

**UNIVERSIDAD AUSTRAL DE CHILE
FACULTAD DE MEDICINA
INSTITUTO DE ENFERMERIA MATERNA**



**EXPERIENCIAS DE ABUSO SEXUAL INFANTIL EN
ZONA COSTERA DE LA COMUNA DE VALDIVIA**

Tesis presentada como parte de los requisitos para
optar al GRADO DE LICENCIADA/O EN
OBSTETRICIA Y PUERICULTURA.

ELIZABETH CAROLA LAFQUEN MARQUEZ

Valdivia- Chile
2006

PROFESOR/A PATROCINANTE

Sra. Estela Arco

Nombre

Firma

PROFESOR/A COPATROCINANTE

Sr. Sergio Pavie

Nombre

Firma

PROFESOR/A COLABORADOR/A

Dra. Loreto Podesta

Nombre

Firma

FECHA DE APROBACIÓN:

AGRADECIMIENTOS

A DIOS

Por darme la oportunidad de vivir todas estas experiencias, dándome salud, una familia maravillosa, ayudarme a sortear todas las dificultades para alcanzar un sueño que hoy es realidad, el preciado título de Matrona. Gracias por acompañarme siempre...

A MI FAMILIA

Por ser ¡mi familia!, por todo el apoyo incondicional. A mi mamá Cristina por ser mi pilar, mi fortaleza, la persona que me da los ánimos y regaños necesarios para que salga adelante. A mi papá Hugo, ahora me puedes cantar la canción del triunfo...Y a mi hermanita Génesis, todos los sueños se pueden cumplir, ojala seas también una profesional.

A LA SRA ESTELA ARCOS

Por toda la disposición, apoyo, tiempo que me entregó en todo el proceso. Es importante tener docentes en la UACH preocupados(as) al 100% de los estudiantes.

A LA DRA. LORETO PODESTA

Por la disposición y darse el tiempo de arreglar la redacción del summary. Thank you!

AL EQUIPO DEL CESFAM NIEBLA

Por el acogimiento y disposición por parte del equipo de salud para la realización de esta investigación.

Y finalmente a Marcela Martínez que me ayudo en un momento de aflicción, tu ya sabes...!
Gracias a todos por ayudarme a realizar un sueño...

INDICE DE MATERIAS

Capítulo		Pág.
	RESUMEN	
	SUMMARY	
1	INTRODUCCIÓN	1
2	REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA	3
2.1	Maltrato infantil	3
2.1.1	Tipos de maltrato	3
2.2	Abuso sexual	4
2.2.1	Definición	4
2.2.2	Tipología del abuso sexual	4
2.2.3	Fases de desarrollo del abuso sexual	5
2.2.4	Consecuencias del abusos sexual	6
2.2.5	Aspectos éticos	8
2.3	Epidemiología	11
3	HIPÓTESIS Y OBJETIVOS DEL ESTUDIO	21
4	MATERIAL Y MÉTODO	23
4.1	Diseño del estudio	23
4.2	Población en estudio y localización	23
4.3	Diseño y tamaño de la muestra	23
4.3.1	Selección de la muestra	23
4.4	Medición	24
4.5	Prueba piloto	24
4.6	Recolección de la información	25
4.7	Procesamiento de datos y análisis estadístico	25
5	RESULTADOS	26
6	DISCUSIÓN	42
7	CONCLUSIONES	46
8	BIBLIOGRAFÍA	49

ANEXOS

Anexos		Pág.
A 1	Test tamizaje de abuso sexual	54
A 2	Acta de consentimiento informado para la investigación clínica	58
A 3	Definición de conceptos	59
A 4	Estadísticas locales	61

TABLAS Y GRÁFICOS

Tablas y gráficos	Pág.	
T 1	Características diferenciales según abuso (intrafamiliar o extrafamiliar)	13
T 2	Denuncias por violación según regiones	16
T 3	Perfil sociodemográfico de la población en estudio. CESFAM Niebla 2006	27
T 4	Perfil sociodemográfico de encuestados con origen étnico CESFAM Niebla 2006	28
T 5	Perfil sociodemográfico de la población con experiencia de ASI CESFAM Niebla 2006	29
T 6	Perfil del abusado en la descripción de la experiencia CESFAM Niebla 2006	30
T 7	Perfil de agresor según las víctimas de ASI. CESFAM Niebla 2006	31
T 8	Estrategias utilizadas por el agresor según las víctimas de ASI CESFAM Niebla 2006	32
T 9	Otras estrategias utilizadas por el agresor según las víctimas de ASI CESFAM Niebla 2006	32
T 10	Sentimientos que se pueden relacionar con experiencia de ASI	33
T 11	Consecuencias del abuso sexual	33
T 12	Consecuencias que se pueden relacionar con los abusos sexuales	34
T 13	Comunicación y ayuda	34
T 14	Reacción de la persona a la que se comunica el ASI	35
T 15	Ayuda otorgada a la víctima	36
T 16	Perfil del abusado según la opinión de la población total en estudio CESFAM Niebla 2006	37
T 17	Perfil del agresor según opinión de la población total en estudio CESFAM Niebla 2006	37
T 18	Frecuencias de conductas en el ASI según la opinión de la población total en estudio. CESFAM Niebla 2006	38
T 19	Frecuencias de conductas en el ASI según la opinión de la población total en estudio. CESFAM Niebla 2006	39
T 20	Opinión sobre percepciones de las reacciones que tendrían en el supuesto de experiencias de ASI en el entorno familiar	40
T 21	Factores de riesgo para ASI según la opinión de la población total en estudio. CESFAM Niebla 2006	41
G 1	Distribución por edad en que ocurre el abuso sexual, en que comunican el hecho y consultan	14
G 2	Variación de las tasa de denuncias por delito de violación según región	16
G 3	Distribución de víctimas de agresiones sexuales según sexo	17
G 4	Distribución de mujeres víctimas de agresión sexuales según tipo de delito.1998	17
G 5	Distribución de atención a las víctimas violación sexual según sexo	18

Gráficos		Pág.
G 6	Distribución de atención a las víctimas de violación sexual según agresión	18
G 7	Distribución de víctimas de agresiones sexuales según grandes grupos de edad	19
G 8	Distribución de victimarios de violencia sexual en casos de peritajes de sexología forense 1998	20
G 9	Número de denuncias por violación en la X región	20

RESUMEN

Introducción: Dimensionar la magnitud del abuso sexual infantil (ASI) en Chile se ve dificultada por la escasez de estudios de prevalencia. Las cifras disponibles corresponden a registros de los casos denunciados. El ASI es un tema difícil de abordar, en la mayoría de los casos el episodio se mantiene en secreto para evitar la destrucción de la familia y esto posibilita la repetición del ASI. El género puede afectar la capacidad de revelación y reporte de ASI, los hombres están menos dispuestos a revelar debido a sus prejuicios sociales. Las personas pueden contar su experiencia de ASI siempre que se garantice privacidad, anonimato y confidencialidad. **Objetivos:** Determinar frecuencia relativa y características de experiencias de ASI en menores de 18 años, en la zona costera de la comuna Valdivia. **Material y método:** Se realizó un estudio cuantitativo, descriptivo, transversal, exploratorio de una muestra no probabilística de 100 usuarios adultos, inscritos en el CESFAM Niebla y estaciones de salud rural de la zona costera de Valdivia, entre Marzo y Abril del 2006, se aplicó un test recordatorio para adultos sobre la opinión, experiencia personal, descripción de la experiencia y las consecuencias de ASI. Los antecedentes biosociodemográficos fueron valorados con preguntas adicionales al instrumento. En el procesamiento de los datos y análisis estadístico se utilizaron los programas Microsoft Office Excel 2003 y Epi Info 6,04. **Resultados:** Un 9% reconoció experiencia de ASI cuando tenía entre 10 y 13 años (55,6%), mayormente de sexo femenino. El agresor de sexo masculino, menor de 30 años, el padre adoptivo (33,3%), el tío y un desconocido fue con mayor frecuencia referido como el agresor. El engaño (66,7%), la confianza y familiaridad existente, las caricias ya sea por encima y/o debajo de la cintura e intento de coito vaginal fueron las estrategias utilizadas más frecuentes. El suceso ocurrió en la casa de la víctima en el 44,4%. Según la Ley chilena N° 19.927, hubo violación sexual en el 11,1% de los casos con consecuencias de embarazo no deseado, el resto corresponde abuso sexual (88,8%) de los cuales hubo intento de coito vaginal en el 55,5%. Sólo dos casos se denunciaron, pero se renunció a las acciones legales por la dependencia económica y afectiva existente entre la madre de la víctima y el agresor. **Conclusiones:** Los resultados presentados servirán para el diseño de estrategias específicas de manejo de víctimas de abuso, la prevención a nivel local y/o regional para garantizar la recuperación parcial o total de la víctima y así el logro del derecho al ejercicio de una sexualidad plena y satisfactoria.

Palabras claves: abuso sexual infantil, opinión, denuncia.

SUMMARY

Introduction: Child Sexual Abuse (CSA) magnitude in Chile is difficult to evaluate. The available data are obtained from records of the denounced cases. CSA is a difficult topic to approach because in the majority of cases the episode is privately kept to avoid the family disruption. Sex affects the report of CSA, with men less ready to reveal because of their social prejudices. Report of CSA episodes is possible if confidentiality is guaranteed. **Objectives:** To determine CSA frequency and characteristics in 18-year-old minors from the coastal zone of Valdivia. **Material and method:** A descriptive, quantitative, transverse exploratory study of a sample of 100 enrolled adults users from CESFAM Niebla and rural stations of Valdivia's coastal zone was conducted in March and April, 2006. A reminder test was applied asking about CSA personal experiences characteristics its consequences or personal opinions. Other social, demographic and biologic data were obtained by additional questions to the used instrument. Microsoft Office Excel 2003 and Epi Info 6,04 programs were used in the information processing and statistical analysis. **Results:** 9 % recognized experience of CSA was reported. 55.6% between 10 and 13 years, mainly of feminine sex. Aggressors were of masculine sex, 30-year-old minor, adoptive father (33,3%), an uncle or a stranger (22%). The most frequent used strategies were deceit (66,7%), confidence and existing familiarity. Caresses over and / or under the waist and attempt of vaginal coitus. 44,4 % of the events were in the victims home. According to the Chilean Law N ° 19.927, there was sexual violation in 11,1 % of the cases, with consequences of not wished pregnancy, Sexual Abuse was reported in 88,8 % with attempt of vaginal coitus in 55,5 %. Only two cases were denounced, both were gave up from legal actions because of the existing of economic and affective dependence between the victim mother and the aggressor. **Conclusions:** We expect the displayed results will serve for the design of specific strategies in manage of Child Sexual Abuse victims, local or regional prevention and guarantee the partial or total recovery of the victim and by this way achievement the right to exercise of a full and satisfactory sexuality.

Key words: sexual infantile abuse, opinion, denunciation

1. INTRODUCCIÓN

La familia es el pilar fundamental de la sociedad, la matriz que permite procrear, cuidar, mantener, proteger y reproducir la vida humana. La calidad del vínculo afectivo influye en el desarrollo de todos los miembros que la componen, cuando esta es inestable puede favorecer situaciones detestables que afecten la integridad de los niños(as).

La génesis del abuso sexual infantil (ASI) es el abuso de poder de los adultos sobre los niños. Los niños y niñas deben ser protegidos del ASI porque tienen el derecho a disfrutar de un desarrollo integral adecuado a la etapa de crecimiento en que se encuentran, vivir la infancia y conocer un mundo lleno de posibilidades sanas, que les permita crecer tanto física como intelectualmente.

El maltrato y el abuso sexual infantil constituyen una preocupación mundial. Las cifras son alarmantes y dan cuenta de que el fenómeno está presente en todos los niveles socioeconómicos, religiones, culturas y países, sin importar su grado de desarrollo.

Desde el punto de vista cultural hay quienes explican el fenómeno del abuso sexual, particularmente de la violación, a partir del concepto cultural de patriarcado, que sería el eje articulador del cual derivaría la naturaleza de la imposición violenta del poder que caracteriza todo abuso sexual. Desde esta perspectiva la existencia de determinadas pautas y contenidos culturales como los relativos a los roles sexuales, a la familia, a lo que es privado o público, a la discriminación entre hombres y mujeres etc., serían elementos relevantes para explicar el fenómeno (TOBAR 1999).

Durante los últimos tiempos mucho se ha escuchado acerca del abuso sexual infantil, pocos saben que éste es otra forma de maltrato que los adultos infringen a los menores y que trae devastadoras consecuencias en su vida adulta. El manto de silencio facilita la existencia del abuso de menores, esta acción es impuesta por el abusador sobre su víctima, cautelando que el hecho, en la mayoría de los casos, no deje rastros físicos y así la situación se mantiene oculta y perdura por años. Por esto los profesionales deben sensibilizar a la gente para prevenir, detectar y denunciar a tiempo el ASI.

Los datos disponibles indican que en el 80% de los casos las víctimas son niños y niñas menores de 18 años (MINISTERIO DE JUSTICIA 2004).

La tasa de denuncias de violación por cada 100.000 habitantes expresa una relación más cercana con la realidad en cuanto a la frecuencia del delito, esta tasa se duplicó a nivel nacional entre 1998 y el 2000 aumentando de 5.4% a 10%. Aunque estas cifras, en comparación con otros delitos, es baja debido a que el hecho se oculta muchas veces (SERNAM 2001).

Hoy en día se ha avanzado mucho en la legislación sobre lo que es el maltrato infantil y abuso sexual en Chile cambiando e incorporando nuevos conceptos en estas materias. Es así que la Ley N ° 19.927 sobre delitos sexuales publicado en el Diario Oficial (2004) incluye importantes modificaciones con respecto a estos delitos. Se incluyen cambios de tipo procesal, aumentando las penas para quienes cometen el delito siendo más severas cuando la víctima es menor de edad, el abusador es un familiar y facilitando la manera de hacer denuncias.

El impacto de esta problemática nos lleva a plantearnos la importancia del abordaje interdisciplinario e integral, para saber la magnitud, características del abuso sexual infantil, es necesario conocer la realidad local, el perfil de la víctima, el agresor, el tipo de abuso cometido y su asociación con otras variables, estos objetivos se lograron con la aplicación del test recordatorio de ASI a los usuarios del CESFAM Niebla en la comuna de Valdivia. Esta información contribuye a la generación de estrategias específicas de manejo de las víctimas de abuso y la prevención a nivel local y/o regional, para garantizar el derecho a la recuperación parcial o total de las víctimas. Es una tarea que los profesionales de salud enfrentan cotidianamente en la atención clínica, por lo cual deben implementar estrategias para la prevención, detección, derivación oportuna y orientación a cerca de ASI.

2. REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

2.1 MALTRATO INFANTIL

La primera definición de maltrato infantil fue realizada por KEMPE (1962), define el Maltrato Infantil como el uso de la fuerza física no accidental, dirigida a herir o lesionar a un niño, por parte de sus padres o parientes. Se incluyen la negligencia y los aspectos psicológicos como partes del Maltrato infantil

El Centro Internacional de la Infancia de París indica que maltrato infantil es “cualquier acto por acción u omisión realizado por individuos, por instituciones o por la sociedad en su conjunto y todos los estados derivados de estos actos o de su ausencia que priven a los niños de su libertad o de sus derechos correspondientes y/o que dificulten su óptimo desarrollo (LÓPEZ et al 1999, BAUTISTA et al 2002).

2.1.1 Tipos de maltrato

Maltrato físico: cualquier acción no accidental por parte de los padres o personas que tengan a su cargo los niños, que les provoquen daño físico o enfermedades (LÓPEZ et al 1999, BAUTISTA et al 2002).

Maltrato psíquico o emocional: situación crónica en la que los adultos responsables del niño, con actuaciones o privaciones, le provocan sentimientos negativos en relación a su propia autoestima y le limitan las iniciativas que tienen. Se caracteriza por una hostilidad verbal crónica, un bloqueo constante de las iniciativas de interacción infantil, intimidación permanente, o bien el refuerzo de conductas antisociales o desviadas (LÓPEZ et al 1999, BAUTISTA et al 2002).

Negligencia o abandono: Situaciones en las que las necesidades básicas del niño (físicas, sociales y psicológicas) no son atendidas, de manera temporal o permanente, por ningún miembro del grupo en que vive (LÓPEZ et al 1999, BAUTISTA et al 2002).

Abuso sexual: situación en la que un niño o adolescente participa en actividades sexuales que violan los tabúes sociales y legales de la sociedad, que él no comprende o para

los cuales no está preparado de acuerdo con su desarrollo y en las cuales, por tanto, no puede prestar su consentimiento (LÓPEZ et al 1999, BAUTISTA et al 2002).

2.2 ABUSO SEXUAL

2.2.1 Definición

Es un tipo de maltrato infantil, más difundido con complicaciones psicológicas, legales y médicas (RAYA et al 1998, ARAUJO et al 2002).

El abuso sexual infantil (ASI) se define como toda actividad sexual impuesta, motivada consciente o inconscientemente por el abusador, quien ejerce poder físico o psíquico sobre la víctima, la que por su edad no siempre está en condiciones de comprender lo inadecuado de esta actividad (MORENO 2004, ALMONTE et al 2002).

El abuso sexual se define como "la implicación de niños y adolescentes dependientes e inmaduros en cuanto a su desarrollo, en actividades sexuales que no comprenden plenamente y para las cuales son incapaces de dar su consentimiento informado; o que violan los tabúes sociales o los papeles familiares" (ONOSTRE 2000, BRINO et al 2003).

PARADISE (1990) (Original no consultado, citado por ONOSTRE 2000) lo define como "contactos o interacciones entre un niño y un adulto, cuando el primero se utiliza para estimulación sexual del segundo o de otra persona".

El concepto de abuso sexual está definido por la ley como un tipo penal específico, por lo tanto está diferenciado, en materia legal, de otros tipos penales relativos a delitos de carácter sexual, como la violación, la sodomía y el estupro (MALDONADO 2002).

2.2.2 Tipología de abuso sexual

Según la Ley N^a 19.927 sobre Delitos Sexuales publicado en el Diario Oficial en el año 2004 contempla siete figuras legales (MOLTEDO et al 2004).

Violación: Acceso carnal, por vía vaginal, anal o bucal, a una persona mayor de 14 años, contra o sin su voluntad, o sin su consentimiento. Cuando la víctima es menor de 14 años, se define la violación como el acceso carnal, por vía vaginal, anal o bucal, en todos los casos.

Estupro: Acceso carnal, por vía vaginal, anal o bucal, a un menor de edad (mayor de 14 años y menor de 18 años), concurriendo cualquiera de las siguientes circunstancias: cuando se abusa de una anomalía o perturbación mental, aun transitoria; cuando se abusa de una relación de dependencia de la víctima; cuando se abusa del grave desamparo en que se encuentra la víctima; cuando se engaña a la víctima abusando de su inexperiencia o ignorancia sexual.

