

- Las personas estamos motivadas para conseguir que nuestro autoconcepto real se aproxime a otros autoconceptos que consideramos relevantes. Regularmente influyen las personas más cercanas y significativas en la formación de ese autoconcepto que se anhela tener. La visión de lo que se desea ser o lo que se siente obligación a ser, conduce a una confrontación con lo que realmente es uno y las aspiraciones que se tienen.
- Una auto-discrepancia es una estructura cognitiva que interrelaciona distintos tipos de autoconcepto discrepantes entre sí.
- Las discrepancias entre distintos tipos de autoconcepto provocan diferentes situaciones psicológicas negativas asociadas a estados emocionales concretos. Los individuos que muestran discrepancias específicas o falta de correspondencia entre el yo ideal y el yo real, pueden generar en ellos consecuencias emocionales negativas, por ejemplo: si una persona muestra discrepancia significativa entre el yo ideal y el real sufrirá disforia y tristeza, mientras la discrepancia entre el yo real y el yo obligado, provocarán agitación, aceleración y ansiedad. Bruch (como se citó en Hogg y Vaughan, 2010) afirma que la discrepancia entre el yo real y yo ideal crea sentimientos de inseguridad: las conductas giran hacia los aspectos negativos del sí mismo.
- La probabilidad de que una auto-discrepancia produzca malestar psicológico depende de la facilidad con la que sea activada en la mente de la persona. Bruch (como se citó en Hogg y Vaughan, 2010) descubrió que las discrepancias entre el yo real y el yo ideal correlacionaban con desilusión y creencias irracionales, lo que provocaba ansiedad interpersonal, estilos atribucionales negativos, desbloqueo con la sociedad, descenso en la autoeficiencia y depresión.
- Cuanto mayor sea la magnitud y la accesibilidad de un tipo de auto- discrepancia para un individuo, más sufrirá la clase de malestar asociado con ese tipo de auto-discrepancia, ya que se entra en conflicto el querer ser lo que uno no es en realidad.

Consecuencia: cuanto menor sea la discrepancia entre los distintos tipos de autoconcepto, más positivo será nuestro estado emocional. Cuando pensamos que nuestros deseos y esperanzas personales no se han cumplido experimentamos insatisfacción, tristeza, depresión y decepción. Si

creemos que no hemos cumplido los deseos y esperanzas que otros tenían sobre nosotros, experimentamos vergüenza y consternación.

El yo espejo:

Fenómeno que consiste en vernos a través de los ojos de los demás como si nos estuviéramos mirando en un espejo. Según el yo espejo, las personas construyen un autoconcepto congruente con la forma en la que las ven los demás (apariencia, comportamientos, metas, deseos, características).

Ichiyama (como se citó en Hogg y Vaughan, 2010) comparaba cómo las personas se valoran a sí mismas en relación a cómo creen que las valoran los demás, y con la valoración que los demás hacían de ellas en realidad. Encontró el efecto contrario al sugerido por el yo espejo: la valoración que hace el individuo de sí mismo es lo que influye en cómo cree que le evalúan los demás, en lugar de ser al revés.

Los sujetos determinan cómo les ven los demás no por la información que reciben de ellos, sino por las autopercepciones:

- En primer lugar tienen una imagen de sí mismos, desde el nacimiento se tiene la noción de quién es uno y al paso de los años, se va construyendo esa imagen, y es percibido por los demás.
- En segundo lugar, creen que los demás les ven tal como se ven a sí mismos. Piensan que los otros asimilan lo que son y partiendo desde este punto de vista, ellos actúan de una forma determinada en la que creen ser vistos.

Nos vemos a nosotros mismos como pensamos que nos ven los demás en lugar de como nos ven realmente. Y al mismo tiempo la valoración que hacemos de nosotros mismos es, precisamente, lo que influye en cómo creemos que nos evalúan los demás.

1.2.8 El autoconcepto en edades tempranas

Comprende tres etapas:

1.2.8.1 Etapa del sí primitivo

A partir del nacimiento hasta los dos años. En este período, el niño se desarrolla hasta descubrirse a sí mismo como una realidad diferente a los demás. Al paso de los días se hace más autoconsciente, a los doce meses llega al reconocimiento visual y a los dieciocho meses inicia a referirse a sí mismo pero en tercera persona.

1.2.8.2 Etapa del sí mismo exterior

Abarca de los dos hasta los doce años aproximadamente. Esta etapa es crucial desde el punto de vista de la imagen personal, porque es la más abierta a la influencia del exterior: padres, educadores, etc. Al principio de esta etapa, el niño se define a sí mismo y se diferencia de los otros por los rasgos físicos. Entre los ocho y nueve años comienza la definición personal, basándose en algunos rasgos psicológicos. A esta edad se hacen evidentes los sentimientos de estar avergonzado u orgulloso de sí mismo. El sentimiento de sí mismo que se adquiere en esta etapa resulta difícil de modificar posteriormente. Al final de esta etapa hay un aumento de la autoconciencia: Los niños presentan un mayor reconocimiento de sí mismos y una mayor conciencia de cómo son percibidos por los otros.

1.2.8.3 Etapa del sí mismo interior

Comprende desde los doce años en adelante. En esta etapa el adolescente busca describirse a sí mismo en términos de identidad y esta definición se va haciendo cada vez más diferenciada y menos global. En esta tercera etapa el adolescente es muy vulnerable en términos de autoestima, tanto por el propio cuestionamiento personal como por la influencia de la propia crítica externa en un período de la vida de especial sensibilidad.

1.2.9 Pautas para el desarrollo del autoconcepto

La actitud o motivación:

Es la tendencia a reaccionar frente a una situación tras evaluarla positiva o negativa. Es la causa que impulsa a actuar, por tanto, será importante plantearse los porqués de nuestras acciones, para no dejarnos llevar simplemente por la inercia o la ansiedad.

El esquema corporal:

Supone la idea que tenemos de nuestro cuerpo a partir de las sensaciones y estímulos. Esta imagen está muy relacionada e influenciada por las relaciones sociales, las modas, complejos o sentimientos hacia nosotros mismos.

Las aptitudes:

Son las capacidades que poseen una persona para realizar algo adecuadamente para ello es necesario descubrir las habilidades que se poseen para desarrollarlas, así como hacer uso de la inteligencia y el razonamiento para ejecutar efectivamente las actividades que se deben cumplir.

Valoración externa:

Es la apreciación que hacen las demás personas sobre nosotros, a través de halagos, contacto físico (apretón de manos, beso en la mejilla), expresiones gestuales, reconocimiento social, etc. Es la importancia que se le da a las opiniones de los demás.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El abuso sexual, es una forma de maltrato infantil y son actividades sexuales impuestas a un niño por un adulto o por una persona mayor que él. Algunas de las formas son: manipulación del menor con fines pornográficos, someterlo a que observe actitudes eróticas, hablar sobre temas obscenos, mostrar o tocar genitales y penetración sexual (violación o incesto.). El abuso sexual no necesariamente es una violación.

El abuso sexual infantil comprende los contactos e interacciones entre un niño y un adulto, cuando el adulto (agresor) utiliza al niño para estimularse sexualmente él mismo, al niño o a otra persona. El abuso sexual también puede ser cometido por una persona menor de 18 años, cuando ésta es significativamente mayor que el niño (la víctima) o cuando (el agresor) está en una posición de poder o control sobre otro menor. Generalmente, los casos de abuso sexual infantil son actos que se dan en un contexto donde ya hubo otra tipología previamente. Es decir, que el abusador tuvo una vivencia similar y esa experiencia le motiva a buscar víctimas y así se va formando un círculo vicioso. El problema se detendrá sólo cuando el abusador o el abusado busquen ayuda.

En Guatemala el abuso sexual es aún un tema tabú y por lo mismo, la mayoría de veces no salen a luz este tipo de hechos, lo que provoca en los niños abusados grandes consecuencias psicológicas, físicas, emocionales y espirituales. Muchas veces el silencio ante esta problemática no se da por ignorancia, sino por la vergüenza o por las represalias que pueda generar, también influye la cultura, por lo que muchas veces callan estos actos que denigran la vida del infante y el mal del “qué dirán” que impide la intervención en estos casos.

Una de las secuelas del abuso sexual en los niños es que el autoconcepto queda dañado, entendiendo el autoconcepto como lo que uno cree y siente sobre sí mismo, aunque lo que crea y sienta no corresponda a la realidad, y en función de ello demuestre un determinado comportamiento.

Por lo que éste estudio tiene como objetivo responder a la siguiente pregunta, ¿Cómo está el autoconcepto de los niños que han sido abusados sexualmente?

2.1 Objetivos

2.1.1 Objetivo general

- Establecer el nivel de autoconcepto en niños abusados sexualmente.

2.1.2 Objetivos específicos

- Identificar si el género masculino o femenino sufre más el abuso sexual.
- Determinar el aspecto constitutivo de la autoestima que está más dañado en los niños abusados sexualmente, a través del test EPAI.

2.2 Hipótesis

H.1 Los niños víctimas de abuso sexual presentan un autoconcepto bajo.

H.2 Los niños víctimas de abuso sexual no presentan un autoconcepto bajo.

2.3 Variables

- Abuso sexual infantil
- Autoconcepto

2.3.1 Definición de variables

2.3.1.1 Definición conceptual

Abuso sexual infantil

Organización Mundial de la Salud (OMS, 2010) define que el abuso sexual en la niñez es la utilización de una persona menor de 12 años o menos para la satisfacción sexual. El abuso sexual en la niñez puede incluir el contacto físico, la masturbación, las relaciones sexuales (incluso la penetración) y/o el contacto anal u oral. Pero también puede incluir el exhibicionismo, voyerismo, la pornografía y/o la prostitución infantil.

Autoconcepto

Sánchez (2013), refiere que el autoconcepto es la imagen que tiene una persona de sí misma. Engloba el conjunto de opiniones, ideas, valoraciones y sentimientos que cada individuo va formando del yo. Las características y capacidades tanto personales (habilidades, rasgos físicos) como sociales pueden ser valoradas como positivas o negativas, dando lugar a diferentes sentimientos. La formación del autoconcepto comienza en la niñez, siendo esta etapa crucial en el proceso, ya que la imagen que se forma en estos primeros momentos suele acompañar a la persona durante toda la vida.

El autoconcepto no es algo innato, cada persona lo va construyendo a lo largo del desarrollo de la vida, a través de dos vías fundamentales, en primer lugar las experiencias que vive y de las valoraciones que hace de las mismas y en segundo lugar a través de las opiniones y valoraciones que recibe de los demás.

2.3.1.2 Definición operacional

Para operacionalizar la variable de estudio se utilizó la Escala de percepción del autoconcepto infantil (EPAI-95). Dicho test cuenta con dos formas de aplicación: Individual-colectiva. En el

estudio se aplicó la de forma colectiva. Las características y diferencias entre las dos aparecen detalladamente en las instrucciones del manual.

Significación: Apreciación del constructo general del autoconcepto y medición de 10 aspectos constitutivos de la autoestima en los niños.

2.4 Alcances y límites

Dentro de los alcances de esta investigación se estudió el nivel de autoconcepto que manifiestan los niños en edades establecidas de 5 a 12 años que sufren de abuso sexual provenientes de municipios y cabecera departamental de El Quiché y que fueron atendidos en la clínica psicológica del Hospital Nacional de El Quiché.

