



**PONTIFICIA
UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DEL ECUADOR
SEDE AMBATO**
SERÉIS MIS TESTIGOS

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DEL ECUADOR

SEDE AMBATO

ESCUELA DE PSICOLOGIA

Tema:

**“INFLUENCIA DEL ABUSO SEXUAL SUFRIDO DURANTE LA INFANCIA,
LA DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR, Y EL MALTRATO INFANTIL EN
LOS PROCESADOS POR ABUSO SEXUAL EN EL CENTRO DE
INTERNAMIENTO PARA ADOLESCENTES INFRACTORES, EN EL
PERIODO ENERO-SEPTIEMBRE 2011”**

Disertación de grado previo a la obtención del título de Psicóloga Clínica.

Líneas de Investigación:

Identificar la dinámica psicopatológica, su origen y evolución.

Autora:

VERONICA ISABEL RIOFRIO CARRANZA.

Director:

DR. PAÛL MARLON MAYORGA LASCANO.

Ambato – Ecuador

Enero 2013

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

SEDE AMBATO

HOJA DE APROBACIÓN

Tema:

“INFLUENCIA DEL ABUSO SEXUAL SUFRIDO DURANTE LA INFANCIA, LA DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR, Y EL MALTRATO INFANTIL EN LOS PROCESADOS POR ABUSO SEXUAL EN EL CENTRO DE INTERNAMIENTO PARA ADOLESCENTES INFRACTORES, EN EL PERIODO ENERO – SEPTIEMBRE 2011”

Autora:

VERONICA ISABEL RIOFRIO CARRANZA.

Paúl Marlon Mayorga
Lascano,
Dr. Psc. Cl.
DIRECTOR DE
DISERTACION.

f. _____

Alejandra Naranjo Guevara,
Psc. Cl.
CALIFICADOR

f. _____

Verónica Gabriela León
Burbano, Psc. Cl.
CALIFICADOR

f. _____

Víctor Manuel Cuadrado
Rodríguez. Dr. Psc. Cl.
DIRECTOR UNIDAD
ACADÉMICA

f. _____

Hugo Altamirano, Abg.
SECRETARIO GENERAL
PUCESA

f. _____

Ambato-Ecuador.

Enero 2013

**DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD
Y RESPONSABILIDAD**

Yo, Verónica Isabel Riofrio Carranza portadora de la cédula de ciudadanía No. 180360320-6 declaro que los resultados obtenidos en la investigación que presento como informe final, previo la obtención del título de Psicólogo Clínico son absolutamente originales, auténticos y personales.

En tal virtud, declaro que el contenido, las conclusiones y los efectos legales y académicos que se desprenden del trabajo propuesto de investigación y luego de la redacción de este documento son y serán de mi sola y exclusiva responsabilidad legal y académica.

Verónica Isabel Riofrio Carranza.

CI. 180360320-6

DEDICATORIA

Dedico la elaboración de este proyecto a todas las personas que colaboraron en la recolección de la información y al mismo tiempo corrección del mismo el cual estuvo muy bien revisado paso a paso por el Tutor de la asignatura de Psicoterapia de Adultos que posee una calidad humana excelente, también a personas que forman parte de nuestras familias y muy importantes, ya que sin ellos no habría sido posible la correcta elaboración de este tema.

La Autora.

RESUMEN

En el presente trabajo investigativo lo que se busca es determinar la influencia del maltrato intrafamiliar sufrido a temprana edad por los adolescentes que se encuentran cumpliendo medidas socioeducativas en el Centro de Internamiento de Adolescentes Infractores, por abuso sexual, es decir verificar si estos factores influyen en los adolescentes para que estos, se conviertan en agresores sexuales; primero se empezará conceptualizando el maltrato, dentro de la estructura familiar primaria (la familia) y estableciendo su influjo general en el desarrollo del adolescente, desarrollo que se encuentra distinguido por determinadas características correspondientes a las diferentes etapas por las que atraviesa; se hará hincapié en las conductas más vulnerables que se desarrollan en la adolescencia, de donde se abordará concretamente las de carácter delincencial, como el abuso sexual, desde un punto de vista legal y psicológico, se señalará cómo la Psicología define al abuso sexual de niños y adolescentes, se identificará cuales son los tipos de abuso sexual, y las fases del mismo, para culminar se determinará cómo es el agresor sexual es decir sus características, comportamiento, origen y desarrollo e implicaciones legales.

ABSTRACT

This research project is looking to determine the influence of domestic abuse suffered by adolescents at an early age, who are serving rehab at (Centro de Internamiento para Adolescentes Infractores) because of sexual assault, applied against the offense charged; in other words verifying if these factors influence teens to become sex offenders.

First we will begin conceptualizing abuse within family structure and setting its overall influence on adolescent development, which is differed by certain characteristics for the different stages it goes through.

We will highlight the most vulnerable behaviors developed during teenager stage, where we will deal with criminal points, such as: sexual abuse, from legal and psychological perspectives. It will be mentioned how psychology defines children and adolescents sexual abuse. We will also identify the types of sexual abuse and phases. In order to complete this work the sex offender will be identified, in other words checking their characteristics, behavior, legal background, legal development and legal implications.

TABLA DE CONTENIDOS.

PRELIMINARES

Declaración de autenticidad y responsabilidad	iii
Dedicatoria	iv
Resumen	v
Abstract	vi
Introducción	xi
CAPÍTULO I	12
Marco Teórico	12
1.1. La familia:	12
1.1.1. Tipos de familia	4
1.1.2. Modos de ser familia	6
1.1.3. Familia disfuncional:	8
1.2. El maltrato:	11
1.3. La adolescencia.	23
1.3.1. Desarrollo.....	25
1.3.2. Características.....	31
1.4. El delito de abuso sexual:	38
1.4.1. Enfoques.....	39
1.4.2. Tipos de abuso sexual:	44
1.4.3. Tipología de actos abusivos.....	47
1.4.4. Fases del abuso sexual:	48
1.4.5. El agresor sexual.	49
1.4.6. Características personales de los agresores sexuales.	51
1.4.7. Factores exógenos:	53
1.4.8. Adolescentes infractores según el código de la niñez y adolescencia	55
CAPITULO II	62
Metodología.....	62
2.1. Antecedentes del problema:	62
2.2 significado del problema:	66
2.3. Definición del problema:	66
2.4. Planteamiento del tema:	67

2.5. Delimitación del tema:	67
2.6. Formulación de la hipótesis.	68
2.7 señalamiento de variables:	68
2.8. Objetivo general:	69
2.9. Objetivos específicos:	69
2.10. Tecnicas e instrumentos:	69
2.11. Procesamiento de la informacion.	72
2.12. Enfoque:	76
2.13. Poblacion:	76
2.14. Muestra:	77
2.15. Modalidad:	77
2.16. Nivel o tipo de la investigacion:	77
CAPITULO III	79
Resultados	79
CAPÍTULO IV	116
4.1. Discusión, análisis y validación y resultados	116
CAPITULO V	118
Conclusiones y Recomendaciones	118
5.1. Conclusiones:	118
5.2. Recomendaciones.	120
Bibliografía	122
Linkografía	124
Glosario	126
Anexo 1 Entrevista	130
Anexo 2 Cuestionario	133
Anexo 3 Cuadros de escalas	134

TABLA DE CUADROS.

CUADROS.

Cuadro 3, 2: Estructura de la familia.....	79
Cuadro 3, 3: Tipo de autoridad que se maneja en su familia	80
Cuadro 3, 4: Disfuncionalidad en tu familia.....	81
Cuadro 3, 5: Consumo de droga de la familia	82
Cuadro 3, 6: Factor de estrés específico	83
Cuadro 3, 7: Aislamiento social.....	84
Cuadro 3, 8: Autoconcepto	85
Cuadro 3, 9: Habilidades sociales.....	86
Cuadro 3, 10: Manejo de estrés.....	87
Cuadro 3, 11: Consumo de sustancias	88
Cuadro 3, 12: Necesidad de contacto sexual	89
Cuadro 3, 13: Actividades masturbatorias.....	90
Cuadro 3, 14: Inicio de actividad sexual.....	91
Cuadro 3, 15: Antecedentes de abuso sexual sufrido	92
Cuadro 3, 16: Percepción del abuso sexual sufrido	93
Cuadro 3, 17: Antecedentes de abuso sexual cometido	94
Cuadro 3, 18: Percepción del abuso sexual cometido	95
Cuadro 3, 19: Evidencia total acumulada	96
Cuadro 3, 20: Distribución total por niveles	96
Cuadro 3, 21: Distribución de los casos por categorías	97
Cuadro 3, 22: Distribución de los totales acumulados por casos	99
Cuadro 3, 23: Distribución de la población por niveles	99
Cuadro 3, 24: Distribución de la población por categorías.....	100
Cuadro 3, 25: Distribución de los totales de la población por casos	102
Cuadro 3, 26: Distribución de la población por niveles	102
Cuadro 3, 27: Distribución de la población por categorías.....	103
Cuadro 3, 28: Distribución de los totales de la población por caso.....	105
Cuadro 3, 29: Distribución de la población por niveles	105
Cuadro 3, 30: Distribución de categorías en el área de abuso sexual	106
Cuadro 3, 31: PUNTAJES DE LAS MEDIAS DE LA POBLACIÓN POR ÁREAS EVALUADAS.....	108
Cuadro 3, 32: PUNTAJES DE LAS MEDIAS DE LA POBLACIÓN POR ÁREAS EVALUADAS Y POR CATEGORIAS.....	109
Cuadro 3, 33: Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema.....	110
Cuadro 3, 34: Conversan entre ustedes los problemas que tienen en casa.....	111
Cuadro 3, 35: Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa.	112
Cuadro 3, 36: Está satisfecho con el tiempo que su familia y usted pasan juntos.	113
Cuadro 3, 37: Siente que su familia lo quiere	114
Cuadro 3, 38: RESULTADO FINAL APGAR.....	115

TABLA DE GRAFICOS.

GRÁFICOS.

Gráfico 3, 2: Estructura de la familia.....	79
Gráfico 3, 3: Tipo de autoridad que se maneja en su familia	80
Gráfico 3, 4: Disfuncionalidad en tu familia.....	81
Gráfico 3, 5: Consumo de droga de la familia.....	82
Gráfico 3, 6: Factor de estrés específico.....	83
Gráfico 3, 7: Aislamiento social.....	84
Gráfico 3, 8: Autoconcepto	85
Gráfico 3, 9: Habilidades sociales.....	86
Gráfico 3, 10: Manejo de estrés.....	87
Gráfico 3, 11: Consumo de sustancias	88
Gráfico 3, 12: Necesidad de contacto sexual.....	89
Gráfico 3, 13: Actividades masturbatorias.....	90
Gráfico 3, 14: Inicio de actividad sexual.....	91
Gráfico 3, 15: Antecedentes de abuso sexual sufrido	92
Gráfico 3, 16: Percepción del abuso sexual sufrido	93
Gráfico 3, 17: Antecedentes de abuso sexual cometido	94
Gráfico 3, 18: Percepción del abuso sexual cometido	95
Gráfico 3, 19: Distribución total por niveles	97
Gráfico 3, 20: Distribución de los casos por categorías	98
Gráfico 3, 21: Distribución de la población por niveles	100
Gráfico 3, 22: Distribución de la población por categorías.....	101
Gráfico 3, 23: Distribución de la población por niveles	103
Gráfico 3, 24: Distribución de la población por categorías.....	104
Gráfico 3, 25: Distribución de la población por niveles	106
Gráfico 3, 26: Distribución de categorías en el área de abuso sexual	107
Gráfico 3, 27: Distribución de las medias de la población según las áreas evaluadas	108
Gráfico 3, 28: Distribución de la media de la población en las áreas de evaluaciones	109
Gráfico 3, 29: Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema.....	110
Gráfico 3, 30: Conversan entre ustedes los problemas que tienen en casa.....	111
Gráfico 3, 31: Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa.	112
Gráfico 3, 32: Está satisfecho con el tiempo que su familia y usted pasan juntos.	113
Gráfico 3, 33: Siente que su familia lo quiere	114
Gráfico 3, 34: RESULTADO FINAL APGAR.....	115

INTRODUCCIÓN

La adolescencia, es un periodo de transición, de crecimiento que determina el final de la infancia y el inicio de la adultez, para muchos jóvenes la adolescencia esta es una etapa de inestabilidad y crisis; para otros, es una etapa de reflexiones, de desprendimiento de nexos con las figuras parentales, y de sueños acerca del futuro, también de cambios repentinos de comportamiento, pudiendo predominar en algunos casos la agresividad, así como también el interés en la sexualidad y temas relacionados a ella, como el primer encuentro sexual, sea éste con consentimiento o sin él.

En el presente proyecto de Tesis se determinará la influencia del maltrato infantil en la génesis de los actos de los adolescentes acusados de abuso sexual, que se encuentran cumpliendo medidas socioeducativas en el Centro de Internamiento de Adolescentes Infractores, de esta manera podremos conocer cómo la agresión sexual tiene un doble componente de violencia y sexualidad en una misma conducta, se hablará también del sistema jurídico, ya que es básico para conocer cuáles son las penas que deben cumplir los adolescentes por ser agresores sexuales, y por encontrarse en el Centro de Internamiento de menores Infractores antes mencionado, teniendo en cuenta que la agresión sexual puede ser entendida como la eliminación de un derecho individual, lo que implica un castigo para el agresor.

En este caso como el agresor sexual es menor de edad es decir adolescente, no puede ir a la Cárcel, sino que debe cumplir las medidas socioeducativas en el Centro de Internamiento para adolescentes infractores, este es un centro para menores que

requieren una inmediata separación de la unidad familiar, por diferentes causas, sea por abuso sexual, venta de drogas, y asesinato, los objetivos de la Institución son, proteger al menor y procurar su bienestar, estudiar la problemática de las y los menores, verificar y evaluar la situación del menor y su familia, y elaborar el informe-propuesta de la medida a adoptar.

Para la realización del proyecto fue necesario desarrollar un marco teórico coherente, que abarcaba temas importantes en los que se refiere a la familia, tipos de familia y disfuncionalidad familiar, que se podrá verificar por medio del TEST DE APGAR, también determinar el maltrato que se produjo en la infancia del adolescente, sea verbal, física o psicológica por medio de una ESCALA DE MALTRATO, y el abuso sexual sufrido a temprana edad en los adolescentes que se encuentran cumpliendo medidas socioeducativas en el Centro de Internamiento de Adolescentes Infractores, por medio de una ENTREVISTA personalizada, identificando cómo se desarrolla el adolescente, como fue su vida personal, la inserción en la sociedad y su vida familiar, así mismo si es que hubo presencia de maltrato y abuso sexual por parte de algún familiar, o allegado a su hogar, también se abordaran conceptos fundamentales de cada tema antes expuesto para el desarrollo de la presente Tesis, así mismo el tema principal que es la agresión sexual, se identificará sus características, comportamiento del agresor y origen del mismo.

CAPÍTULO I

MARCO TEÓRICO

1.1. LA FAMILIA:

“La familia es un sistema abierto y dinámico, es considerada como una institución social debido a que en este núcleo el sujeto se forma, es decir el niño aquí, aprende actitudes y modos de percibir la realidad, construyendo así los contextos significativos iniciales; también es portadora de sistemas de ideas, creencias y valores así como de la definición de la relación afectiva”. (Martínez, 1996: p75)

Por tanto, la familia es la base para que todo ser humano, se pueda integrar de manera correcta a la sociedad. Por lo mismo, la familia debe proveer aspectos positivos en sus miembros más jóvenes, para potenciarlos en un futuro cercano. Asimismo, los aspectos negativos, deben ser estudiados, para que ellos no los vuelvan a repetir. En el fondo, a la familia, se le considera la escuela primaria, frente a los desafíos sociales de los hijos.