Incesto: El que, conociendo las relaciones que lo ligan, tiene relaciones sexuales con un ascendiente o descendiente por consanguinidad o con un hermano consanguíneo

Sodomía: Acceso carnal a un menor de 18 años del mismo sexo del hechor, aun cuando se trate de relaciones mutuamente consentidas. Si la víctima es un menor de 14 años, se tratará de una violación sodomítica.

Abuso sexual: Actos de significación sexual distintos del acceso carnal, es decir, tocamientos, masturbación u otros que afecten los genitales, el ano o la boca de la víctima. Cuando el niño/a tiene entre 14 y 18 años, deben considerarse las circunstancias de violación o estupro. Cuando el niño/a es menor de 14 años, esta conducta siempre será sancionada. Se incluye en esta figura la introducción de objetos de cualquier índole o utilización de animales en ello.

Pedofilia: Se sanciona al que, sin realizar una acción sexual en los términos anteriores, para procurar su excitación sexual o la excitación de otro, realizare acciones de significación sexual ante una persona menor de 14 años, la hiciere ver o escuchar material pornográfico, presenciar espectáculos del mismo carácter o determinare a una persona menor de 14 años a realizar acciones de significación sexual delante suyo o de otro. Si la víctima es mayor de 14 años, pero menor de 18 años, es necesario, además, que concurra la fuerza o intimidación o algunas de las circunstancias del estupro

2.2.3 Fases de desarrollo del abuso sexual

Inicio y desarrollo: El agresor utiliza la manipulación, hace cree al niño que lo que le propone es divertido y aceptado. También se da el engaño expresado mediante argumentos manipuladores. Los niños no tienen la capacidad de discernir acerca de sus actos por temor al castigo (BAUTISTA et al 2002).

Fase de interacción sexual: El abuso sexual comprende la exhibición de los órganos sexuales, caricias contacto genital, anal oral, vaginal. Generalmente se da en forma progresiva desde las caricias hasta la penetración anal, vaginal (BAUTISTA et al 2002).

Fase de secreto: El agresor persuade al niño para continuar ejerciendo el abuso para su satisfacción sexual, hace atractivo el secreto o incluso llega a las amenazas. El comportamiento de algunas adolescentes es contradictorio, algunas protegen al agresor debido a que han generado lazos afectivos y otras por vergüenza y temor a una ruptura y disgregación familiar se mantiene el hecho en secreto (BAUTISTA et al 2002).

Fase de descubrimiento: Puede ser accidental para ello se debe intervenir desde el ámbito psicológico. La víctima en algunas ocasiones puede desacreditar el acontecimiento ya que contradice sucesivamente sus testimonios (BAUTISTA et al 2002).

Fase de supresión: La reacción más común es negar lo sucedido para aliviar la situación y restablecer el equilibrio de la familia, debido al sentimiento de culpa, soledad y rechazo que experimenta (BAUTISTA et al 2002).

2.2.4 Consecuencias del abuso sexual

Emocionales: Los indicadores emocionales que presentan los niños abusados son en su gran mayoría inespecíficos. Es frecuente que consulten por síntomas inespecíficos, que muchas veces corresponden a somatizaciones por no poder hablar de la situación de abuso con los adultos aunque quisiera, de manera que la pesquisa es difícil y se logra con el tiempo (DEL RÍO 2002).

Los síntomas más frecuentes son culpa, miedo, vergüenza y sentimientos negativos hacia los demás y hacia ellos mismos, que es lo primero que se produce y es una de las grandes razones por la que les cuesta tanto hablar sobre el abuso sexual. Esta sintomatología se presenta tanto en niños pequeños como en adolescentes (MORENO 2004, DEL RÍO 2002).

Conductuales: Entre los indicadores conductuales no específicos se encuentran una serie de conductas que también se dan en niños o jóvenes con otros problemas como: déficit atencional, baja del rendimiento escolar y conductas de desadaptación social. Un número importante de niños abusados sexualmente llega a los servicios psiquiátricos, sea por el abuso o por otras causas (MORENO 2004, DEL RÍO 2002)

Otro indicador específico es la presencia de prácticas o conductas sexualizadas que no se esperan a su edad. Lo que se ve con más frecuencia en los casos de abuso sexual son prácticas de coito, en general y con pares durante la niñez, introducción de objetos en la vagina o en el ano, masturbación con objetos, masturbaciones compulsivas, pololeo sexualizado precoz, erotización indiscriminada (DEL RÍO 2002). La violación a un hombre, se asocia generalmente a un posible comportamiento homosexual (ALMONTE et al 2002).

Después de una violación las víctimas presentan una disminución de 50 a 60% del interés sexual. A largo plazo, estudios recientes confirman una mayor frecuencia de disfunciones sexuales en las mujeres que fueron víctimas de abuso sexual o violación en la infancia (DE LA GARZA et al 1997). A corto plazo síntomas depresivos, alteraciones del sueño y del apetito, pérdida del interés en las actividades cotidianas y de la capacidad de concentración (RAMOS et al 1998, DE LA GARZA et al 1997).

Los niños y niñas que son abusados sexualmente no tienen buenas relaciones con sus madres. Con frecuencia el niño está al cuidado de terceras personas; en la práctica, la madre ha delegado el cuidado del niño; hay distancia afectiva entre ambos y la madre no confía ni en lo que dice el niño ni en su conducta, es decir, la relación madre-hijo es de baja calidad (DEL RÍO 2002).

Otros indicadores manifestados por las víctimas de abuso sexual son la depresión, trastornos postraumáticos, miedo, ansiedad, tendencia al suicidio, el consumo de drogas, bebidas alcohólicas y aislamiento. A la sensación de la culpabilidad, se agrega el daño secundario de estigmatización, debido a la acusación de parte de los padres y de la familia (MORENO 2004, RAMOS et al 1998, DE LA GARZA et al 1997, VALDIVIA 2002, JUNQUEIRA et al 2003). Además, la insensibilidad emocional, trastornos psiquiátricos, dolores pélvicos crónicos, dolores de cabeza, trastornos gastrointestinales, revictimización sexual y maltrato por parte de la pareja, entre otros (RAMOS et al 1998).

En relación a la frecuencia relativa de enfermedades de transmisión sexual (ETS) en niños víctimas de agresión sexual es paralela a la frecuencia en adultos. Así, muchos menores adquieren infecciones gonocócicas y sífilis (ALMONTE et al 2002, ROJO et al 2003).

La Academia Americana de Pediatría establece que la presencia de las bacterias de la gonorrea y la sífilis sería de certeza diagnóstica de abuso sexual más allá del período de recién nacido (ROMERO 2002).

La presencia de *Chlamydia* también es diagnóstica, pero no de certeza. Las *Tricomonas*, el condiloma y el herpes genital también son indicios sospechosos de abuso sexual (ROMERO 2002).

En las niñas prepuberales, la presencia de *Ureaplasma urealyticum* fue significativamente mayor en el subgrupo con antecedente de abuso sexual, en comparación con el subgrupo sin este antecedente, en el cual se detectó sólo en una niña, lo que sugiere que la presencia de esta bacteria en niñas prepuberales tiene un alto valor predictivo de abuso sexual (ROMERO 2002).

Aproximadamente un 5% de los niños adquieren ETS como resultado de la agresión. El diagnóstico de ETS antes de la pubertad es indicador de abuso sexual. Las ETS son prevalentes en la población adulta. El tiempo que pasa entre la agresión y a la valoración médica influye en la probabilidad de presentar signos y síntomas de ETS (ROJO et al 2003, GARCIA et al 2001).

El diagnóstico de abuso sexual es muy complejo se necesita un trabajo multidisciplinario. No basta la acción de un solo profesional, porque se trata de un asunto secreto entre la víctima y el abusador, que ocurre dentro del ambiente familiar y en el cual todos tratan de ocultar la situación para evitar la destrucción de la familia (MORENO 2004, ROMERO 2002). Así se puede abordar el asunto desde distintos ángulos, aumentando las probabilidades de éxito en la pesquisa (RAYA et al 1998, MORENO 2004, DEL RÍO 2002, DE LA GARZA et al 1997, ROMERO 2002).

2.2.5 Aspectos éticos

El abuso sexual es un proceso relacional donde el abusador saca provecho de la dependencia emocional del niño y manipula la confianza que este ha depositado en él. Es una relación caracterizada por la explotación y el abuso de poder, el adulto busca su propia gratificación sin tomar en consideración el bienestar de su víctima BARUDY 1992 (Original no consultado, citado por PROYECTO AYELEN 2003). El terapeuta o profesional de salud establece una relación basada en el reconocimiento de las necesidades infantiles donde prima el respeto y la validación del niño como persona (PROYECTO AYELEN 2003). Además nuestra responsabilidad no se debería limitar a la intervención con el menor y/o la familia, sino que como profesionales debemos intervenir también con el abusador, con las personas que manifiestan estas conductas. Si los abusos sexuales existen, es por que hay menores víctimas y personas que cometen estos abusos. El acercamiento integrador que nos permita abordar el problema en su globalidad es la única manera eficaz de intervenir (PÉREZ et al 1999)

Los profesionales de salud deben ayudar a los pacientes a superar los efectos del abuso y dar sentido a su vida y a su experiencia de una manera que le permita vivir satisfactoriamente (PROYECTO AYELEN 2003).

Al existir abusos sexuales tenemos que ser muy cautos en las manifestaciones, y si no hay experiencia en el tema, se debe solicitar la colaboración de otros profesionales especializados que hacen una evaluación diagnóstica para intervenir con precaución para que el niño no sufra victimación secundaria, especialmente en los casos en los que existe un conflicto familiar más o menos soterrado (PÉREZ et al 1999).

No victimizar implica legitimizar la experiencia de la víctima sin manipularla, sin restarle importancia y sin apropiarse de ella. De este modo, se puede dimensionar la verdadera envergadura de la experiencia del paciente sin agregarle valores propios y sin quitarle aspectos primordiales que le son básicos. Para lograr esto no sólo hay que respetar las vivencias de la víctima, sino que también hay que dejar de lado todo prejuicio y preconcepción de los hechos para interpretar y comprender los fenómenos micro sociales asociados a la experiencia de victimización (LARRAIN 2001).

Todo lo anterior permitirá a los profesionales de la salud ir armando un esquema de la situación que se ira completando a medida que la víctima y su entorno social inmediato vayan dando nuevos antecedentes de los acontecimientos (LARRAIN 2001).

Cuando se profundiza en los hechos del abuso ,se puede descubrir que cierta información a veces es contradictoria con suposiciones o creencias anteriores .Y es aquí cuando se pone a prueba la adaptabilidad del equipo de salud que deberá reorganizar su intervención para incorporar la información nueva que reoriente la visión sobre la víctima de su vivencia. Es esta flexibilidad propia del rol de quienes abordan fenómenos humanos con toda la complejidad que ello implica, la que va dando curso a la adaptabilidad del equipo y esto permite que el conocimiento del caso y el tratamiento de la víctima sea cabal (LARRAIN 2001).

Según TIBERTI (2000), el abuso debe ser detectado por el pediatra, que es quien conoce al o la paciente y a su familia y puede observar una modificación tanto física como de la conducta del niño/a. También los docentes pueden visualizar actitudes que les llamen la atención y alentar la consulta médica. Los pediatras entonces son quienes deben estar familiarizados con el tema para efectuar el interrogatorio y el examen correspondiente y si fuera necesario, la interconsulta y la derivación del caso a la justicia de menores o al servicio social.

Hay varios motivos por los cuales los profesionales del área de la salud les cuesta denunciar un abuso, se sienten incapaces de hacer un diagnóstico adecuado, les es difícil admitir que un familiar pueda victimizar sexualmente a su hija/o, temen la represalia de un perpetrador violento y fundamentalmente tienen miedo de ser incriminados civil o penalmente si la sospecha es incorrecta. Es decir es frecuente que médicos, psicólogos, asesores legales y asistentes sociales, amparados en el delito de instancia privada oculten el hecho abusivo e incurran en el delito de abandono de persona (TIBERTI 2000).

La sistemática demora en el pedido de protección retrasa y muchas veces impide la validación diagnóstica ya que mantiene al abusador intrafamiliar cerca de la niña/o abusado (TIBERTI 2000).

Muchos de los pacientes presentan resistencia inusual al examen genital. En este sentido debemos tener en cuenta cuán traumático puede llegar a ser para una niña/o u adolescente abusada/o someterse a una revisión. Es fundamental, entonces ser especialmente cauteloso/a y brindar una explicación previa más que la habitual sobre la inocuidad de las maniobras para que no sea vivido como un nuevo acto violento (TIBERTI 2000).

La mayoría de los profesionales que trabajan con niños y abordan este tema, es fundamental que estén capacitados, con una sólida base en sexología, además de estar entrenado en clínica infantil. El hecho de que los abusos sexuales causen alarma social, hace que se subestime y/o sobrestime su importancia. Así, existen profesionales que son incapaces de detectar un caso de abusos aunque aparezcan las señales más alarmantes, mientras que para otros se multiplican las sospechas. Ciertamente es más frecuente el primer caso y es que para muchos profesionales, los abusos sexuales todavía no son considerados como uno de los problemas que pueden sufrir los menores (PÉREZ *et al* 1999).

Frente a cada situación de maltrato, los profesionales deben conocer y respetar el marco jurídico determinado por las leyes de su país en lo que se refiere a la protección de las víctimas así como la penalización de los agresores (BARUDY 1999).

El compromiso profesional elaborado a partir de la vivencia y la experiencia del contacto directo con los niños en situación de desprotección familiar y social esta comprendido como una implicación emocional en el sentido de la “emocionalidad del amor” (MATURANA 1990, original no consultado citado por BARUDY 1999), lo que quiere decir que el compromiso es la vivencia ética y política del profesional. Ética, en el sentido de un respeto incondicional y un compromiso responsable con el otro, aceptando incondicionalmente como un semejante; política, en el sentido solidario y activo con este otro, sobre todo si este se encuentra sometido en una relación de poder asimétrica y opresiva en su familia y/o en su sistema social, por lo tanto, la fuente de este compromiso profesional es la

identificación empática con los niños que sufren porque no son respetados en sus derechos ni en sus necesidades. El compromiso profesional considerado como una experiencia ético-política también de la conciencia de que todas las formas del maltrato infantil son el resultado de un abuso de poder de los adultos (BARUDY 1999).

Los organismos que resguardan los códigos éticos que rigen la investigación sobre las personas, sea esta de naturaleza fisiológica o psicológica, afirman en forma categórica que la investigación no puede afectar ni violentar los derechos humanos individuales y/o colectivos. La Declaración de Helsinki, que guió los aspectos éticos de la investigación biomédica desde 1964, estableció que “en investigación sobre el hombre, los intereses de la ciencia y sociedad nunca tomarán precedencia relacionada con el bienestar de las personas, cualquiera sea el mérito científico del tópico que se investiga” (RINGHEIM 1995, LOLAS 2001). Por las experiencias observadas por la OPS en los países de América Latina y el Caribe se reitera la necesidad de cautelar que la investigación no solamente tenga mérito técnico y científico sino también mérito moral y ético (LOLAS 2001).

2.3 EPIDEMIOLOGIA

MARTÍNEZ (1993) citando a GALLAYHER (original no consultado, citado por SANTANA, 1998) refiere que "La frecuencia de maltrato infantil es alta, 18% de todos los niños están sujetos a alguna forma de maltrato, muchos mueren y otros quedan lisiados de por vida. En EUA 4000 niños mueren al año debido a lesiones causadas por un adulto". De los diferentes tipos de maltrato, el más frecuente es la negligencia física VERDUGO 1995 (Original no consultado, citado por SANTANA 1998).

En América Latina y el Caribe, no menos de 6 millones de niños, niñas y adolescentes son objeto de agresiones severas y 80 mil mueren cada año por la violencia que se desata al interior del núcleo familiar (UNICEF 1999).

Según los estudios revisados la variable sexo fue significativamente mayor para el sexo femenino aproximadamente en un 95% con respecto al masculino con un 5% (MORENO 2004, ALMONTE et al 2002, ONOSTRE 2000, RAMOS et al 1998, DE LA GARZA et al 1997, AGUILAR et al 2000, GUERRA et al 2001, SERNAM 2001).

En relación a las edades en que ocurrió el abuso sexual según un estudio en que se aplicó una “Encuesta Nacional de Uso de Drogas en la Comunidad Escolar entre noviembre y diciembre de 1991 de un total de 61 779 alumnos, 51.8% hombres y 47.1% mujeres, con una

media de edad de 14.4 años. EL 40% a 58% de las agresiones sexuales son cometidas contra niñas de 15 y menos años y el 37% de las mujeres que sufrieron abusos, ocurrió antes de los 10 años (BAUTISTA et al 2002).

En otro estudio que incluyó a 531 víctimas de abuso sexual, cuando correlacionaron las variables de edad y sexo se observó que en el grupo de 5 a 14 años ocurrieron 18.5% de las violaciones en mujeres, mientras que para el sexo masculino fueron 70,4% (DE LA GARZA et al 1997, GUERRA et al 2001).

ONOSTRE (2000), en su estudio en la ciudad de El Alto, Bolivia, realizado entre marzo de 1995 a marzo de 1996, investigó la relación de la víctima y el agresor en una población de niños que denunciaron ser víctimas de ASI ,el 79% de los agresores eran conocidos por la víctima y solo un 21% desconocido, los principales agresores en el abuso sexual intrafamiliar fueron: el tío (12%) y padrastro (9%) y en el abuso sexual extrafamiliar los vecinos (21%) y desconocidos (21%).Otros estudios señalan que es el padre, el causante de abuso sexual intrafamiliar en un 69,6%, el 29,8% es el padrastro y en el 0.6% él es el padre adoptivo (BRINO et al 2003, FERNÁNDEZ et al 2001).

En la literatura revisada (ALMONTE et al 2002, DE LA GARZA et al 1997, DEL RÍO 2002, AGUILAR et al 2000, FERNÁNDEZ et al 2001, SENAME 2003) los autores concuerdan que el abuso sexual es perpetrado por una persona conocida al menor. El abuso sexual en varones es principalmente extrafamiliar, el riesgo mayor que tienen las mujeres de ser víctimas de abuso sexual intrafamiliar es en edades tempranas (RAMOS et al 1998).

El abuso sexual es intrafamiliar cuando, en conformidad a la ley de Violencia Intrafamiliar (UNICEF 1999), ocurre al interior de la familia, constituida ésta por los ascendientes y descendientes tradicionalmente considerados parte de la familia, agregándose los convivientes o menores en custodia, aunque no tengan vínculo de parentesco. El abuso sexual extrafamiliar comprende al abuso cometido por personas ajenas al grupo familiar explicitado. Éste puede ser cometido por abusadores conocidos o desconocidos, y ser figuras adultas o adolescentes (ALMONTE et al 2002), Tabla 1.

La víctima de abuso en su mayoría proviene de familias disfuncionales que se caracterizan por el alcoholismo, abandono, desintegración familiar (ONOSTRE 2000, DEL RÍO 2002, FERNÁNDEZ et al 2001).