Entre las limitantes del estudio fue que a pesar de las investigaciones y la divulgación sobre el abuso sexual en los medios de comunicación y en los centros educativos, el tema todavía sigue siendo un tabú en varias familias y prefieren evadir el tema para evitar problemas pero que no comprenden que el daño es aún mayor en los niños, víctimas de este tipo de vejámenes. Por lo que prefieren mantener en secreto el suceso. También influyó que en nuestra sociedad no se tiene una cultura de denuncia por lo que delimitó el acceso a más casos de abuso sexual, queda la incógnita de cuantos casos aún existen.

Otra limitante es que el test EPAI – 95 sólo indica cómo evaluar el autoconcepto general y no cuenta con la instrucción de cómo medir o evaluar los diez aspectos constitutivos de la autoestima que contiene dicho instrumento, por lo que dificultó la interpretación y representación de los datos obtenidos.

2.5 Aportes

Con el trabajo de tesis se estableció el nivel de autoconcepto que manejan los niños víctimas del abuso sexual, el mismo será útil para darle continuidad al tratamiento psicológico que se le está proporcionando al niño, ya que los resultados del test, manifiestan el nivel de autoconcepto del pequeño y en base a ello, restaurar o reforzar el autoconcepto que posee el niño o la niña.

Los resultados de la investigación evidencian la importancia de fortalecer el autoconcepto de los niños que han sido abusados sexualmente, la opinión de los padres llega a reforzar o a restringir el valor del niño o niña, por lo que sería oportuno orientar y proporcionar a los progenitores de estos niños herramientas que les sirvan para ayudar al infante a superar el trauma provocado.

Brinda a profesionales de otras disciplinas información psicológica significativa y confiable sobre el nivel de autoconcepto en niños abusados sexualmente, al mismo tiempo orienta sobre los cuidados que se deben tomar en cuenta al momento de intervenir en este tipo de casos.

A la Universidad Rafael Landívar le proporciona un estudio según la realidad de la niñez guatemalteca que sufre de abuso sexual, con la finalidad de que imparta una mejor orientación a los futuros profesionales de nuestro país para que la atención sea efectiva en este tipo de hechos.

III. MÉTODO

3.1 Sujetos

El estudio se realizó con 22 niños abusados sexualmente, pacientes de la Clínica Psicológica del Hospital Nacional de El Quiché, comprendidos entre las edades de 5 a 12 años de sexo femenino y masculino, originarios del departamento y que practican diferentes credos.

3.2 Instrumentos

Se administró el test EPAI-95 (Escala de Percepción del Autoconcepto Infantil), de forma colectiva, que consta de 34 ítems, cada uno consiste en un dibujo donde representa una determinada acción por un grupo de niños en una situación donde ejecutan una actividad que podría ser calificada como específica del autoconcepto positivo o negativo. El infante optará por la imagen con la que más se identifique, marcándola con una X.

En la forma de aplicación colectiva, el psicólogo entrega a un grupo de niños, de 8 a 10 integrantes, después lee uno a uno cada ítem a los niños, mientras el niño elige una de las dos imágenes que aparecen en el cuadernillo, marca con una x sobre la imagen con la que más se identifica el/la menor. Realiza este mismo proceso hasta llegar al ítems no. 34.

El manual dispone de una hoja de respuestas de forma individual, donde se ha de marcar para cada ítem la casilla que pertenezca, según haya seleccionado el pequeño la opción de las tarjetas. Se han de sumar todas las puntuaciones halladas para cada uno de los ítems para obtener la puntuación directa, luego se consulta el percentil para anotararlo en la casilla percentil. Sólo en la puntuación del ítem 13 hay que invertir la valoración: 1=4, 2=3, 3=2 y 4=1.

El resultado final se interpreta de modo que a mayor puntuación corresponda un autoconcepto mayor y viceversa.

Además el constructo general del autoconcepto en el test, evalúa diez aspectos de la autoestima en infantes preescolares y de ciclo escolar inicial:

- Autonomía, sentimiento de independencia.
- Seguridad, confianza en uno mismo en la realización de la tarea.
- Deportes, valía en la competición.
- Familia, ¿cómo se siente en su relación con la familia?
- Aula, el niño en el mundo escolar.
- Social, relaciones sociales del niño.
- Sentimientos afectivos, ¿cómo se siente generalmente (triste, alegre, etc.)?
- Autovalía, sentido de competencia propia.
- Aspecto físico, apariencia física.
- Sentimiento de posesión, de amigos, objetos, etc.

3.3 Procedimiento

- Selección del tema: se tuvieron en consideración tres temas para luego proponerlos a la facultad de humanidades.
- Se llevó a cabo la elaboración de tres anteproyectos con los temas previamente elegidos para ser presentados y evaluados por los catedráticos asignados por parte de la coordinadora de del área de Psicología, para seleccionar el tema, y así llevar a cabo la investigación.
- Se realizaron los cambios sugeridos a través de la Guía de evaluación para sumarios de tesis.
- Modificación del nombre del anteproyecto, realizado a través de un F1, dirigido a la coordinadora del área de Psicología.
- Autorización del punto de tesis, a través de un F1 para la aprobación correspondiente.
- Investigación de antecedentes, realizada a través de diferentes medios escritos.
- Elaboración del índice: se analizaron los temas y subtemas que la tesis iba a compilar.
- Investigación del marco teórico, realizada a través de diferentes autores, de libros enfocados en los temas correspondientes.

- Reestructuramiento del planteamiento del problema que se había elaborado con previa revisión.
- Selección del método: se eligió el instrumento y los sujetos para llevar a cabo la investigación, así como el proceso estadístico.

3.4 Diseño y metodología estadística

Achaerandio (2010), indica que la investigación descriptiva es aquella que estudia, interpreta y refiere lo que surge de los sujetos, busca la resolución de algún problema o alcanza una meta del conocimiento. Se caracteriza por abarcar todo tipo de recolección de información científica, con el ordenamiento, tabulación, interpretación y evaluación de estos.

- Tamaño de la muestra

Oliva (1995) determina las siguientes fórmulas para establecer el tamaño y el error de la muestra mínima en la investigación:

- Nivel de confianza 99% $\rightarrow Z = 2.58$
- Fórmula tamaño muestral:
$$n_0 = \frac{z^2 * p * q}{e^2} = \frac{1.96^2 * 0.5 * 0.5}{0.05^2} = 384.16$$

Dónde:

n_0 = tamaño inicial de la muestra o (definitivo).

Z^2 = estimador insesgado para intervalo de confianza, elevado al cuadrado.

p = probabilidad de éxito.

q = probabilidad de fracaso (1 - p).

e^2 = error muestral al cuadrado.

- Dado que se conoce la población o universo: $n = \frac{no}{1 + \frac{no}{N}} = \frac{384.16}{1 + \frac{384.16}{25}} =$

Dónde:

$N =$ Población o universo $= 22$

$n =$ Muestra de acuerdo a la población 22 personas $= 100\%$

- Significación y fiabilidad de la media aritmética en muestras normales

Oliva (1995), refiere a la media aritmética a través de la significación y fiabilidad, según los siguientes pasos:

Nivel de confianza $= 99\% = Z 2.58$

Error típico de la media aritmética

$$\bar{X} = \frac{\sigma}{\sqrt{N - 1}}$$

Hallar la razón crítica de la media aritmética

$$Rc = \frac{\bar{X}}{\sigma \bar{X}}$$

$$Rc \geq 2.58$$

$$Rc \leq 2.58$$

Fiabilidad

Nivel de confianza 99% = Z 2.58

Error típico de la media aritmética

$$\sigma_{\bar{X}} = \frac{\sigma}{\sqrt{N-1}}$$

Error muestral máximo = $\Sigma = 99\% (2.58) * \sigma_{\bar{X}}$

Establecer el intervalo confidencial:

$$IC = \bar{X} + \epsilon = (ls)$$

$$IC = \bar{X} - \epsilon = (Li)$$

IV. PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS

Análisis de los resultados recabados de la prueba psicológica Escala de Percepción del Autoconcepto Infantil de forma colectiva (EPAI – 95), aplicada a niños abusados sexualmente, pacientes de la Clínica Psicológica del Hospital Nacional de El Quiché, de la cabecera departamental Santa Cruz del Quiché, El Quiché, en el período de Noviembre 2,013 – Mayo 2014.

Media Aritmética	Desviación Típica
37	29.72

Significación y Fiabilidad	
Nivel de Confianza	99% = $z = 2.58$
Error Típico de la Media	6.49
Razón Crítica	5.71

Comparación de la Razón Crítica con el Nivel de Confianza
$Rc = 5.71 \geq 2.58$
<i>Significativo</i>

Fiabilidad de la Media Aritmética	
Nivel de Confianza	99% = $z = 2.58$
Error Típico de la Media	6.49
Error típico muestral máximo	16.72
Intervalo confidencial	–
	IC = $\bar{X} + \epsilon = 53.72$
	–
	IC = $\bar{X} - \epsilon = 20.28$
<i>Fiable</i>	

V. DISCUSION DE RESULTADOS

En el presente estudio se plantea la pregunta ¿Cómo está el nivel de autoconcepto en niños que han sido abusados sexualmente? Seguidamente se discuten los resultados recabados del trabajo de campo que se realizó en la clínica de Psicología del Hospital Nacional de El Quiché.

Los resultados obtenidos del presente estudio manifestaron a través de la prueba psicológica EPAI- 95, aplicada a 22 niños, de 5 a 12 años de edad, víctimas de abuso sexual, la comprobación de la primera hipótesis y al mismo tiempo se alcanzaron los objetivos establecidos al inicio de la investigación.

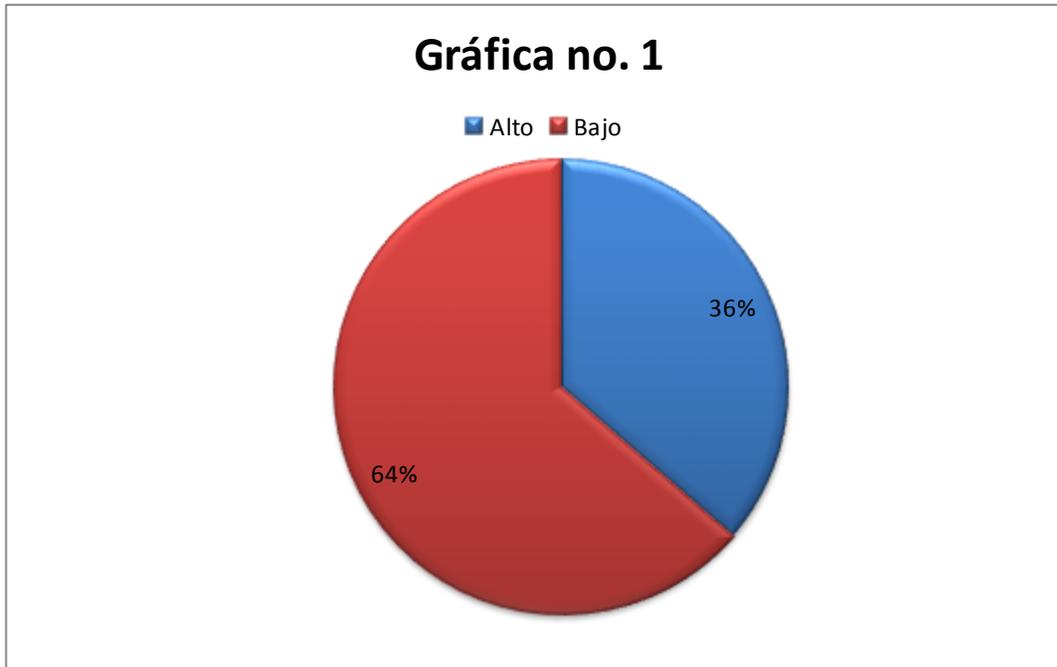
El primer objetivo se alcanzó a través de la aplicación del test EPAI – 95, que arrojó datos en donde manifiesta que la mayoría de casos de abuso sexual presentan un bajo nivel de autoconcepto, ya que el estudio refleja que el autoconcepto general se ubica en el nivel bajo porque la media es de 37, se ubicó entre el límite superior (53.75) y entre el límite inferior (20.28), la investigación es significativa ya que la razón crítica es de 5.71, mayor que el nivel de confianza (2.58), se demuestra entonces fiabilidad en la investigación. Para determinar los resultados se utilizó la siguiente escala de valoración en los percentiles de la prueba: 5 a 50 representa autoconcepto bajo y de 55 a 99 representa un autoconcepto alto.