Es en la familia, donde el ser humano, aprenderá lo que son los afectos y valores, de qué manera hay que manejarlos y qué es lo correcto a realizar o no durante el transcurso de su vida. La formación valórica de la familia, es irremplazable, provee aquello no lo aprenderá en el colegio o la universidad, es por ende, la escuela primordial de los valores y virtudes a seguir.

1.1.1. TIPOS DE FAMILIA

“La familia ha demostrado históricamente ser el núcleo indispensable para el desarrollo de la persona, la cual depende de ella para su supervivencia y crecimiento”. (Strauss 1998; p56)

Existen diversos tipos de familia y por ello son múltiples las formas en que cada uno de sus miembros se relaciona y viven cotidianamente, a continuación veremos algunas de las tipos de familia más representativos:

1.1.1.1. La familia nuclear o elemental: es la unidad familiar básica que se compone de padre, madre e hijos. Estos últimos pueden ser la descendencia biológica de la pareja o miembros adoptados por la familia.

1.1.1.2. La familia extensa o consanguínea: Esta se compone de más de una unidad nuclear, se extiende más allá de dos generaciones y está basada en los vínculos

de sangre de una gran cantidad de personas, incluyendo a los padres, niños, abuelos, tíos, tías, sobrinos, primos y demás.

- 1.1.1.3. La familia monoparental:** Es aquella familia que se constituye por uno de los padres y sus hijos. Esta puede tener diversos orígenes. Ya sea porque los padres se han divorciado y los hijos quedan viviendo con uno de los padres, por lo general la madre; por la familia de madre soltera; o por el fallecimiento de uno de los cónyuges.
- 1.1.1.4. La familia de madre soltera:** Es la familia en la que la madre desde un inicio asume sola la crianza de sus hijos. En este tipo de familia se debe tener presente que hay distinciones pues no es lo mismo ser madre soltera adolescente, joven o adulta.
- 1.1.1.5. La familia de padres separados:** Es la familia en la que los padres se encuentran separados y se niegan a vivir juntos.
- 1.1.1.6. Familia reconstituida:** Uno de los progenitores forma nueva pareja. De estas proviene la figura de los padrastros o madrastras.
- 1.1.1.7. Familia adoptiva:** Es aquella que recibe a un niño por el proceso de adopción.
- 1.1.1.8. Familia homosexual:** Pareja del mismo sexo, con o sin hijos.

1.1.1.9. Familia sin vínculos: Un grupo de personas, sin lazos consanguíneos, que comparten una vivienda y sus gastos, como estrategia de supervivencia.

Los tipos de familia, no son disfuncionales en sí mismo, pero modelos que poseen un solo tutor o exceso de intervención de familiares, suele generar mayor nivel de estrés y menor posibilidad de control.

1.1.2. MODOS DE SER FAMILIA

A partir de los diversos tipos de familia, aunque de manera indirecta, se establecen mecanismos de relación y control, íntimamente ligados al modo de ser esencial de las familias, a continuación se revisarán algunas de las características más importantes de las familias: (Zabaleta, 2006. p46)

1.1.2.1. Familia Rígida: Tienen la dificultad en asumir los cambios de los hijos, los padres brindan un trato a los niños como que fueran adultos, y estos son sometidos por la rigidez de sus padres siendo permanentemente autoritarios.

1.1.2.2. Familia Sobreprotectora: Existe la preocupación por sobreproteger a los hijos, los padres retardan la madurez de sus hijos y al mismo tiempo, hacen que estos dependan extremadamente de sus decisiones.

- 1.1.2.3. La Familia Centrada en los Hijos:** En ocasiones los padres no saben enfrentar sus propios conflictos y centran su atención en los hijos; así, en vez de tratar temas de la pareja, traen siempre a la conversación temas acerca de los hijos, "viven para y por sus hijos".
- 1.1.2.4. La Familia Permisiva:** En este tipo de familia, los padres son Incapaces de disciplinar a los hijos, y con la excusa de no ser autoritarios y de querer razonarlo todo, les permiten a los hijos hacer todo lo que quieran, en caso extremo los padres no controlan a sus hijos por temor a que éstos se enojen.
- 1.1.2.5. La Familia Inestable:** Este tipo de familia no mantiene unidad, los padres están confusos acerca del mundo que quieren mostrar a sus hijos por falta de metas comunes, les es difícil mantenerse unidos resultando que, por su inestabilidad, los hijos crecen inseguros, desconfiados y temerosos, con gran dificultad para dar y recibir afecto, se vuelven adultos pasivos-dependientes, incapaces de expresar sus necesidades y por lo tanto frustrados y llenos de culpa y rencor por las hostilidades que no expresan y que interiorizan.
- 1.1.2.6. La Familia Estable:** Al contrario de la inestable, esta familia se muestra unida, los padres tienen claridad en su rol sabiendo el mundo que quieren dar y mostrar a sus hijos, lleno de metas y sueños. Les resulta fácil mantenerse unidos por lo tanto, los hijos crecen estables, seguros, confiados, les resulta fácil dar y recibir afecto y cuando adultos son activos y autónomos, capaces de expresar sus necesidades.

Dado que las patologías se desarrollan en extremos, los modelos más rígidos o permisivos suelen generar problemas y excesos dentro de sus miembros, por ello, es lícito buscar siempre un punto medio aristotélico.

1.1.3. Familia Disfuncional:

La familia disfuncional es aquella que no puede cumplir con el rol o la función encomendada por la sociedad, es decir una familia conflictiva o con problemas aunque en todas las familias existen problemas y conflictos en estas tiene un grado alto de dificultades como por ejemplo: (Schlosberg 1989, p89)

- Violencia familiar
- Drogadicción
- Problemas de salud mental
- Situaciones de relacionamiento conflictivo entre los miembros, etc.

Las familias nucleares como grupo, funcionan de manera más eficaz, al tener menor cantidad de miembros y una interacción más cercana, hay más oportunidad de expresión social y psicológica. Las familias extendidas o monoparentales, experimentan mayor nivel de estrés; por lo general, los adultos a cargo de las familias disfuncionales, cuentan con una deficiente educación, asumen modelos comunicacionales autoritarios, rígidos y tradicionales, que apelan a la represión, el miedo, la prohibición, los sermones, los

silencios. Otro rasgo que caracteriza la disfuncionalidad, es la falta de cohesión, donde los miembros de la familia, no se brindan ayuda frente a los problemas. (Zambonio, 2010, párrafo N° 1).

1.1.3.1. Características de las familias disfuncionales:

Kaslow menciona que las siguientes características se presentan en las familias más disfuncionales (1996, pár.2):

- La falta de empatía, comprensión y sensibilidad hacia ciertos miembros de la familia, mientras que, por otra parte, la expresión de empatía extrema hacia uno o más miembros de la familia (o incluso mascotas) que tienen "necesidades especiales" (reales o percibidas).
- Negación a reconocer el comportamiento abusivo.
- La falta de respeto de los límites de los otros (por ejemplo, deshacerse de objetos personales que pertenecen a otros).
- Extremos en conflicto (ya sea demasiada lucha o argumentación insuficiente entre los miembros de la familia)
- Desigualdad o trato injusto de uno o más miembros de la familia debido a su sexo, edad (por ejemplo, las personas mayores, niños), habilidades, raza, posición económica, etc.

A partir de lo anterior y aunque no universales, los siguientes síntomas son típicos de las familias disfuncionales:

- Niveles anormalmente altos de celos u otros comportamientos controladores
- Padres divorciados o separados en conflicto permanente, o padres que se deben separar, pero no lo hacen.
- Falta de tiempo compartido, sobre todo en actividades recreativas y eventos sociales.
- Anormal comportamiento sexual como el adulterio, la promiscuidad, o incesto.
- Los niños tienen miedo de hablar de lo que está sucediendo en el hogar (dentro o fuera de la familia), o tienen de otra manera miedo de sus padres.
- Miembros de la familia (incluyendo a los niños) que reniegan unos de los otros, y se niegan a ser vistos juntos en público. (Carpio, 2007; P. 36)

1.1.3.2. Dinámica de las familias disfuncionales:

Las familias disfuncionales poseen una dinámica familiar características, que tienen entre estos rasgos los siguientes: (Schlosberg 1989, p.96),

- El miembro aislado de la familia (ya sea un padre o un hijo contra el resto de la familia de otro modo unido).
- Padre versus madre (peleas frecuentes entre los adultos, casados, divorciados o separados, llevada sin atención a los niños).

- La familia polarizada (un padre y uno o más hijos a cada lado del conflicto).
- Los padres versus los niños (brecha generacional o disfunción choque cultural).
- Todos contra todas (unas familias que lucha en un estilo todos contra todos).

La dinámica descrita, establece sistemas de relación circular (círculos viciosos) que generan que la conducta inadecuada de un miembro, refuerce la conducta inadecuada de los otros, lo que genera que la disfuncionalidad o violencia escale de manera casi indetenible, a menos que elementos externos impidan dicha dinámica.

1.2. EL MALTRATO:

El concepto de maltrato, se define como cualquier acción u omisión, no accidental, por parte de los padres o cuidadores del niño o adolescente que compromete la satisfacción de las necesidades básicas del menor, en donde le ocasione daño físico y psicológico y que amenace su desarrollo. (Guía de detección, notificación y derivación IASS, 2008, pág. N° 10).

1.2.1.1. Tipos de maltrato:

El maltrato puede asumir las más variadas formas, las cuales se agrupan en diversas tipologías clásicas, cada una caracterizada por rasgos específicos, existen diferentes tipos de maltrato, entre ellos están los siguientes:

1.2.1.1.1. Maltrato físico:

El maltrato físico es cualquier lesión física infringida al niño como; (golpes, hematomas, quemaduras, fracturas, u otras lesiones) mediante pinchazos, mordeduras, golpes, torceduras, u otros medios con que se lastime el niño. En la definición del maltrato infantil es necesario recalcar el carácter intencional, nunca accidental, del daño o de los actos de omisión llevadas a cabo por los responsables del cuidado del niño, con el propósito de lastimarlo o injurarlo.

Aunque el padre o adulto puede no tener la intención de lastimar al niño, también se interpreta como maltrato a la aparición de cualquier lesión física que se produzca por el empleo de algún tipo de castigo inapropiado para la edad del niño, a diferencia del maltrato físico el castigo se define como el empleo de la fuerza física con intención de causar dolor, sin lesionar, con el propósito de corregir o controlar una conducta, es decir, existe la posibilidad de una “mejor intención” detrás de él.

En contraposición con el maltrato físico, el castigo corporal es una práctica muy difundida y socialmente aceptada. A pesar de ello, constituye una violación de los derechos fundamentales del niño como personas, es un atentado contra su dignidad y autoestima, es una práctica peligrosa porque puede causar daños grandes a los niños y constituye siempre una forma de abuso psicológico que puede generar estrés y depresiones. (Castillo, 2010, pár. N° 5).

1.2.1.1.2. Abandono o negligencia.

La negligencia implica una falla intencional de los padres o tutores en satisfacer las necesidades básicas del niño en cuanto a alimento, abrigo o en actuar debidamente para salvaguardar la salud, seguridad, educación y bienestar del niño.

El descuido puede ser intencional como cuando se deja a un niño sin comer como castigo, o no intencional como cuando se deja solo a un niño durante horas, porque ambos padres trabajan fuera del hogar, en este último ejemplo como tantos otros que genera la pobreza, el abandono o descuido es más un resultado de naturaleza social que de maltrato dentro de la familia. Sin embargo, la negligencia genera severos daños emocionales, dado que el niño asume que es poco importante para sus tutores y que debido a ello, sus derechos y necesidades, son irrelevantes, además de que genera una ausencia de conocimiento de los comportamientos inadecuados, por la falta de guía que experimenta; incluso puede provocar desconocimiento del yo, por falta de la presencia de un yo especular, un yo hecho por la respuesta de los otros frente a su ser y actuar.

1.2.1.2. Causas del maltrato infantil:

“Definen que las causas del maltrato son diversas; Las podemos dividir en tres de acuerdo con los integrantes del maltrato como son factores del huésped (niño), agente (adulto maltratador) y medio ambiente. El niño puede ser portador de algún defecto

físico y/o deficiencia mental, ser producto de embarazo no deseado ni planeado, ser del sexo diferente al esperado por los padres”. (Rodríguez y Cerón 2005; p.107),

En cuanto al agresor podemos decir que es un adulto frustrado incapaz de controlar sus emociones, que refiere cansancio, problemas con la pareja y de comunicación en el resto de la familia, alcoholismo o uso de alguna droga, inexperiencia o falta de preparación en el ejercicio de la paternidad responsable, desintegración familiar, traumas del adulto maltratado en su niñez, expectativas irreales sobre el niño, y en relación con el medio, problemas económicos, falta de espacio para su recreación para todos los miembros de la familia, en especial de los niños, razón por la cual, los utiliza para paliar todos sus conflictos. Cuando se confunde la firmeza con la violencia física o verbal, cuando no hay claridad en las reglas a respetarse en el hogar, cuando se hacen diferencias injustas entre los hijos por su edad y sexo o características personales (belleza, capacidad, etc.), negligencia en su cuidado, rechazo, con insultos o apreciaciones negativas de su persona y de sus actos, se imponen castigos extremos, el exigirles realizar actividades no acordes a su edad, cuando no se brinda atención médica o se solicita en forma tardía, se maltrata al niño/a y se impide su adecuado desarrollo.

1.2.1.3. Consecuencias del maltrato:

Según González, (2006, p.38); indica que, independientemente de las secuelas físicas que desencadena directamente la agresión producida por el abuso físico o sexual, todos

los tipos de maltrato infantil dan lugar a trastornos conductuales, emocionales y sociales.

La importancia, severidad y cronicidad de las estas secuelas depende de:

- Intensidad y frecuencia del maltrato.
- Características del niño (edad, sexo, susceptibilidad, temperamento, habilidades sociales, etc.).
- El uso o no de la violencia física.
- Relación del niño con el agresor.
- Apoyo intrafamiliar a la víctima infantil.
- Acceso y competencia de los servicios de ayuda médica, psicológica y social.

En los primeros momentos del desarrollo evolutivo, como producto del maltrato, se observan repercusiones negativas en las capacidades relacionales de apego y en el autoestima general del niño. También se observan manifestaciones ligadas al temor engendrado por el maltrato, tales como pesadillas y problemas del sueño, cambios de hábitos de comida, pérdidas del control de esfínteres, deficiencias psicomotoras y trastornos psicósomáticos.

En los escolares y adolescentes, las consecuencias giran alrededor de: fugas del hogar, conductas autolesivas, hiperactividad o aislamiento, bajo rendimiento académico, deficiencias de aprovechamiento, consecuente fracaso escolar, delincuencia juvenil, consumo de drogas y alcohol, miedo generalizado, depresión, rechazo al propio cuerpo,

culpa y vergüenza, agresividad, problemas de relación interpersonal, e incluso trastorno disociativo y de identidad.

En el adolescente terminal podríamos encontrar consecuencias ligadas al retraso en su desarrollo y crecimiento, baja autoestima y pérdida de la confianza hacia otras personas, secuelas de lesiones que causaron discapacidad parcial o total, pérdida de años de vida saludable, deserción académica, agresividad y rebeldía, aislamiento, soledad y angustia, incapacidad para resolver los problemas sin violencia, búsqueda de afecto y aceptación por personas o grupos inadecuados, tendencia al alcoholismo o drogadicción, tendencia o cometer actos delictivos. Diversos estudios señalan que el maltrato genera secuelas que poseen una dinámica gradual y progresiva; de forma que un niño maltratado tiene alto riesgo de ser perpetuador de maltrato en la etapa adulta.