Asimismo, los agresores son casi exclusivamente varones, y una alta proporción de ellos son conocidos y familiares de los menores. En relación a la edad del abusador distinguimos a los abusadores de tipo "adultos" cuando son mayores de 18 años, o

"adolescentes" si son menores de esa edad. La mayoría de los abusos es cometido por varones adultos y el abusador adolescente abusa preferentemente a menores de 9 años (MORENO 2004, ALMONTE et al 2002, DE LA GARZA et al 1997).

Tabla 1 Características diferenciales según abuso (intrafamiliar o extrafamiliar)

Tipos	Abuso sexual infantil intrafamiliar	Abuso sexual infantil extrafamiliar con ofensor conocido	Abuso sexual infantil extrafamiliar con ofensor desconocido
Frecuencia	Alta	Media	Baja
Episodio	Único o repetido	Único o repetido	Único
Relación con abusador	Parentesco	Vecino o profesor	No
Agresión	Ocasional	Ocasional	Frecuente
Seducción /Soborno	Frecuente	Frecuente	Ocasional
Reacción familiar	Ambivalencias / Conflictos	Ambivalencias / Conflictos	Solidaria con víctima / persecutoria con ofensor
Trastorno pos traumático (TEPT)	Cuando ASI se asocia a otras agresiones vitales	Cuando ASI se asocia a otras agresiones vitales	Habitual
Tratamiento	Psicoterapia individual tratamiento multisistémico	Psicoterapia individual tratamiento multisistémico	Psicoterapia individual Orientación a la familia

Fuente: Almonte et al 2002 Abuso sexual en niños y adolescentes de ambos sexos Revista Chilena Neuro-psiquiatría v.40 n.1

La mayoría de los agresores (76,6%) emplearon el soborno para asegurar el silencio de sus víctimas (ofrecimientos de regalos y dinero, empleo laboral, etc.), solo el 23,4% de los agresores utilizó la amenaza y la fuerza física (ONOSTRE 2000).

El sitio donde ocurre el abuso es la residencia del abusado en el 38,6%, sin que existan diferencias por sexo; en la residencia del abusador 20,5%, con mayor frecuencia en mujeres; en el colegio 9,1%, sin diferencias por sexo; en sitio eriazo 2,3% y, no consignado, en un 29,5% (ALMONTE et al 2002, DE LA GARZA et al 1997).

De una muestra de 531 víctimas, el agresor correspondía al grupo de edad de 15 a 44 años con un 76,3% y el 42,6% a menores de 30 años, además señala que con respecto al nivel de escolaridad de la víctima un 55,2% tenían primaria y/o secundaria completas; 83,8% tenían hasta nivel medio superior; y el 7,9% restante, nivel superior o profesional. La mediana fue de nueve años de escolaridad (DE LA GARZA et al 1997).

La forma de descubrimiento de la situación de abuso sexual en el 50% fue por relato directo del niño. En cuanto a la duración del abuso de un total de 704 casos, 79 sólo presentó un episodio de abuso seguido de un periodo de 1 a 6 meses (FERNÁNDEZ *et al* 2001).

En un estudio en 1998 de niños y adolescentes que consultaron por Abuso Sexual o por otra patología psiquiátrica en el Servicio de Salud Mental Infantil del Hospital Roberto del Río de un total 1.020 consultas psiquiátricas. Un 4,3% tiene antecedentes de abuso sexual. La consulta directa por la situación de abuso alcanza al 1,4%. Se observó una mayor latencia en consultas por abuso en los menores de 6 años. En la etapa escolar y adolescencia existe una mayor correspondencia entre el momento del abuso y la consulta siendo el grupo etario de 6 a 9 años el que hace el mayor número de consultas (ALMONTE *et al* 2002), Grafico 1.

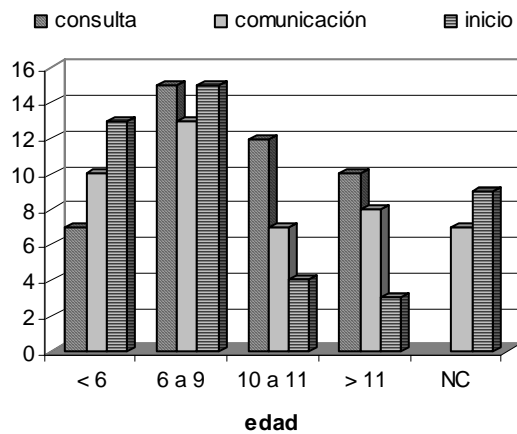


Gráfico 1 Distribución por edad en que ocurre el abuso sexual, en que comunican el hecho y consultan

Fuente: Almonte *et al* 2002 Abuso sexual en niños y adolescentes de ambos sexos Revista Chilena Neuro-psiquiatría v.40 n.1

Proceso judicial El sistema judicial interviene luego de haber recibido la denuncia del abuso, iniciando acciones dirigidas contra el potencial abusador o medidas de protección hacia la víctima, las que pueden ser solicitadas por los familiares o los profesionales, a fin de evitar que el abuso continúe. En los últimos seis años se han promulgado en el país leyes sobre la violencia intrafamiliar, maltrato de menores y la ley 19.617, que modifica el código penal y de procedimiento penal respecto a los distintos tipos de abuso sexual las que en conjunto facilitan la toma de decisiones en estos casos (MINISTERIO DE JUSTICIA 1994).

En los casos en que la evidencia de abuso sexual no ha sido claramente demostrada y, como consecuencia, el presunto ofensor continúa viviendo en el domicilio familiar, a la espera de la celebración del juicio y correspondiente sentencia, el tratamiento psicológico debe

priorizar a la víctima. Las enormes dificultades y complicaciones que surgen cuando las menores se deciden a comunicar que están siendo objeto de abusos sexuales por parte de algún familiar próximo, no sólo ya, por la falta de credibilidad por parte de sus seres queridos, sino también, debido a que el proceso judicial que se pone en marcha es muy lento y, en general, no favorece ni protege a las víctimas de estos hechos como debería hacerlo (GUERRA et al 2001).

Los datos disponibles indican que en el 80% de los casos las víctimas son niños y niñas menores de 18 años. Sobre la relación víctima-victimario, los datos recogidos por el Servicio Médico Legal entre 2000 y 2002, muestran que en el 79,9% de los casos el agresor sexual es un conocido de la víctima. De ese total, el 44,1% corresponde a familiares.

Los estudios de victimización señalan que por cada delito sexual que se denuncia, existe alrededor de 7 casos que se mantienen en silencio y por tanto permanecen en el desconocimiento de las autoridades (SENAME 2003, MINISTERIO DE JUSTICIA 2004).

Hasta al 30 de junio de 2003, de los 66.575 niños que están en los centros subvencionados por el SENAME, el 43,0% había sido víctimas de maltrato infantil, es decir, 28.642 niños, niñas y adolescentes. De este último universo, el 14.5% había sido víctima de maltrato grave (abuso sexual y maltrato físico grave), es decir, 4.158 niños / as. Respecto al maltrato grave, 749 niños / as fueron víctimas de maltrato físico grave y 3.409 niños sufrieron abuso sexual, en cualquiera de sus formas. De ellos, un 50.9% corresponde al género femenino y un 49.1% al género masculino (SENAME 2003).

En las regiones que presentan cifras absolutas más altas de abuso, es la Región Metropolitana (todos los años supera el 50%), le sigue la VIII (cerca al 10%), y la V (cerca al 8%) Llama particularmente la atención la X región que bordea el 6.5%, proporción de denuncias alta en función del tamaño de su población (SERNAM 2001) Tabla 2

La tasa de denuncias de violación por cada 100.000 habitantes expresa una relación más cercana con la realidad en cuanto a la frecuencia del delito, y se duplicó a nivel nacional entre 1998 y el 2000 aumentando de 5.4% a 10% (SERNAM 2001).

Entre 1999 y 2000, las variaciones en las tasas de denuncias regionales se expresan mayores alzas en las regiones IV, I y XII. Las principales disminuciones ocurren en la XI, VIII y IX región (SERNAM 2001)

Tabla 2 Denuncias por violación según regiones

Región	1998 (1)		1999		2000		2001 (2)	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
I	20	1,9	38	2,6	47	3,1	13	2,7
II	24	2,3	25	1,7	29	1,9	9	1,9
III	18	1,7	16	1,1	16	1,0	2	0,4
IV	37	3,6	30	2,1	48	3,1	18	3,7
V	66	6,4	113	7,8	124	8,1	31	6,4
VI	40	3,9	26	1,8	30	1,9	13	2,7
VII	59	5,7	76	5,2	75	4,9	21	4,3
VIII	103	10,0	157	10,8	129	8,4	46	9,5
IX	62	6,0	82	5,6	66	4,3	31	6,4
X	65	6,3	96	6,6	103	6,7	33	6,8
XI	7	0,7	7	0,5	3	0,2	4	0,8
XII	13	1,3	7	0,5	9	0,5	5	1,0
RM	521	50,3	784	53,8	848	55,5	260	53,5
TOTAL	1035	100	1457	100	1527	100	486	100

Fuente: Ministerio del Interior, División de Seguridad Ciudadana

(1) para 1998 los datos corresponden a Carabineros de Chile ,1999 incluye estadísticas de ambas policías.

(2) Considera sólo el primer trimestre del 2001.

Las regiones que entre 1999 y el 2000 presentan un mayor aumento en el número de denuncias, la Metropolitana aumentó en 64 casos, y la mayor disminución se da en la IX con 28 denuncias menos entre los mismos años (SERNAM 2001). En el grafico 2 se muestra la variación de las tasa de denuncias por violación según región.

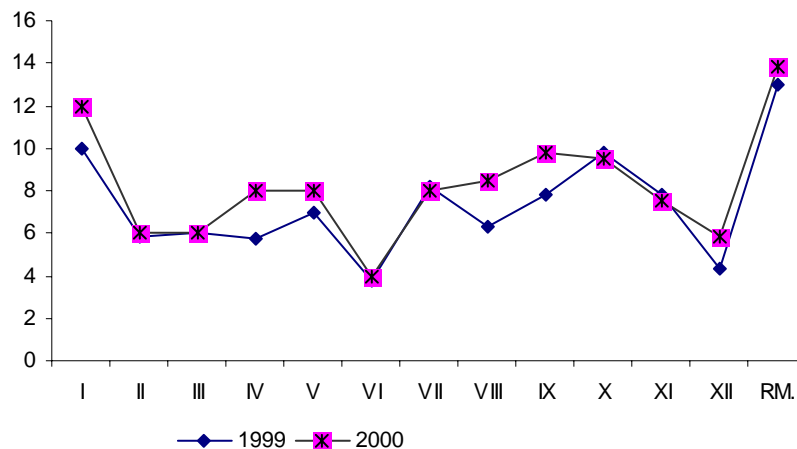


Gráfico 2 Variación en las tasas de denuncias por delito de violación según región

Fuente: SERNAM 2001 La violencia sexual en Chile Algunos Indicadores Relevantes Departamento de estudios y estadísticas (Disponible en http://www.sernam.cl/Infoteca/web_html/index.htm)

La distribución por sexo en los peritajes por agresiones sexuales es muy superior en el caso de las mujeres, siendo éstas siempre sobre el 70% del total de víctimas (SERNAM 2001), Gráfico 3.

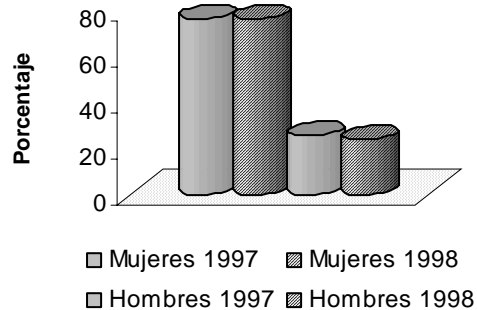


Gráfico 3 Distribución de víctimas de agresiones sexuales según sexo

Fuente: SERNAM 2001 La violencia sexual en Chile Algunos Indicadores Relevantes Departamento de Estudios y Estadísticas (Disponible en http://www.sernam.cl/Infoteca/web_html/index.htm)

Por otra parte, existen algunas diferencias por sexo según el tipo de agresión. La mayor cantidad de mujeres que han vivido violencia sexual es por abusos deshonestos (65%) al igual que lo que sucede con los hombres quienes los abusos representan un 75%. Sin embargo, el 25% de las mujeres víctimas de violencia son por causa de violación, mientras que en los hombres alcanza al 3% (SERMAN 2001), Gráfico 4.

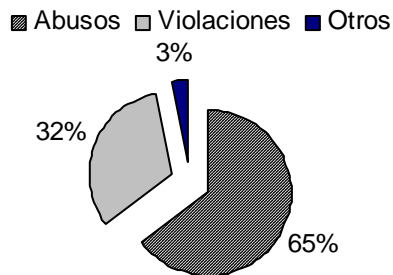


Gráfico 4 Distribución de mujeres víctimas de agresiones sexuales según tipo de delito 1998

Fuente: SERNAM 2001 La violencia sexual en Chile Algunos Indicadores Relevantes Departamento de Estudios y Estadísticas (Disponible en http://www.sernam.cl/Infoteca/web_html/index.htm)

En el caso de otras agresiones (principalmente sodomía) la relación se invierte siendo un 32% en el caso de los hombres y un 2% de las mujeres (incesto y estupro) (SERMAN 2001).

Las mujeres constituyen el grupo de mayor riesgo constituyendo un 79% del total de víctimas en el año 2000 (SERMAN 2001), Gráfico 5.

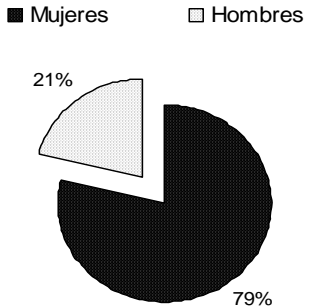


Gráfico 5 Distribución de atención a las víctimas de violación sexual según sexo

Fuente: SERNAM 2001 La violencia sexual en Chile Algunos Indicadores Relevantes Departamento de Estudios y Estadísticas (Disponible en http://www.sernam.cl/Infoteca/web_html/index.htm)

Respecto del tipo de agresión que han vivido las víctimas, aparecen los abusos deshonestos en un mayor porcentaje (63%), le siguen las violaciones (36%) y luego la categoría otros, que incluye sodomía, estupro e incesto. (SERMAN 2001) Grafico 6.

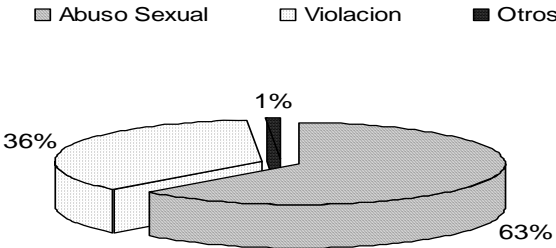


Gráfico 6 Distribución de atención a víctimas de violación sexual según agresión

Fuente: SERNAM 2001 La violencia sexual en Chile Algunos Indicadores Relevantes Departamento de Estudios y Estadísticas (Disponible en http://www.sernam.cl/Infoteca/web_html/index.htm)

Respecto de la edad de las víctimas, la mayoría son menores de 15 años, lo que se ha incrementado en los últimos años profundizando la distancia con el grupo de mayores de 15 años (SERMAN 2001) Gráfico 7.

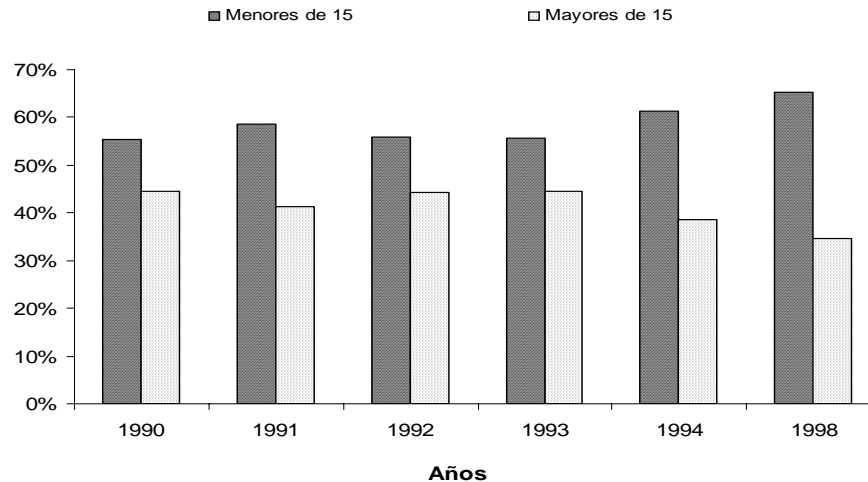


Gráfico 7 Distribución de víctimas de agresiones sexuales según grandes grupos de edad

Fuente: SERNAM 2001 La violencia sexual en Chile Algunos Indicadores Relevantes Departamento de Estudios y Estadísticas (Disponible en http://www.sernam.cl/Infoteca/web_html/index.htm)

Los datos de peritajes realizados muestran que las personas conocidas y familiares son el subgrupo donde se concentran la gran mayoría de los victimarios. Para el año 1990 el subgrupo de personas conocidas representaba el 71.3% del total, considerando la siguiente desagregación: un 7% el victimario fue el padre, un 17.3% otros familiares, un 10% vecino, un 36.8% otras personas conocidas. Situación similar ocurre en los años siguientes inclusive aumentando la proporción en el caso del padre, familiares y conocidos como se aprecia en el (SERMAN 2001). Gráfico 8.

En el gráfico 9 se muestra el número de denuncias de violación en la Décima Región año 2002 disminuyendo el número de casos levemente en comparación del año anterior, (SERMAN 2001).

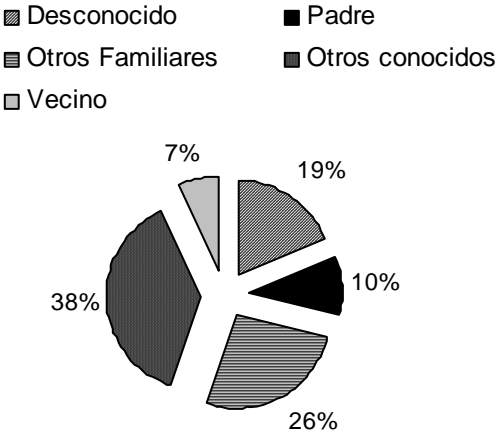


Gráfico 8 Distribución de victimarios de violencia sexual en casos de peritajes de sexología forense 1998

Fuente: Servicio Médico Legal, Anuario estadístico.
(Disponible en http://www.sernam.cl/Infoteca/web_html/index.htm)

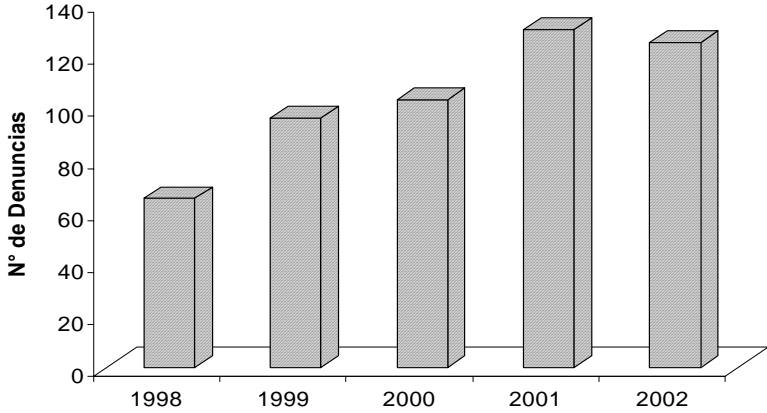


Gráfico 9 Número de denuncias por violación en la X región

Fuente: SERNAM 2001 La violencia sexual en Chile Algunos Indicadores Relevantes Departamento de Estudios y Estadísticas (Disponible en http://www.sernam.cl/Infoteca/web_html/index.htm)

3. HIPOTESIS

H₁ El test recordatorio permite detectar abuso sexual infantil remoto.