Estos resultados son similares a lo obtenido por Ramos (2004) en su estudio detectó que los niños que recibieron algún tipo de maltrato infantil psicológico presentaban un autoconcepto bajo, debido a la acumulación de información recibida por los adultos, al enlazar esta información con lo descrito por Deutsch (como se citó en Gervilla, 2006) que indica que el concepto de uno mismo se origina de la percepción que recibe de otros, que a la vez piensa y actúa en base esas demandas. Por lo tanto, los niños que presentan un autoconcepto bajo se debe a que la información que ellos han recibido de los otros (abusadores, miembros de la familia que no creen en el relato o de la sociedad), tiene como resultado una idea negativa de sí mismo y de las capacidades o atributos que poseen.

Para alcanzar el segundo objetivo se clasificaron los casos según el género y se tabularon los datos obtenidos para determinar si son más los niños o las niñas que sufren este tipo de hechos, por lo que el estudio manifestó que las niñas (77% de casos) son las más vulnerables ante este tipo de situaciones y un 23% lo representan los niños.

Así también se consiguió el tercer objetivo, identificar el aspecto constitutivo del autoconcepto que está más dañado y en este estudio se descubrió que el aspecto de la familia es el más dañado, debido a que en la mayoría de los casos de abuso sexual fueron familiares los que abusaron de los menores.

Nivel de Autoconcepto general en niños abusados sexualmente basados en la aplicación de la Escala de Percepción del Autoconcepto Infantil (EPAI – 95) de forma colectiva.



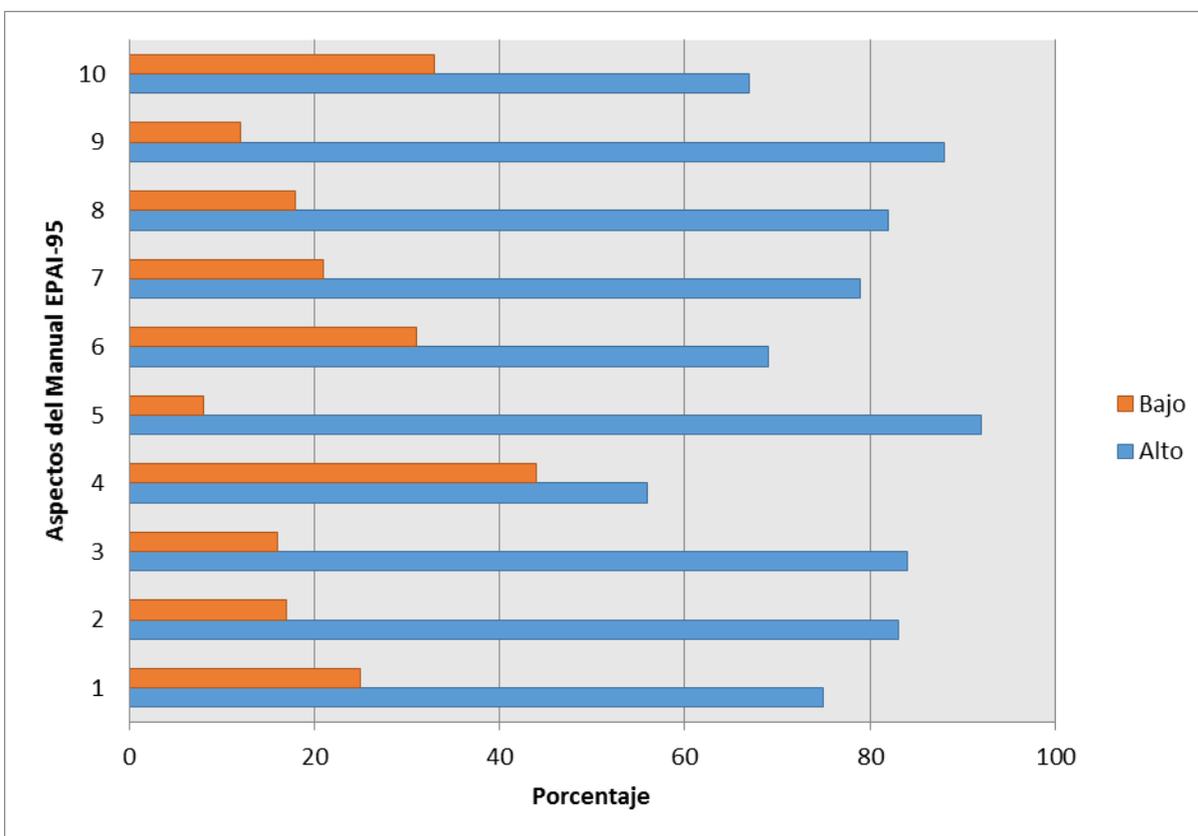
Fuente: Trabajo de campo (2013-2014)

Los resultados de la investigación manifiestan que el 64% de los(as) niños(as) que fueron abusados sexualmente presentan un bajo autoconcepto y el resto, que es el 36% muestran un autoconcepto alto, debido a que el abuso sexual viene a alterar la forma en que los menores se perciben y en este tipo de hechos se afirma la teoría de la auto-discrepancia; que cuando en una persona se producen diferencias entre cómo se cree, quien es y en cómo debería de ser, suele sentirse incomodado y trata de reducir la disonancia, y a la vez provoca escenarios psicológicos negativos asociados a estados emocionales concretos, como la tristeza, inseguridad, ansiedad, depresión, desbloques con la sociedad, y otros.

Resultado de los 10 aspectos de la prueba psicológica EPAI – 95 de forma colectiva.

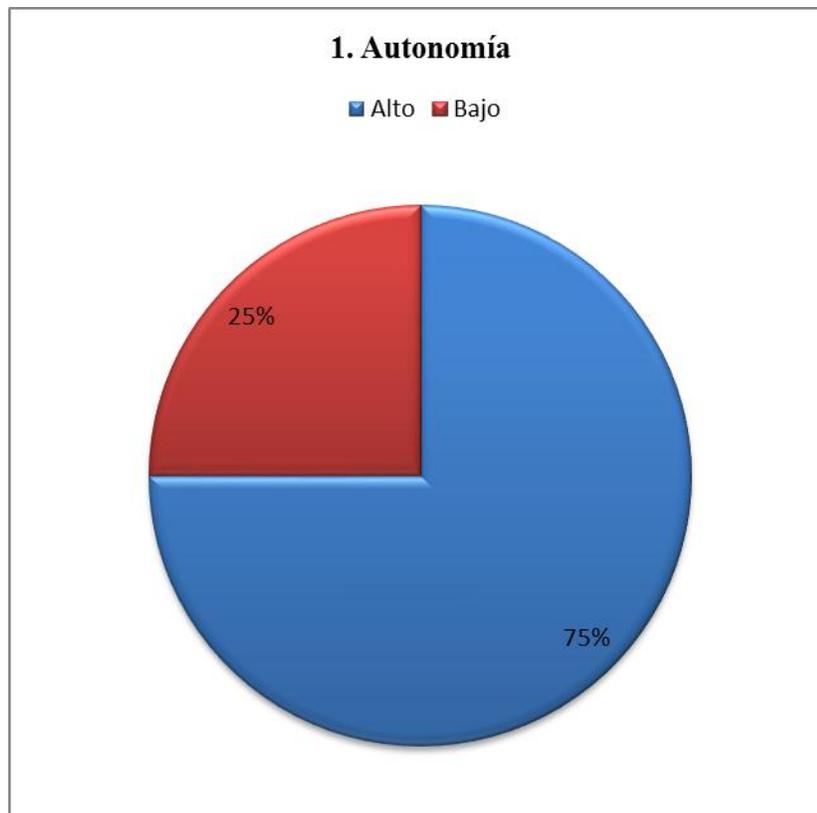
El desarrollo del autoconcepto en el niño se ve condicionado por las influencias de las personas significativas según el contexto en el que interacciona, sea este familiar, escolar o social, así también por las experiencias de éxito o fracaso que vivencia.

La Escala de Percepción del Autoconcepto Infantil utilizada evalúa el autoconcepto desde diez aspectos: 1. autonomía, 2. seguridad, 3. deportes, 4. familia, 5. aula, 6. social, 7. sentimientos afectivos, 8. autovalía, 9. aspecto físico y 10. sentimientos de posesión.



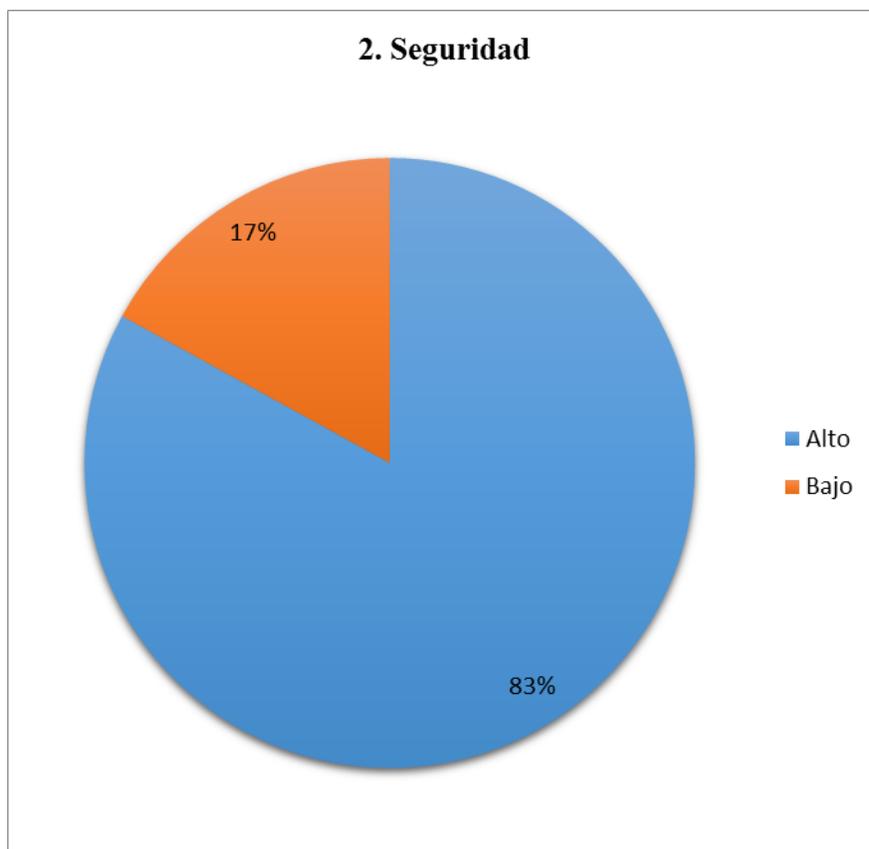
Fuente: Trabajo de campo (2013-2014)