1.2.1.4. Abuso sexual al menor.

El abuso sexual es evidentemente una forma (probablemente la más cruenta) de maltrato infantil, pero debido a la naturaleza del proyecto de investigación, se analizará como un capítulo aparte, para poder profundizar al respecto del mismo:

El Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social, Perú (MIMDES) lo define como: “Toda interacción de índole sexual con una niña, niño o adolescente, por parte de una persona Adulta o adolescente mayor. La connotación de abuso está referida a una relación

desigual de superioridad, autoridad y poder que se ejerce sobre el niño, niña o adolescente. Es un abuso de la confianza y un aprovechamiento de la vulnerabilidad e inexperiencia del niño o adolescente, para realizar acciones que son únicamente de interés del adulto” (Druher, 1990).

El abuso sexual al menor, contempla cualquier actividad a través de la cual un adulto obtenga placer sexual de un niño e incluye desde la penetración del pene por vía vaginal o anal, con los dedos u objetos, sexo oral, tocamientos, hasta gestos/miradas obscenas, besos íntimos, exigencia o motivación al niño/niña de realizar actos de connotación sexual en el cuerpo del abusador o de otra persona, exhibición premeditada de los genitales o exhibirse en actos masturbatorios. Muchas de las violaciones a los derechos de los niños, niñas y adolescentes se cometen dentro del hogar y por parte de quienes tienen la responsabilidad de protegerlos.

1.2.1.5. El abuso sexual infantil y la violación.

“Aunque a nivel psicológico el abuso sexual es, como se señaló anteriormente, toda actividad a través de la cual un adulto obtiene placer sexual de un niño, conviene distinguirlo jurídicamente de la violación, la cual forzosamente implica penetración oral, anal o vaginal; sin embargo los dos eventos poseen determinadas” similitudes citadas por (Finkelhor 2005, p.14).

Algunas de las similitudes entre el abuso sexual de los niños y la violación son obvias.

1. Es un delito de sexo, involucra los genitales y las regiones sexuales del ofensor y de la víctima.
2. Los ofensores son casi todos hombres.
3. Las víctimas experimentan una especie de trauma privativo de las ofensas sexuales: se sienten humillados y estigmatizados; se preguntan si tienen culpa de su situación y con frecuencia no aciertan a contarle a alguien sobre su experiencia debido a la vergüenza y la incertidumbre que les provoca. Ambas experiencias pueden tener consecuencias muy serias en el ajuste sexual de una persona.
4. Por último, la sociedad ha tratado en el pasado ambas ofensas de modo similar, de hecho, negando que pudieran ser importantes y culpando a la víctima por su acaecimiento.

1.2.1.6. Factores de riesgo.

El abuso sexual afecta tanto a varones como a mujeres, aunque el abuso al varón permanece oculto, debido a que la cultura, no estimula que los chicos hablen de los abusos que sufren; ello exige que los padres deben procurar crear un entorno en el que los niños/as se sientan seguros para contar cualquier problema que sufran o atraviesen. Se asume que el abuso sexual puede afectar a niños o niñas de cualquier edad y situación social, aunque ciertos estudios, posibilitan englobar características comunes en las víctimas:

- El hecho de ser niña (mujer) es, indudablemente, uno de los factores que hace mucho más probable llegar a ser víctima de abusos sexuales. Los resultados de los estudios coinciden en que las mujeres sufren el abuso sexual infantil de una y media a tres veces más que los hombres.
- Los abusos sexuales se dan en niños y niñas de todas las edades, pero se producen con más frecuencia entre los 10 y los 13 años, edad esta última a partir de la cual se registra un descenso debido, probablemente, a que ofrecen una mayor resistencia a los abusos. Es decir, los abusos son más frecuentes en preadolescentes que ya tienen rasgos sexuales, pero que todavía no tienen mucha capacidad de autoprotección. Entre esas edades ocurren más del doble de casos de abusos sexuales que en cualquiera de las otras edades.
- Las condiciones que favorecen el uso de la violencia con los niños están también asociadas a un mayor riesgo de sufrir abusos sexuales: pobreza, bajo nivel cultural, viviendas inadecuadas, abuso del alcohol.
- Situaciones familiares como:
 - Ausencia de los padres biológicos.
 - Incapacidad o enfermedad de la madre.
 - Los conflictos entre los padres (indiferencia, enfados, peleas, separaciones y divorcios).
 - Las relaciones pobres, escasas o deficitarias por algún motivo con los padres.
 - El hecho de tener padrastro. (Gilberti 2005, p.148)

Lo que implica que los factores de vulnerabilidad, se desprenden de la propia condición de inferioridad física y emocional y consecuente dependencia del niño/a para con los adultos, así como de elementos asociados a la ausencia de cobertura social, sea esta de los padres y tutores o de espacios de naturaleza social, tales como la escuela u otros organismos dedicados a salvaguardar el bienestar de los menores.

1.2.1.7. Efectos del abuso sexual.

Pueden existir efectos inmediatos y efectos a largo plazo, que se producen como resultado de la agresión sufrida, entre los que se pueden detectar síntomas variados. (Bear, Shenk y Bucker 1993, p.75).

➤ Síntomas emocionales

- Hacia el agresor y/o familiares: desconfianza, miedo, hostilidad, abandono del hogar, conducta antisocial.
- Hacia sí mismo/a: vergüenza, culpa, estigmatización, baja autoestima e histeria.
- Tono afectivo: ansiedad, angustia, depresión, etc.
- Sexualidad: exceso de curiosidad, precocidad de conductas, prostitución infantil.
- También puede provocar problemas del sueño y/o comida, problemas escolares y falta de concentración.

➤ **Síntomas físicos**

- El descubrimiento de moretones, heridas o mordidas sin causa alguna en diferentes partes del cuerpo puede ser señal del abuso que una criatura puede estar sufriendo. Esta sospecha se refuerza cuando también se descubren ciertos indicadores tales como:
- Enrojecimiento, laceraciones o incluso sangramiento en los genitales o dolor y comezón en esta área. También se pueden presentar contusiones o hemorragias en los genitales externos.
- En algunos casos los niños también presentan incontinencia urinaria o infecciones urinarias frecuentes que avanzan con rapidez.
- Existen igualmente trastornos del sueño, insomnio o pesadillas recurrentes.
- Enfermedades venéreas.

➤ **Síntomas de conducta**

- Comportamientos sexuales precoces, la práctica de juegos sexuales precoces, conductas obsesivas como la de bañarse y limpiarse excesivamente.
- Se preocupa en exceso por sus hermanos.
- En otras ocasiones también puede producirse una fuga del hogar sin aparente explicación. Esta conducta, obviamente, obedece a un deseo de escapar. En otros casos lo que ocurre es lo contrario. No pudiendo el niño o la niña expresar su situación y queriendo que la misma se vuelva obvia, puede recurrir a exponerse deliberadamente a situaciones de abuso.

- La criatura abusada busca el contacto íntimo con otros. Algunas veces con el abusador inicial. Esto lo hace no porque le guste, como normalmente interpreta el abusador, sino porque espera que de esa manera la situación se descubra y pueda así lograr una afirmación de su persona. En todo esto el niño sufre intensamente, pues, se somete a situaciones contrarias a su voluntad con la esperanza de poder así librarse de las mismas.

➤ **Síntomas a nivel escolar**

- Problemas con los compañeros, falta de cooperación.
- Dificultades repentinas de aprendizaje.
- Papel sexual inapropiado para con sus compañeros.

Aunque los síntomas descritos son amplios, se señala que el niño/a víctima de abuso sexual desarrollará fundamentalmente temor (caracterizado por emociones y conductas evitativas), sentimientos de minusvalía (por sentir que el acto le ha arrebatado dignidad humana, pues ha sido tratado como un objeto), sentimientos de culpa (debido a su incapacidad de ubicar adecuadamente la responsabilidad del acto) y tergiversaciones conceptuales al respecto de la sexualidad.

1.3. LA ADOLESCENCIA.

Muchos autores han descrito a la adolescencia como una época de crecimiento deslumbrante, otros por el contrario, la califican como una etapa de amenazas y peligros, pero se debe tener claro que esta edad es más vulnerable y dinámica que cualquier otra edad, es una etapa de transición, ya que divide la niñez de la adultez, en cierto modo, la adolescencia ha venido a ser una etapa del desarrollo humano con naturaleza propia, distinta de las demás por sus cambios notables.

“En las modernas sociedades industriales el paso a la edad adulta es, generalmente, menos abrupto y está marcado con menos claridad puesto que dichas sociedades reconocen un gran periodo de transición, conocido como adolescencia, una transición en el desarrollo entre la niñez y la edad adulta que implica importantes cambios físicos, cognitivos y psicosociales interrelacionados”. (Papalia 2010, p.77);

La adolescencia dura casi una década, de los 11 o 12 años hasta los 19 o comienzos de los 20, pero ni el comienzo ni el fin están marcados con claridad, las delimitaciones son de carácter explicativo o pedagógico. En general, se considera que la adolescencia empieza con la pubertad, el proceso físico que conduce a la madurez sexual o la fertilidad (capacidad de reproducción) y termina con la culminación de una carrera y la construcción de una familia propia.

En la actualidad la entrada en la edad adulta toma más tiempo y es menos precisa, la pubertad comienza más temprano de lo acostumbrado, mientras que el inicio de una carrera tiende a ocurrir mucho más tarde, puesto que las sociedades complejas requieren periodos mayores de educación o entrenamiento profesional antes que una persona joven pueda asumir responsabilidades de adulto, separarse de su familia nuclear y formar un nuevo y propio hogar.

La adolescencia temprana ocurre aproximadamente entre 12- 14 años, representa la transición de la niñez y ofrece oportunidades de crecimiento no solo en lo físico sino también en las competencias sociales y cognitivas, la autonomía, la autoestima y la intimidad, este periodo también acarrea grandes riesgos, algunas personas jóvenes tienen dificultad para manejar muchos cambios simultáneos y quizá necesiten ayuda para superar peligros que acechan en el camino. La adolescencia es una época en que se incrementa la divergencia entre la mayoría de los jóvenes que se dirigen a su realización y a la edad adulta productiva, una minoría considerable que enfrentará mayores problemas, se entiende entonces, que los adolescentes experimentan tensión por la dependencia de sus padres y la necesidad de romper con ella, con frecuencia los padres también tienen sentimientos encontrados, pues, aunque desean que sus hijos sean independientes, les resulta difícil saber que se van y los despojan de su identidad de padres. (Pacora, 2005, pár. 7).

Los padres deben transitar una delgada línea situada entre el deseo de dar suficiente independencia a los adolescentes y protegerlos de los errores que pueden cometer debido

a la inmadurez. Estas tensiones con frecuencia conducen a conflictos familiares, y los estilos de crianza pueden influir en la forma y las consecuencias de dichos conflictos. Así mismo, como sucede en la relación con los hijos más jóvenes, la situación de los padres-trabajo, situación matrimonial y socio económico- influye en las relaciones con los hijos adolescentes.

Uno de los rasgos dentro de la adolescencia, es la necesidad de amar y de ser amado. Lo que da lugar al nacimiento de la amistad y del primer amor. El adolescente más tarde sentirá la necesidad de darse por completo a los demás, de llegar a una relación más profunda y personal con la sociedad en general, pero eventualmente necesitará relaciones más íntimas, lo que hace que la pandilla o grupo de amigos sea sustituido por uno o dos amigos como máximo. El sentirse distinto a los demás le mueve a buscar un amigo que le comprenda y con quien pueda compartir sus ilusiones y sus fracasos.

1.3.1. DESARROLLO.

1.3.1.1. Desarrollo Afectivo:

Dentro del desarrollo afectivo del adolescente, el rasgo principal es la identidad personal, si bien es cierto, la adolescencia es un momento de búsqueda y consecución de la identidad, la misma que es de naturaleza psicosocial, el adolescente se juzga a sí mismo de la misma forma de cómo es percibido por los otros, y se compara con ellos. El

autoconcepto es el elemento central de la identidad personal, pero integra en sí mismo elementos corporales, psíquicos, sociales y morales. (Erikson, 2007, p.42);

En la adolescencia la preocupación por el aspecto físico pasa a primer plano, pero no sólo eso, sino la representación de sí mismo pasa a formar un tema fundamental en la vida del adolescente, tiene una enorme necesidad de reconocimiento por parte de los otros, especialmente de sus pares, necesita verse reconocido y aceptado en su identidad por las personas que son significativas para él, es este reconocimiento y aceptación lo que asegura un concepto positivo de sí mismo y usualmente empieza en el plano más superficial, el físico. Los adolescentes se encuentran en una etapa, en la que al ver que pueden tomar decisiones fiables, por ausencia de experiencia, se sienten inseguros, desean ser más independientes de sus padres, se resguardan dentro de su grupo de pares con los cuales se sienten más identificados y comienza el proceso de buscar pareja, también sienten mucha tensión frente al hecho de separarse de sus padres y adquirir su propia identidad, ya que consideran que dejarán de lado los lazos con su familia y terminarán por alejarse por completo.

1.3.1.2. Desarrollo social.

Desde muy temprana edad (12-14 años) el desarrollo social se manifiesta en el adolescente ya que comienza a pertenecer a grupos de amigos cuya principal finalidad es jugar y distraerse, a medida que va creciendo comienza a tener otras inquietudes, a la

hora de elegir a sus amigos es parcialmente selectivo (en ocasiones no puede), ya que busca en ellos sus mismos pensamientos e ideas, al igual que condiciones económicas, además que el grupo esté conformado por ambos sexos, esto conlleva a sentir la atracción entre ellos, y de la misma manera a tener relaciones amorosas.

En esta etapa para el adolescente el grupo de amigos y amigas es muy importante, aparece la necesidad del amigo íntimo o mejor amigo que es casi siempre del mismo sexo, un par que se transforma en la única persona que para él o ella es capaz de entenderlo y de escucharlo; las relaciones con personas del mismo sexo y del sexo opuesto sirven de prototipo de las relaciones adultas en las interacciones personales; si el adolescente no aprende a llevarse bien con sus pares en esta etapa, cuando llegue a la edad adulta se enfrentará con serias dificultades en su inserción social.

El desarrollo social en la adolescencia significa pasar de un estado de total dependencia socioeconómica de sus padres hacia una relativa independencia. En las distintas culturas en las que se vive esta etapa es muy variable y se ha ido extendiendo paulatinamente, en la medida que las personas se mantienen estudiando, pues se sigue dependiendo de los padres, es decir, que se madura más rápido en lo biológico y más lentamente en lo social; no se da de la misma manera en hombres y mujeres porque existen diferencias biológicas y porque la crianza de ambos suele ser distinta. También es diferente según las oportunidades que las personas tienen, por ejemplo, si se es el mayor o menor en una familia, si se vive en una ciudad o en el campo, si se pertenece a una familia con más o con menos medios económicos, entre otras. (Piaget, 2007, p, 98).

Lo que implica que en la adolescencia el sujeto empieza a independizarse, independencia que está mediatizada por la cultura en la que se desarrolla, pues en las sociedades industrializadas, dicho proceso se realiza de un modo más tardío que en las sociedades agrarias, de tal modo, que como se señaló, se madura más rápido en el plano biológico que en el social, lo que representa una contradicción cada vez más presente en el mundo occidental.