H₂ En la población estudiada la frecuencia relativa de abuso sexual infantil detectada con el test de tamizaje es mayor a la tasa nacional de denuncia de abuso sexual

OBJETIVOS DEL ESTUDIO

OBJETIVO GENERAL

Determinar la frecuencia relativa y características del abuso sexual en menores de 18 años en las localidades de Niebla, Curiñanco, Los Pellines, Pilolcura y Bonifacio.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

Establecer el perfil biosociodemográfico de la población en estudio respecto a: edad, sexo, escolaridad, religión, estado civil, actividad, previsión, tamaño y ciclo vital de la familia, consumo de tabaco y alcohol en el núcleo familiar.

Con la aplicación del test de tamizaje se logra:

Analizar las opiniones acerca del abuso sexual: ocurrencia, frecuencia, perfil del abusador/a, perfil del abusado/a, contexto familiar, reacción personal ante un hecho de ASI, eficacia de la denuncia y valoración de la importancia que tiene el ASI.

Establecer las opiniones respecto a las estrategias de ASI que utiliza el abusador/a.

Identificar experiencias personales de ASI y antecedentes de factores de riesgos sociales, psicológicos, de embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual.

Identificar la frecuencia relativa de ASI, tipo de ASI, perfil de la víctima respecto a: lugar de ocurrencia, edad y sexo.

Identificar el perfil del agresor en relación al sexo, edad, relación de parentesco.

Identificar lugar físico, estrategia utilizada para perpetrar el ASI, tipo de conducta sexual utilizada por agresor y la frecuencia del hecho, reacción inmediata y duración de la experiencia.

Mencionar las consecuencias derivadas de la experiencia de ASI reportadas en relación a aspectos emocionales, conductuales, existencia de ETS, embarazo y traumas físicos.

Identificar a la persona denunciante del hecho y el vínculo con el abusado/a.

Identificar la primera persona a la que confidencio el ASI, momento, tipo de reacción de la persona y forma de apoyo que otorgó.

Identificar la valoración que hace la víctima de la experiencia de ASI.

Determinar la relación entre las características presentada por las “víctimas” y el agresor” y las características del episodio.

4. MATERIAL Y METODO

4.1 DISEÑO DEL ESTUDIO

Se realizó un estudio descriptivo, transversal exploratorio de la existencia y características de abuso sexual en la infancia (menor de 18 años). Existía preocupación del equipo de salud del sector debido a que en el periodo notaron un aumento de casos de abuso sexual. El tema en la zona costera de Valdivia no había sido estudiado, debido al complejo abordaje por las repercusiones psicológicas y éticas.

4.2 POBLACIÓN EN ESTUDIO Y LOCALIZACIÓN

Población usuaria del Centro de Salud Familiar Niebla y las estaciones de salud de los sectores aledaños (Curiñanco, los Pellines, Bonifacio y Pilolcura) pertenecientes a la zona costera de la comuna de Valdivia.

4.3 DISEÑO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA

4.3.1 Selección de la muestra:

El criterio para la selección de la población estudio fue una muestra no probabilística por conveniencia (por cuotas). Para flexibilizar el estudio, de un total de 2342 personas de entre 18 a 49 años de ambos sexos, se acotó a una muestra de 100 personas que estuvieron dispuestas /os a contestar el test de tamizaje. La población estudio, fueron los (as) usuarios(as) del CESFAM Niebla y de las diferentes estaciones de salud del sector (Los Pellines, Bonifacio, Pilolcura) y la posta rural de Curiñanco.

La selección se realizó de acuerdo al género y edad de los usuarios, mencionado anteriormente. Se programó realizar las entrevistas según la distribución por residencia de la población inscrita en el CESFAM Niebla y sus estaciones de salud rural, se realizaron 60 entrevistas en Niebla ,30 en Curiñanco y 10 en las estaciones de salud rural. Estas últimas se consideraron de acuerdo a la calendarización de las rondas médicas que se realizan habitualmente.

Distribución de la muestra

Localidad	Población inscrita	Muestra del estudio
Niebla	1927	60
Curiñanco	173	30
Bonifacio	99	3
Los Pellines	124	6
Pilolcura	19	1
Total	2342	100

4.4 Mediciones

Para el tamizaje de abuso sexual en la infancia se utilizó el test recordatorio elaborado por López, 1994, el que consta de cuatro secciones. En la primera, se conoce la opinión del usuario/a de lo que entiende o sabe del tema, esta constituido por veinticinco preguntas, en la segunda sección se consulta por la experiencia personal de abuso sexual con once preguntas, destacando el último ítems que hace relación directa con el reconocimiento de experiencia de abuso en la infancia y determina la prosecución a la tercera sección. En la tercera sección se describe la experiencia de abuso con veinticinco preguntas y por ultimo la cuarta sección indaga sobre las consecuencias del abuso con treinta y cinco preguntas. Los antecedentes biosociodemográficos fueron valorados con preguntas adicionales al instrumento evaluador (anexo 1 y 3).

4.5. Prueba piloto

Se llevó a cabo en Centro de docencia de atención integral ambulatoria de la Facultad de Medicina, Consultorio Externo de Valdivia. Se aplicó el instrumento, previo adiestramiento de la estudiante tesista, a 10 usuarios(as) en condiciones similares a la población en estudio.

En la aplicación del Test de tamizaje se informó las razones de la entrevista al usuario/a y se le garantizó la privacidad, la confidencialidad, anonimato y libertad de decidir su participación, con previa firma de la carta de consentimiento informado (Anexo 2). Se configuró una base de datos con la información recabada y se realizaron las respectivas modificaciones al formato y términos poco claros para el usuario/a. Los antecedentes biosociodemográficos fueron valorados con preguntas adicionales al instrumento evaluador. El

procesamiento y análisis estadístico de datos se realizó con el programa computacional Epi Info 6,04

4.6. Recolección de la información:

En la segunda etapa se recolectó la información en el periodo de Marzo y Abril del 2006 en dependencias del CESFAM Niebla y estaciones de salud rural, por la tesista a los usuarios(as) que cumplieran con los criterios de selección establecidos. Los datos recogidos a través de entrevistas individuales, cara a cara a los usuarios, se les garantizó la privacidad, confidencialidad, anonimato y libertad de decidir su participación. Además se les informó acerca de los objetivos del estudio. Todos los usuarios(as) dieron su firma a la carta de consentimiento informado. (Anexo 2)

Se eliminaron tres encuestas realizadas en las cuales la privacidad fue alterada por interrupciones durante la ejecución de la entrevista.

4.7. Procesamiento de datos y análisis estadístico

El procesamiento de los datos obtenidos, comenzó con la codificación y análisis crítico de la información obtenida. Se configuraron bases de datos en el programa Microsoft Office Excel 2003. Para el procesamiento y análisis estadístico se utilizó los programas Epi Info 6,04

El plan de procesamiento y análisis estadístico tuvo siete etapas: 1) Especificación de todos los datos recogidos para los diferentes tipos de variables definidas en el diseño de la investigación. 2) Planificación de la codificación y formas de tabulación de los datos: listado de las variables, tipos de códigos para cada uno de los datos expresados en categorías, rangos o valores absolutos. 3) Análisis de las categorías para cada variable en el instrumento de medición considerado en el estudio, procedimientos de cálculo de escalas e índices, con apoyo computacional. 4) Aplicación de un programa de uniformidad y validez de los datos introducidos a la computadora y construcción de la base de datos 5) Prueba del plan de análisis de los datos, ensayo de los procedimientos de codificación, cálculo de índices, tabulación y procesamiento de los datos, con una unificación final de criterios frente a los procedimientos seleccionados. 6) Supervisión por parte de la unidad de control de los datos del estudio en la recolección oficial de datos en las diferentes modalidades establecidas en terreno y de los datos sociodemográficos y biomédicos de la mujer. 7) Elaboración programas monitores de procesamiento, análisis estadístico preliminar y final de los datos.

5. RESULTADOS

Perfil sociodemográfico de la población encuestada: En las personas entrevistadas la edad promedio fue de 33 años en un rango entre los 18 a 49 años, el 60% residía en la localidad de Niebla y un 40% en las zonas rurales del sector costero. En el análisis del perfil sociodemográfico de la población mostró que una de cada dos personas tiene una escolaridad menor de 9 años, siendo significativamente menor en el área rural costera (7,6 años vs 9,7 años, $p < 0,05$). Predominó la condición civil *casado y/o conviviente*, con hijos e hijas en edad escolar y el 87% profesa alguna religión. Reconoce consumo de tabaco una de cada dos personas y el consumo de alcohol lo refieren mayoritariamente los hombres (58%). Según actividad por género, el 68% de las mujeres son *dueñas de casa* y el 20% tenía trabajo remunerado fuera del hogar. La actividad más frecuente de los hombres fue *obrero* (38 %) y *pescador* (34%)., Tabla 3. El 40% de la población encuestada tenía origen étnico y residían en las zonas rurales costeras (65% vs 35%). Las personas con origen étnico presentan menor escolaridad que su contraparte (7,4 vs 9,9 años, $p < 0,01$), Tabla 4.

Frecuencia relativa y características del abuso sexual (ASI): La frecuencia relativa de experiencias de abuso sexual (ASI) pesquisada con el test de tamizaje fue de un 9% (8 mujeres y un hombre) muy cercana a la tasa de denuncia nacional que corresponde al 10 % (año 2000). Al analizar el tipo de abuso según la Ley N° 19.927, hubo violación sexual en el 11,1% de los casos, el resto corresponde abuso sexual (88,8%) de los cuales hubo intento de coito vaginal en el 55,5%.

El 88,9% de las personas con experiencia de AS residen actualmente en Niebla, con escolaridad < 9 años en el 50 %. Una de cada dos mujeres tiene origen étnico, el 88,9% profesa alguna religión, el estado civil predominante es *casada y/o conviviente* (77,7%), comportándose estas variables en forma similar a la población total. Según el ciclo familiar el 66,7% tiene hijos en edad escolar, consumen *alcohol y tabaco* un 44,4%. El 88,5% es *dueña de casa*, Tabla 5.

La experiencia de ASI ocurrió, en la mitad de los casos, cuando tenía entre 10 y 13 años y, en ese momento residía en zonas urbanas (55,6%). El ASI ocurrió sólo una vez en tres personas. Del resto, cuatro personas el ASI ocurrieron entre 4 y 10 veces durante un tiempo menor a 1 año en un 22,2%, entre 1 a 2 años (11,1%) y más de 2 años 22,2%. El lugar físico donde se llevo a cabo el ASI fue en la casa de la víctima (44,4%). Siete mujeres y un hombre señalaron que resistieron o rechazaron la situación todo el tiempo, Tabla 6.

Tabla 3. Perfil sociodemográfico de la población en estudio. CESFAM Niebla 2006

Variable	Categoría	Mujeres		Hombres		Total	
		N=50	%	N=50	%	N=100	%
Edad	< de 30 años	20	40	19	38	39	39
	> de 30 años	30	60	31	62	61	61
Residencia	Niebla	30	60	30	60	60	60
	Otros	20	40	20	40	40	40
Escolaridad	< 9 años	27	54	26	52	53	53
	> 9 años	23	46	24	48	47	47
Origen étnico	Si	19	38	21	42	40	40
	No	31	62	29	58	60	60
Religión	Si	44	88	43	86	87	87
	No	6	12	7	14	13	13
Estado civil	Soltero	13	26	11	22	24	24
	Casado	21	42	20	40	41	41
	Conviviente	12	24	16	32	28	28
	Separado	4	8	3	6	7	7
Ciclo familiar	1	13	26	12	24	25	25
	2	26	52	22	44	48	48
	3	7	14	6	12	13	13
	4	4	8	10	20	14	14
N° integrantes familia	< 4 personas	29	58	35	70	64	64
	> 4 personas	21	42	15	30	36	36
Mujer	Media = 4.5	min. = 2.0 máx. = 9.0					
Hombre	Media = 3.9	min. = 1.0 máx. = 8.0					
Escolaridad jefe de hogar	< 9 años	27	54	30	60	57	57
	> 9 años	23	46	20	40	43	43
Hábitos nocivos	Alcohol (+)	15	30	28	56	43	43
	Tabaco (+)	26	52	30	60	56	56
	Drogas (+)	0	0	1	2	1	1
Actividad	Dueña de casa	34	68	0	0	34	34
	Cesante	4	8	6	12	10	10
	Estudiante	2	4	1	2	3	3
	Asesora del hogar	2	4	0	0	2	2
	Pescador	0	0	17	34	17	17
	Obrero	2	4	19	38	21	21
	Otros oficios	6	12	7	14	13	13

Tabla 4. Perfil sociodemográfico de encuestados con origen étnico CESFAM Niebla 2006

Variable	Categoría	Mujeres		Hombres		Total	
		Nº 19	%	Nº 21	%	Nº 40	%
Edad	< 30 años	10	52,6	5	23,8	15	37,5
	> 30 años	9	47,4	16	76,2	25	62,5
Residencia	Niebla	6	31,6	8	38,1	14	35
	Otras	13	68,4	13	61,9	26	65
Escolaridad	< 9 años	10	52,6	17	81	27	67,5
	> 9 años	9	47,4	4	19	13	32,5
Origen étnico	Un apellido	15	78,9	15	71,4	30	75
	Dos apellidos	4	21,1	6	28,6	10	25
Religión	Si	17	89,5	20	95,3	37	92,5
	No	2	10,5	1	4,8	3	7,5
Estado civil	Soltero	5	26,3	5	23,8	10	25
	Casado	7	36,8	10	47,6	17	42,5
	Conviviente	6	31,6	4	19	10	25
	Separado	1	5,3	2	9,5	3	7,5
Ciclo familiar	1	5	26,3	3	14,2	8	20
	2	9	47,4	10	47,6	19	47,5
	3	4	21,1	4	19	8	20
	4	1	5,3	4	19	5	12,5
Nº integrantes familia	< 4 personas	14	73,7	13	61,9	27	67,5
	> 4 personas	5	26,3	8	38,1	13	32,5
Mujer Media = 4.158	min.= 2.0 máx. = 8.0						
Hombre Media = 4.0	min.= 1.0 máx. = 7.0						
Escolaridad jefe de hogar	< 9 años	13	68,4	19	90,4	31	80
	> 9 años	6	31,6	2	9,5	8	20
Hábitos nocivos	Alcohol (+)	6	31,6	12	57,1	18	45
	Tabaco (+)	9	47,4	12	57,1	21	52,5
Actividad	Dueña de casa	13	68,4	-	-	13	32,5
	Cesante	2	10,5	1	4,8	3	7,5
	Asesora del hogar	2	10,5	-	-	2	5
	Pescador	-	-	9	42,9	9	22,5
	Obrero	1	5,3	9	42,9	10	25
	Otros oficios	1	5,3	2	9,5	3	7,5

**Tabla 5. Perfil sociodemográfico de la población con experiencia de ASI
CESFAM Niebla 2006**

Variable	Categoría	Mujeres		Hombres		Total	
		Nº 8	%	Nº 1	%	Nº 9	%
Edad	< 30 años	5	62,5	-	-	5	55,6
	> 30 años	3	37,5	1	-	4	44,4
Residencia	Niebla	7	87,5	1	-	8	88,9
	Otras	1	12,5	-	-	1	11,1
Escolaridad	< 9 años	4	50	-	-	4	44,4
	> 9 años	4	50	1	-	5	55,6
Origen étnico	Si	4	50	1	-	5	55,5
	No	4	50	-	-	4	44,4
Religión	Si	7	87,5	1	-	8	88,8
	No	1	12,5	-	-	1	11,1
Estado civil	Soltero	2	25	-	-	2	22,2
	Casado	3	37,5	1	-	4	44,4
	Conviviente	3	37,5	-	-	3	33,3
Ciclo familiar	1	1	12,5	-	-	1	11,1
	2	5	62,5	1	-	6	66,7
	4	2	25	-	-	2	22,2
Nº integrantes familia	< 4 personas	6	75	1	-	7	77,8
	> 4 personas	2	25	-	-	2	22,2
Mujer Media= 4.250	Max =8.0 Min. =3.0						
Escolaridad jefe de hogar	< 9 años	3	37,5	-	-	3	33,3
	> 9 años	5	62,5	1	-	6	66,7
Hábitos nocivos	Alcohol (+)	3	37,5	1	-	4	44,4
	Tabaco (+)	3	37,5	1	-	4	44,4
Actividad	Dueña de casa	7	87,5	-	-	7	77,8
	Estudiante	1	12,5	-	-	1	11,1
	Comerciante	-	-	1	-	1	11,1

Tabla 6. Perfil del abusado en la descripción de la experiencia CESFAM Niebla 2006

Descripción	Categorías	Mujeres		Hombres		Total	
		Nº=8	%	Nº=1	%	Nº= 9	%
Cuando usted sufrió los abusos sexuales, ¿dónde vivía?	Medio rural.	4	50	-	-	4	44,4
	Medio urbano.	4	50	1	-	5	55,6
¿Recuerda, de la forma más precisa posible, qué edad tenía usted cuando sufrió los abusos sexuales (por primera vez)?	< 6 años	-	-	-	-	-	-
	6 a 9 años	3	37,5	1	-	4	44,4
	10 a 13 años	5	62,5	-	-	5	55,6
Frecuencia que se repitieron este tipo de conductas? (Las más frecuentes de ellas.)	No volvieron a ocurrir nunca. (Ni siquiera durante el mismo día.)	3	37,5	-	-	3	33,3
	De 2 a 3 veces más.	-	-	1	-	1	11,1
	Entre 4 y 10 veces	4	50	-	-	4	44,4
	Entre 11 y 25 veces.	1	12,5	-	-	1	11,1
	Durante un mes	1	12,5	-	-	1	11,1
Y esto fue a lo largo del siguiente tiempo	Entre seis meses y un año	1	12,5	-	-	1	11,1
	Uno o dos años	1	12,5	-	-	1	11,1
	Más de dos años	2	25	-	-	2	22,2
	No formulada.	3	37,5	-	-	3	33,3
	NS/NC	-	-	1	-	1	11,1
Estas conductas tuvieron lugar	Dentro de mi propia casa	4	50	-	-	4	44,4
	En la casa del adulto que cometía el abuso.	2	25	1	-	3	33,3
	En lugares de hacinamiento (autobús, cine, metro, etc.).	1	12,5	-	-	1	11,1
	En otros lugares.	1	12,5	-	-	1	11,1
Mi comportamiento ante el abuso fue el siguiente	Me resistí y rechacé la situación todo el tiempo, con resistencia física (intento de huida, llamadas de socorro, etc.).	4	50	-	-	4	44,4
	Primero no reaccioné, pero pasado el tiempo me resistí y rechacé la situación.	3	37,5	1	-	4	44,4
	NS/NC	1	12,5	-	-	1	11,1

El perfil del agresor correspondió al sexo *masculino* (90%), menor de 30 años (55,5%). El agresor referido fue el *padre adoptivo* (33,3%), el *tío* y un *desconocido* (22,2% respectivamente) Tabla 7. La estrategia utilizada para perpetrar el abuso fue *el engaño* (66.7%), aprovechándose de la *confianza* y *familiaridad* de la víctima (ocho casos), no utilizando *amenazas* (seis casos), *ni violencia física* (ocho casos), *ni aproximación o sorpresa* en todos los casos, Tabla 8. El agresor siempre utilizó *las caricias*, ya sea por encima o debajo de la cintura de la víctima, seguidas por el *intento de coito vaginal* para cinco mujeres y *proposiciones de actividad sexual* en la mitad de los casos. Sólo una mujer reveló haber sido forzada a tener *coito vaginal*, Tabla 9.