Aspectos de la prueba psicológica EPAI – 95 de forma colectiva



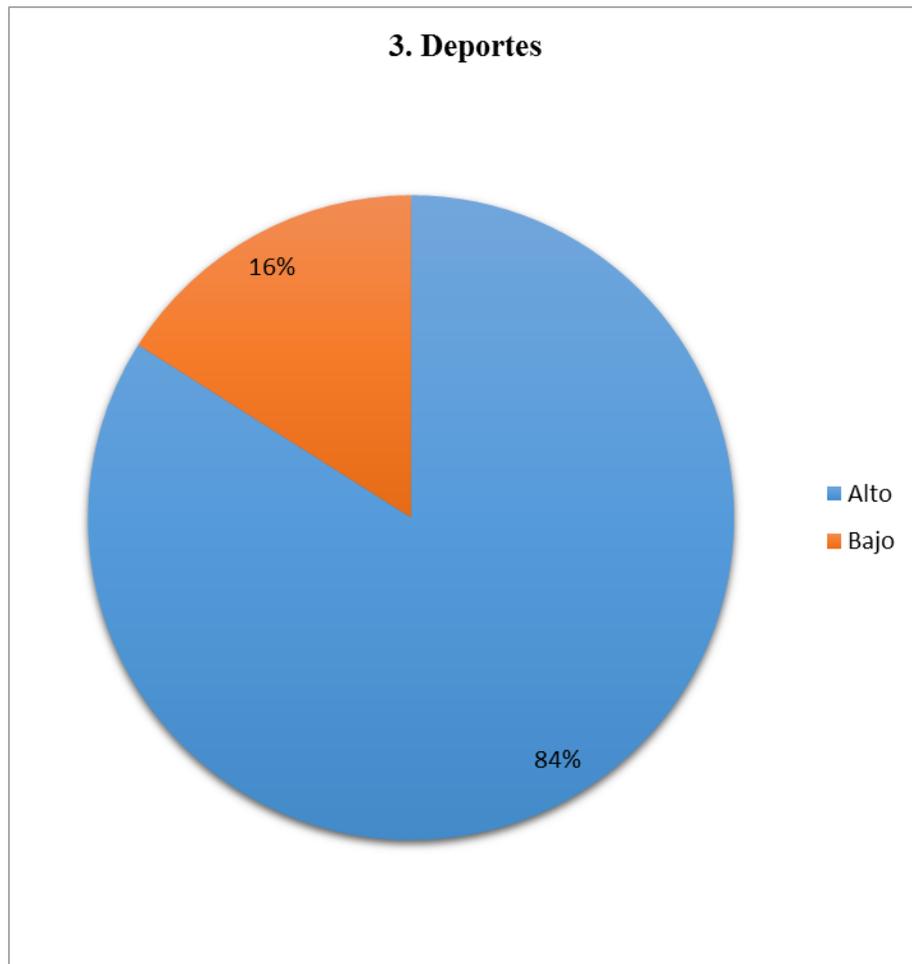
Fuente: Trabajo de campo (2013-2014)

En la presente gráfica un 75% de los menores manifiestan un alto autoconcepto en autonomía y el otro 25% manifiesta bajo autoconcepto, esto se debe a que durante el desarrollo del autoconcepto entre 0-12 años, los menores son supervisados por sus progenitores o cuidadores y al hacer uso de las cualidades y habilidades que poseen, sienten la seguridad de realizar cada una de las actividades ya que se sienten apoyados.



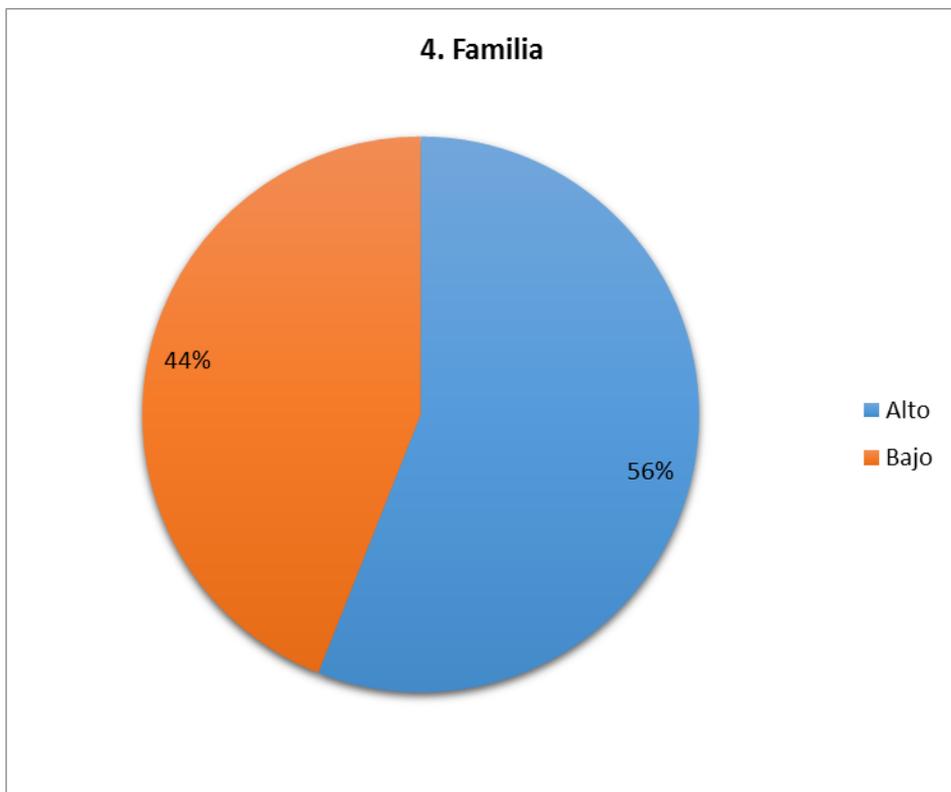
Fuente: Trabajo de campo (2013-2014)

El 83% manifiesta un alto autoconcepto en este aspecto de seguridad y el 17% un bajo autoconcepto. Este dato refleja que los niños que no sienten confianza en la ejecución de tareas se deben al rechazo de los demás a determinadas acciones que realizan por lo que se ve imposibilitado a resolver y confrontar los problemas.



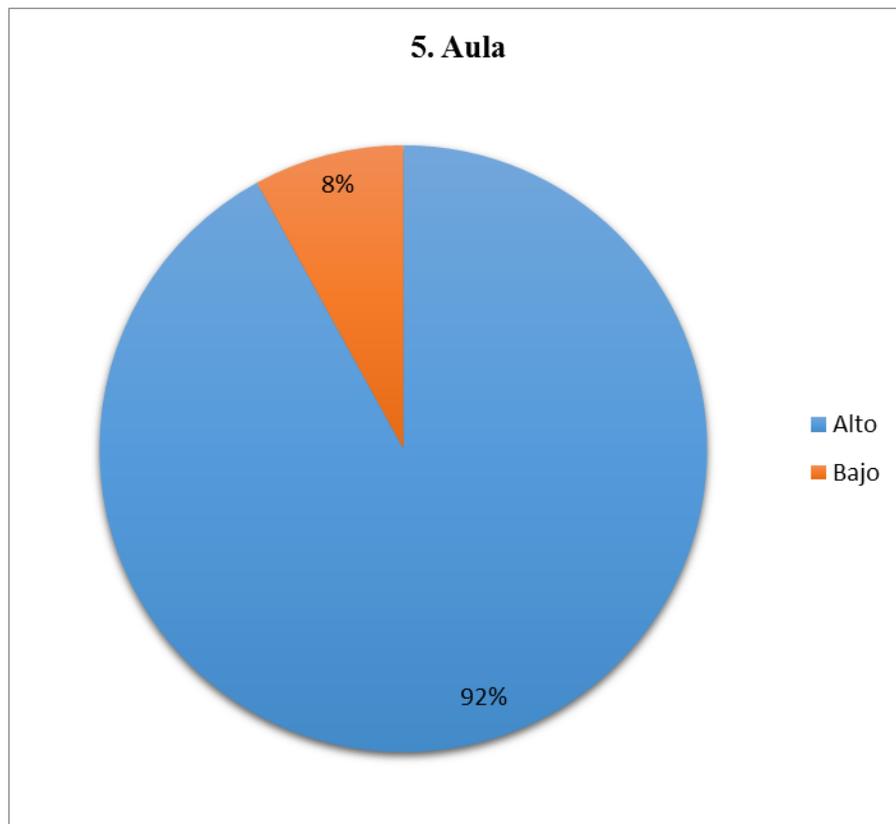
Fuente: Trabajo de campo (2013-2014)

Esta gráfica representa el aspecto de deportes, el 84% de los niños tiene un alto autoconcepto en este aspecto, debido a que los menores practican y tienen resistencia en un terminado deporte. El resto, que es 16% no presenta interés por el deporte.



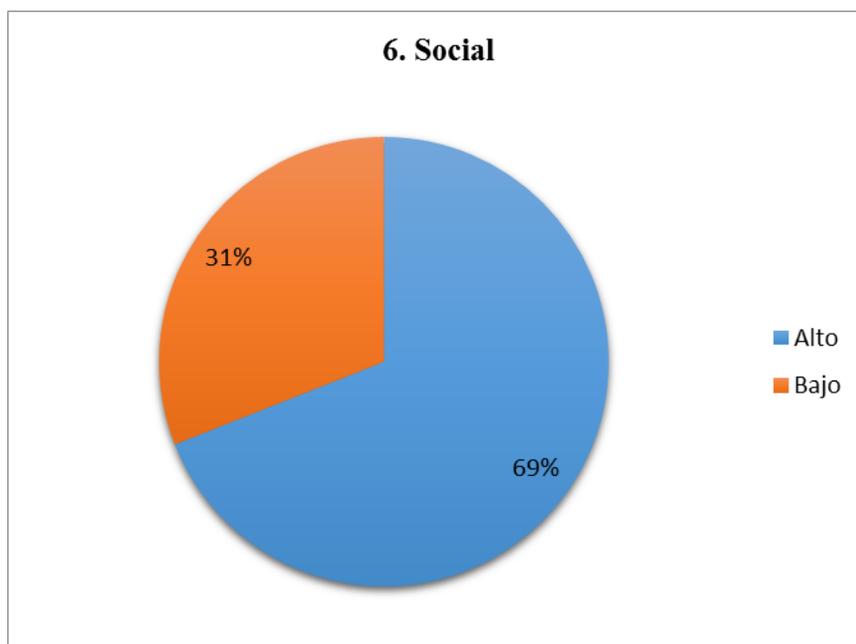
Fuente: Trabajo de campo (2013-2014)

El 56% de los niños evaluados tienen autoconcepto alto en el aspecto familia y 44% representa una bajo autoconcepto, de los diez aspectos, este es el más bajo, puesto que la mayoría de abusos se cometieron dentro de la familia. En la familia, la formación del sí mismo trasciende debido a que, aquí es donde las características de los primeros años de vida se desarrollan y también por el tipo de relación que se establece entre los miembros y cuando existe un desequilibrio en este contexto, el menor no se siente a gusto con la relación familiar. Según López (2013), director ejecutivo de la Comisión Nacional contra el Maltrato Infantil (CONACMI), enfatiza que de diez de los casos de abuso sexual, ocho son cometidos por familiares cercanos, es característico el patrón de relación muy próximo que existe entre el abusador y la víctima.