1.3.1.3. Desarrollo Psicosocial.

“El concepto de desarrollo psicosocial se refiere básicamente a cómo la interacción de la persona con su entorno está dada por unos cambios fundamentales en su personalidad. Cada etapa está marcada por una particular crisis o especial susceptibilidad de la persona a algo. A lo largo de la vida hay una secuencia particular de susceptibilidades a cosas específicas, es decir, que todos los seres humanos pasan por las mismas crisis y por las mismas etapas de desarrollo psicosocial”. (Erikson, 2003, p.51).

Una crisis en la adolescencia está influida por el ambiente en la que se desarrolla, esta puede ser positiva o negativa, la positiva implica un crecimiento de las capacidades de la persona es decir lo que se refiere con su personalidad, para interaccionar con su ambiente, la negativa en cambio representa una deficiencia en las capacidades de la persona, es decir la incapacidad para lidiar con el ambiente y las situaciones que puedan presentarse. En la adolescencia la etapa del desarrollo psicosocial se caracteriza por un

gran número de cambios propios de este proceso, que en muchas ocasiones traen dificultad para el desenvolvimiento y crecimiento como individuo de una sociedad.

1.3.1.4. Desarrollo sexual.

Según; Carmen Salazar en su libro; Contribución a la sexualidad responsable en los adolescentes (2010, p.32), señala que los adolescentes tienen etapas primarias en su desarrollo sexual, primero sienten tanto física como psicológicamente la necesidad de experiencias sexuales pero no están aptos aún para el inicio de los juegos intersexuales, y solo pueden encontrar su satisfacción por medio del autoerotismo y la masturbación. En las etapas incipientes de la pubertad en que los impulsos sexuales suelen encontrarse muy exaltados y no puede aún acceder a los juegos sexuales de parejas, encuentra en estas prácticas una vía de descarga de tensiones físicas y psicológicas acumuladas, que le permite alcanzar la necesaria catarsis y relajación indispensable para su concentración en la gran diversidad de actividades escolares, sociales y de otra índole.

El autoerotismo es una fase fundamental e inicial, mediante la cual el ser humano aprende a conocer más profundamente las capacidades erógenas de su cuerpo, ejercita y desarrolla la función del orgasmo y se prepara para el próximo paso de esta fase experimental, que son los vínculos de pareja, el tránsito desde el autoerotismo, los enamoramientos platónicos hasta las uniones coitales debe ser un proceso paulatino, lento, gradual, que puede ser comparado con el ascenso por una escalera, donde el adolescente debe subir peldaño a peldaño, sin apresuramientos o saltos innecesarios y

arribar con seguridad y satisfacción a cada nuevo nivel más pleno y mejor preparado, para que cuando alcance su destino, de la mano de su pareja, ambos puedan vivenciar todo el placer y la felicidad que una vida sexual madura y responsable les puede ofrecer.

La progresividad de las experiencias sexuales en la adolescencia, es normativa y necesaria y aunque requieren cierto nivel de orientación, tienen la función fundamental de aportar al desarrollo y la consolidación de los mecanismos psicológicos de la sexualidad, tales como la identidad, el rol de géneros, la orientación sexual y el proceso general de autoformación como seres sexuales.

1.3.1.4.1. Identidad sexual.

La identidad sexual, no se limita solo a la práctica del sexo y a la reproducción, sino a un intercambio de deseos personales, deseos de realización, que deben darse dentro de un marco relacional adecuado, de estar fuera de un marco relacional, se viven de manera fragmentada, mutilada y por tanto inadecuada: Durante la adolescencia, el deseo sexual de los jóvenes puede verse afectado por tendencias como fetichismo, sadismo, masoquismo, que es exactamente igual como sucede en los adultos, pero en proceso incipiente.

La identidad sexual en la adolescencia, es la combinación de diversos factores, de tipo; biológicos, ambientales y psicológicos, por un lado tiene que ver con el descubrimiento de su propio cuerpo y a partir de eso, se elaborará el descubrimiento de sus sentimientos,

gustos y preferencias sexuales; en los adolescentes la sexualidad casi siempre se refiere a tendencias más que a prácticas, por ejemplo, la identidad sexual no se define necesariamente por determinadas conductas que de forma ocasional o esporádica puedan aparecer, dentro de cierta situación social inesperada, nada está consolidado, ni nada es aún definitivo ya que todo se encuentran atravesando un proceso de curiosidad y descubrimiento sexual.

1.3.2. CARACTERÍSTICAS.

1.3.2.1. Físicas:

En la adolescencia temprana no existen cambios notables manifiestos, suceden cambios hormonales a nivel de la hipófisis, como el aumento en la concentración de gonadotropinas (hormona folículo estimulante) y de esteroides sexuales, también aparecen cambios físicos, sobre todo cambios observados en la glándula mamaria de las niñas, los cambios genitales de los varones y el vello púbico en ambos sexos.

En las mujeres:

El primer cambio identificable en la mayoría de las niñas es la aparición del botón mamario, se produce también un agrandamiento en el tejido glandular por debajo de la aureola, consecuencia de la acción de los estrógenos producidos por el ovario, el vello púbico aparece fino, escaso e inicialmente a lo largo de los labios mayores, y luego se va expandiendo, el vello púbico en algunos casos coincide con el desarrollo mamario y en

otros puede ser el primer indicio puberal el vello axilar y el vello corporal aparecerán más tarde.

Los genitales y las gónadas cambian de aspecto y configuración. Los labios mayores aumentan de vascularización y aumenta la cantidad de folículos pilosos, hay estrogenización inicial de la mucosa vaginal, los ovarios y el cuerpo del útero, al igual que las trompas de Falopio aumentan en tamaño, los labios menores se desarrollan, los labios mayores se vuelven luego delgados y se pigmentan y crecen, y aparece la primera menstruación (menarquía).

En los varones:

Los testículos prepuberianos tienen un diámetro aproximado de 2,5 a 3 cm, el cual aumenta por la proliferación de los túbulos seminíferos, el agrandamiento del epidídimo, las vesículas seminales y la próstata coinciden con el crecimiento testicular, pero no es apreciable externamente, en el escroto se observa un aumento en la vascularización, adelgazamiento de la piel y desarrollo de los folículos pilosos.

La espermatogénesis (es decir, la producción de espermatozoides) se detecta histológicamente entre los 11 y 15 años de edad, y la edad para la primera eyaculación o espermarquia es entre los 12 y los 16 años. El pene comienza a crecer en longitud y también a ensancharse aproximadamente un año después de que los testículos aumentan de tamaño, las erecciones son más frecuentes y aparecen las emisiones nocturnas, el vello sexual aparece, puede comenzar a aparecer el vello axilar y, en ocasiones, en el

labio superior (bigote), el vello en los brazos y en las piernas se torna más grueso y abundante alrededor de los 14 años. (*CIENCIAS MEDICAS*, 2008, p.45).

1.3.2.2. SOCIALES.

“La emancipación respecto a la familia no se produce por igual en todos los adolescentes; la vivencia de esta situación va a depender mucho de las prácticas imperantes en la familia. Junto a los deseos de independencia, el adolescente sigue con una enorme demanda de afecto y cariño por parte de sus padres, y estos a su vez continúan ejerciendo una influencia notable sobre sus hijos”. (Coleman, 1980, p.74)

Paralelamente, según Bobadilla, Florenzano. (1981, p.59): En nuestra sociedad se produce cada vez más un aplazamiento de las responsabilidades sociales y la adquisición de la propia independencia, algunos adultos continúan siendo eternamente adolescentes, por ejemplo los padres que usan ropa la misma ropa de sus hijos, y no se dan cuenta o no se quieren dar cuenta de que esa edad para ellos ya paso, a esto se lo conoce como el síndrome de “perpetua adolescencia”, que viene cargado de sentimientos de inferioridad, irresponsabilidad, ansiedad, egocentrismo, entre otros.

Entonces es aquí cuando el adolescente establece lazos más estrechos con el grupo de amigos que con su propia familia, estos lazos suelen tener un curso típico: en primer lugar, se relacionan con pares del mismo sexo, luego se van fusionando con el sexo

contrario, para de esta manera ir consolidando las relaciones de pareja, es por esto que el adolescente pide consejos y ayuda a sus amigos, antes que a sus padres, porque tienen un lazo más fuerte con ellos, es por esto que los adolescentes se encuentran con dos grandes fuentes de influencia social en su desarrollo como se mencionó anteriormente: los amigos que adquieren un papel fundamental en este periodo y la familia especialmente los padres, que los dejan en segundo lugar.

Para los adolescentes la amistad significa entablar relaciones duraderas basadas en la confianza, la intimidad, la comunicación, el afecto y el conocimiento mutuo. Durante este periodo se valora a los amigos principalmente por sus características psicológicas, y por ello los amigos son las personas ideales para compartir y ayudar a resolver problemas psicológicos como pueden ser, la soledad, la tristeza, las depresiones, entre otras. Esta concepción de la amistad en los adolescentes es posible por el avance cognitivo que se produce en la toma de perspectiva social, que consiste en adoptar la posición de una tercera persona para analizar más objetivamente sus relaciones, es decir, tal y como las vería una tercera persona.

Los adolescentes consideran las amistades como relaciones sociales que perduran y se construyen a lo largo del tiempo; entienden la amistad como un sistema de relaciones. Por tanto, podemos decir, que la amistad en este periodo permite que se tome conciencia de la realidad del otro. Otro aspecto, que cumple la amistad en este proceso, ésta tiene una función integrativa en la sociedad, ya que el hecho de sentirse integrado en el

mundo y en la sociedad, lo cual se logra, por medio de la amistad, contribuye a reforzar y sociabilizar el “yo”.

Las relaciones con los padres, empiezan a fracturarse o al menos distanciarse, debido a que el adolescente siente nuevas necesidades de independencia y como consecuencia de esto desean realizar actividades sin el continuo control paterno, les molestan las ocupaciones caseras, el destinará tiempo a sus familias, las críticas, sugerencias o preguntas de los padres sobre lo que ellos consideran “su vida privada” (amigos, gustos, lugares que frecuentan, etc.).

1.3.2.3. Psicológicos:

Como consecuencia de todos los cambios físicos y sociales mencionados, los adolescentes experimenta poderosos cambios psicológicos; según Aberastury, (1989, p. 89), la adolescencia se caracteriza por los cambios psicológicos tales como:

- **Invencibilidad:** En donde el adolescente explora los límites de su entorno, tanto de su propio físico, como de sus posibilidades. Ello trae como consecuencia el gusto por el riesgo y peligro.

- Egocentrismo: el adolescente se siente el centro de atención porque se está descubriendo a sí mismo, y para él, no hay nada más importante en ese momento que el mismo.
- Audiencia imaginaria: el adolescente, nervioso por los cambios que está viviendo, se siente observado constantemente, parece como si todo el mundo estuviera siempre pendiente de él. Es entonces cuando aparece la sensación de vulnerabilidad y el miedo al ridículo, la crítica y miedo a la sociedad.
- Iniciación del pensamiento formal: el adolescente comienza a hacer teorías y dispone de toda una serie de argumentos y análisis que pueden justificar sus opiniones. Muchas veces, estos argumentos son contradictorios, lo cual no importa mucho al adolescente. Ha descubierto su capacidad de razonar, y la ejercita siempre que puede.
- Ampliación del mundo: el mundo no se acaba en las paredes del domicilio familiar, por lo que comienzan a surgir sus propios intereses y motivaciones personales y de proyección general.
- Apoyo en el grupo: el adolescente se siente confundido y adquiere confianza con sus iguales. El apoyo que logra en el grupo es importante para seguir creciendo, puesto que les une el compartir actividades.

- Redefinición de la imagen corporal, relacionada a la pérdida del cuerpo infantil y la consiguiente adquisición del cuerpo adulto.
- Culminación del proceso de separación / individualización y sustitución del vínculo de dependencia simbiótica con los padres de la infancia por relaciones de autonomía plena.
- Elaboración de los duelos referentes a la pérdida de la condición infantil: el duelo por el cuerpo infantil perdido, el duelo por el rol y la identidad infantil (renuncia a la dependencia y aceptación de nuevas responsabilidades) y el duelo por los padres de la infancia (pérdida de la protección que éstos significan).
- Elaboración de una escala de valores o códigos de ética propios.

De lo anterior, se desprende, que el adolescente se siente invencible, lo que lo vuelve temerario y aún imprudente, su egocentrismo le impide pensar en los intereses de otros y mucho menos priorizarlos sobre los suyos, sin embargo si se esfuerza en complacer las demandas de sus amigos y de la sociedad ligadas a la “popularidad”, sobre todo las de apariencia y aspecto físico; pese a ello, el adolescente no es un tonto, su pensamiento se va desarrollando, aunque carece de experiencia para comparar sus criterio son la realidad, pero esa experiencia se adquirirá a medida que se separe de su familia, explore y crezca, proceso, necesario, pero sin duda doloroso para él.

1.4. EL DELITO DE ABUSO SEXUAL:

Como se menciona antes el concepto de abuso sexual; se entiende como toda acción de tipo sexual impuesta a un niño, por un adulto o por una persona mayor que él. Algunas de las formas de abuso son: manipulación del menor con fines pornográficos, someterlo a que observe actividades sexuales, hablar sobre temas obscenos, mostrar o tocar genitales y la penetración sexual en lo que se refiere a violación o incesto.

En el área de Jurídica o Derecho penal el abuso sexual es considerado como cualquier tipo de penetración de órganos genitales en contra de la voluntad, o aprovechando la incapacidad de un menor para comprender ciertos actos, también el inducir u obligar a tocar los órganos genitales del abusador o cualquier acción que incite al menor a presenciar contenido sexual impropio (observar al adulto desnudo o mientras mantiene relaciones sexuales con otras personas, ver material pornográfico o asistir a conversaciones de contenido sexual, por ejemplo).

Se entiende entonces que la definición de abuso sexual a menores puede realizarse desde dos ópticas: la jurídica y la psicológica, la valoración jurídica de esas conductas sexuales está condicionada por el criterio objetivable del grado de contacto físico entre los órganos sexuales de agresor y víctima, algo que de manera increíble, no necesariamente correlaciona con el grado del trauma psicológico. Desde un punto de vista psicológico, no existe unanimidad a la hora de definir con precisión el concepto de abuso sexual a

menores. Por ello, la necesidad o no de que haya imposición o sorpresa por parte del abusador hacia el menor incide en el término de abuso; para muchos autores, la mera relación sexual entre un adolescente y un menor ya merece el calificativo de abuso sexual, por cuanto se considera que ha mediado un abuso de confianza para llegar a ella; en cuanto a la necesidad o no de la existencia de contacto corporal entre el abusador y el menor; aquellos que no lo consideran necesario, incorporan al concepto de abuso el exhibicionismo, esto es, la obligación a un menor de presenciar relaciones sexuales entre adultos, adolescentes o, incluso, de participar en escenificaciones sexuales. (Flores. 2009, p.1-2.).

1.4.1. ENFOQUES.

1.4.1.1. Enfoque jurídico:

En lo que se refiere al enfoque Jurídico acerca del abuso sexual a menores de edad, se observa que en los artículos 181 a 183 del Código Penal, se aborda de manera puntual las consideraciones básicas al respecto del mismo. El tipo básico del abuso sexual se define en el art. 181 como la realización de actos atentatorios a la libertad sexual de otra persona, sin violencia ni intimidación y sin el consentimiento de la víctima. En tal sentido, el rasgo diferenciador del abuso sexual, respecto de la agresión sexual, en la ausencia en el primero de violencia o intimidación, pues las conductas básicas en uno y otro caso son idénticas, es decir actos atentatorios contra la libertad sexual.