Tabla 7. Perfil de agresor según las víctimas de ASI. CESFAM Niebla 2006

Variable	Categoría	Mujeres		Hombres		Total	
		Nº=8	%	Nº=1	%	Nº=9	%
Sexo del agresor	Femenino	-	-	1	-	1	11,1
	Masculino	8	100	-	-	8	88,9
Edad aproximada del agresor	Menos de 20 años	1	12,5	1	-	2	22,2
	Entre 21 y 30 años	3	37,5	-	-	3	33,3
	Entre 31 y 50 años	2	25	-	-	2	22,2
	Más de 50 años.	2	25	-	-	2	22,2
¿Quién fue el que cometió estos abusos?	Alguien que es desconocido para la niña/o	2	25	-	-	2	22,2
	Alguien conocido, pero sin relación especial con él o ella.	1	12,5	1	-	2	22,2
	Un tío	2	12,5	-	-	2	22,2
	El padre adoptivo.	3	37,5	-	-	3	33,3

La mitad de las víctimas experimentó sentimientos de *vergüenza* y *desconfianza*, y ocho personas manifestaron *hostilidad o agresividad* hacia el adulto que cometió el abuso, Tabla 10.

Hubo sólo un caso con consecuencias del ASI y correspondió a *embarazo no deseado*, Tabla 11. Otras consecuencias como el tener *pesadillas*, *disminución de la atención o deserción escolar*, *aumento y/o disminución por el interés en la sexualidad*, *perder la confianza en si mismo o en personas del sexo del agresor*, *suicidio* etc., fueron escasamente referidas. Sólo dos a tres personas presentaron algunas de estas consecuencias, no obstante, para el 100 % el suceso vivido de abuso sexual tuvo en su vida *mucha importancia*, Tabla 12

**Tabla 8. Estrategias utilizadas por el agresor según las víctimas de ASI
CESFAM Niebla 2006**

Estrategia	Categoría	Mujeres		Hombre		Total	
		Nº =8	%	Nº=1	%	Nº =9	%
Recurrió a amenazas (sin violencia física).	Si.	3	37,5	-	-	3	33,3
	No	5	62,5	1	-	6	66,7
Recurrió a violencia física	Si.	1	12,5	-	-	1	11,1
	No	7	87,5	1	-	8	88,9
Recurrió al engaño.	Si	5	62,5	1	-	6	66,7
	No	3	37,5	-	-	3	33,3
Se aprovechó de la confianza o familiaridad	Si	7	87,5	1	-	8	88,9
	No	1	12,5	-	-	1	11,1
Recurrió a la aproximación o sorpresa	No	8	100	1	-	9	100
Se sirvió de otras conductas?	Si	7	87,5	1	-	8	88,9
	No	1	12,5	-	-	1	11,1

**Tabla 9. Otras estrategias utilizadas por el agresor según las víctimas de ASI
CESFAM Niebla 2006**

Conductas sexuales	Categoría	Mujeres		Hombres		Total	
		Nº =7	%	Nº=1	%	Nº=8	%
Proposiciones de actividad sexual	Si	4	57,1	-	-	4	50
	No	3	42,8	1	-	4	50
Exhibicionismo	SI	3	42,8	-	-	3	37,5
	No	4	57,1	1	-	5	62,5
Caricias por encima de la cintura	Si	7	100	1	-	8	100
Caricias por debajo de la cintura.	Si	7	100	1	-	8	100
Intento de coito anal	No	7	100	1	-	8	100
Intento de coito vaginal	Si	5	71,4	-	-	5	62,5
	No	2	28,6	1	-	3	37,5
Obligar a masturbarle/a.	No	7	100	1	-	8	100
Sexo oral	No	7	100	1	-	8	100
Coito anal	No	7	100	1	-	8	100
Coito vaginal. (sólo para mujeres)	Si	1	14,3	-	-	1	12,5
	No	6	85,7	-	-	6	75
	No formulada	-	-	1	-	1	12,5

Tabla 10. Sentimientos que se pueden relacionar con experiencia de ASI

Tuvo alguno de los siguientes sentimientos en relación con esta/s experiencia/s	Categoría	Mujer		Hombre		Total	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sentimientos de vergüenza	Si.	5	62,5	-	-	5	55,6
	No.	2	25	1	-	3	33,3
	NS/NC	1	12,5	-	-	1	11,1
Culpa	Si.	1	12,5	-	-	1	11,1
	No.	6	75	1	-	7	77,8
	NS/NC	1	12,5	-	-	1	11,1
Miedo	Si	4	50	-	-	4	44,4
	No	4	50	1	-	5	55,6
Asco	Si	1	12,5	-	-	1	11,1
	No	6	75	1	-	7	77,8
	NS/NC	1	12,5	-	-	1	11,1
Desconfianza	Si	5	62,5	-	-	5	55,6
	No	2	25	1	-	3	33,3
	NS/NC	1	12,5	-	-	1	11,1
Sentimientos de marginación, de ser especial.	Si	3	37,5	-	-	3	33,3
	No	4	50	1	-	5	55,6
	NS/NC	1	12,5	-	-	1	11,1
Hostilidad o agresividad hacia el adulto que cometió el abuso	Si	7	87,5	1	-	8	88,9
	No	1	12,5	-	-	1	11,1
Hostilidad o agresividad hacia mi familia	Si	2	25	-	-	2	22,2
	No	5	62,5	1	-	6	66,7
	NS/NC	1	12,5	-	-	1	11,1
Ansiedad, angustia, desasosiego	Si	2	25	-	-	2	22,2
	No	5	62,5	1	-	6	66,7
	NS/NC	1	12,5	-	-	1	11,1
Agrado ,satisfacción	No	7	87,5	1	-	8	88,9
	NS/NC	1	12,5	-	-	1	11,1

Tabla 11. Consecuencias del abuso sexual

Consecuencia del abuso sexual	Categoría	Mujer		Hombre		Total	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
Embarazo no deseado (sólo para mujeres).	Si	1	12,5	-	-	1	11,1
	No	7	87,5	-	-	7	77,8
	No formulada	-	-	1	-	1	11,1
Daño físico en genitales	Si	1	12,5	-	-	1	11,1
	No	7	87,5	1	-	8	88,9
Daño físico en otras partes del cuerpo	No	8	100	1	-	9	100
Enfermedad de transmisión sexual	No	8	100	1	-	9	100

Tabla 12. Consecuencias que se pueden relacionar con los abusos sexuales

Alguna de las siguientes cosas le pasó entonces que pueda relacionar con los abusos sexuales?	Categoría	Mujer		Hombre		Total	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
Comencé a dormir mal	Si	1	12,5	-	-	1	11,1
	No	6	62,5	1	-	7	77,8
	NS/NC	1	12,5	-	-	1	11,1
Tenía pesadillas	Si	2	25	-	-	2	22,2
	No	5	62,5	1	-	6	66,7
	NS/NC	1	12,5	-	-	1	22,2
Me costaba mantener la atención en clase	Si	2	25	-	-	2	22,2
	No	5	62,5	1	-	6	66,7
	NS/NC	1	12,5	-	-	1	22,2
Empecé a dejar de ir al colegio o a no estudiar	Si	1	12,5	-	-	1	11,1
	No	6	75	1	-	7	77,8
	NS/NC	1	12,5	-	-	1	11,1
Empecé a tener mucho interés por la sexualidad	Si	2	25	-	-	2	22,2
	No	5	62,5	1	-	6	66,7
	NS/NC	1	12,5	-	-	1	22,2
Empecé a rechazar todo lo que tuviera que ver con la sexualidad o el sexo del agresor	Si	2	25	1	-	3	33,3
	No	5	62,5	-	-	5	55,6
	NS/NC	1	12,5	-	-	1	11,1
Perdí la confianza. (En mí mismo/a, en el agresor/a o personas de su sexo)	Si	3	37,5	-	-	3	33,3
	No	4	50	1	-	5	55,6
	NS/NC	1	12,5	-	-	1	11,1
Pensé en el suicidio	Si	2	25	-	-	2	22,2
	No	5	62,5	1	-	6	66,7
	NS/NC	1	12,5	-	-	1	11,1
Otras cosas.	No	7	87,5	1	-	8	88,9
	NS/NC	1	12,5	-	-	1	11,1

Tabla 13. Comunicación y ayuda

Persona y momento de comunicación del AS	Categoría	Mujer		Hombre		Total	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
Primera persona a quien comunicó lo ocurrido	A nadie, nunca.	1	12,5	1	-	2	22,2
	A mi madre.	4	50	-	-	4	44,4
	A otro familiar.	1	12,5	-	-	1	11,1
	A un profesor de la educación o la salud (médico, psicólogo, maestro).	2	25	-	-	2	22,2
Cuándo se lo comunicó a esa persona?	El mismo día o al siguiente	1	12,5	-	-	1	11,1
	A los pocos días.	4	50	-	-	4	44,4
	Un mes después.	1	12,5	-	-	1	11,1
	Más de un mes después.	1	12,5	-	-	1	11,1

La forma de reacción de las personas a la que se le comunica lo ocurrido y el periodo que pasa entre el hecho y su comunicación es fundamental para realizar las acciones pertinentes. De las nueve personas con experiencia de abuso, dos *nunca* comunicaron lo ocurrido, el 50% de las mujeres se lo *confesaron a su madre* y cuatro mujeres lo informaron *a pocos días* del hecho, Tabla 13.

El 100% de los casos que informaron el AS *no recibieron castigos* y a cinco personas le *creyeron la versión de los hechos*. De las siete personas que revelaron la situación de abuso solo en dos se realizó la denuncia, pero esta no fructificó debido a que las madres de las víctimas pidieron a sus hijas retractarse de los dichos contra sus parejas debido a la dependencia económica que tenían. Dos mujeres fueron llevadas a un profesional de salud. Cuatro personas manifestaron que la ayuda recibida fue *algo a bastante eficaz*, Tabla 14 y 15.

Tabla 14. Reacción de la persona a la que se comunica el ASI

Reacción de la persona a quien comunicó	Categoría	Mujer		Hombre		Total	
		Nº=7	%	Nº	%	Nº=7	%
Me creyó	Si	5	71,4	-	-	5	71,4
	No	2	28,6	-	-	2	28,6
Me ayudo	Si	2	28,6	-	-	2	28,6
	No	5	71,4	-	-	5	71,4
Me riño	Si	2	28,6	-	-	2	28,6
	No	5	71,4	-	-	5	71,4
Me castigó	No	7	100	-	-	7	100
Denunció los hechos	Si	2	28,6	-	-	2	28,6
	No	5	71,4	-	-	5	71,4
No hizo nada	Si	2	28,6	-	-	2	28,6
	No	5	71,4	-	-	5	71,4
Reacciono de otras maneras	Si	1	14,3	-	-	1	14,3
	No	6	85,7	-	-	6	85,7

Opiniones y conocimiento que tiene la población sobre el ASI: De las opiniones obtenidas, por la aplicación del test de tamizaje en la población en estudio, con mayor riesgo de ASI se identifica a las niñas (7 de cada 10 pueden ser víctima de ASI) en comparación al menor

riesgo de los niños. El 61% opina que el ASI ocurre antes de los 13 años (para el 37% el rango más frecuente fue entre 7 y 13 años), ocurre en familias extendidas (76%) y al enfrentarse a la situación de denuncia o relatar la experiencia del abuso a algún familiar o persona cercana *creen que dicen o cuentan la verdad* en el 70% de las veces, Tabla 16. El agresor esta muy bien definido, el 90% opina que es de sexo masculino que bordea la edad de 31 a 50 años (74%) y que padece alguna enfermedad mental (60%), Tabla 17.

Tabla 15. Ayuda otorgada a la víctima

Persona y efectividad de la ayuda otorgada	Categoría	Mujer		Hombre		Total	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
Si alguien le intentó ayudar, ¿en qué consistió esa ayuda?	Apoyo de un familiar.	2	25	-	-	2	22,2
	Me llevaron a un profesional de la salud.	2	25	-	-	2	22,2
	Nadie me intentó ayudar.	2	25	1	100	3	33,3
	NS/NC	2	25	-	-	2	22,2
La ayuda que me ofrecieron fue	Algo eficaz.	1	12,5	-	-	1	11,1
	Bastante eficaz.	3	37,5	-	-	3	33,3
	No formulada	4	50	1	100	5	55,6
Qué importancia cree que ha tenido para usted el hecho del abuso?	Mucha importancia.	8	100	1	100	9	100

Al analizar las opiniones sobre la frecuencia de conductas que tiene el agresor en la situación de ASI, las proposiciones de actividad sexual por parte de agresor a su víctima no se presenta *nunca a muy pocas veces* en un 70%, exhibicionismo *pocas a la mitad de las veces* (53%), caricias ya sea por encima o debajo de la cintura en un 72%. El 48% cree que en la *mitad a bastantes veces* de las experiencias de AS, los agresores intentan tener coito anal o vaginal con sus víctimas. Conductas como la masturbación y sexo oral se presenta *de pocas a la mitad de las veces* en un 56 y 59% respectivamente. Finalmente el perpetrar el hecho, ya sea coito anal y/o vaginal, puede ocurrir *pocas a la mitad de las veces* en un 47 y 46%, Tabla 18 y 19

Opiniones sobre posibles reacciones frente al ASI: Al analizar las opinión sobre las percepciones de las reacciones que tendrían en el supuesto de experiencias de ASI en el entorno familiar, la población en estudio declaró en el 95% *estar muy de acuerdo* de que se enteraría, el 94% cree que la madre al enterarse de una situación de abuso *denunciaría el hecho y/o pediría ayuda*. En relación con el ambiente que rodea a la víctima el 69% *no esta de acuerdo* que los abusos sexuales sólo suceden en ambientes muy especiales donde exista pobreza, hacinamiento, alcoholismo, etc. EL 97% opina que experiencias de abuso en la infancia tienen *bastante a mucha importancia* y que por lo tanto todos los casos deberían denunciarse (100%), Tabla 20.

Tabla 16. Perfil del abusado según la opinión de la población total en estudio CESFAM Niebla 2006

Opinión	Categoría	Mujeres		Hombres		Total	
		Nº 50	%	Nº 50	%	Nº 100	%
Con qué frecuencia cree Ud. que ocurren los abusos sexuales a menores en el caso de las niñas?	Nunca	1	2	2	4	3	3
	Casi nunca	2	4	4	8	6	6
	A veces	11	22	10	20	21	21
	Frecuentemente	21	42	29	58	50	50
	Muy frecuentemente	15	30	5	10	20	20
Con qué frecuencia cree Ud. que ocurren los abusos sexuales a menores en el caso de los niños?	Nunca	3	6	2	4	5	5
	Casi nunca	9	18	10	20	19	19
	A veces	18	36	17	34	35	35
	Frecuentemente	15	30	20	40	35	35
	Muy frecuentemente	5	10	1	2	6	6
Yo creo que cuando los niños cuentan o denuncian que han sufrido abusos sexuales dicen la verdad	Siempre o casi siempre	31	62	26	52	57	57
	Bastantes veces.	6	12	7	14	13	13
	Algunas veces	13	26	14	28	27	27
	Nunca o casi nunca	-	-	3	6	3	3
A qué edad considera usted que es más frecuente sufrir los abusos sexuales?	Antes de los 6 años	12	24	12	24	24	24
	Entre los 7 y los 8 años	7	14	12	24	19	19
	Entre los 11 y los 13 años	9	18	9	18	18	18
	Después de los 13 años.	-	-	1	2	1	1
	En todas las edades.	22	44	16	32	38	38
El tipo de familia a que pertenece la víctima de abuso sexual	Mononuclear	10	20	10	20	20	20
	Nuclear	2	4	2	4	4	4
	Extendida	38	76	38	76	76	76

Tabla 17. Perfil del agresor según opinión de la población total en estudio CESFAM Niebla 2006

Opinión	Categoría	Mujeres		Hombres		Total	
		Nº 50	%	Nº 50	%	Nº 100	%
Quienes abusan sexualmente de los niños son enfermos mentales o tienen graves patologías	Muy de acuerdo	11	22	12	24	23	23
	Bastante de acuerdo	5	10	6	12	23	23
	Algo de acuerdo	7	14	7	14	14	14
	Ni acuerdo ni desacuerdo	1	2	5	10	6	6
	Algo en desacuerdo	13	26	8	16	21	21
	Bastante en desacuerdo	4	8	8	16	12	12
	Muy en desacuerdo	9	18	4	8	13	13
Casi todos los abusos sexuales los cometen los varones y sólo muy excepcionalmente las mujeres	Muy de acuerdo	30	60	29	58	59	59
	Bastante de acuerdo	15	30	16	32	31	31
	Algo de acuerdo	3	6	4	8	7	7
	Algo en desacuerdo	1	2	1	2	2	2
	Muy en desacuerdo	3	2	-	-	1	1
Qué edad considera usted que tienen la mayoría de los agresores?	Menos de 20 años.	4	8	2	4	6	6
	Entre 21 y 30 años	8	16	6	12	14	14
	Entre 31 y 50 años.	36	72	38	76	74	74
	Más de 50 años	2	4	3	6	5	5
	NS/NC	-	-	1	2	1	1

Tabla 18. Frecuencias de conductas en el ASI según la opinión de la población total en estudio. CESFAM Niebla 2006