Fuente: Trabajo de campo (2013-2014)

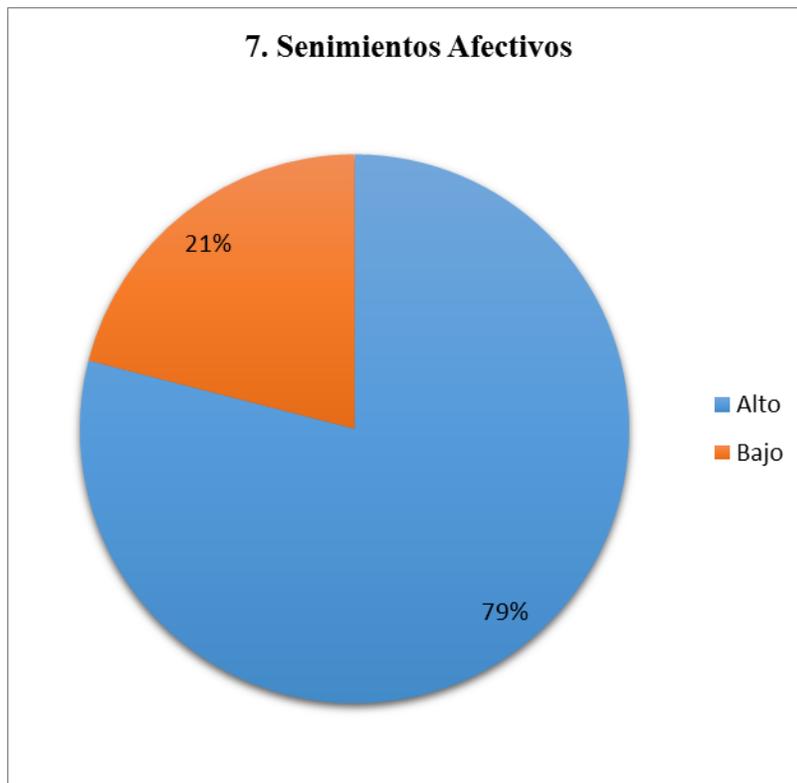
La gráfica muestra que un buen porcentaje de los niños evaluados presentan un alto autoconcepto en el aspecto de aula (92%), esto se debe al autoconcepto alto que poseen en autonomía y en seguridad, ya que estos determinan la valía personal del estudiante para obtener buenos resultados en su desarrollo educativo.



Fuente: Trabajo de campo (2013-2014)

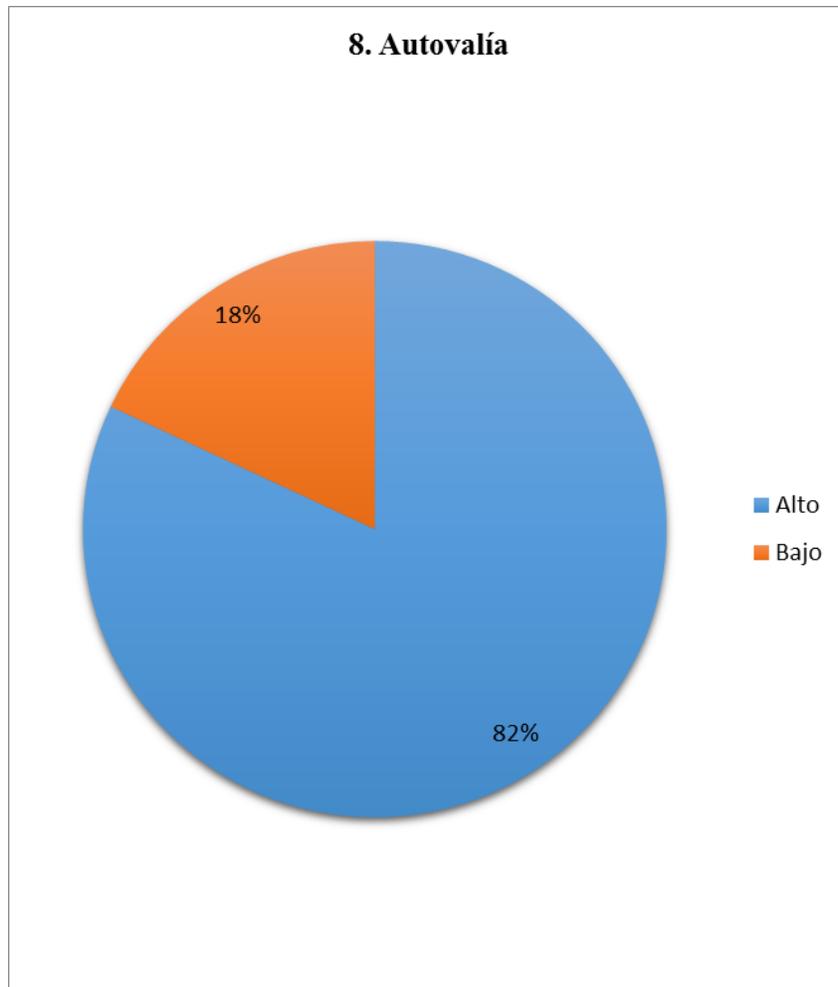
La gráfica muestra que el 69% tiene alto autoconcepto en el aspecto social y el 31% posee un autoconcepto bajo en esta área. La reacción que la sociedad percibe de este tipo de hechos, marca la vida de los infantes, por lo que muchos tildan o marginan a los niños que sufrieron de un abuso sexual y como consecuencia los menores reciben una información negativa de las experiencias con la sociedad, también genera en ellos problemas en la confrontación de problemas sociales, si estiman que no se ha valorado lo que piensan o sienten, pierden la habilidad de escuchar y comunicar lo que piensan o sienten. Las niñas se afirman irreparablemente destruidas para siempre y creen que el daño lo perciben los demás.

La relación con los demás forma el autoconcepto, así como lo indica Deutsch (como se citó en Gervilla, 2006) la persona que interactúa con otros adquiere ciertas características como consecuencia de cómo los otros lo perciben, y él mismo va reaccionando y respondiendo a las demandas que le hagan.



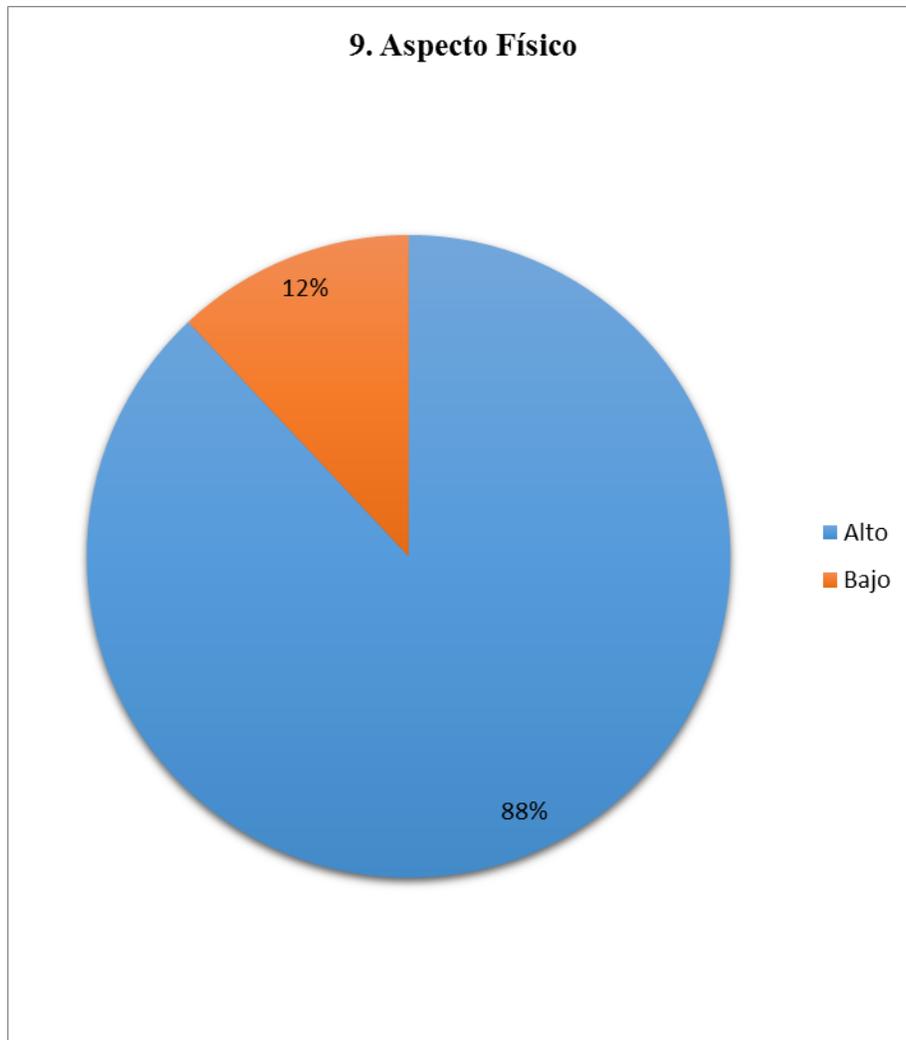
Fuente: Trabajo de campo (2013-2014)

El desarrollo que del autoconcepto es considerado por varios psicólogos como el cimiento del desarrollo emocional, (Davis-Kean y Sandler, 2001), basado en esta premisa, los niños que generalmente se sienten alegres presentan un alto autoconcepto en este aspecto. La presente gráfica muestra que el 79% de los menores manifiestan un alto autoconcepto y el 21% muestran un autoconcepto bajo, los niños que presentan deficiencia en este aspecto sus reacciones emocionales son negativas y hacen uso de palabras autodirigidas.