“Cuando el sujeto resulta ser un menor de 12 años o persona que se halle privada de sentido o padezca un trastorno mental del que abusa el agresor, se evidencia que no puede hablarse en tales casos de la libertad sexual como bien jurídico protegido, por la sencilla razón de que la libertad sexual sólo puede apoyarse en la capacidad para conocer y entender el significado de la entrega sexual, y faltándole tal capacidad a menores, personas que padezcan trastorno mental o que se hallen privadas de sentido, también estará ausente la libertad sexual que no podrá ser menoscabada”. (Marchena., 1988, p.46):

La conducta abusiva típica se describe a través de la expresión “realizaré actos atentatorios contra la libertad sexual de la otra persona”, por lo que la dinámica comisiva habrá de referirse a la ejecución de actos físicos -contactos corporales, caricias, tocamientos de inequívoco carácter sexual, sin ánimo de yacimiento, y constándole al agente la inexistencia de consentimiento de la víctima. Tales actos físicos consistirán generalmente en manipulaciones o contactos sobre zonas erógenas y deberán revestir cierta gravedad y trascendencia, atendidas, además, circunstancias de lugar y momento, en forma que puedan considerarse atentatorios contra la libertad sexual de la víctima.

La penalidad para el tipo básico analizado se establece en multa de 2 a 3 años, salvo que la víctima sea un menor de doce años o persona que se halle privada de sentido o con trastorno mental, en cuyo caso la pena se establece en prisión de seis meses a dos años.

Cuando la víctima sea un menor de 12 años, aunque haya provocado el contacto sexual, o está privada de sentido, esto es, carezca de consciencia y capacidad para llegar a comprender la realidad de lo que ocurre, y en consecuencia, poder consentir libremente u oponerse; o, finalmente, se abuse del trastorno mental padecido por el sujeto pasivo, trastorno mental que aun cuando el precepto no lo señale, ha de requerirse sea lo suficientemente grave como para imposibilitar a la víctima el llegar a comprender y valorar el significado de la acción sexual y comportarse de conformidad con dicha comprensión, y que conocido por el agente, se aproveche de él, será considerado ineludiblemente abuso sexual.

En el art. 182 en su párrafo primero contempla un tipo cualificado de abuso sexual, la violación, determinado por la entidad de la acción sexual ejecutada -acceso carnal, penetración bucal o anal, o introducción de objetos, la penalidad varía según se haya obrado sin el consentimiento de la víctima o con él, abusando de una situación de superioridad; de cuatro o diez años en el primer caso y uno a seis en el segundo.

Estas penas se agravan cuando exista prevalimiento de una relación de parentesco, como ascendiente o descendiente o hermano por naturaleza o adopción, con la víctima, o ésta sea persona especialmente vulnerable por razón de su edad, enfermedad o situación. Simplemente señalar al respecto, que el término «persona especialmente vulnerable» utilizado es nuevo en nuestra legislación y aun cuando pueda en principio afirmarse que venga referido al hecho de una menor resistencia u oposición por parte de la víctima

para verse implicada en el acto sexual pretendido, es concepto que exigirá un adecuado tratamiento y configuración por la jurisprudencia y la doctrina.

1.4.1.2. Enfoque Social.

El abuso sexual infantil es considerado un tipo de maltrato infantil, caracterizado por contactos e interacciones entre un niño y un adulto, cuando el adulto en su rol de agresor usa al niño para estimularse sexualmente él mismo, estimular al niño o a otra persona, incluye abuso por coerción (con fuerza física, presión o engaño), y el de la diferencia de la edad entre la víctima y el agresor, acto que consecuentemente impide el desarrollo normal de la víctima en grados de madurez biológica y expectativas sociales. Según: Puig, (2005, p.36).

Este tipo de conductas constituyen un problema real para la sociedad puesto que agravan el desarrollo físico, emocional y psicológico de las víctimas y consecuentemente su posibilidad de una inserción en funcional en cualquiera área social, de tal modo que aunque a corto plazo genera consecuencias básicamente psicológicas, eventualmente y a largo plazo pueden traer consigo, consecuencias de interacción y desempeño social general devastadoramente desadaptativos para ellos, y además constituye un daño moral a la persona, a su familia y por extensión a toda la sociedad.

1.4.1.3. Enfoque Psicológico:

“El abuso sexual es un hecho en el cuál un adulto para su propia finalidad sexual, se aprovecha del afecto y atención que el niño necesita, para poder abusar de él, sin importarle los sentimientos, o pensamientos del niño, este tipo de personas se encuentran carentes de empatía”. (López,. 1995, p. 31).

Es necesario diferenciar entre abuso sexual llevado a cabo por un desconocido, en el que generalmente el abusador goza sometiendo a su víctima por la fuerza y el terror, haciéndola sufrir y en dónde puede estar presente la violación y maltrato, del abuso sexual llevado a cabo por un conocido o familiar donde existe un lazo afectivo al que se llama incesto, en donde aparece la violación del vínculo de confianza. A diferencia del abuso físico, donde las experiencias extremas son el dolor, el miedo y la impotencia, las experiencias extremas en el caso de abuso sexual son la violencia sexual, el profundo temor, el sentimiento de minusvalía, la manipulación de los lazos afectivos, un discurso para culpabilizar, así como la obligación del silencio y el secreto.

El maltrato psicológico está siempre presente en todo tipo de abuso, incluido el abuso sexual, es fundamental partir del hecho de que para que se produzca cualquier tipo de maltrato sea sexual, físico o psicológico, es necesaria una relación en la que un individuo usa y abusa de un poder que para la víctima está fuera de su alcance.

Esta situación provoca un trauma en la infancia, sobre todo cuando el niño se vuelve sumiso e introvertido o por el contrario ansioso y desadaptado, los efectos del trauma generalmente van a estallar años después, generando conductas vulnerables en el adolescente, es por esto el motivo de la investigación, ya que se cree que por éste abuso sexual sufrido en la infancia, los adolescentes se conviertan en agresores sexuales y se encuentren en el Centro de Internamiento de Menores Infractores.

1.4.2. TIPOS DE ABUSO SEXUAL:

1.4.2.1. Intrafamiliares: en los cuales el abuso es cometido por personas cercanas a la familia, padres biológicos, hermanos mayores, padrastros o parientes muy, estos abusadores compensan sus problemas personales a través de la relación sexual con los niños y como pertenecen a la familia y están en estrecho contacto con los niños, el abuso es sostenido por largo tiempo y se da de manera progresiva. Estos tipo de abusadores tienden a ir progresando gradualmente en el abuso y aprovechándose de la confianza del niño para ir pasando de una relación de amistad a una situación en que hacen al niño ir sintiéndose cómplice de una maldad compartida, dentro de la cual se lo fuerza a seguir a través de la amenaza. Algunos de estos abusadores repetidos tienen su cara oculta escondida y surge cuando se desinhiben al ingerir licor, o estar a solas con el niño.

“El abuso sexual de menores en el ámbito familiar es una realidad compleja en la que los factores que pueden configurar un contexto favorable a los mismos son variados y diversos. En principio, el factor crítico no es tanto la consanguinidad entre los participantes, sino el papel parental que desempeña el adulto respecto del menor. Los casos más frecuentes entre los denunciados son los de padrastro-hija, padre-hija y hermano-hermana. La edad media del menor está entre los 6-8 años y los 12, y la relación se remonta a un tiempo bastante anterior a su descubrimiento con una duración de unos dos años”. (López, 1995, p.80); Si la familia cuenta con más de un hijo, es normal que los abusos afecten también a más de uno de ellos, las cifras establecidas aquí es por el trabajo que se hizo en conjunto con la trabajadora social del Juzgado de la Niñez y Adolescencia de la ciudad de Ambato.

A partir de los datos del Juzgado de la Niñez y Adolescencia, a menudo (cerca del 50% de los casos), además del abuso sexual hay también abuso físico (maltrato) y negligencia respecto del menor. En muchos casos, pero no siempre, se encuentran historias de incesto en la anamnesis de uno o ambos padres, que han crecido en ambientes degradados o faltos de afecto. En muchas situaciones se ha verificado la presencia de un padre alcohólico o de una patología psiquiátrica en uno o ambos padres, esto trae como consecuencia que el niño/a puede perder sus puntos de referencia afectivos y sufrir una alteración del equilibrio psíquico presente y futuro: pérdida de autoestima, incapacidad de establecer relaciones afectivas armoniosas, dificultades para acceder a una vida sexual y paternal satisfactoria.

La característica esencial de las familias donde se dan abusos sexuales a los menores, es que presentan algún tipo de disfuncionalidad, como por ejemplo; su tendencia a encerrarse en sí mismas y a aislarse socialmente. Se trata, además, de grupos donde el miedo a la ruptura familiar es perceptible; como consecuencia, el abuso intrafamiliar, puede llegar a cumplir la función de mantener unida a la familia, ya que en casi la mitad de los casos, al constatarse el incesto, la armonía de la pareja estaba deteriorada y las relaciones conyugales se habían detenido desde hacía tiempo. (Santa Cruz, 2008, p.90)

1.4.2.2. Extrafamiliares: En los cuales el abuso es cometido por personas ajenas a la familia, los abusadores de este tipo pueden ser personas cercanas o personas conocidas en las que la familia tiene confianza como para encargarles que cuiden por un tiempo al o los niños. Algunos abusadores pueden ser más lejanos y abusar a escondidas de un pequeño, sin embargo la mayoría de los adultos que abusan sexualmente de los niños son una figura de confianza para la familia y los niños. Ello facilita enormemente la tarea del abusador ya que está a solas con él y posibilita que la situación de abuso se repita en el tiempo. (Santa Cruz, 2008, p.90)

El abuso sexual de personas externas a la familia, aunque usualmente menos prolongado y muy frecuentemente más violento, es igual de dañino para el menor. Algunos niños son abusados varias veces por distintas personas, ellos tienen que ver con la falta de protección familiar que sufre y con el hecho de que tienden a establecer algunas maneras vulnerables de relacionarse con adultos, aprendidas de su experiencia familiar y personal

de carácter aquiescente, que los delatan como frágiles y fáciles de manejar, presionar y manipular para que guarden silencio.

1.4.3. TIPOLOGÍA DE ACTOS ABUSIVOS.

Dentro de los abusos sexuales, es importante distinguir los que van acompañados de violencia de aquellos que no, la violencia puede provocar dolor físico y de esta manera determinar mayores reacciones de rechazo, miedo o terror, mientras que las otras llegan al punto de que algunos niños ni se dan cuenta conscientemente de que un adulto los ha tocado o tratado de manera impropia, lo cual no implique que no se generen daños, siempre se generarán daños ligados a la sobre estimulación.

Los tipos específicos de abusos sexuales más frecuentes son los siguientes:

- **Sin contacto físico:** exhibicionismo, masturbación delante del menor, observación del niño desnudo, narración o proyección al menor de historias con contenido erótico o pornográfico;
- **Con contacto físico:** tocamientos, masturbación, contactos bucogenitales, penetración.

El tipo de conductas que se llevan más a cabo son los tocamientos y la masturbación mutua; en cuanto a la penetración -oral, vaginal o anal- es menos frecuente, pero afortunadamente más fácil de detectar (salvo la oral).

1.4.4. FASES DEL ABUSO SEXUAL:

El abuso sexual de un menor, usualmente no es algo que ocurre de la noche a la mañana, se trata de un proceso que consta de varias etapas o fases, revisemos la estructura de una propuesta a ese respecto:

- 1.4.4.1. Fase de seducción:** el abusador manipula la dependencia y la confianza del menor, y prepara el lugar y momento del abuso. Es en esta etapa donde se incita la participación del niño o adolescente por medio de regalos o juegos.
- 1.4.4.2. Fase de interacción sexual abusiva:** es un proceso gradual y progresivo, que puede incluir comportamientos exhibicionistas, caricias con intenciones eróticas, masturbación, etc. En este momento ya se puede hablar de abusos sexuales.
- 1.4.4.3. Instauración del secreto:** el abusador, generalmente por medio de amenazas, impone el silencio en el menor, a quien no le queda más remedio que adaptarse.
- 1.4.4.4. Fase de divulgación:** esta fase puede o no llegar (muchos abusos quedan por siempre en el silencio por cuestiones sociales), y, en el caso del incesto, implica una ruptura en el sistema familiar.

1.4.4.5. Fase represiva: después de la divulgación, en el caso del incesto la familia busca desesperadamente un reequilibrio para mantener a cualquier precio la cohesión familiar, por lo que tiende a negar, a restarle importancia o a justificar el abuso, en un intento por seguir como si nada hubiese sucedido, esto ocurre generalmente en la mayoría de familias, en donde se ha presentado el incesto.

1.4.5. EL AGRESOR SEXUAL.

Aunque puede existir cierta predisposición en algunos agresores, no tenemos ninguna evidencia de que esa inclinación sea muy diferente en todos los hombres. Son las primeras experiencias afectivas con los padres y las primeras relaciones sexuales las que establecen el patrón de actuación del individuo y hacen que uno llegue a ser un violador o cualquier otra cosa. La niñez prepara el camino y luego, según las propias experiencias, se dirige en un sentido u otro. (Marshall. 2001, p.97).

1.4.5.1. Tipos de agresor sexual:

Se pueden distinguir dos tipos de abusadores: los primarios y los secundarios o situacionales.

1.4.5.1.1. Los agresores primarios, son personas que clínicamente padecen pedofilia, es decir, se sienten atraídos permanentemente por los niños, consideran su conducta sexual como normal y apropiada, no se sienten culpables ni avergonzados por sus acciones y pueden llegar a atribuir su conducta al afecto, a un resultado de la seducción por parte del menor o pueden justificarla como un modo de educación sexual para este, ya que ellos tienen una edad mayor a la de su víctima.

Esta tendencia anómala se origina por el aprendizaje de actitudes extremadamente negativas hacia la sexualidad, por el abuso sexual sufrido en la infancia, así como por sentimientos de inferioridad o por la incapacidad para establecer relaciones sociales normales, pueden además tener problemas de origen psicológico o social, también influye el abuso del alcohol, drogas, estados depresivos, escaso autocontrol e, incluso, en algunos casos el leve retraso mental.

1.4.5.1.2. En cuanto a los agresores sexuales secundarios o situacionales, estos se caracterizan por que su conducta viene incitada por una situación de soledad o estrés, de tal forma que el abuso suele ser un medio de compensar su baja autoestima. No son estricta, ni permanentemente pedófilos, ya que su inclinación sexual natural es hacia otros adultos, con los que mantienen normalmente relaciones problemáticas (impotencia ocasional, tensión de pareja, etc.), este tipo no se observa en el Centro de Retención de menores

Infraactores ya que aquí todos los adolescentes abusaron de niños menores que ellos o de su misma edad, mas no mayores.

Entre los factores que podrían favorecer la aparición de este tipo de pederastia se encuentran la violencia es decir, violaciones, crueldad, maltrato, probablemente sistemática, ejercida contra el individuo en su infancia, especialmente, si los agresores fueron sus propios padres o cuidadores, y el haber vivido en ambientes familiares muy desestructurados, con episodios de violencia en los que el individuo no tuvo la oportunidad de intervenir para mejorarlos, lo que generaría un estado de impotencia llamado por Myers: indefensión adquirida.

1.4.6. CARACTERÍSTICAS PERSONALES DE LOS AGRESORES SEXUALES.

Tomando en cuenta a López, (1994, p.65) y Soria y Hernández, (1994, p.49), las características son:

1.4.6.1. Sexo del agresor: La mayoría de los agresores son varones (86,6%), aunque existe un porcentaje importante de mujeres (13,9%). En los casos en que una mujer aparece como agresora, es frecuente que se trate de un tipo de abuso difícil de catalogar. En efecto, el caso más frecuente que la literatura registra,

es el de adolescentes que tienen relaciones sexuales con mujeres adultas o de su misma edad pero con su propio consentimiento.