Conductas que ocurren en los abusos sexuales es la siguiente	Categoría	Mujeres		Hombres		Total	
		Nº 50	%	Nº 50	%	Nº 100	%
Proposiciones de actividad sexual	Nunca	24	48	15	30	39	39
	Pocas veces.	14	28	17	34	31	31
	La mitad de las veces	3	6	7	14	10	10
	Bastantes veces	5	10	3	6	8	8
	Muchas veces.	2	4	1	2	3	3
	Siempre.	2	4	3	6	5	5
	NS/NC.	-	-	4	8	4	4
Exhibicionismo	Nunca	-	-	3	6	3	3
	Pocas veces.	12	24	19	38	31	31
	La mitad de las veces	10	20	12	24	22	22
	Bastantes veces	11	22	7	14	18	18
	Muchas veces.	13	26	1	2	14	14
	Siempre.	3	6	5	10	8	8
	NS/NC.	1	2	3	6	4	4
Caricias por encima de la cintura	Nunca	-	-	2	4	2	2
	Pocas veces.	6	12	7	14	13	13
	La mitad de las veces	2	4	8	16	10	10
	Bastantes veces	14	28	9	18	23	23
	Muchas veces.	13	26	10	20	23	23
	Siempre.	15	30	9	18	24	24
	NS/NC.	-	-	5	10	5	5
Caricias por debajo de la cintura	Nunca	-	-	2	4	2	2
	Pocas veces.	3	6	6	12	9	9
	La mitad de las veces	2	4	9	18	11	11
	Bastantes veces	14	28	10	20	24	24
	Muchas veces.	16	32	9	18	25	25
	Siempre.	15	30	9	18	24	24
	NS/NC.	-	-	5	10	5	5
Intento de coito anal	Nunca	-	-	1	2	1	1
	Pocas veces.	8	16	5	10	13	13
	La mitad de las veces	11	22	15	30	26	26
	Bastantes veces	12	24	11	22	23	23
	Muchas veces.	7	14	8	16	15	15
	Siempre.	11	22	5	10	16	16
	NS/NC.	1	2	5	10	6	6

Tabla 19. Frecuencias de conductas en el ASI según la opinión de la población total en estudio. CESFAM Niebla 2006

Conductas que ocurren en los abusos sexuales es la siguiente	Categoría	Mujer		Hombre		Total	
		Nº 50	%	Nº 50	%	Nº 100	%
Intento de coito vaginal	Nunca	-	-	1	2	1	1
	Pocas veces.	7	14	4	8	11	11
	La mitad de las veces	12	24	15	30	27	27
	Bastantes veces	10	20	11	22	21	21
	Muchas veces.	8	16	8	16	16	16
	Siempre.	12	24	6	12	18	18
	NS/NC.	1	2	5	10	6	6
Obligar a masturbarle/a	Nunca	-	-	2	4	2	2
	Pocas veces.	20	40	26	52	46	46
	La mitad de las veces	6	12	4	8	10	10
	Bastantes veces	5	10	-	-	5	5
	Muchas veces.	6	12	2	4	8	8
	Siempre.	6	12	2	4	8	8
	NS/NC.	7	14	14	28	21	21
Sexo oral	Nunca	-	-	2	4	2	2
	Pocas veces.	20	40	26	52	46	46
	La mitad de las veces	7	14	6	12	13	13
	Bastantes veces	4	8	-	-	4	4
	Muchas veces.	6	12	2	4	8	8
	Siempre.	6	12	1	2	7	7
	NS/NC.	7	14	13	26	20	20
Coito anal	Nunca	-	-	1	2	1	1
	Pocas veces.	9	18	11	22	20	20
	La mitad de las veces	13	26	14	28	27	27
	Bastantes veces	6	12	7	14	13	13
	Muchas veces.	12	24	6	12	18	18
	Siempre.	9	18	6	12	15	15
	NS/NC.	1	2	5	10	6	6
Coito vaginal	Nunca	-	-	1	2	1	1
	Pocas veces.	9	18	11	22	20	20
	La mitad de las veces	13	26	13	26	26	26
	Bastantes veces	6	12	7	14	13	13
	Muchas veces.	12	24	6	12	18	18
	Siempre.	9	18	7	14	16	16
	NS/NC.	1	2	5	10	6	6

Tabla 20. Opinión sobre percepciones de las reacciones que tendrían en el supuesto de experiencias de ABS en el entorno familiar.

Opinión	Categoría	Mujeres		Hombres		Total	
		Nº 50	%	Nº 50	%	Nº100	%
Yo creo que si sufriera abusos sexuales alguien de nuestro entorno familiar me enteraría	Muy de acuerdo	36	72	39	78	75	75
	Bastante de acuerdo	13	26	7	14	20	20
	Ni acuerdo ni desacuerdo	1	2	2	4	3	3
	Algo en desacuerdo	-	-	1	2	1	1
	NS/NC.	-	-	1	2	1	1
Yo creo que si una madre se enterara de que su hijo ha sufrido abusos sexuales lo denunciaría o pediría ayuda	Muy de acuerdo	42	84	39	78	81	81
	Bastante de acuerdo	6	12	7	14	13	13
	Algo de acuerdo	1	2	1	2	2	2
	Ni acuerdo ni desacuerdo	1	2	2	4	3	3
	Algo en desacuerdo	-	-	1	2	1	1
Yo creo que los abusos sexuales sólo suceden en ambientes muy especiales (pobreza, hacinamiento, alcoholismo, etc.)	Muy de acuerdo	7	14	4	8	11	11
	Bastante de acuerdo	2	4	4	8	6	6
	Algo de acuerdo	1	2	7	14	8	8
	Ni acuerdo ni desacuerdo	2	4	4	8	6	6
	Algo en desacuerdo	15	30	12	24	27	27
	Bastante en desacuerdo	8	16	8	16	16	16
Qué importancia puede tener el hecho de haber sufrido abusos sexuales durante la infancia?	Muy en desacuerdo	15	30	11	22	26	26
	Alguna importancia.	1	2	2	4	3	3
	Bastante importancia	14	28	17	34	31	31
Cree que deben denunciarse a la policía o a los jueces todos los casos de abusos sexuales?	Mucha importancia	35	70	31	62	66	66
	Sí.	50	100	50	100	100	100

Experiencias de vida que aumentan el riesgo de ASI: Hay situaciones en la vida que pueden ser indicadores o factores de riesgo de un posible episodio de abuso sexual. Reconocieron la huida de casa (30%), fracaso escolar (43%) que aumenta para mujeres con origen étnico (52,6%). Preferentemente hombres reconocen consumo de drogas (2 de cada 10). En el plano sexual las mujeres expresaron más hostilidad hacia el otro sexo e insatisfacción o problemas sexuales que los hombres (14 y 16% respectivamente). La depresión (diagnosticada) y sentimientos frecuentes de ansiedad y angustia se detectaron en 24% y 56%. El embarazo no deseado se presentó en un 12% de la población total femenina y nunca tuvieron enfermedad de transmisión sexual (97%), por género dos hombres y una mujer cursaron con ETS, Tabla 21.

Tabla 21. Factores de riesgo para ASI según la opinión de la población total en estudio. CESFAM Niebla 2006

EXPERIENCIAS PERSONALES		Mujeres		Hombres		Total	
De las siguientes situaciones							
¿Cuáles le han pasado a UD a lo largo de su vida?	Categoría	Nº=50	%	Nº=50	%	Nº=100	%
		Huida de casa	Sí.	16	32	14	28
	No	34	68	36	72	70	70
Fracaso escolar	Sí.	22	44	20	40	42	42
	No	28	56	29	58	57	57
	NS/NC	-	-	1	2	1	1
Ingestión de drogas	Sí.	4	8	10	20	14	14
	No	46	92	40	80	86	86
Hostilidad hacia el otro sexo	Sí.	7	14	4	8	11	11
	No	43	86	46	92	89	89
Insatisfacción o problemas sexuales	Sí.	8	16	4	8	12	12
	No	42	84	46	92	88	88
Depresión (diagnosticada).	Sí.	15	30	9	18	24	24
	No	35	70	41	82	76	76
Sentimientos frecuentes de ansiedad y angustia	Sí.	37	74	19	38	56	56
	No	13	26	31	62	44	44
Embarazo no deseado (sólo para mujeres)	Sí.	6	12	-	-	6	6
	No	44	88	-	-	44	44
	No formulada	-	-	50	100	50	50
Enfermedad de transmisión sexual	Sí.	1	2	2	4	3	3
	No	49	98	48	96	97	97

6. DISCUSIÓN.

La frecuencia relativa de experiencias de abuso sexual (ASI) pesquisada de 9% (8 mujeres y un hombre), es baja comparada con lo encontrado en Nicaragua en 1997, donde, por tamizaje anónimo a 134 hombres y 202 mujeres de 25-44 años de edad, se encontró que 26% de las mujeres y 20% de los hombres reconocieron experiencias de abuso sexual infantil (ASI). En España, el año 1995, se detectó ASI en 22% de mujeres adultas y 15% de hombres adultos entrevistados (CHANGE 1998). El ASI en escolares de primaria en Perú, 1885 menores encuestados por el Programa Nacional Contra la Violencia Familiar y Sexual (PNCVFS), encontró que uno de cada diez ha sufrido alguna forma de abuso, siendo la frecuencia relativa en niñas de 13% y en los hombres de un 7% (MIMDES 2004).

Según los estudios revisados la variable sexo fue significativamente mayor para el sexo femenino aproximadamente en un 95% con respecto al masculino con un 5% (MORENO 2004, ALMONTE *et al* 2002, ONOSTRE 2000, RAMOS *et al* 1998, DE LA GARZA *et al* 1997, AGUILAR *et al* 2000, GUERRA *et al* 2001, SERNAM 2001) reafirmando la opinión de la población estudio en que 7 de cada 10 niñas pueden ser víctima de ASI. En este estudio, la edad más frecuente de la víctima fue entre 10 y 13 años. Se ha señalado que a partir de esta edad se registra un descenso debido, probablemente, a que ofrecen una mayor resistencia al ASI.

El lugar físico donde se produjo el ASI fue en la casa de la víctima (44,4%), con relación familiar en la mayoría de los casos. ALMONTE *et al* 2002, DE LA GARZA *et al* 1997 concuerdan con lo anterior, agregando que no existen diferencias por sexo de la víctima. En la descripción del perfil del agresor ONOSTRE (2000), concuerda con nuestros resultados, cuando afirma que la mayoría de los agresores son hombres (90%) y la víctima los conoce (78%). Sólo un 22% es desconocido.

La estrategia utilizada para perpetrar el abuso fue el engaño (66.7%), aprovechándose de la confianza y familiaridad de la víctima (88,8%), no utilizando la aproximación o sorpresa en el 100% de los casos. El agresor siempre utilizó las caricias, seguidas por el intento de coito vaginal para las mujeres y proposiciones de actividad sexual. ALMONTE *et al* 2002, reitera que las caricias es la estrategia más frecuentemente utilizada. En nuestra población con ASI, sólo una mujer reveló haber sido forzada a tener coito vaginal y como consecuencia un embarazo no deseado. El embarazo a causa de una violación es una tragedia para muchas adolescentes que deben sufrir las consecuencias a nivel individual, familiar y social. Como personas renuncian a las expectativas o proyectos futuros como: la virginidad, estudios superiores, matrimonio, etc. Este conflicto se prolonga a lo largo de 9 meses, culminando con

un hijo(a) no deseado, producto de una relación involuntaria, ilícita o agresiva y con perspectivas hacia el futuro desfavorables (ALMONTE *et al* 2002). ONOSTRE (2000), ha señalado que la mayoría de los agresores (76,6%) emplearon el soborno para asegurar el silencio de sus víctimas (ofrecimientos de regalos y dinero, empleo laboral, etc.); solo el 23,4% de los agresores utilizó la amenaza y la fuerza física. En nuestros resultados el agresor no recurrió a la violencia física ni a las amenazas.

Las consecuencias reportadas por las víctimas son sentimientos de miedo, vergüenza y hostilidad o agresividad hacia el adulto que cometió el ASI, similares resultados reportó MORENO 2004, DEL RÍO 2002. Otros estudios reportan síntomas depresivos, alteraciones del sueño y del apetito, pérdida del interés en las actividades cotidianas y de la capacidad de concentración, para el corto plazo (RAMOS *et al* 1998, DE LA GARZA *et al* 1997).

Al momento de comunicar los hechos las víctimas de ASI dicen la verdad y el 100% quería realizar la denuncia. Los estudios revisados, señalan que por cada delito sexual que se denuncia existen 7 casos que no se denuncian y, por tanto, permanecen en el desconocimiento de las autoridades (SENAME 2003, MINISTERIO DE JUSTICIA 2004). En los resultados encontrados, dos personas nunca revelaron la situación de ASI y dos realizaron la denuncia pero renunciaron a las acciones legales por la dependencia económica y afectiva existente entre la madre de la víctima y el agresor, BARUDY (1999) concuerda con lo anterior además señala que estas madres-esposas que estaban al tanto de la situación de abuso callan conscientemente para salvaguardar la unidad familiar y prefieren sacrificar a la víctima. MORENO (2004), ROMERO (2002) señalan que el secreto de la situación de abuso sexual entre la víctima y el abusador se mantiene para evitar la destrucción de la familia. Lo anterior, se puede ver claramente reflejado también en el estudio realizado por Save the Children, donde el 30% de las víctimas no cuenta absolutamente a nadie porque temen la reacción de los demás ante tal revelación y por sentimientos de culpabilidad o por vergüenza, lo que se llama la Ley del silencio. El carácter transgresivo del abuso sexual hace que los hechos queden encapsulados en el espacio comunicacional de la familia, sin posibilidad de ser compartidos en el interior ni en el exterior. La regla impuesta es el silencio, que organiza la relación y garantiza la supervivencia del sistema. El secreto supone la convicción de que las vivencias en cuestión son incomunicables. El secreto es una de las instrucciones más notables y tenaces (PERRONE *et al* 1997). MARISCAL *et al* (2002) en su estudio realizado en La Paz Bolivia concuerda con los autores anteriores acerca del silencio de las víctimas y esto posibilita la repetición del abuso sexual.

Las consecuencias de la denuncia se evidencian en un cambio de vida cuya raíz son los conflictos familiares, consecuencias que a su vez generan sentimientos de culpa que puede llevar tanto a las niñas/os como a sus madres a tratar de justificar la violencia ejercida por el agresor (MARISCAL *et al* 2002). La presión familiar se tornará insostenible y muchas veces la víctima se retractará de su versión original, de la verdad y mentirá negando los hechos que

denunció inicialmente para que su familia vuelva al estado estable de equilibrio que existía antes de su denuncia (CÓRDOVA 2005).

El abuso sexual infantil sigue siendo un tema difícil de estudiar. La mayor cantidad de datos de los que se dispone proviene de reportes retroactivos, de gran utilidad, que presentan dificultades para estimar la veracidad del recuerdo y la correspondencia de los datos entregados con los hechos a los que se hace referencia. Sin embargo, en un tema como el abuso sexual, no existe la posibilidad de observación externa que proporcione un criterio objetivo (MAIDA et al 2005).

Una persona que ha pasado por una conmoción física o mental puede estar muy reacia a revivir las emociones relacionadas con eventos en los cuales ha sufrido. La renuencia a hablar puede o no ser consciente. En casos muy extremos, las experiencias pasadas han sido suprimidas de la mente consciente. No es inusual que sólo se recuerde ciertos eventos del pasado. (UNHCR- ACNUR 1995).

Al comparar y validar los test de autoreporte en relación al ASI, es importante reflexionar sobre el nivel de confiabilidad que se asegura a los participantes del estudio. Especialmente cuando se esta preguntando por información personal que puede ser potencialmente embarazoso o dañino. Las personas pueden estar dispuestas a revelar, siempre y cuando, se garantice participación anónima ya que reduce la probabilidad de exposición. OLSON et al 2004, mostró que el género puede estar afectando la capacidad de revelación y reporte de ASI. Los hombres con experiencias de ASI estaban menos dispuestos a la revelación y reporte debido a sus prejuicios sociales, hecho que se puede proyectar a lo observado en nuestro estudio.

La baja comunicación de ASI, en un estudio realizado por RODRÍGUEZ et al 2001, se debe a que los encuestados de diversas etnias percibieron que los clínicos no preguntan a cerca del abuso sexual, porque tienen poco tiempo e interés en discutir el tema, que tienen miedo de involucrarse con la policía y justicia y por la preocupación a cerca de la confidencialidad. Menos del 15% de las pacientes que habían consultado en atención primaria reportaron haber sido interrogadas a cerca de experiencias de ASI por los profesionales de la salud. Las mujeres tuvieron mejor disposición cuando se les preguntó explícitamente sobre ASI. LEDER et al 1999 menciona que un entrenamiento inadecuado en el tema de abuso sexual fue la principal barrera para obtener información sobre ASI. La falta de tiempo del profesional y la falta de confianza con las familias son barreras que hay que sortear para abordar el tema de posible ASI

La gente con menos educación puede tener dificultad con la terminología de abuso sexual. Según HAMBY et al 2003, al omitir la palabra violación aumentaron los reportes de

abuso sexual. En una revisión de cuestionarios que preguntaban por cópula sexual indeseada aumentó de 2.6 a 25.3 veces más los reportes que al preguntar por cópula forzada o involuntaria. El significado de la fuerza usada fue confuso, no estaba claro para los participantes que si fuerza física significaba forzada, miedo de la fuerza física, o algo más. Además que forzado representa grados más extremos de coerción

MILLER et al 1987, relaciona los conceptos de ética, confidencialidad y comunicación del profesional con sus pacientes. La confianza en el terapeuta vale más que el potencial beneficio de reportar. ORMROD et al 1999, explica que el secreto absoluto no es posible en todas las situaciones porque viola la ley, las pautas profesionales, las reglas de organización o nuestros propios códigos personales de moral y ética. Hay una obligación de explicar esto a los pacientes. Los pacientes evitan compartir la información personal debido al miedo de la exposición pública y de las consecuencias sociales, lo que puede tener implicaciones clínicas. Claramente la decisión para exponer el secreto por parte del profesional implicará a menudo un deber para determinar el equilibrio “del riesgo”, por nuevos daños a la víctima y no lograr los objetivos buscados.

Finalmente, el diagnóstico de ASI en una realidad social particular permitió ratificar lo conocido sobre ASI, es decir, es un problema oculto, que necesita ser detectado por las severas consecuencias que determina. Para que la detección cumpla con los aspectos éticos y valóricos esenciales, se requiere capacitar a profesionales del sector salud y educación, para enseguida articular acciones interdisciplinarias que permitan prevenir el ASI, pesquisarlo oportunamente y prevenir el estado de traumatización de las víctimas y de sus familias.