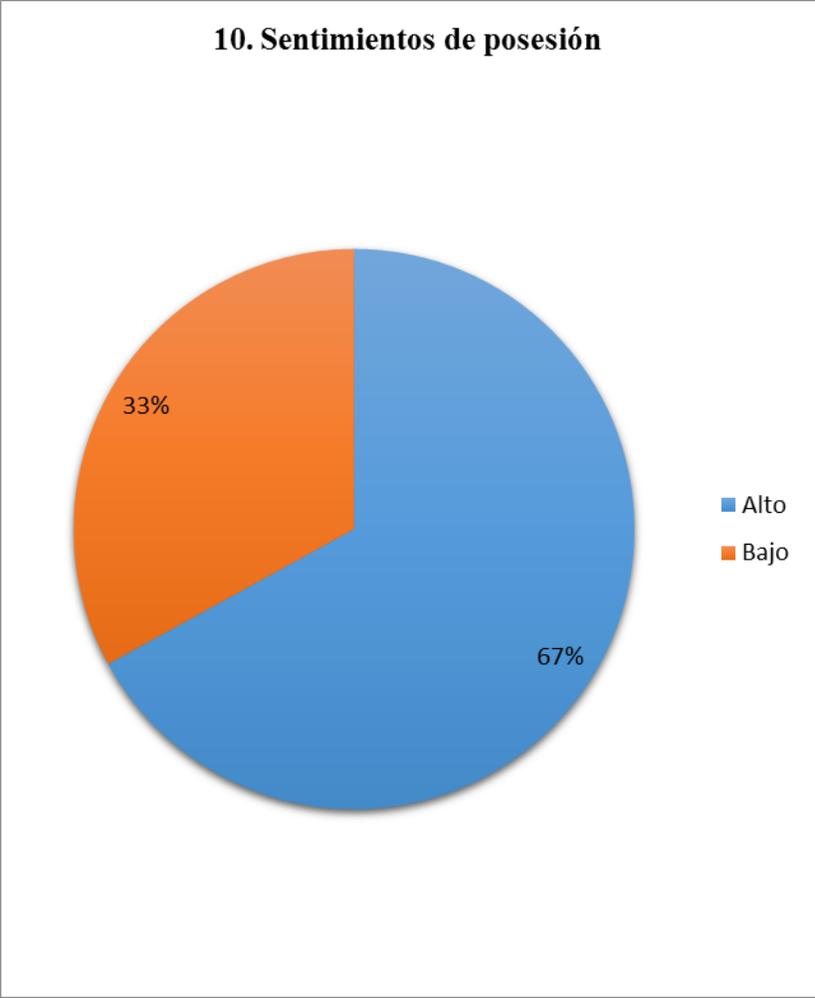
Fuente: Trabajo de campo (2013-2014)

El 82% presenta un alto autoconcepto en el aspecto de autovalía, esto es el resultado de la seguridad que el posee en realizar determinadas competencias y el 18% manifiesta bajo autoconcepto en esta área. Los niños que no se aceptan a sí mismos, se les dificulta reconocer las capacidades que poseen y no se sienten capaces en acatar los límites, manifiestan pasividad y se anticipan al fracaso.



Fuente: Trabajo de campo (2013-2014)

El 88% de los niños tienen un autoconcepto alto en aspecto físico, debido a la estimación que recibe de parte de sus progenitores o cuidadores en relación a la imagen corporal. El 12% refleja un autoconcepto bajo, esto es por las afirmaciones negativas que el menor ha recibido acerca de las apariencias físicas, lo que ha provocado secuelas negativas en el desarrollo de la imagen corporal.



Fuente: Trabajo de campo (2013-2014)

El 67% de los niños manifiestan tener amigos, así como la posesión de objetos, este aspecto está relacionado con lo social, la interacción con otros iguales determina un elevado autoconcepto en los sentimientos de posesión. El 33% de los niños que presentan un bajo autoconcepto en este aspecto son los que no se relacionan con los demás, no poseen objetos o juguetes por lo que se sienten inferiores.

VI. CONCLUSIONES

- A través del estudio se comprueba la primera hipótesis que indica que los niños abusados sexualmente presentan un bajo autoconcepto. Las áreas que quedaron más dañadas son: la parte psicológica, emocional y física (aunque en algunos casos no presentaban daños físicos en la zona genital), y si tiene la creencia en Dios, la parte espiritual queda perjudicada, frecuentemente se cuestionan dónde estaba Dios cuando sucedió el hecho o porqué lo permitió.
- El abuso sexual en niños causa un impacto negativo en el modo de relacionarse con los demás, debido a la desconfianza que emerge este tipo de hechos, generando así conductas destructivas o hipervigilancia hacia otros, los menores que fueron víctimas corren el riesgo de aceptar estos patrones distorsionados que llega afectar a lo largo de sus vida y esto se comprobó a través de la aplicación del test que demostró que el aspecto social es uno de los más dañados.
- De acuerdo al número de casos atendidos en la investigación se evidenció que las niñas son las que más sufren de un abuso sexual.
- El autoconcepto se va integrando desde los primeros años de vida, a través de una relación con los demás, no es único, permanente e inalterable, ya que es transformado constantemente de una etapa de nuestra vida a otra y de una situación a otra. De donde es importante reconocer que el niño abusado ha sido víctima en el deterioro de su autoconcepto, perjudicando más las áreas familiar, social, autonomía y afectividad, determinado a través del test que fue aplicado a los menores.
- Los niños que han sido abusados y tienen el apoyo de sus padres durante el proceso de confrontación judicial, manifiestan un equilibrado autoconcepto por sentirse respaldados, ya que los aspecto de familia y seguridad se encuentran estables, según los datos manifestados del test.

VII. RECOMENDACIONES

- Comprometer al gobierno e instituciones que se enfocan a la niñez, en el trabajo de prevención, abordaje y monitoreo en pro de la salud física, psíquica y emocional del niño. Así mismo, impartir psicoeducación a los niños en las escuelas según las edades y las necesidades de los menores, terapias psicológicas al niño agredido y a la familia, también sugerir la intervención religiosa, según su creencia para recibir fortalecimiento espiritual dentro de este proceso individual y familiar.
- Fomentar una cultura de denuncia a través de procesos de sensibilización e información por los Medios de Comunicación (programas o spots radiales, programas de televisivos, páginas web), por volantes y afiches.
- Manifestar credibilidad en el testimonio de los niños, reforzando está a través de la aplicación de recursos científicos como los relacionados a la psicología: pruebas psicométricas, proyectivas y técnicas de diagnósticos, así como evaluaciones e informes médicos sustentables, para apoyar la versión del niño.
- Restablecer, fortalecer y mantener el autoconcepto de los niños abusados sexualmente a través de un programa permanente que vele por el bienestar integral de los infantes, que incluya la participación de la familia, sector educación, Ministerio de Salud, entidades jurídicas e institucionales como lo son la Procuraduría de los Derechos Humanos, Procuraduría General de la Nación, el Juzgado de la Niñez y Adolescencia, y así mismo la del sector religioso, es decir las Iglesias.

- Reconocer el papel fundamental que juegan los padres de familia a la hora de respaldar a sus hijos abusados durante el proceso y motivarlos a través de herramientas como escucha activa, reforzamiento de valores, apoyo emocional, y otros, y que estos padres de familia sirvan de replicadores de su experiencia para incentivar a otros padres de familia están vivenciando una situación similar, generado y coordinado por los responsables del Comité Víctimas Sobrevivientes de Violencia Sexual, donde tiene participación el área de psicología, del Hospital Nacional de El Quiché.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Academia Americana de Psiquiatría Infantil y del Adolescente (AACAP, 2004). Información para la familia, el abuso sexual a los niños. Recuperado de http://www.aacap.org/cs/root/facts_for_families/informacion_para_la_familia/el_abuso_sexual_a_los_ninos_no_9.
- Achaerandio, L. (2010). Iniciación a la práctica de investigación. Universidad Rafael Landívar, Instituto de Investigaciones Jurídicas, Guatemala.
- Aguilar, O. y Lemus, M. (2011). Programa de apoyo motivacional para fortalecer el autoconcepto en adolescentes comprendidas entre las edades de 12–13 años (Tesis de Licenciatura). Universidad de San Carlos de Guatemala, Guatemala. Recuperada de http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/13/13_3274.pdf
- Asociación Sevillana de Esclerosis Múltiple (ASEM, 2007) ¿Qué es el autoconcepto? Recuperado de <http://www.emsevilla.es>
- Bermudez, J., Pérez, A. y Ruíz, J. (2011). Psicología de la personalidad. Editorial UNED, Madrid, España.
- Cárdenas, R. (2002). Tratamiento psicológico de niños víctimas de abuso sexual, Equipo de Orientación Educativa, Málaga. Recuperada de <http://www.juntadeandalucia.es/averroes/~29070180/Documentos/abuso.pdf>
- Centro Nacional de Análisis y Documentación Judicial (CENADOJ, 2009). Ley contra la violencia sexual, explotación y trata de personas, Decreto No. 9-2009.
- Consejo Pontificio Para La Familia (2006). Lexicón: Términos ambiguos y discutidos sobre familia, vida y cuestiones éticas, 2ª. edición actualizada, marzo 2006, Ediciones Palabra S.A., Madrid, España.

- De León, J. (2012). Violencia sexual en contra de niñas, adolescentes y mujeres en Guatemala, Informe Procurador de los Derechos Humanos, Guatemala. Recuperado de
- Diner, M. (2006). Abuso infantil: Guía de Prevención y Detección, Editorial pdaXpert, Estados Unidos.
- Federación Internacional de Planificación de la Familia, Región del Hemisferio Occidental, Inc. (IPPF/RHO, 2012). Fortaleciendo la respuesta del sector de la salud a la violencia basada en género, Manual de referencia para profesionales de salud en países en desarrollo. Recuperada de www.ippfwhr.org.
- Finkelhor, D. (2005). Abuso sexual al menor, causas y consecuencias y tratamiento psicológico, Editorial Pax, México.
- Fuentes (2011). Abuso Sexual Infantil Intrafamiliar, Tesis Universidad de Tucumán, Facultad de Filosofía y Letras.
- Galleno, J., (2003). Incidencia de un programa de intervención motriz en el autoconcepto de niños con parálisis cerebral. Número 129 de Tesis Doctorales. Editorial de la Universidad de Almería. Almería, España.
- Gan, F. y Triginé J., (2012). Inteligencia Emocional. Ediciones Díaz de Santos. Madrid, España.
- Gervilla, A., (2006). Didáctica básica de la educación infantil, conocer y comprender a los más pequeños. Narcea S.A. de Ediciones, Madrid - España.
- Goñi, E., (2009). El autoconcepto personal: estructura interna, medida y variabilidad, Servicio Editorial de la Universidad del País Vasco, España.

- Herranz, P. et al. (2012). *Psicología evolutiva I. Desarrollo Social*. Vol. 2. Editorial Uned. Madrid, España.
- Hogg, M., Vaughan, G. y Haro, M. (2010). *Psicología Social*, Editorial Médica Panamericana, S.A., Madrid, España.
- Intebi, I. (2011). *Proteger, penalizar, reparar: evaluación de las sospechas de abuso sexual infantil*, Edición Ediciones Granica, Buenos Aires, Argentina.
- Intebi, I. (2012). Entre un 20% y un 30% de quienes sufrieron un maltrato infantil se convierten en adultos maltratadores, *Boletín Documental de Asuntos Sociales Gizarte Ramatuz*, España.
- Lima, M. (2007), *Abuso sexual de menores*, Tesis Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales, Guatemala.
- Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV TR, 2003). Editorial Masson, Barcelona, España.
- Molero, D., Zagalaz, M. y Chacón, J. (2013). Estudio comparativo del autoconcepto físico a lo largo del ciclo vital, *Revista de Psicología del Deporte*, Vol. 22, num. 1 pp. 135-142, Universidad Autónoma de Barcelona, España.
- Oblitas, L. (2004). *¿Cómo hacer psicoterapia exitosa?, los 22 enfoques más importantes en la práctica terapéutica*, PSICOM Editores, Colombia.
- Ocaña, L. y Martín, N. (2011). *Desarrollo socioafectivo*, Ediciones Paraninfo, Madrid, España.
- Organización Mundial de la Salud (OMS, 2010). Centro de Prensa, *Maltrato infantil*, nota descriptiva No.150. Recuperado de www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/es/

Organización de las Naciones Unidas (ONU, 2006). ¡Un, dos, tres por mí! Versión adaptada de la Convención sobre los Derechos del Niño. Jalisco, México.

Orozco, M. (2005). Estudio de casos de abuso sexual en el Hospital Roosevelt, departamento de pediatría, Tesis Universidad de San Carlos de Guatemala, Escuela de Trabajo Social, Guatemala.