1.4.6.2. Edades de los agresores: La mayor parte de los agresores son adultos de mediana edad. Pero la edad del agresor es suficientemente variable como para que no podamos hablar de "un determinado tipo" de agresor. Aunque en este caso de reflejan un alto número de adolescentes agresores.

1.4.6.3. Relación con la víctima: El abusador infantil, normalmente conoce a los niños; sólo el 15% de los abusadores infantiles son desconocidos de la víctima. A pesar de esto, los agresores pueden tener muy diversas relaciones con las víctimas. En el medio urbano son más frecuentes los abusos de los desconocidos, porque hay más situaciones de hacinamiento y el anonimato está mucho más extendido. Por tanto es lógico pensar que en el medio rural los abusos a los niños sean por personas conocidas puesto que es con éstas con las que los niños mantienen relación.

1.4.6.4. Clase social: Los agresores infantiles se producen en todos los grupos sociales, pero lo cierto es que los agresores de clases acomodadas acuden más a relaciones bajo pago en redes de prostitución infantil de las grandes ciudades, mientras que en la gente del campo se observa más el autoagresivo.

1.4.6.5. Estrategias a las que recurrieron: Las estrategias empleadas, según la descripción hecha por las víctimas, son siempre de persuasión y de engaño,

logrando sorprender a la víctima que inicialmente no sabe que es lo que el adulto pretende.

1.4.6.6. Orientación del deseo de los agresores: Sólo una minoría de adultos es parafílica. La mayoría de los adultos que abusan de los niños comparte la atracción hacia éstos con la atracción hacia los adultos. Tanto homosexuales como heterosexuales pueden sentirse inclinados a realizar conductas sexuales con niños y llevarlas a cabo efectivamente.

1.4.6.7. El incesto: El tabú del incesto se ha encontrado en todas las sociedades conocidas; aunque esto está prohibido dentro de la familia nuclear. Los agresores incestuosos normalmente son padres y hermanos, en segundo lugar tíos y más excepcionalmente madres.

1.4.7. FACTORES EXÓGENOS:

Todo estímulo exterior, toda influencia ambiental, encuentra según la estructura del organismo que ha recibido dicha influencia como por ejemplo: (Vergara 2001, p.29):

1.4.7.1. Receptividad y reactividad.- En la etapa de la niñez se va formando el carácter y temperamento, es por esto que cada niño es diferente, la receptividad y la forma de reaccionar serán diferentes en cada uno. Habrá muchos menores en que un estímulo basta para su descontrol completo, otros

resisten sin descontrolarse a estímulos de consideración, pero teniendo en cuenta que el cerebro del niño se encuentra en estado evolutivo, esto puede cambiar constantemente.

1.4.7.2. Socialización y aculturación.- La socialización es el proceso en donde el individuo se convierte en miembro de un grupo social : una familia, comunidad, tribu, etc. Aquí se presenta el aprendizaje de actitudes y creencias, costumbres y valores, expectativas y roles del grupo social. Si este sentido de pertenencia a un grupo social, existirá en el sujeto inseguridad frente al entorno en que se desenvuelve , si no existen roles ni expectativas , no tendrá una identidad definida por lo que le inclinará a acciones delictivas, y a la tendencia de poder convertirse en agresores sexuales.

1.4.7.3. Sistema familiar.- La familia ocupa el papel central en el desarrollo, en la relación con los niños de corta edad, ejerce influencia extraordinaria sobre el tipo de persona en que se convertirá y el lugar que ocupará en la sociedad. La forma en que interactúan las personas en una familia tiene un impacto muy fuerte en el desarrollo. Además de integrar al niño en la unidad familiar, los padres interpretan para él la sociedad y su cultura.

1.4.7.4. Aspecto económico.- Otro factor importante es el estado económico, carencia de medios para transmitir una buena escolarización, vestimenta y juguetes, es por esto que el individuo sufre degeneración física y psíquica,

mayor inhibición de la inteligencia y de la voluntad, y por lo tanto una baja resistencia a actos delictuosos.

Por tanto, entre los factores estresores se encuentran: una historia familiar de abuso, ausencia de armonía familiar, baja autoestima, trastornos físicos y psíquicos en los padres que consecuentemente se proyectan a los hijos, farmacodependencia, hijos no deseados, padre no biológico, madre no protectora, ausencia de control prenatal, desempleo, bajo nivel social y económico, promiscuidad, entre otros; todos estos factores pueden desempeñar un papel en el origen de una conducta violenta y una conducta sexual inapropiada. A continuación se explorará factores que facilitan dicha disfuncionalidad.

1.4.8. ADOLESCENTES INFRACTORES SEGÚN EL CODIGO DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA

En el contexto del derecho en general, ya desde tiempos antiguos, en Roma existió una división de las personas humanas por categorías, separando a los adultos de los niños. Estas divisiones eran realizadas con el objeto de establecer la capacidad-incapacidad de hecho de las personas físicas, a fin de marcar una edad determinada en la cual se adquiere la misma, siendo los que se encuentran por debajo de esa edad mínima, incapaces de hecho, incapaces de ejercer por sí mismos sus derechos. En las modernas legislaciones se siguen manteniendo tales criterios, separando a las personas según la

capacidad de hecho. No es lo igual decir menor delincuente que adolescente en conflicto con la ley penal. Debido a ello, se abandona la denominación de menores como sujetos definidos de manera negativa, por lo que no poseen, no saben o no son capaces, y pasan a definirse de manera afirmativa, como sujetos plenos, pero en proceso de construcción. Es importante entender que estar creciendo no implica perder la condición de sujeto y sus responsabilidades implícitas. Paralelamente los adolescentes cuentan con algunos derechos extra además de los que tienen todas las personas adultas; ese es el fundamento dogmático de los sistemas de responsabilidad penal juvenil.

➤ **LAS MEDIDAS SOCIO-EDUCATIVAS.**

Cuando el adolescente ha presentado una conducta injustificable y lesiva para con la sociedad, dado que, como se mencionó anteriormente, sigue siendo un sujeto que posee responsabilidad de sus actos y debe responder por ellos, se ve en la obligación de asumir un proceso legal, que contempla las siguientes consideraciones:

➤ **Disposiciones generales**

“Art. 369.- Finalidad y descripción.- Las medidas socioeducativas son acciones dispuestas por autoridad judicial cuando ha sido declarada la responsabilidad del adolescente en un hecho tipificado como infracción penal. Su finalidad es lograr la integración social del adolescente y la reparación o compensación del daño causado.

Las medidas socioeducativas que el Juez puede imponer son las siguientes:

1. Amonestación.- Es una recriminación verbal, clara y directa del Juez al adolescente infractor y a sus progenitores o representantes, para que se comprenda la ilicitud de las acciones;

2. Amonestación e imposición de reglas de conducta.- Es la recriminación descrita en el numeral anterior, acompañada de la imposición de obligaciones y restricciones de conducta, para que se comprenda la ilicitud de las acciones y se modifique el comportamiento de cada involucrado, a fin de conseguir la integración del adolescente a su entorno familiar y social;

3. Orientación y apoyo familiar.- Consiste en la obligación del adolescente y sus progenitores o representantes, de participar en programas de orientación y apoyo familiar para conseguir la adaptación del adolescente a su entorno familiar y social;

4. Reparación del daño causado.- Esta medida consiste en la obligación del adolescente de restablecer el equilibrio patrimonial afectado con la infracción, mediante la reposición del bien, su restauración o el pago de una indemnización proporcional al perjuicio provocado;

5. Servicios a la comunidad.- Son actividades concretas de beneficio comunitario que impone el Juez, para que el adolescente infractor las realice sin menoscabo de su integridad y dignidad ni afectación de sus obligaciones académicas o laborales, tomando en consideración sus -aptitudes, habilidades y destrezas,

6. Libertad asistida.- Es un estado de libertad condicionada al cumplimiento de directrices y restricciones de conducta fijadas por el Juez, sujeta a orientación, asistencia, supervisión y evaluación;

7. Internamiento domiciliario.- Consiste en una restricción parcial de la libertad por la que el adolescente infractor no puede abandonar su hogar, excepto para asistir al establecimiento de estudios o de trabajo;

8. Internamiento de fin de semana.- Es una restricción parcial de la libertad en virtud de la cual el adolescente está obligado a concurrir los fines de semana al centro de internamiento para cumplir las actividades de su proceso de reeducación, lo que le permite mantener sus relaciones familiares y acudir normalmente al establecimiento de estudios o de trabajo;

9. Internamiento con régimen de semi-libertad.- Consiste en la restricción parcial de la libertad por la que el adolescente infractor es internado en un centro de internamiento de adolescentes infractores, sin impedir su derecho a concurrir normalmente al establecimiento de estudio o de trabajo; y,

10. Internamiento institucional.- Es la privación total de la libertad del adolescente infractor. Esta medida se aplica únicamente a adolescentes infractores mayores a catorce años de edad y por infracciones que en la legislación penal ordinaria son sancionadas con reclusión. A los adolescentes menores a catorce años, se les aplicará únicamente en los delitos de asesinato, homicidio, violación, plagio de personas y robo con resultado de muerte.

➤ **Ejecución y control de las medidas.**

➤ **Ejecución de las medidas**

Art. 376.- Entidades ejecutoras.- Corresponde a los centros de internamiento de adolescentes infractores legalmente autorizados, ejecutar las medidas socio-educativas,

pero es responsabilidad exclusiva del Estado el control policial en la ejecución de las medidas.

Los centros de internamiento de adolescentes infractores podrán ser administrados por entidades públicas o privadas, de conformidad con los requisitos, estándares de calidad y controles que establecen este Código y el reglamento especial que dicte el Ministerio de Bienestar Social.

Art. 377.- Garantías durante el internamiento.- El reglamento que se señala en el artículo anterior establecerá, además, los mecanismos para garantizar al adolescente, durante su privación de libertad, el ejercicio de sus derechos y las sanciones administrativas para los responsables de violación de dichos derechos.

Art. 378.- Admisión en los centros de internamiento de adolescentes infractores.- En los centros de internamiento de adolescentes infractores sólo se admitirá a los adolescentes respecto de los cuales se haya librado orden escrita de privación de libertad por el Juez competente y a los adolescentes detenidos en delito flagrante, de acuerdo a lo dispuesto en este Código.

Los adolescentes detenidos para investigación serán admitidos en una sección de recepción temporal, que existirá en todo centro de internamiento.

Los responsables de estos centros mantendrán un expediente individual de cada adolescente ingresado, de conformidad con lo dispuesto por el Reglamento.

Art. 379.- Separación de adolescentes.- Los centros de internamiento de adolescentes infractores tendrán cuatro secciones totalmente separadas para:

- a) Los adolescentes que ingresen por efecto de una medida cautelar;

b) Los que cumplen las medidas socio-educativas de internamiento de fin de semana e internamiento con régimen de semi-libertad;

c) Los adolescentes en internamiento institucional. A su vez, en esta sección los adolescentes serán separados de forma tal que no compartan el mismo espacio los menores de quince años con los mayores de esta edad; y,

d) Los que cumplan dieciocho años de edad durante la privación de la libertad.

Los centros de internamiento acogerán únicamente adolescentes de un mismo género. En las ciudades en las que no existan centros separados por género, un mismo centro podrá acoger a varones y mujeres, siempre que los ambientes estén totalmente separados.

Art. 380.- Plan de ejecución de las medidas.- En todos los casos, para los adolescentes en libertad asistida, internamiento domiciliario, internamiento de fin de semana, internamiento con régimen de semi-libertad e internamiento institucional, se elaborarán y ejecutarán planes individuales de aplicación de la medida.

Art. 381.- Especialización del personal.- El personal que trabaja en estos centros deberá tener formación especializada para el efecto.

➤ **Centros de Internamiento de Adolescentes.**

Art. 383.- Centros de Internamiento de adolescentes infractores.- Los centros de internamiento de adolescentes infractores, tendrán obligatoriamente las siguientes secciones:

a) Sección de Internamiento Provisional, para el cumplimiento de las medidas establecidas en los artículos 328 a 330 de este Código;

b) Sección de Orientación y Apoyo, para el cumplimiento de las medidas de internamiento de fin de semana e internamiento con régimen de semi-libertad; y,

c) Sección de Internamiento, para el cumplimiento de la medida socio-educativa de internamiento institucional.

Art. 384.- Obligatoriedad.- Es responsabilidad del Estado, a través del Gobierno Central y de los gobiernos locales, la creación, puesta en funcionamiento y financiamiento de los centros de internamiento de adolescentes infractores.

Art. 385.- Convenios.- Para el cumplimiento de las medidas socio-educativas el Estado podrá suscribir convenios con entidades públicas o privadas que garanticen el cumplimiento de los objetivos y condiciones señaladas en este Código.

Art. 386.- Condiciones mínimas para el funcionamiento de un Centro.- Los centros de internamiento de adolescentes infractores cumplirán obligatoriamente con las condiciones de infraestructura, equipamiento, seguridad y recursos humanos que sean indispensables de conformidad con el respectivo. (Noboa 2003, p178)

Reglamento: Es obligación del Estado y de los municipios, proveer oportunamente los recursos suficientes para el funcionamiento de estos centros. La falta de entrega de estos recursos se considerará como violación institucional de los derechos de los adolescentes. Es por esto que los adolescentes agresores de abuso sexual se encuentran en el Centro de Retención de Menores Infractores, cumpliendo las medidas socioeducativas que aprueba y obliga la ley, por el bienestar de ellos, de acuerdo al tiempo que permanecen ahí, con una duración máxima de 4 años.

CAPITULO II

METODOLOGÍA.

2.1. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA:

A nivel general el término "familia disfuncional" hace alusión a sistemas familiares con importantes problemas de violencia y falta de comunicación y que con el tiempo genera personas disfuncionales, quienes a criterio de la terapeuta familiar Cecilia Quintero Vásquez. “Los efectos negativos no sólo se observan en los hijos, sean niños o adolescentes, sino también en los padres, con múltiples repercusiones sociales y laborales que van más allá de la violencia y las adicciones.”

Ello implica que la familia “no funciona”; es decir, no cumple las labores que la sociedad exige, así, el rol de los padres no cubre todas las necesidades de los hijos a nivel afectivo y también funcional, lo que impide que los hijos se desarrollen y alcancen todo el potencial al que podrían acceder, de tal modo que aunque pueden funcionar en sociedad, lo hace de manera marginal e incluso desadaptativa, lo cual consecuentemente, habrá de deteriorar el nivel social.

Los miembros de las familias disfuncionales suelen interactuar en relaciones de violencia intrafamiliar, lo que es uno de los principales problemas que afecta a la sociedad ecuatoriana. Este tipo de problemas suele ser indiferenciada, sin respetar edad, sexo, color o posición social; pues los conflictos familiares que generan violencia, se dan por igual entre las familias humildes y las familias pudientes, provocando las mismas consecuencias ya sean físicas o psicológicas en los miembros de la familia, principalmente en los más indefensos, es decir en los menores de edad.

En los países desarrollados, como Reino Unido, Estados Unidos, Australia y Canadá uno de cada diez niños sufre abandono o maltrato psicológico; entre el 4 y el 16% padece daños físicos y al menos el 15% de las chicas y el 5% de los chicos soportan algún tipo de abuso sexual antes de cumplir los 18 años. Estas cifras, son parte de una investigación sobre maltrato infantil que aparece en el último número de la revista "The Lancet, (2008, p. 16)", lo primero que ha puesto de manifiesto este análisis es que se subestima la dimensión de problema: "El maltrato infantil es mucho más común de lo que sugieren las estadísticas de los servicios de protección infantil", indica el documento, donde se calcula que los datos oficiales sólo reconocen una décima parte de las cifras antes citadas.