7. CONCLUSIONES

El abuso sexual infantil es una de las formas de maltrato infantil, más difundido que implica complicaciones psicológicas, legales y médicas que trae devastadoras consecuencias en la vida adulta y limita el futuro de los niños/as. Por lo íntimo y doloroso que puede ser para la víctima el recordar una experiencia de abuso sexual, es un tema difícil de abordar, en la mayoría de los casos el episodio se mantiene en secreto para evitar la destrucción de la familia y esto posibilita la repetición del ASI.

La frecuencia relativa de experiencias de abuso sexual infantil (ASI) pesquisada con el test de tamizaje fue de 9% (8 mujeres y un hombre). El género puede afectar la capacidad de revelación y reporte de ASI, los hombres con experiencias de ASI están menos dispuestos a revelar ASI debido a sus prejuicios sociales, hecho observado en nuestro estudio pero realmente ¿es un problema de género que impide la revelación de ASI? ¿Se debería ampliar la muestra para llegar a la conclusión de que el género efectivamente afecta la capacidad de reporte? Las personas pueden estar dispuestas a revelar ASI siempre y cuando; se garantice privacidad, confidencialidad y participación anónima lo que reduce, la probabilidad de exposición.

El perfil de la población abusada mayoritariamente reside en Niebla actualmente, con escolaridad menor a 9 años. Una de cada dos mujeres tiene origen étnico, en la mitad de los casos al momento de ASI, tenía entre 10 y 13 años y residían en zonas urbanas. El lugar físico donde se llevo a cabo el ASI fue en la casa de la víctima.

El perfil del agresor correspondió al sexo masculino, menor de 30 años. El agresor referido fue el padre adoptivo, seguido del tío y un desconocido. La estrategia utilizada para perpetrar el abuso fue aprovechándose de la confianza y familiaridad de la víctima, el engaño, las caricias, seguidas por el intento de coito vaginal y proposiciones de actividad sexual. Sólo una mujer reveló haber sido forzada a tener coito vaginal y como consecuencia un embarazo no deseado.

Las víctimas experimentaron sentimientos de vergüenza, desconfianza, y hostilidad o agresividad hacia el adulto que cometió el abuso. Para las víctimas de ASI tuvo en su vida mucha importancia.

De todas las personas con experiencia de abuso, dos nunca comunicaron lo ocurrido, la mitad de las mujeres se lo confesaron a su madre y lo informaron a pocos días del hecho

Todos los casos que informaron el ASI no recibieron castigos, a la mitad de las víctimas le creyeron la versión de los hechos. De las personas que revelaron la situación de abuso sólo en dos se realizó la denuncia, pero esta no fructificó debido a dependencia económica y afectiva de las madres con agresor.

El perfil sociodemográfico de la población total mostró que una de cada dos personas tiene una escolaridad menor de 9 años, siendo significativamente menor en el área rural costera. Reconoce consumo de tabaco una de cada dos personas y el consumo de alcohol lo refieren mayoritariamente los hombres. Según actividad por género, las mujeres son dueñas de casa, la actividad más frecuente de los hombres fue obrero y pescador.

Según la opinión de la muestra el mayor riesgo de ASI corresponde a las niñas antes de los 13 años de familias extendidas. La mayoría de la población opina que el agresor es hombre que bordea los 31 a 50 años y que padece alguna enfermedad mental.

Las percepciones de las reacciones que tendrían en el supuesto de experiencias de ASI en el entorno familiar, la mayoría esta muy de acuerdo de que se enteraría y las madres deberían denunciar el hecho y/o pedir ayuda. Dos tercios no esta de acuerdo que los abusos sexuales sólo suceden en ambientes muy especiales donde exista pobreza, hacinamiento, alcoholismo, etc. La mayor parte opina que experiencias de abuso en la infancia tienen bastante a mucha importancia y por lo tanto todos los casos deberían denunciarse.

Experiencias de vida que aumentan el riesgo de ASI fueron la huida de casa, fracaso escolar, que aumenta para mujeres con origen étnico. Preferentemente hombres reconocen consumo de drogas. En el plano sexual las mujeres expresaron más hostilidad hacia el otro sexo e insatisfacción o problemas sexuales que los hombres.

Profesionales que se ven enfrentados a una situación de ASI deben poseer las herramientas necesarias para otorgar una ayuda asertiva, eficaz e integral. Se debe sensibilizar a los equipos de salud para una intervención interdisciplinaria a las víctimas. Enfocar las acciones a la promoción, prevención, detección oportuna considerando los aspectos éticos y valóricos al realizar las denuncias.

Los hallazgos de este estudio contribuyen a la generación de estrategias específicas de manejo de las víctimas de abuso, la prevención a nivel local y/o regional es posible, al realizar

nuevas investigaciones sobre el tema tomando como punto de partida los hallazgos de este estudio. Es tarea de los profesionales estar informados e involucrados ya que disponen de numerosas oportunidades en la atención clínica para la detección, espacios para la prevención y derivación oportuna de ASI.

8. BIBLIOGRAFIA

- AGUILAR, J; MICHEL, E. 2000. Abuso sexual en el menor: características y algunas estrategias para su prevención. *Medicina Universitaria* 2 (8):184-190
- ALMONTE, C; INSUNZA, C; RUIZ, C. 2002. Abuso sexual en niños y adolescentes de ambos sexos. *Revista Chilena Neuro-psiquiatría*. 40 (1): 22-30
- ARAÚJO, M. 2002. Violência e abuso sexual na familia. *Psicología em Estudo* 7 (2):3-11
- BARUDY, J. 1992. Dictaduras familiares, violencia e incesto; una lectura sistémica del incesto padre-hija. (Original no consultado citado por PROYECTO AYELEN. 2003 Informe de logro Proyecto de Atención en Maltrato Infantil Grave constitutivo de delito de los casos atendidos entre enero a noviembre 2003, Provincia Valdivia. Documento de trabajo).
- BARUDY, J. 1999. Maltrato infantil; ecología social: prevención y reparación. Santiago de Chile Editorial Galdoc Pág. 153-213-215
- BAUTISTA, J; GAHONA, A. 2002. Maltrato y abuso sexual infantil: problemas jurídicos y conocimientos para la intervención psicopedagógica. *Anuario de Psicología Jurídica* 12: 57-68
- BRINO, R; WILLIAMS, L. 2003. Teachers' conceptions about sexual child abuse. *Cuaderno de Pesquisa* 119:113-128
- CÓRDOVA, R. 2005. Conceptuación del retracto de la víctima en casos de abuso sexual intrafamiliar. En: Conferencia de Trabajo Social Forense UPR Humacao, 4, 2005 Pág. 1 - 12
- CHANGE 1998. Abuso sexual en la niñez; Compilado por el Center for Health and Gender Equity (CHANGE) para Population Reports (Disponible en http://www.infoforhealth.org/pr/prs/sl11/111chap3_3.shtml consultado el 24/05/06)
- DE LA GARZA-AGUIAR, J; DÍAZ, M. 1997. Elementos para el estudio de la violación sexual. *Salud Pública México*. 39 (6): 539-545
- DEL RIO, M. 2002. Aspectos psicológicos del abuso sexual. *Medwave* 2(9) (Disponible en <http://www.medwave.cl/congresos/2002sogia2/2.act> consultado el 5 /10 /2004)
- FERNÁNDEZ, J; RUIZ, A; COMAS, L; PETITBÓ, M; IBAÑEZ, M; BASSETS, M. 2001. Abuso sexual: Experiencia en una unidad funcional de abusos a menores. *Anales Españoles de Pediatría* 54 (3): 243-250

GARCIA, O; MUR, A. 2001. Abuso sexual en la infancia: prevención de las enfermedades de transmisión sexual. *Anales Españoles Pediatría* 54 (3): 267-271

GARCIA, X; ESTREMER, J. 2003. Ciclo vital crisis evolutiva (Disponible en <http://www.foroaps.org/files/Ciclo%20Vital%201.pdf> consultado el 12/05/06)

GUERRA, O; VAÑÓ, C. 2001. Dinámica familiar; abusos sexuales: una situación de desprotección. *Medifam* 11 (1): 42-51

HAMBY, S; KOSS, M. 2003. Shades of gray: a qualitative study of terms used in the measurement of sexual victimization. *Psychology of Women Quarterly* 27:243-255.

JUNQUEIRA, M; DESLANDES, S. 2003. Resilience and child abuse. *Cuaderno de Salud Pública* 19 (1):227-235

KEMPE H; SILVERMAN N; STEELE B; DROEGEMUELLER W; SILVER H 1962. The battered-child syndrome. *JAMA* 181:17-24

LARRAIN S. 2001. Maltrato infantil y abuso sexual en Chile Santiago Chile UNICEF Pág. 18 y 78

LEDER, M; EMANS, J; PALMER, J; RAPPAPORT. 1999. Addressing sexual abuse in the primary care setting. *Pediatrics* 104 (2): 270-275

LOLAS, F. 2001. Aspectos éticos de la investigación biomédica. Conceptos frecuentes en las normas escritas. *Revista Médica de Chile* 129 (6):680-684

LÓPEZ, E; ALVAREZ, M. 1999. Guía de maltrato infantil para maestros. Facultad de Psicología Universidad de Murcia (Disponible en <http://www.um.es/facpsi/maltrato/> consultado el 6/10/2004)

MAIDA, A; MOLINA, M; BASUALTO, C; BAHAMONDES, C, LEONVENDAGAR, X; ABARCA, C. 2005. La experiencia de abuso en las madres: ¿Es un predictor de abuso sexual de sus hijos? *Revista Chilena de Pediatría* 76 (1): 41-47

MALDONADO, F. 2002. Aspectos médico-legales del abuso sexual. *Medwave*. 2 (9) (Disponible en <http://www.medwave.cl/congresos/2002sogia2/1.act> consultado el 6/10/04)

MARISCAL, S; GUTIÉRREZ, B. 2002. Programa integral de prevención del maltrato infantil por abuso sexual 1 (1):1-20

MARTÍNEZ, M; REYES, R.1993. Maltrato infantil; un problema inquietante. *Bol Med Hosp Infant Méx.* 50:557-563(Original no consultado citado por SANTANA R;

SÁNCHEZ R; HERRERA E 1998 El maltrato infantil: un problema mundial Salud Pública México 40 (1):58-65)

MIMDES 2004. Maltrato y abuso sexual en niñas, niños y adolescentes; estudio realizado por Programa Nacional Contra la Violencia Familiar y Sexual (Disponible en <http://www.mimdes.gob.pe/pncvfs/index.htm> consultado el 24/05/06)

MILLER, R; WEINSTOCK, R. 1987. Conflict of interest between therapist – patient confidentiality and the duty to report sexual abuse of children. Behavioral sciences y the law 5 (2):161- 174

MINISTERIO DE JUSTICIA 2004. Entregan manual para detectar y prevenir maltrato y abuso sexual en los colegios (Disponible en <http://www.minjusticia.cl/Comunicados/2004/Julio/julio16.htm>. consultado el 5/10/2004)

MINISTERIO DE JUSTICIA.1994. Ley 19.325. Establece normas sobre procedimientos y sanciones relativas a los actos de violencia intrafamiliar. Diario Oficial de Chile. N° 34.951. 27/08/1994

MINISTERIO DE JUSTICIA 2004. Subsecretaria de justicia Ley N° 19927 Modifica el código penal, el código de procedimiento penal y el código Procesal penal en materia de delitos de pornografía infantil. (Disponible en <http://www.minjusticia.cl/leyes/19927.pdf> consultado el 24/02/06)

MOLTEDO, C; MIRANDA, M. 2004. Prevención del maltrato y el abuso sexual infantil en el espacio escolar manual de apoyo para profesores (Disponible en http://www.mineduc.cl/biblio/documento/abuso_sexual.pdf.pdf consultado el 27/9/05)

MORENO, J. 2004. Maltrato infantil: características familiares asociadas a situaciones de desprotección al menor. Intervención Psicosocial 13 (1): 99-115

OLSON, CH; STANDER, V; MERRILL, L. 2004. The influence of survey confidentiality and construct measurement in estimating rates of childhood victimization among navy recruits. Behavioral science and Epidemiology Naval Health research center San Diego 16 (1):53 – 69

ONOSTRE, R. 2000. Abuso sexual en niñas y niños; consideraciones clínicas (Bolivia). Revista Chilena Pediatría. 71 (4): 368-375

ORMROD, J; AMBROSE, L. 1999. Public perceptions about confidentiality in mental health services. Journal of Mental Health 8 (4): 413 – 421

PARADÍSE, J. 1990. Valoración médica del niño que ha sufrido abuso sexual. Clin Pediatr North Am 4: 889-912 (Original no consultado citado por ONOSTRE, R. 2000

Abuso sexual en niñas y niños; consideraciones clínicas (Bolivia). *Revista Chilena Pediatría*. 71 (4): 368-375)

PERRONE, R; NANNINI, M. 1997. Violencia y abusos sexuales en la familia: un abordaje sistémico y comunicacional, Buenos Aires – Barcelona-México Paidós 111: 42-124

PEREZ, M; CARBAJO, E; BORRAS, J. 1999. Acercamiento integrador de los abusos sexuales. *Revista Información Psicológica del Colegio Oficial de Psicólogos* 69:1-15

PROYECTO AYELEN. 2003. Informe de logro Proyecto de Atención en Maltrato Infantil Grave constitutivo de delito de los casos atendidos entre enero a noviembre 2003 Provincia Valdivia. Documento de trabajo.

PONENCIAS DE FÉLIX LÓPEZ Y AMAIA DEL CAMPO En las Jornadas sobre Prevención del Abuso Sexual Infantil organizadas por Save the Children los días 27 y 28 de febrero de 1998. (Disponible en <http://pdf.rincondelvago.com/abuso-sexual-en-ninos.html> consultado el 6/04/06)

RAMOS, R; SALDÍVAR, G; MEDINA, M; ROJAS, E; VILLATORO, J. 1998. Prevalencia de abuso sexual en estudiantes y su relación con el consumo de drogas. *Salud Pública México* 40(3): 221-233

RAYA, M; KOLLER, E. 1998. Alguns aspectos observados no desenvolvimento de crianças vítimas de abuso sexual. *Psicol. Reflex. Crit* 11 (3) 559-578

RINGHEIM, K. 1995. Ethical issues in social science research with special reference to sexual.Behaviour research. *Soc Sci Med* 40 (12):1691-1697

RODRÍGUEZ, M; SHELDON, W; BAUER, H; PAREZ, E. 2001. The factors associated with disclosure of intimate partner abuse to clinicians. *The Journal of Family Practice* 50 (4):338-344

ROJO, J; GIL, J; ESCUDERO, J. 2003. Manifestaciones cutáneas del abuso sexual en la infancia. *Piel* 18 (2):7-70

ROMERO, P. 2002. Hallazgos clínicos en el abuso sexual. *Medwave*. 2 (9) (Disponible en <http://www.medwave.cl/congresos/2002sogia2/3.act> consultado el 6/10/04)

SANTANA, R; SÁNCHEZ, R; HERRERA, E. 1998. El maltrato infantil: un problema mundial. *Salud Pública México* 40 (1):58-65

SERNAM. 2001. La violencia sexual en Chile Algunos Indicadores Relevantes Departamento de estudios y estadísticas (Disponible en http://www.sernam.cl/Infoteca/web_html/index.htm consultado 7/010/2004)

SENAME. 2003. Maltrato infantil magnitud y estadísticas (Disponible en http://www.sename.cl/interior/maltrato/maltrato_03.asp consultado el 6/10/2004)

TIBERTI, P. 2000. El abuso sexual infantil y los profesionales de la salud. Isis Internacional 2000 Ediciones de las Mujeres 29:163-167

TOBAR, J. 1999. Violencia sexual: análisis de la nueva ley Santiago Chile Pehuén editores Pág. 23-45-53-89

UNICEF. 1999. Maltrato infantil oficina regional para América Latina y el Caribe. (Disponible en http://www.iin.oea.org/Videos/documento_explicativo_video_queremos_vivir.htm consultado el 6/10/04)

UNHCR- ACNUR. 1995. Metodología y técnicas para entrevistar a solicitantes de la condición de refugiado modulo de capacitación 1995 (Disponible en <http://www.acnur.org/biblioteca/pdf/3683.pdf> consultado el 20/04/06)

VALDIVIA, M. 2002. Trastorno por estrés postraumático en la niñez .Revista Chilena de Neuro-psiquiatría. 40 (2):76-85

VERDUGO, M; BERMEJO, B.1995. The maltreatment of intellectually handicapped children and adolescents. Child Abuse Negl 190:205-215. (Original no consultado citado por SANTANA, R; SÁNCHEZ, R; HERRERA, E. 1998. El maltrato infantil: un problema mundial .Salud Pública México 40 (1):58-65)

ANEXOS

A.1 CUESTIONARIO ABS

- 1 N° de Encuesta _____
- 2 Edad (textual) _____
- 3 Residencia _____ 1 Niebla 2 Curiñanco 3 Bonifacio 4 Pilolcura 5 Los Pellines 6 Otro
- 4 Sexo ____ 1 Femenino 2 Masculino
- 5 Años escolaridad aprobados _____
- 6 Apellidos origen étnico _____ 1 uno 2 dos 3 ninguno
- 7 Religión ____ 1 Católica 2 Testigos de Jehová 3 Evangélica 4 Mormona 5 No tiene 6 Otra
- 8 Estado civil ____ 1 Soltera/o 2 Casada/o 3 Conviviente 4 Viudo/a 5 Separado/a
- 9 Número de integrantes de su familia _____
- 10 Ciclo vital familiar _____ 1 Etapa I Formación 2 Etapa II A extensión 3 Etapa II B extensión 4 Final de extensión 5 Contracción 6 Final de contracción 7 Disolución
- 11 Nivel educacional del jefe/a de hogar _____ 1 Analfabeto 2 Básica incompleta 3 Básica completa 4 Media incompleta 5 Media completa 6 Otro
- 12 Actividad _____
- 13 Previsión ____ 1 INP 2 Fuerzas armadas 3 AFP 4 otros especificar 5 No tiene
- 14 Hábitos nocivos en el grupo familiar 1 Si 2 No alcohol _____ tabaco _____ drogas _____
 Quien _____

A partir de ahora le haré una serie de preguntas sobre opiniones y experiencias personales
OPINIONES

15 ¿Con qué frecuencia cree usted que ocurren los abusos sexuales a menores en el caso de las niñas/mujeres? _____ 1 No ocurren nunca 2 Casi nunca 3 A veces 4 Frecuentemente 5 Muy frecuentemente. 9 NS/NC

16 ¿Con qué frecuencia cree usted que ocurren los abusos sexuales a menores en el caso de los niños/varones? _____ 1 No ocurren nunca 2 Casi nunca 3 A veces 4 Frecuentemente 5 Muy frecuentemente. 9 NS/NC

Manifieste su grado de acuerdo o en desacuerdo con las siguientes afirmaciones:

Las preguntas 17 a la 21 deben ser respondidas:

1 Muy de acuerdo 2 Bastante de acuerdo. 3. Algo de acuerdo 4 Ni acuerdo ni desacuerdo.
 5 Algo en desacuerdo 6 Bastante en desacuerdo. 7 Muy en desacuerdo 9 NS/NC.