Palacios, E. (2009). El autoconcepto personal: estructura interna, medida y variabilidad, Servicio de la Editorial de la Universidad de País Vasco, España.

Pallamares, A. (2004). Indicadores del Abuso Sexual Infantil. Recuperado de <http://psinfantil.blogspot.com/2006/08/indicadores-de-abuso-sexual-infantil.html>.

Pieschacon, M. (2011), Conducta antisocial: un enfoque psicológico, Abuso sexual infantil Editorial Pax, México.

Protección de Atención Movilización e Incidencia por la Niñez y la Adolescencia (PAMI, 2011). Protejamos a la niñez: toda la violencia contra ellos y ellas es un emergencia médica.

Quezada, V., Neno, R. y Luzoro, J. (2006), Abuso sexual infantil, ¿cómo conversar con los niños?, Ediciones de la Universidad Internacional SEK, Santiago de Chile.

Ramos, R. (2008). Elaboración y validación de un cuestionario multimedia y multilingüe de evaluación de la autoestima. Tesis doctoral. Editorial de la Universidad de Granada. Melilla, España.

Ramos, R. (2004). Autoconcepto bajo como consecuencia del maltrato infantil psicológico, Tesis Universidad Mariano Gálvez, Facultad de Humanidades, Escuela de Psicología Clínica, Huehuetenango, Guatemala.

Redondo, C., Galdó, G. y García M., (2008). Atención Al Adolescente, Ediciones de la Universidad de Cantabria, España.

Sánchez, A. (2013). El Portal de Educapeques, en el artículo: El autoconcepto: La imagen de uno mismo. Recuperada de <http://www.educapeques.com/escuela-de-padres/el-autoconcepto-la-imagen-de-uno-mismo.html>.

Talavera, J., Martínez, A. y Sayers, S. (2012). Adaptación y validación del inventario de conducta sexual en la niñez-3, en español, en una muestra normativa de niños/as puertorriqueños/as entre las edades de 2 a 12 años, Revista puertorriqueña, Vol. 23, suplemento electrónico, Asociación de Psicología de Puerto Rico.

Woolfolk, A., (2006), Psicología Educativa. Novena edición, Pearson Educación, México.

ANEXO I

Resultados cuantitativos de la aplicación de la Escala de Percepción del Autoconcepto Infantil (EPAI – 95), de forma colectiva.

En siguiente la tabla se localiza la puntuación directa y puntuación percentil de cada uno de los niños evaluados.

Masculino				
No.	Edades	Puntuación Directa	Percentil	Autoconcepto
1	12	62	45	Bajo
2	12	57	10	Bajo
3	9	62	45	Bajo
5	8	64	65	Alto
6	6	63	55	Alto
Femenino				
No.	Edades	Puntuación Directa	Percentil	Autoconcepto
1	12	65	80	Alto
2	12	57	10	Bajo
3	12	50	5	Bajo
4	10	67	90	Alto
5	10	56	10	Bajo
6	10	58	15	Bajo
7	10	57	10	Bajo
8	10	54	5	Bajo
9	9	64	65	Alto
10	9	54	5	Bajo
11	8	67	90	Alto
12	8	54	5	Bajo
13	7	63	55	Alto
14	7	65	80	Alto
15	7	52	5	Bajo
16	5	58	15	Bajo
17	5	60	30	Bajo

**Números de ítems relacionados a cada aspecto de la Escala de Percepción del
Autoconcepto Infantil (EPAI – 95)**

No.	Aspecto	No. de ítems
1	Autonomía	1,23,24,29,32
2	Seguridad	9,14,17,21,29,34
3	Deportes	7,31
4	Familia	4,8,16,25
5	Aula	9,22,26
6	Social	2,5,12,19,20,30
7	Sentimientos Afectivos	13,26,30
8	Autovalía	10,31,34
9	Aspecto Físico	6,11,28,33
10	Sentimientos de Posesión	3,15,18,27

Resultado de los 10 aspectos de la prueba psicológica EPAI – 95 de forma colectiva.

Aspectos EPAI-95	Total de ítems	Porcentaje	Nivel de Autoconcepto
Autonomía	82	75	Alto
	27	25	Bajo
	109	100	
Seguridad	109	83	Alto
	23	17	Bajo
	132	100	
Deportes	37	84	Alto
	7	16	Bajo
	44	100	
Familia	48	56	Alto
	38	44	Bajo
	86	100	
Aula	61	92	Alto
	5	8	Bajo
	66	100	
Social	91	69	Alto
	41	31	Bajo
	132	100	
Sentimientos Afectivos	52	79	Alto
	14	21	Bajo
	66	100	
Autovalía	54	82	Alto
	12	18	Bajo
	66	100	
Aspectos Físicos	77	88	Alto
	11	12	Bajo
	88	100	
Sentimientos de Posesión	59	67	Alto
	29	33	Bajo
	88	100	

ANEXO II

FICHA TÉCNICA DEL TEST

Nombre	Escala de Percepción del Autoconcepto Infantil (EPAI-95)
Autor	Aurelio Villa Sánchez y Elena Auzmendi Escribano
Objetivo	Evaluar el autoconcepto, medir 10 aspectos constitutivos de la autoestima en los niños de preescolar y ciclo inicial escolar.
Instrucciones para la administración del test	
Aplicación de la forma colectiva	El psicólogo entregará al grupo de niños, de 8 a 10 integrantes, el cuadernillo donde se encuentran los datos a llenar de cada niño. El evaluador leerá con voz alta y clara la única instrucción que aparece en el cuadernillo. En seguida leerá uno a uno, los ítems que tiene el “INSTRUCTIVO PARA EL PSICÓLOGO (forma colectiva)”. Este proceso se deberá seguir con los 34 ítems que consta el test, observar que todos los niños del grupo contesten bien y que vayan entendiendo las instrucciones. Al finalizar todos los ítems, se recogerán los cuadernillos para realizar la interpretación correspondiente.
Interpretación	Señalar el dibujo de la izquierda significa autoconcepto bajo y el de la derecha, autoconcepto alto: ítems no. 1,2,7,10,11,14,15,18,20,24,25,27,28,29,30,31,34. Señalar el dibujo de la izquierda significa autoconcepto alto y el de la derecha, autoconcepto bajo en los siguientes ítems: 3,4,5,6,8,9,12,13,16,17,19,21,22,23,26,32,33.

ANEXO III

Detalles del proceso estadístico

Intervalo	F	fa	Xm	Σf.Xm	Li	Ls	/d/	Σf. /d ¹ /	Σf. /d ^{1/2}
5-13	9	9	9	81	4.5	13.5	28	252	7056
14-22	2	11	18	36	13.5	22.5	19	38	722
23-31	1	12	27	27	22.5	31.5	10	10	100
32-40	0	12	36	0	31.5	40.5	1	0	0
41-49	2	14	45	90	40.5	49.5	8	16	128
50-58	2	16	54	108	49.5	58.5	17	34	578
59-67	2	18	63	126	58.5	67.5	26	52	1,352
68-76	0	18	72	0	67.5	76.5	35	0	0
77-85	2	20	81	162	76.5	85.5	44	88	3,872
86-94	2	22	90	180	85.5	94.5	53	106	5,618
	22			810				596	19,426

$$i = \frac{Xs - Xi + 1}{10} \quad i = \frac{94 - 5 + 1}{10} = 9$$

$$/d/ = \underline{X} - X_m = 37 - 9 = 28$$

Media Aritmética

$$\bar{X} = \frac{\underline{\Sigma f.X_m}}{N} = \frac{810}{22} = 36.81 \approx 37$$

$$N = 22$$

Desviación Típica

$$\sigma = \frac{\sqrt{\Sigma f. / d^1/2}}{N} = \frac{\sqrt{19,426}}{22} = \sqrt{883} = 29.72$$

Significación y fiabilidad

Nivel de Confianza

$$99\% = Z = 2.58$$

Hallar el Error Típico de la Media

$$\sigma_{\bar{X}_1} = \frac{\sigma}{\sqrt{N-1}} = \frac{29.72}{\sqrt{22-1}} = \frac{29.72}{4.58} = 6.49$$

Encontrar Razón Crítica

$$Rc = \frac{\bar{X}}{\sigma_{\bar{X}_1}} = \frac{37}{6.49} = 5.71$$

Comparar la Razón Crítica con el Nivel de Confianza

$$Rc \geq 2.58 = 5.71 \geq 2.58 \text{ Significativo}$$

Fiabilidad de la Media Aritmética

Establecer el Nivel de Confianza

$$99\% (1\%) = Z = 2.58$$

Hallar el Error Típico de la Media

$$\sigma_{\bar{X}_1} = \frac{\sigma}{\sqrt{N-1}} = \frac{29.72}{\sqrt{22-1}} = \frac{29.72}{4.58} = 6.49$$

Encontrar error típico muestral máximo

$$\Sigma = 99\% (2.58) * \sigma \bar{X} = 2.58 * 6.49 = 16.72$$

Establecer el intervalo confidencial

$$IC = \bar{X} + \epsilon = (ls) = 37 + 16.72 = 53.72$$

$$IC = \bar{X} - \epsilon = (Li) = 37 - 16.72 = 20.28$$

ANEXO IV

PROPUESTA

Tratamiento para fortalecer el autoconcepto en niños abusados sexualmente

Introducción

El autoconcepto es el conjunto de actitudes que un individuo tiene hacia su propia persona. Los niños que fueron víctimas del abuso sexual poseen un bajo autoconcepto como resultado del trauma vivido, por lo que el valor que ellos perciben de sí mismo es escaso y esto influye de manera decisiva en cómo van a ver los acontecimientos de la vida y a las demás personas de su entorno.

Para abordar este tipo de casos es necesario atender de forma integral al menor y la familia de este, ya que también el entorno familiar se ve afectado, para ello es importante comprender que el daño no sólo es físico, sino también es emocional, psicológico y espiritual.

El trabajo a realizar por el profesional en psicología se basará en guiar al menor a integrarse de nuevo a la vida infantil, a través de diferentes terapias y actividades.

Justificación

Cuando se descubre un caso de abuso sexual regularmente se centra sólo en ese tema, con el fin de recabar información, esto es importante pero también se deben abordar otros aspectos relacionados a la vida del niño para no provocar efectos negativos en él, así evitar cometer el error de victimizar más al infante y esto a la vez impediría el avance en la superación del trauma.

Por lo que surge esta propuesta como resultado de las demandas en este tipo de hechos, enfocado en actividades que permiten al menor exteriorizar sobre otros aspectos de su vida, como aspiraciones, estado emocional, dificultades presentes en el ámbito escolar, y otros.

La niñez es única y es caracterizada por la alegría e inocencia, por lo que es importante realizar actividades que fortalezcan estas habilidades, con el propósito de apoyar al menor abusado a que viva la etapa real de su vida.

Objetivo general

- Contribuir al desarrollo y recuperación del autoconcepto a través de terapias, dirigidas a los niños abusados sexualmente pacientes de la clínica psicológica del Hospital Nacional de El Quiché.

Objetivos específicos

- Fortalecer el autoconcepto de los niños víctimas del abuso sexual, a partir de actividades que le permitan integrarse de nuevo a la vida cotidiana.
- Capacitar al personal de la clínica psicológica del Hospital Nacional de El Quiché en el tratamiento a niños abusados sexualmente a través de un taller.