En la población del Ecuador (alrededor de 14 millones) un 33%, tiene menos de 15 años; en Quito y Guayaquil el 27% de dicha población, es castigada al menos una vez por semana, y 1 de cada 3 es víctima de abuso sexual; 150 mil niños viven sin sus progenitores, bajo el cuidado de abuelos, tíos, hermanos o amigos de la familia, por

efectos de la migración de más de 1 millón de padres. Las instituciones inscritas en el Ministerio de Bienestar Social reportan 2561 menores atendidos en instituciones de Acogimiento Institucional (hasta diciembre y 471 niños viviendo con sus padres privados de la libertad, cifra que siempre va en aumento; el 65% de menores de 6 años vive en hogares con ingresos menores a 2 USD/persona/día; 1 millón 24 mil menores pertenecen a familias con ingresos en límites de pobreza y de ellos 564.500 a familias en extrema pobreza.

Aunque en Ecuador el maltrato físico es reconocido como una forma de castigo, es aceptado en el 60% de familias con niños menores de 5 años; en Ambato, en la DINAPEN de Tungurahua (enero – septiembre del 2010) se registraron 283 denuncias y en la Procuraduría 782, correspondientes a 304 niños/as desaparecidos, 67 abandonados, 36 maltratados y 187 recuperados. UNICEF informa que cada día en la provincia nacen 133 niños (9 hijos de adolescentes) y mueren 5 de entre 0 y 17 años; 323.405 menores viven con menos de 2 USD/día, 9.939 niños no asisten a primero de básica. 26.724 menores de 5 a 14 años no estudian. La Fiscalía reporta (2005) que de 117 víctimas atendidas por el Programa de protección para víctimas y testigos 16 fueron niños (14%) y 13 niñas (11%). 14 personas fueron reportadas por trata infantil (término que engloba la venta de niños y adolescentes para lucro pornográfico, prostitución y esclavitud).

De toda las formas de maltrato, probablemente el abuso sexual sea la más cruenta de todas; el abuso sexual es un problema social que se presenta en todo mundo, sea en ciudades grandes, o pequeñas, en zonas urbanas o rurales para ratificar lo mencionado,

se señalará que los casos de violencia familiar y sexual en Niños, Niñas y Adolescentes en Latinoamérica atendidos en los Centros de Emergencia Mujer (CEM Latinoamérica), en el período de Enero 2005-Junio 2009, los datos estadísticos con respecto al Abuso Sexual Infantil es el siguiente: El 23.9% de menores de 18 años que acudió al Centro de Emergencia Mujer (CEM) lo hizo por Abuso Sexual, con mayor presencia en la adolescencia (30.3%) y en el sexo femenino (97%).

En el Ecuador la mayor parte de los casos corresponden a menores de edad, el 35% de los casos corresponden a menores de 12 años y el mismo porcentaje a menores de 18, lo que hace un total del 70 % de los casos. Sólo el 30% restante son de personas mayores de 18 años. Las edades de más riesgo sobre todo en abuso sexual, son en las personas de menos de 14 años, que totalizan el 43.1% del total. El siguiente rango, dentro del mismo delito, es el de las personas de 15 a 19 años. En cuanto a sexo forzado hay que resaltar el enorme porcentaje de niñas/os de menos de 10 años y el no menos impactante porcentaje de sexo forzado entre adolescentes y niñas/os de 11 a 19 años, que es de 52.2% del total, según el último informe presentado por el Instituto para la Niñez y la Familia y UNICEF que hace referencia a las tres últimas décadas.

A partir de lo señalado, la necesidad de explorar o investigar tópicos ligados a temas referentes a disfuncionalidad familiar y maltrato, especialmente de carácter sexual, las causas que lo generan y las consecuencias que engendra, resultan ser por demás necesarias, de hecho son probablemente imprescindibles.

2.2 SIGNIFICADO DEL PROBLEMA:

El conocer la influencia que existe del maltrato infantil, disfuncionalidad familiar y abuso sexual sufrido a temprana edad en los adolescentes que se encuentran en el Centro de Internamiento de Menores Infractores, es algo fundamental para este trabajo investigativo ya que por no saber cuáles son las verdaderas razones que los llevaron a convertirse en agresores sexuales, se los juzga y se los señala de manera indebida, es por esto que se busca determinar si los antecedentes antes mencionados, son válidos para que tengan dicho comportamiento y si es así poder orientarlos al momento de salir del Centro de Internamiento en donde se encuentran.

2.3. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA:

¿De qué forma el maltrato infantil resulta en conducta sexualmente agresiva de los adolescentes privados de la libertad en el Centro de Internamiento para adolescentes infractores?

¿En qué medida la disfuncionalidad familiar incide en la conducta sexualmente agresiva de los adolescentes privados de la libertad en el Centro de Internamiento para adolescentes infractores?

¿Cómo el abuso sexual sufrido durante la infancia afecta a la conducta sexualmente agresiva de los adolescentes privados de la libertad en el Centro de Internamiento para adolescentes infractores?

2.4. PLANTEAMIENTO DEL TEMA:

Influencia del abuso sexual sufrido durante la infancia, la disfuncionalidad familiar, y el maltrato infantil en los procesados por abuso sexual en el centro de internamiento para adolescentes infractores, en el periodo enero – septiembre 2011.

2.5. DELIMITACIÓN DEL TEMA:**De contenidos:**

Campo: Psicológico.

Área: Psicopatología

Aspecto: Maltrato intrafamiliar – abuso sexual.

Espacial:

La investigación se realizará en:

Provincia: Tungurahua.

Cantón: Ambato.

Parroquia: Atahualpa, Barrio Macasto.

Temporal:

Esta investigación se realizará en el periodo de Marzo a Septiembre del 2011.

Unidad de Observación:

Centro de Internamiento para adolescentes infractores, con los adolescentes privados de la libertad por la causa de abuso sexual, durante el periodo del año 2011.

2.6. FORMULACIÓN DE LA HIPÓTESIS.

El abuso sexual sufrido durante la infancia, la disfuncionalidad familiar y el maltrato infantil, influye en el abuso sexual cometido por los adolescentes que se encuentran privados de su libertad en el Centro de Internamiento para Adolescentes infractores.

2.7 SEÑALAMIENTO DE VARIABLES:

Variable independiente:

ABUSO SEXUAL SUFRIDO DURANTE LA INFANCIA, LA DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR Y EL MALTRATO INFANTIL.

- Disfuncionalidad familiar
- Maltrato infantil
- Maltrato sexual

Variable dependiente:

DELITO DE ABUSO SEXUAL.

- Enfoque jurídico
- Enfoque social
- Enfoque psicológico

Término de relación: Influencia del abuso sexual sufrido durante la infancia, la disfuncionalidad familiar y el maltrato infantil en el delito cometido por el adolescente que se encuentra privado de la libertad por el delito de abuso sexual.

2.8. OBJETIVO GENERAL:

Determinar la influencia del abuso sexual sufrido durante la infancia, la disfuncionalidad familiar, y el maltrato infantil en los adolescentes procesados por abuso sexual, que se encuentran privados de la libertad en el Centro de Internamiento para Adolescentes Infractores.

2.9. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Evaluar el nivel de disfuncionalidad familiar y sus efectos en la conducta sexualmente agresiva de los adolescentes privados de la libertad en el Centro de Internamiento para adolescentes infractores.
- Establecer la presencia de maltrato infantil y sus efectos en la conducta sexualmente agresiva de los adolescentes privados de la libertad en el Centro de Internamiento para adolescentes infractores.
- Relacionar el impacto del abuso sexual sufrido durante la infancia y sus efectos en la conducta sexualmente agresiva de los adolescentes privados de la libertad en el Centro de Internamiento para adolescentes infractores.

2.10. TECNICAS E INSTRUMENTOS:

➤ CUESTIONARIO APGAR FAMILIAR

Se utiliza el Cuestionario APGAR FAMILIAR, (Family APGAR) fue diseñado en 1978 por Smilksteinl para explorar la funcionalidad familiar. El acrónimo APGAR hace

referencia a los cinco componentes de la función familiar: adaptabilidad, cooperación, desarrollo, afectividad y capacidad resolutive, en comparación con otras escalas similares (CES, McMaster, FACE III, Pless-Satterwhite) presenta la gran ventaja de su reducido número de ítems y facilidad de aplicación. Se encuentra validada en nuestro medio por Bellon. Se trata de un cuestionario que puede administrarse tanto por el entrevistador como ser contestado directamente por la persona entrevistada. Consta de 5 cuestiones, con tres posibles respuestas cada una, que se puntúan de 0 a 2. Su rango es por tanto de 0 a 10.

Esta es una herramienta útil para detectar disfunción familiar. Se ha utilizado en diversos estudios¹¹, tanto en screening como para la valoración familiar en casos de alcoholismo, infección HIV, depresión y embarazos en adolescentes. Se ha propuesto una puntuación > 6 como funcional y < 6 como disfuncional. En algunos casos; se valora de 0 a 2 como disfunción grave y de 3 a 6 como leve. No parecen influirse los resultados por el nivel cultural del entrevistado y se ha utilizado desde edades tan tempranas como los 10-11 años. Existen otros cuestionarios que evalúan la disfunción familiar con mayor validez, pero que ven limitado su uso por el elevado número de ítems de los mismos.

Las propiedades psicométricas de este test son: a) Fiabilidad: En la validación española la fiabilidad test-retest es superior a 0.75. Posee una buena consistencia interna (alfa de Cronbach 0.84)². b) Validez: En el trabajo original se obtiene un alto grado de correlación (0.80) con el Pless-Satterwhite Family Function Index. El análisis factorial

demuestra que se trata de una escala unidimensional, es decir, los 5 ítems miden aspectos del mismo concepto (la disfunción familiar).

➤ **INDICADORES DE MALTRATO.**

Se realizó la entrevista al Psicólogo de la Institución, Psc. Richard Freire, para conocer acerca de los adolescentes que se encuentran en el Centro de Internamiento, con el propósito de indagar más al respecto de sus antecedentes familiares, principalmente en cuanto a indicadores ligados a maltrato infantil; al respecto del maltrato físico al menor, si tuvieron fracturas, golpes, quemaduras, laceraciones, cambios repentinos de conducta, encopresis o enuresis; también conocer más acerca de indicadores de maltrato psicológico como problemas de salud, bulimia, anorexia, retardo en el desarrollo, enfermedades psicosomáticas, pesadillas, bajo autoconcepto de sí mismo y falla en el rendimiento escolar.

Se exploraron también indicadores de abandono y negligencia del adolescente: el patrón de crecimiento ineficiente, fatiga, sueño, hambre, sumiso o al contrario agresivo y también apático; en lo que se refiere a indicadores de abuso sexual al menor: el tener la ropa interior rota o manchada de sangre, picazón, lesiones, secreción u olor extraño en los genitales, enfermedades venéreas, conducta sexual inadecuada, pesadillas, temor a alguien en especial, excesivo interés en temas sexuales, promiscuidad o masturbación excesiva. Los indicadores se tomaron de **Oliván Gonzalvo, Gonzalo** Médico especialista en Pediatría y áreas específicas. Servicios de Pediatría y Adolescencia del Instituto Aragonés de Servicios Sociales. Departamento de Salud, Consumo y Servicios

Sociales. Gobierno de Aragón- España y **Emilio Herrera-Basto, M.C., M. en Admón. Pub.** Instituto Nacional de Salud Pública. Av. Universidad Santa María Ahuacatlán, Cuernavaca, Morelos, México.

➤ **ENTREVISTA ESTRUCTURADA, DIRIGIDA A LOS ADOLESCENTES DETENIDOS EN EL CENTRO DE INTERNAMIENTO PARA ADOLESCENTES INFRACTORES DE TUNGURAHUA.**

Para la recolección de la información se utiliza la técnica de la entrevista personalizada, que es una serie de preguntas abiertas, las cuales describen situaciones y parámetros directamente relacionados con abuso sexual, disfuncionalidad familiar, y maltrato, fue desarrollada bajo criterios propios de la investigación y con la colaboración de mi Tutor de Tesis y docentes de la PUCESA, en los que se va a determinar si los antecedentes antes mencionados influyen para que los menores sean agresores sexuales.

La entrevista se encuentra estructurada en cuatro bloques, familiar, personal, psicosexual y el hecho delictivo en sí y pretende explorar las experiencias que rodearon el cometimiento del delito sexual infringido por los adolescentes examinados.

2.11. PROCESAMIENTO DE LA INFORMACION.

Del total de la población de menores que se encuentran privados de la libertad en el Centro de Internamiento para Adolescentes Infractores, por el delito de abuso sexual, fueron un total de 8 jóvenes.

El procedimiento desarrollado en la presente investigación siguió los siguientes pasos.

- Se procedió a la aplicación del cuestionario Apgar Familiar, que se utiliza para explorar la funcionalidad familiar, en si detecta si existe disfuncionalidad familiar en el hogar.
- Se realizo la entrevista a Psicólogo de la Institución para conocer los antecedentes de los adolescentes que se encuentran en el CAI, principalmente en cuanto a indicadores de maltrato físico, verbal y psicológico, teniendo en cuenta que se tomaron estos indicadores de Olivan Gonzalo, Médico Especialista en Pediatría (España) y Emilio Herrera Basto, profesor del Instituto Nacional de Salud Publica (México).
- Finalmente se aplicó una entrevista personalizada, dirigida a los adolescentes infractores, se encuentra estructurada en cuatro bloques, familiar, personal, psicosexual y el hecho delictivo en sí.
- Para el procesamiento de la información obtenida a través de los instrumentos aplicados se fijó el orden tomando en cuenta los objetivos planteados, de tal manera facilitar la investigación y llegar a los resultados esperados.
- Primero se procedió a la elaboración de la encuesta para determinar el ámbito familiar, personal psicosexual y el hecho delictivo.
- Después se procede a realizar el Cuestionario APGAR FAMILIAR, consta de 5 cuestiones, con tres posibles respuestas cada una, que se puntúan de 0 a 2. Su rango es por tanto de 0 a 10. Esta es una herramienta útil para detectar disfunción familiar. Se ha propuesto una puntuación > 6 como funcional y < 6 como disfuncional. En algunos casos; se valora de -0 a 2 como disfunción grave y de 3

a 6 como leve. No parecen influirse los resultados por el nivel cultural del entrevistado y se ha utilizado desde edades tan tempranas como los 10-11 años.

Al final según las respuestas recibidas por los estudiantes se las contabiliza y se las ubica según el nivel obtenido de acuerdo al test.

- Después se procede a realizar la entrevista al Psicólogo de la Institución, Psc. Richard Freire, para conocer acerca de los adolescentes que se encuentran en el Centro de Internamiento, con el propósito de indagar más al respecto de sus antecedentes familiares, principalmente en cuanto a indicadores ligados a maltrato infantil, abandono y negligencia. Esto se tomo de **Oliván Gonzalo, Gonzalo** Médico especialista en Pediatría y áreas específicas. Gobierno de Aragón- España y **Emilio Herrera-Basto, M.C., M. en Admón. Pub.** Instituto Nacional de Salud Pública. México.

La escala de Maltrato Ad Hoc, es el instrumento que se utiliza para categorizar las áreas de maltrato, las dimensiones y el puntaje acumulado en cada área. El instrumento se divide en las siguientes áreas:

- Área de Maltrato físico: La subescala está de 12 preguntas, divididas en dos dimensiones, la de evidencia física y la de evidencia psicológica, el máximo puntaje corresponde a 48 puntos, se ha categorizado de la siguiente manera: Ausencia o presencia mínima de maltrato: 13 a 21 puntos (De 28% a 46% acumulado), Presencia leve: 22 a 30 puntos (47% a 64% acumulado), Presencia

moderada: 31 a 39 puntos (65% a 82% acumulado) y Presencia alta: 40 a 48 puntos (83% a 100%).