17	Yo creo que quienes abusan sexualmente de los niños son enfermos mentales o tienen graves patologías	
18	Yo creo que si sufriera abusos sexuales alguien de nuestro entorno familiar me enteraría.	
19	Yo creo que casi todos los abusos sexuales los cometen los varones y sólo muy excepcionalmente las mujeres.	
20	Yo creo que si una madre se enterara de que su hijo ha sufrido abusos sexuales lo denunciaría o pediría ayuda.	
21	Yo creo que los abusos sexuales sólo suceden en ambientes muy especiales (pobreza, hacinamiento, alcoholismo, etc.)	

22 Yo creo que cuando los niños cuentan o denuncian que han sufrido abusos sexuales dicen la verdad _____

1 Siempre o casi siempre. 2 Bastantes veces. 3 Algunas veces. 4 Nunca o casi nunca. 9 NS/NC.

23 ¿Cuáles cree usted que son los dos que más frecuentemente cometen los abusos? (Ordenar alternativa 1 - 13) _____

24 ¿Cuáles cree usted que son los dos que menos frecuentemente cometen los abusos? _____

- 1 Alguien que es desconocido para la niña/o.
 2 Alguien conocido, pero sin relación especial con él o ella.
 3 Algún amigo de la familia. 4 Un abuelo.
 5 Un tío. 6 Un hermano. 7 El padre biológico.
 8 El padre adoptivo. 9 La madre biológica.
 10 La madre adoptiva. 11 Otros familiares.
 12 Un religioso/a. 13 Un educador/a.

La frecuencia de las conductas que ocurren en los abusos sexuales es la siguiente (para cada tipo) las preguntas 25 a 34 deben ser respondidas: 1 Nunca. 2 Pocas veces. 3 La mitad de las veces. 4 Bastantes veces. 5 Muchas veces. 6 Siempre. 9 NS/NC.

25	Proposiciones de actividad sexual	
26	exhibicionismo	
27	Caricias por encima de la cintura	
28	Caricias por debajo de la cintura.	
29	Intento de coito anal	
30	Intento de coito vaginal.	
31	Obligar a masturbarle/a.	
32	Sexo oral	
33	Coito anal.	
34	Coito vaginal.	

35 ¿A qué edad considera usted que es más frecuente sufrir los abusos sexuales? _____

- 1 Antes de los 6 años. 2 Entre los 7 y los 8 años.
 3 Entre los 11 y los 13 años. 4 Después de los 13 años. 5 En todas las edades. 9 NS/NC.

36 ¿Qué edad considera usted que tienen la mayoría de los agresores? _____

- 1 Menos de 20 años. 2 Entre 21 y 30 años.
 3 Entre 31 y 50 años. 4 Más de 50 años.
 9 NS/NC.

37 ¿Qué importancia puede tener el hecho de haber sufrido abusos sexuales durante la infancia? _____

- 1 Ninguna importancia. Normalmente no tiene por qué quedar ninguna secuela. 2 Alguna importancia.

3 Bastante importancia. 4 Mucha importancia. 9 NS/NC.

38 El tipo de familia a que pertenece la víctima de abuso sexual es: _____

- 1 mononuclear 2 nuclear 3 extendida

39 ¿Cree que deben denunciarse a la policía o a los jueces todos los casos de abusos sexuales? _____ 1 Sí. 2 No. 9 NS/NC

EXPERIENCIAS PERSONALES

40 ¿Sabe usted de alguien que haya sufrido abusos sexuales? (Sin contarse usted mismo/a.) _____

- 1 Sí (si se enteró por la persona que lo sufrió o por alguien cercano). 2 No 9 NS/NC.

De las siguientes situaciones ¿Cuáles le han pasado a usted a lo largo de su vida?

Las preguntas 41 a la 49 deben ser respondidas 1 Si. 2 No. 3 No formulada

9 NS/NC.

41	Huida de casa	
42	Fracaso escolar	
43	Ingestión de drogas	
44	Hostilidad hacia el otro sexo	
45	Insatisfacción o problemas sexuales	
46	Depresión (diagnosticada).	
47	Sentimientos frecuentes de ansiedad y angustia	
48	Embarazo no deseado (sólo para mujeres)	
49	Enfermedad de transmisión sexual	

50 ¿Ha sido usted mismo/a víctima de abusos sexuales cuando era menor? _____

- 1 Sí. 2 No. 9 NS/NC.

DESCRIPCION DE LA EXPERIENCIA/S

51 Cuando usted sufrió los abusos sexuales, ¿dónde vivía? _____ *1 Medio rural. 2 Medio urbano. 9 NS/NC.*

52 ¿Recuerda, de la forma más precisa posible, qué edad tenía usted cuando sufrió los abusos sexuales (por primera vez)? _____

53 ¿Podría decirnos el sexo del agresor? _____ *1 Femenino 2 Masculino*

54 ¿Recuerda la edad aproximada del agresor? _____ *1 Menos de 20 años. 2 Entre 21 y 30 años. 3 Entre 31 y 50 años 4 Más de 50 años. 99 NS/NC.*

55 ¿Quién fue el que cometió estos abusos? _____

- 1 Alguien que es desconocido para la niña/o. 2 Alguien conocido, pero sin relación especial con él o ella. 3 Algún amigo de la familia. 4 Un abuelo. 5 Un tío. 6 Un hermano. 7 El padre biológico. 8 El padre adoptivo. 9 La madre biológica. 10 La madre adoptiva. 11 Otros familiares. 12 Un religioso/a. 13 Un educador/a.*

¿De qué se valió el adulto para llevar a cabo estas conductas? las preguntas 56 a la 60 deben ser respondidas *1 Si. 2 No. 9 NS/NC.*

56	Recurrió a amenazas (sin violencia física).	
57	Recurrió a violencia física.	
58	Recurrió al engaño.	
59	Se aprovechó de la confianza o familiaridad	
60	Recurrió a la aproximación o sorpresa.	

61. Se sirvió de otras conductas? _____
1 Si 2 No

¿Qué tipo de conductas sexuales hubo? las preguntas 62 a la 71 deben ser respondidas

1 Si. 2 No. 3 No formulada. 9 NS/NC

62	Proposiciones de actividad sexual	
63	Exhibicionismo	

64	Caricias por encima de la cintura	
65	Caricias por debajo de la cintura.	
66	Intento de coito anal	
67	Intento de coito vaginal.	
68	Obligar a masturbarle/a.	
69	Sexo oral	
70	Coito anal.	
71	Coito vaginal. (Sólo para mujeres).	

72. ¿Con qué frecuencia se repitieron este tipo de conductas? (Las más frecuentes de ellas.) _____

- 1 No volvieron a ocurrir nunca. (Ni siquiera durante el mismo día.) 2 De 2 a 3 veces más. 3 Entre 4 y 10 veces. 4 Entre 11 y 25 veces. 5 Más de 25 veces. 9 NS/NC.*

Pasar a la 74

73. y esto fue a lo largo del siguiente tiempo: Elegir la opción no formulada, si la respuesta al ítem 72 es 1. _____

- 1 El mismo día. 2 La misma semana. 3 Durante un mes. 4 Entre seis meses y un año. 5 Uno o dos años. 6 Más de dos años. 7 No formulada. 9 NS/NC.*

74. Estas conductas tuvieron lugar: _____

- 1 Dentro de mi propia casa. 2 En la casa del adulto que cometía el abuso. 3 En la entrada, ascensor u otro lugar perteneciente al entorno de la casa. 4 En la calle o jardines de la ciudad o en el campo. 5 En lugares de hacinamiento (autobús, cine, metro, etc.). 6 En un internado. 7 En un colegio de régimen abierto (no internado). 8 En otros lugares. 9 NS/NC.*

75. Mi comportamiento ante el abuso fue el siguiente: _____

- 1 Me resistí y rechacé la situación todo el tiempo, con resistencia física (intento de huida, llamadas de socorro, etc.). 2 Primero no reaccioné, pero pasado el tiempo me resistí y rechacé la situación. 3 Me resistí activamente sólo al principio. 4 Me limité a dejar hacer, sin oponer resistencia. 5 Ofrecí mi colaboración desde el principio. 9 NS/NC.*

CONSECUENCIAS

¿Tuvo alguno de los siguientes sentimientos en relación con esta/s experiencia/s? (Cuándo ocurrieron.) las preguntas 76 a la 85 deben ser respondidas 1 Si. 2 No. 9 NS/NC.

76	Sentimientos de vergüenza	
77	Culpa.	
78	Miedo	
79	Asco.	
80	Desconfianza.	
81	Sentimientos de marginación, de ser especial	
82	Hostilidad o agresividad hacia el adulto que cometió el abuso	
83	Hostilidad o agresividad hacia mi familia	
84	Ansiedad, angustia, desasosiego.	
85	Agrado, satisfacción.	

¿Alguna de las siguientes cosas le pasó entonces que pueda relacionar con los abusos sexuales? Las preguntas 86 a la 94 deben ser respondidas 1 Si. 2 No. 9 NS/NC

86	Comencé a dormir mal.	
87	Tenía pesadillas.	
88	Me costaba mantener la atención en clase	
89	Empecé a dejar de ir al colegio o a no estudiar	
90	Empecé a tener mucho interés por la sexualidad.	
91	Empecé a rechazar todo lo que tuviera que ver con la sexualidad o el sexo del agresor	
92	Perdí la confianza. (En mí mismo/a, en el agresor/a o personas de su sexo.	
93	Pensé en el suicidio.	
94	Otras cosas.	

Como consecuencia del abuso sexual, ¿ocurrió además alguna de estas cosas?

Las preguntas 95 a la 98 deben ser respondidas 1 Si. 2 No. 3 No formulada. 9 NS/NC

95	Embarazo no deseado (sólo para mujeres).	
96	Daño físico en genitales.	
97	Daño físico en otras partes del cuerpo.	
98	Enfermedad de transmisión sexual.	

99. ¿Quién fue la primera persona que le comunicó lo ocurrido? _____

1 A nadie, nunca. 2 A mi madre. 3 A otro familiar. 4 A un profesor de la educación o la salud (médico, psicólogo, maestro). 5 A un amigo/a. 6 A la policía, jueces o algún abogado. 9 NS/NC

100. ¿Cuándo se lo comunicó a esta persona? Elegir la opción no formulada, si el entrevistado/a contestó .1 A nadie nunca. En el ítem 99 _____

1 El mismo día o al siguiente. 2 A los pocos días. 3 Un mes después. 4 Más de un mes después. 5 No formulada. 9 NS/NC.

¿Cómo reaccionó esa persona? _____

Las preguntas 101 a la 107 deben ser respondidas 1 Si. 2 No. 3 No formulada. 9 NS/NC

Elegir la opción no formulada, si el entrevistado-a contestó .1 - A nadie nunca. En el ítem 99

101	Me creyó	
102	Me ayudó	
103	Me riñó.	
104	Me castigó.	
105	Denunció los hechos.	
106	No hizo nada.	
107	Reaccionó de otras maneras. (No incluidas entre la 101 y la 106)	

108 Si alguien le intentó ayudar, ¿en qué consistió esa ayuda? _____

1 Apoyo de amigo/a. 2 Apoyo de un familiar. 3 Me llevaron a un profesional de la salud. 4 Otras formas de ayuda. 5 Nadie me intentó ayudar. 6 No necesité ayuda. 9 NS/NC

109 La ayuda que me ofrecieron fue: _____

Elegir la opción no formulada, si el entrevistado/a eligió las alternativas (5 ó 6) en la pregunta anterior. 1 Nada eficaz. 2 Algo eficaz. 3 Bastante eficaz. 4 Muy eficaz. 5 No formulada. 9 NS/NC.

110. ¿Qué importancia cree que ha tenido para usted el hecho del abuso? _____

1 Ninguna importancia. 2 Alguna importancia. 3 Bastante importancia. 4 Mucha importancia. 9 NS/NC.

A.2 ACTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA INVESTIGACION CLINICA

INVESTIGADOR RESPONSABLE: Elizabeth Carola Lafquén Márquez.

TITULO DE LA TESIS: **“EXPERIENCIAS DE ABUSO SEXUAL INFANTIL EN ZONA COSTERA DE LA COMUNA DE VALDIVIA”**

Se me ha solicitado participar en un proyecto de investigación que estudia la frecuencia relativa y las características del abuso sexual infantil en la localidad de Niebla y sus alrededores.

Al participar en este estudio yo estoy de acuerdo en que se disponga de la información respecto a opiniones, experiencias personales sobre abuso sexual y sus consecuencias contenida en las preguntas de los cuestionarios. Certifico que he recibido toda la información sobre los objetivos y procedimientos del proyecto y se me han aclarado las dudas que he planteado. Además, se me ha garantizado respetar mi silencio frente a preguntas que he rehusado contestar y, también, se me ha otorgado la posibilidad de suspender la entrevista.

Yo entiendo que:

1. Que no se me aplicarán, ningún procedimiento ni intervención que ocasione riesgo para la salud.
2. Cualquier pregunta que yo quiera hacer en relación a mi participación deberá ser contestada por el investigador y/o responsables de la tesis. Preguntas más específicas serán respondidas por la patrocinante responsable del proyecto: Sra. Estela Arcos Griffiths, fono: 221965. docente de la Universidad Austral de Chile.
3. La información que he proporcionado no será registrada en la ficha clínica del consultorio y/o posta.
4. Yo podré retirarme de este estudio en cualquier momento sin dar razones.
5. Los resultados de este estudio pueden ser publicados, pero mi nombre o identidad no será revelada y mis datos clínicos permanecerán en forma confidencial.
6. Este consentimiento está dado voluntariamente sin que haya sido forzado o forzada u obligada u obligado.

.....
TESISTA RESPONSABLE

.....
PARTICIPANTE

A.3 DEFINICIÓN DE CONCEPTOS

1 Abuso sexual

Actos de significación sexual distintos del acceso carnal, es decir, tocamientos, masturbación u otros que afecten los genitales, el ano o la boca de la víctima.

Tipos de abuso sexual

Violación: Acceso carnal, por vía vaginal, anal o bucal, a una persona mayor o menor de 14 años, contra o sin su voluntad, o sin su consentimiento

Estupro: Acceso carnal, por vía vaginal, anal o bucal, a un menor de edad (mayor de 14 años y menor de 18 años), concurriendo cualquiera de las siguientes circunstancias: cuando se abusa de una anomalía o perturbación mental, aun transitoria; cuando se abusa de una relación de dependencia de la víctima; cuando se abusa del grave desamparo en que se encuentra la víctima; cuando se engaña a la víctima abusando de su inexperiencia o ignorancia sexual.

Incesto: El que, conociendo las relaciones que lo ligan, tiene relaciones sexuales con un ascendiente o descendiente por consanguinidad o con un hermano consanguíneo

VARIABLES ADICIONALES DE LA VÍCTIMA DEL ABUSO SEXUAL:

Edad: se considerará la edad en años en que la persona tuvo la experiencia de abuso sexual y que haya sido menor de 18 años.

Sexo: para el estudio se considerara la clasificación tradicional de femenino y masculino.

Localidad: se considerara la ubicación de rural o urbano. Dentro del término rural se considera las localidades de Niebla, Curiñanco, Bonifacio, Los Pellines y Pilolcura.

Tipo de familia

Monoparental: un padre sólo y su hijo que viven juntos como unidad familiar

Nuclear: consiste en el parentesco de dos generaciones de padres e hijos que viven juntos y más o menos aislados de la familia extendida

Extendida: unidad familiar y sus parientes cercanos, como abuelos, tíos, tías.

Ciclo familiar: según García et al 2003

1. constitución de la pareja
2. nacimiento y crianza
3. hijos en edad escolar
4. adolescencia y otros (salida de los hijos del hogar casamiento, etapa madura y ancianidad)

Número de integrantes de la familia: Personas que viven en la casa

Nivel educacional del jefe de hogar: Analfabeto, Básica incompleta, Básica completa, Media incompleta, Media completa, Otro.

Actividad: Dueña de casa, Cesante, Asesora del hogar, Pescador, Obrero, Otros oficios (secretaria, vendedor, comerciante, profesionales: profesora, antropólogo)

Religión: conjunto de practicas y creencias profesadas ya sea Católica, Evangélica, Mormona, Testigo de Jehová, No tiene, Otro.

Antecedentes de alcoholismo droga o tabaco existencia o no existencia de consumo en el grupo familiar de la víctima de abuso.

Relación de parentesco del agresor con la víctima: si el abuso es cometido por un familiar directo (padre, tío, abuelo, primo, etc.) o por unas personas conocidas ajenas al grupo familiar (vecino, amigo) o un agresor desconocido.

Variables del agresor:

Sexo, edad, relación con la víctima de abuso.

Variables del episodio:

Lugar del hecho, reiteración del episodio, relación o vínculo de la persona que denuncia el hecho con la víctima de abuso y tipo de apoyo recibido.

A.4 ESTADISTICA LOCALES

PROVINCIA DE VALDIVIA

Antecedentes de casos ingresados de enero a noviembre 2003 Proyecto Ayelen.

De un total de 73 casos. El 20,5% corresponde a niños, 79% a niñas.

La edad de estos niños corresponde al grupo etáreo de 5 a 10 años con un 45% seguido por el grupo etáreo de 11 a 14 años con un 33%.

La casuística con mayor proporción según tribunales se da en Valdivia con un 36,6% seguido de San José de la Mariquina con un 23%. Según el tipo de maltrato, el abuso sexual corresponde al 55% de los casos

Medidas de protección del tribunal de menores de Valdivia

MES	MATERIA	SEXO DEL MENOR AGREDIDO		N°
		H (HOMBRE)	M (MUJER)	
ENERO 2003 A JUNIO 2004	VIOLACIÓN	2	7	9
	ABUSO SEXUAL	25	42	67
	LESIONES	25	12	37
	MALTRATO	40	37	77
	ESTUPRO	0	1	1
	TOTAL	92	99	191

Fuente: Proyecto Ayelen

Medidas de protección del tribunal de menores de San José de la Mariquina

MES	MATERIA	SEXO DEL MENOR AGREDIDO		N°
		HOMBRE	MUJER	
ENERO 2003 A JUNIO 2004	VIOLACIÓN	3	5	8
	ABUSO SEXUAL	5	11	16
	LESIONES	6	3	9
	MALTRATO	50	33	83
	ESTUPRO	0	1	1
	TOTAL	64	53	117

Fuente: Proyecto Ayelen

Resumen Provincial

MATERIA	SEXO DEL MENOR		N°
	HOMBRE	MUJER	
VIOLACION	10	17	27
ABUSO SEXUAL	34	66	100
LESIONES			87
MALTRATO	106	130	236
ESTUPRO	0	1	1
INCESTO	0	1	1
MEDIDAS DE PROTECCION NO ESPECIFICADAS	172	141	313
TOTAL AGRESIONES	379	386	765

Fuente: Proyecto Ayelen