Desarrollo de la propuesta

Para el impulso de este tratamiento se pretende que en las primeras nueve sesiones se desarrollen a través de los siguientes temas, tomar en cuenta la necesidad del menor y en base a ello trabajar cada sesión.

Tema	Actividad	Recursos	Instrucciones	Recomendaciones
Imagen corporal Autoconcepto	Siluetas	Pliego de papel bond Marcador Lápiz Crayones	Solicitarle al menor que se coloque sobre el papel para dibujar su silueta. Luego pedirle que se dibuje en el papel, debe tomar en cuenta los rasgos físicos y la ropa que tenía puesto en el momento del hecho.	Tener cuidado durante el contacto con el (la) niño(a) para que no se sienta invadido(a), se pretende que el (la) niño(a) verbalice o exprese cómo se sentía con su cuerpo en el momento del

				hecho y respecto al daño que le provocó.
Emociones Imagen corporal	Mapa de emociones	Entregar una hoja tamaño carta con la representación de gestos que manifiesten las siguientes emociones: miedo, rabia, cariño, vergüenza, alegría y pena. Silueta	Se le solicita al menor que se imagine en que parte del cuerpo sentía cada emoción y usa la silueta que se trabajó en la primera sesión para que coloree la parte del cuerpo donde sintió o siente la emoción.	Identificar las emociones de cada niño o niña, cada uno(a) sentirá algo diferente.
Responsabilidad y culpa Secretos	Cuentos	Hoja impresa con los siguientes cuentos: Algo sucedió y me asusta contar de Patricia Kehoe, es un libro que se puede encontrar en el internet, estimula al niño a hablar y contiene conceptos que ayudarán a los pequeños en su recuperación. Carola y su amigo el perro.	Tener impreso los cuentos en hojas para que el niño o niña tenga acceso a ellas al momento de leerlos.	Aprovechar estas herramientas eficaces para hablar sobre el abuso.
Emociones	Máscara de emociones	Platos redondos desechables, silicón líquido, marcadores,	Solicitarle al pequeño que realice unas máscaras con los materiales. Las emociones a representar son:	Supervisar el trabajo del menor para que no se frustre si algo no le sale bien. Este material se

		<p>lana, palillos de helado grande.</p>	<p>alegría, enojo, vergüenza y pena. Durante la sesión preguntarle al niño sobre el estado emocional del momento o de la semana transcurrida. Usarlo con frase inconclusas, por ejemplo: cuando recuerdo el hecho me siento..., cuando veo a... me siento...</p>	<p>puede usar durante el transcurso del tratamiento. Se pueden realizar en la segunda sesión para que en la tercera se tenga este material y durante el desarrollo del cuento hacer uso de ellos.</p>
Responsabilidad y culpa	Dialogo de sillas	Dos sillas	<p>Durante esta actividad se le pide al niño o niña que dramatice diálogos imaginarios, las sillas se colocan uno frente a la otra. Durante el diálogo se puede utilizar las siguientes frases para entablar un diálogo, por ejemplo: dile a tu mamá cada vez que te sientas triste, no te quedes solo(a) cuando sabes que la persona que te hizo daño va a estar ahí. Durante la dramatización se puede intercambiar de lugar de silla para hacerlo un poco más interactiva.</p>	<p>Si se hace uso de este tema en la terapia de grupo, supervisarlos porque que sea una actividad que logre la reparación en los pequeños.</p>
Imágenes parentales Secretos	Role Playing	El cuento de Carola	<p>Dramatizar el cuento de Carola y pedirle al(a) niño(a) que indique cómo respondería la mamá o el papá de Carol si le cuentan del hecho.</p>	<p>Identificar los modelos femeninos y masculinos pasivos y débiles para buscar formas protectoras, con el fin de prevenir futuros hechos. Si se descubre que hace falta reforzar</p>

				estos aspectos, dar a conocer esta información a los padres de familia, e indicarles las consecuencias sino se realizan acciones oportunas.
Confianza	Caminata de confianza	Áreas verdes, objetos para utilizarlos como obstáculos y un pañuelo.	Previo a sacar al niño, se deberá colocar los objetos para que se logre el objetivo, que es enseñarle al menor la confianza en los demás, así como el cuidado que debe tener en elegir a esas personas. Vendarle los ojos al pequeño(a) y sacarlo donde están los objetos, direccionarlo durante todo el recorrido.	
Límites personales	Mis zonas privadas	Proporcionarle una hoja con la figura de un niño o niña, según sea el género del menor abusado, crayones de color rojo y verde.	Pedirle al pequeño que marque con el crayón las zonas o partes que fueron tocadas de forma inapropiada y al mismo tiempo le incomodó. Con el crayón verde pedirles que marquen las zonas que les hubieran tocado de un modo que les resultara agradable, sin que los incomodaran.	Aprovechar el tema para hablar acerca del contacto que es fundamental en la vida de todas las personas, para hacerle ver el lado positivo del contacto. Así también hacer uso de los colores del e indicar sobre el tipo de acción que se debe realizar al momento de una aproximación indebida.
El perdón	Pelota de colores	Con tres pelotitas y con tempera de los siguientes	Pedirle al niño que elija el color con el sentimiento con que se identifique, previo a	El objetivo de esta actividad es identificar si es el momento para

		colores: Negro: odio Gris: venganza Café: tristeza Pliego de papel bond Echar la tempera en recipientes que faciliten la introducción de la pelotita.	ello el terapeuta ya debió haber pegado el pliego de papel bond en un lugar para que el niño arroje la pelota hacia el papel las veces que desee, puede hacer uso de los tres colores.	hablar del tema del perdón para que se inicie el proceso de sanación. Perdón no solo es hacia el abusador sino también hacia la víctima ya que en ocasiones ellos se sienten culpables. Queda a criterio del terapeuta buscar de un cuento relacionado a este tema.
--	--	---	---	---

Carola y su amigo el perro

Carola era una simpática niña de largas trenzas y cara pecosa. Carola tenía una mascota y era un perro que se llamaba Pon-Pon. Le había puesto ese nombre porque era blanquito. Las caminatas que Carola daba con su amigo canino eran interminables y las aventuras que juntos habían vivido eran tantas que podrían haber escrito un libro. Era tan inteligente este Pon Pon que Carola siempre decía que sólo le faltaba hablar.

Carola vivía con sus papás, su abuela Marta y Joaquín su hermano pequeño. Aunque Joaquín era un poco molestón porque le tomaba sus cosas, la mayoría de las veces lo pasaban bien jugando a disfrazarse con cualquier cosa que encontraban por ahí.

Pero no todo andaba bien en la vida de esta niña. Una persona a la que ella quería y en la cual confiaba mucho le hizo daño. Esta persona siempre había sido muy cariñosa y simpática con ella, tanto así que Carola se sentía importante. La verdad es que a ella le caía muy bien.

Carola no entendía muy bien lo que pasaba pero lo cierto es que, sin darse cuenta cómo ni en qué momento, esta persona empezó a acercarse cada vez más y los cariños ya no le gustaron tanto. De alguna manera ella sentía que algo no andaba bien, que no era correcto que la tocara de esa

manera. Sin embargo, como esta persona decía que esa era una forma de demostrarle su amor, se sentía un poco rara y confundida.

Lo extraño de todo esto es que le decía que este era un secreto entre los dos y que no se lo contara a nadie. Eso de tener un secreto guardado podría haber sido un juego entretenido, como tantos otros que Carola hacía, pero no fue así. Además, esta persona ya no era siempre simpática y no hacía caso cuando Carola ya no quería jugar. Parece que tenía susto de que Carola contara el secreto porque empezó a decirle que si ella hablaba todos iban a dejar de quererla e iban a sufrir mucho.

Carola no sabía qué hacer. Como ésta persona era más grande que ella, sentía que tenía un tremendo poder. Ella no podía detenerla y el sólo sonido de sus pasos acercándose y la sensación de su presencia cerca la hacían temblar de miedo.

Algo pasó que Carola ya no era la misma de antes. Sus trenzas y sus pecas ya no le daban el mismo brillo a su cara porque su mirada era triste. Y lo que pasa es que no estaba contenta con ella misma porque se sentía fea y mala persona. De nada servía que otros trataran de convencerla de lo contrario porque sólo ella y nadie más sabía lo que estaba pasando. Además ya nada le salía bien; con sus amigos se peleaba, su hermano chico le parecía odioso y los cuentos de su abuela Marta le sonaban aburridos.

Pon- Pon, como recordarán que se llamaba su perro, fue uno de los que más sintió el cambio de Carola. Ya no le sacaba a pasear y sentía que había perdido a su gran compañera de juegos. Pon Pon intentó de todo, la lengüeteaba, le movía la cola, le hacía gracias, pero nada le resultaba. Entonces no le quedó más que hablar ¡si como oyen! Si ustedes se sorprendieron imagínense la cara de Carola cuando escuchó una voz que decía:

“Carola, te conozco tan bien que sé que te ha pasado algo que te hace sentir triste y mala persona. No puedes dejar que nadie te convenza de algo que tú no eres”.

La niña con una mezcla de asombro y alegría al ver que la voz provenía del hocico de su lanudo amigo, abría cada vez más sus grandes ojos.

“Te voy a contar algo que una vez me dijo mi tatarabuelo perro- siguió hablando Pon Pon poniendo una voz seria – los magos nos hacen creer que hacen magia, pero nosotros sabemos que sólo son trucos . La persona que te está haciendo sufrir hizo un truco contigo que te hace sentir mal y creer que eres mala. Acá va el secreto, escúchame con atención: el poder de su truco es que parece magia porque no sabes cómo funciona ¿te cuento cómo funciona?

“Si dijo Carola, impaciente” “El truco está en el secreto que te ha obligado a guardar. Sólo contándoselo a alguien especial puedes ir poco a poco arrebatándole su poder”.

Al día siguiente Carola se despertó y no sabía si esto lo había soñado o no. Lo cierto es que a su lado estaba Pon Pon y ladraba como siempre. Se levantó, se armó de valor y recordando las palabras del perro pudo contarle lo que ocurría a su mamá. No puedo decirles que la mamá no sufrió, pero abrazando a Carola le dijo algo que la hizo sentir mucho mejor.

Las terapias deben ser de forma:

- Individual: con los temas descritos anteriormente.
- Familiar: con terapias que se centren en las emociones, así como orientar y proporcionar herramientas a los padres para confrontar la conducta del niño abusado.
- Grupal: con los temas descritos anteriormente, ya que el niño víctima suele creer que es el único que le ha sucedido este tipo de hechos y al momento de realizar terapias grupales se da cuenta que hay otros iguales que han sufrido lo mismo pero que cada uno presenta diferentes síntomas, mejora las relaciones interpersonales, propone un ambiente de protección para explorar el evento traumático y a la vez, los padres también reciben cierto tipo de apoyo al ver que otros padres de familia o cuidadores están velando por la reintegración a la vida normal de sus pequeños.

Lugar para el desarrollo de las actividades

- Clínica de Psicología del Hospital Nacional de El Quiché.
- Áreas verdes del Hospital Nacional de El Quiché (hacer uso de los alrededores para no crear temor en los pequeños).

IMPORTANTE

La restauración de niños víctimas del abuso sexual es necesario reconocer que lleva tiempo y que aunque los logros no sean visibles, mientras se esté tratando si hay progreso, ya que este tipo de abusos el proceso de sanación es como una espiral que cada vez que el niño se confronte con las secuelas se recordará del hecho pero durante su desarrollo y crecimiento como persona le será menos doloroso recordar lo sucedido.