- Área de Maltrato psicológico: La subescala está de 12 preguntas, divididas en dos dimensiones, la de evidencia física y la de evidencia psicológica, el máximo puntaje corresponde a 48 puntos, se ha categorizado de la siguiente manera: Ausencia o presencia mínima de maltrato: 13 a 21 puntos (De 28% a 46% acumulado), Presencia leve: 22 a 30 puntos (47% a 64% acumulado), Presencia moderada: 31 a 39 puntos (65% a 82% acumulado) y Presencia alta: 40 a 48 puntos (83% a 100%).
- Área de Abandono o negligencia: La subescala está de 10 preguntas, divididas en dos dimensiones, la de evidencia física y la de evidencia psicológica, el máximo puntaje corresponde a 48 puntos, se ha categorizado de la siguiente manera: Ausencia o presencia mínima de maltrato: 13 a 21 puntos (De 28% a 46% acumulado), Presencia leve: 22 a 30 puntos (47% a 64% acumulado), Presencia moderada: 31 a 39 puntos (65% a 82% acumulado) y Presencia alta: 40 a 48 puntos (83% a 100%).
- Área de Abuso sexual: La subescala está de 17 preguntas, divididas en dos dimensiones, la de evidencia física y la de evidencia psicológica, el máximo puntaje corresponde a 48 puntos, se ha categorizado de la siguiente manera: Ausencia o presencia mínima de maltrato: 13 a 21 puntos (De 28% a 46% acumulado), Presencia leve: 22 a 30 puntos (47% a 64% acumulado), Presencia

moderada: 31 a 39 puntos (65% a 82% acumulado) y Presencia alta: 40 a 48 puntos (83% a 100%).

2.12. ENFOQUE:

➤ Cual – cuantitativo

Esta investigación utiliza un enfoque cuanti-cualitativo; cuantitativo, se utiliza la recolección y el análisis de datos para contestar preguntas de investigación y probar hipótesis establecidas previamente a través de la medición numérica, el conteo y el uso de la estadística, para así establecer con exactitud los patrones de comportamiento de una población. Paralelamente es cualitativo, pues se basa en descripciones y observaciones; los dos usan fases similares y relacionadas entre sí, como la observación y evaluación de fenómenos, el establecimiento de ideas como resultado de la investigación, las pruebas que demuestren el fundamento de la investigación, la revisión de ideas con base en la investigación, todo esto, con soporte del Marco Teórico.

2.13. POBLACION:

La población estará constituida por 8 adolescentes infractores (12-18 años) en el periodo 2011 que se encuentran privados de la libertad, x el delito de agresión sexual, en el Centro de Internamiento para menores Infractores (CAI), en la ciudad de Ambato, por el delito de abuso sexual.

2.14. MUESTRA:

Debido a que la muestra se emplea en investigaciones con una población superior a los 200 examinados, en este caso es innecesaria, ya que la población o universo es fácilmente abarcable.

2.15. MODALIDAD:

- **Investigación bibliográfica:** La investigación es bibliográfica, debido a que se obtiene información a través de la búsqueda de datos contenidos en documentos y como es evidente, recurre a la investigación bibliográfica y un conjunto de técnicas y estrategias que permite localizar, identificar y acceder a aquellos documentos que contienen la información pertinente para la investigación.

- **Investigación de campo:** La presente investigación emplea la modalidad de campo, pues se presenta mediante la manipulación de una variable externa no comprobada, y se trata de crear condiciones rigurosamente controladas, con el fin de describir de qué modo o por qué causas se produce una situación o acontecimiento particular, en este caso el abuso sexual.

2.16. NIVEL O TIPO DE LA INVESTIGACION:

Asociación de variables: La investigación se la llevara a nivel de variables porque permite estructurar predicciones a través de la medición de la relación entre variables, en nuestro caso el maltrato intrafamiliar y la conducta sexualmente agresiva.

Además se puede medir el grado de relación entre variables y a partir de ello, determinar tendencias o modelos de comportamiento mayoritario, aunque en nuestro caso la población de estudio sea más bien pequeña.

Cuadro 2, 1: Cuadro referencial acerca del test y encuestas:

Instrumento	Características	Medición
Entrevista personalizada.	17 preguntas relacionadas con los aspectos familiares, personales, psicosexuales y el hecho delictivo.	Explorar las experiencias que rodearon el cometimiento del delito sexual infringido por los adolescentes examinados.
Cuestionario APGAR FAMILIAR.	5 preguntas con tres posibles respuestas cada una, casi nunca, a veces, casi siempre.	Nivel de disfuncionalidad familiar.
Indicadores de Maltrato.	4 Cuadros con preguntas cerradas; (nunca, ocasionalmente, frecuentemente y siempre) en lo que se refiere a maltrato físico, psicológico, abandono o negligencia y abuso sexual.	Tipo de maltrato sufrido por los adolescentes en su niñez.

Fuente: Investigación.

Elaborado por: Riofrio, Verónica.

CAPITULO III

1. RESULTADOS.

FAMILIA:

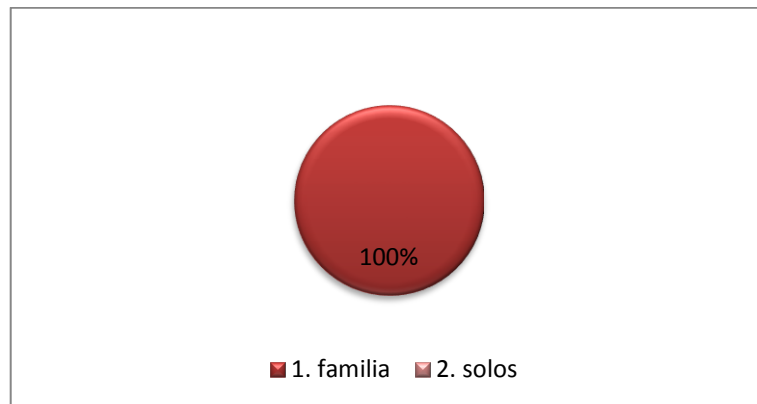
Cuadro 3.2: Estructura de la familia.

VARIABLES	FRECUENCIA	PORCENTAJE.
Familia	8	100%
Solos	0	0%
Total:	8	100%

Fuente: Investigación.

Elaborado por: Riofrio, Verónica.

Grafico3.2.



Fuente: Investigación.

Elaborado por: Riofrio, Verónica.

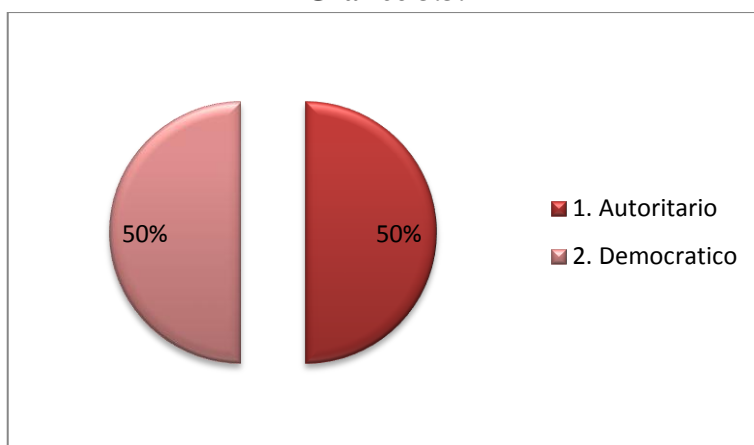
Análisis e interpretación: Podemos observar que el 100% de los adolescentes refiere haber vivido con su familia nuclear, lo que significaría que la desorganización familiar no genera agresores sexuales, ya que todos dicen poseer familias organizadas.

Cuadro 3.3: Tipo de autoridad que se maneja en su familia ¿Cómo se imparten las órdenes en tu hogar.

VARIABLES	FRECUENCIA	PORCENTAJE.
Autoritaria	4	50%
Democrática	4	50%
Permisiva	0	0%
Total:	8	100%

Fuente: Investigación.
Elaborado por: Riofrio, Verónica.

Grafico 3.3.



Fuente: Investigación.
Elaborado por: Riofrio, Verónica.

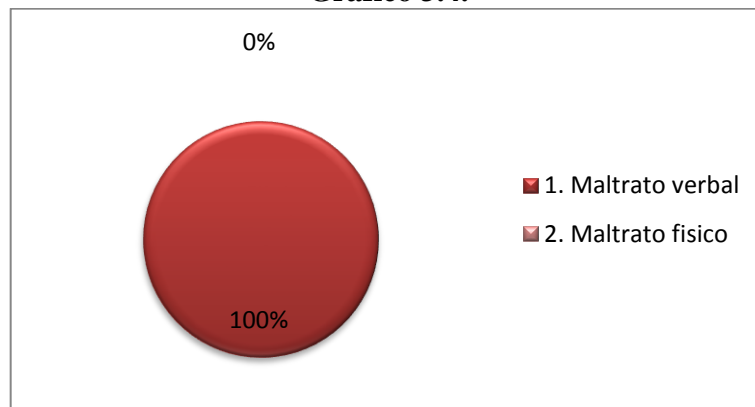
Análisis e interpretación: En el cuadro, se muestra que no hay hogares permisivos 0%, el 50% viene de hogares autoritarios, y el 50% de hogares democráticos, la paridad de estilos de autoridad en las familias, hace difícil establecer que ésta sea un factor directamente proporcional en la etiología de la conducta sexualmente agresiva de la población investigada.

Cuadro 3.4: Disfuncionalidad en tu familia ¿Qué hacen tus padres frente a las conductas que consideran malas?

VARIABLES	FRECUENCIA	PORCENTAJE.
Maltrato verbal	8	100%
Maltrato físico	0	0%
Total:	8	100%

Fuente: Investigación.
Elaborado por: Riofrio, Verónica.

Grafico 3.4.



Fuente: Investigación.
Elaborado por: Riofrio, Verónica.

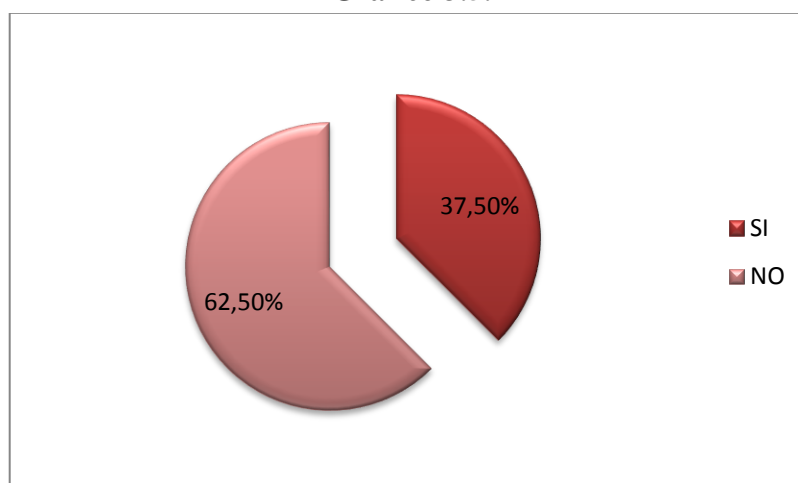
Análisis e interpretación: Se observa que el 100% de los adolescentes refiere que recibía maltrato psicológico de parte de sus padres, lo que significa que aunque este tipo de maltrato sea relativamente sutil es considerablemente perjudicial en la formación del individuo y engendra violencia en él; paralelamente los adolescentes, señalan no haber recibido maltrato físico cuando ellos incurrían en una falta, sin embargo cuando esta respuesta es contrastada con los indicadores de maltrato físico, se evidencia que esta sesgada, probablemente debido a que los adolescentes guardan sigilo en la entrevista por miedo a que existan represalias.

Cuadro 3, 5: Consumo de droga de la familia ¿Alguien de tu familia ingiere alcohol, o drogas?

VARIABLES	FRECUENCIA	PORCENTAJE.
SI	3	37.50%
NO	5	62.5%
Quien	Padre	
Total:	8	100%

Fuente: Investigación.
Elaborado por: Riofrio, Verónica.

Grafico 3.5.



Fuente: Investigación.
Elaborado por: Riofrio, Verónica.

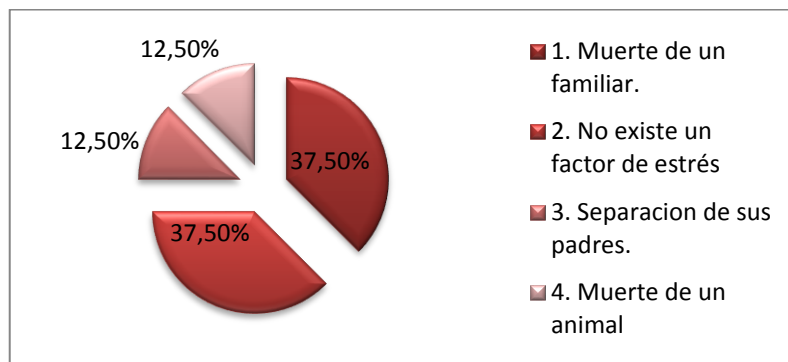
Análisis e interpretación: En este cuadro se observa, que el 37.5% de los adolescentes tuvieron un familiar que ingería alcohol o drogas (concretamente el padre), mientras que el 62.5% de los adolescentes refieren que sus familiares no lo hacían; sabemos que el consumo de sustancias es un indicador inequívoco de maltrato intrafamiliar, lo que evidencia la posibilidad del mismo, así como la disfuncionalidad de la familia.

Cuadro 3.6: Factor de estrés específico ¿Tuviste algún suceso traumático en tu vida, que te haya dolido o impactado? (muerte de un familiar, divorcio de los padres, etc.)

VARIABLES	FRECUENCIA	PORCENTAJE.
Separación de los padres	1	12.50%
Muerte de un familiar	3	37.50%
Muerte mascota	1	12.5%
Ninguno	3	37.50%
Total:	8	100%

Fuente: Investigación.
Elaborado por: Riofrio, Verónica.

Grafico 3.6.



Fuente: Investigación.
Elaborado por: Riofrio, Verónica.

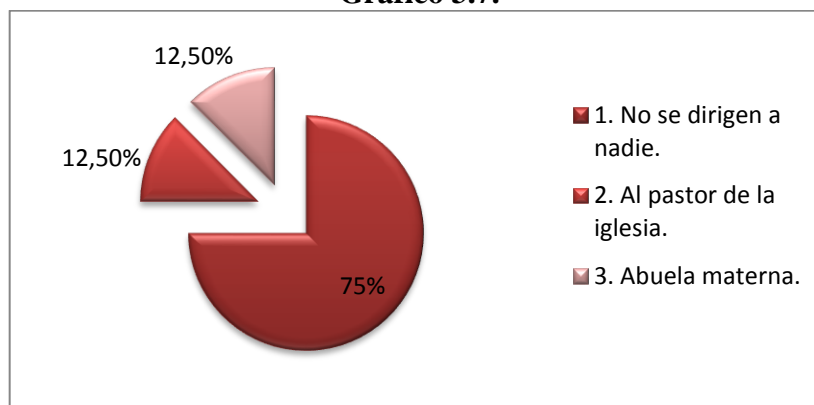
Análisis e interpretación: Como podemos observar el 62.5% de los adolescentes refieren que tuvieron un factor de estrés específico, mientras que el 37.5% refieren que no han tenido un factor de estrés específico, lo que implica que dicho elemento podría servir como factor desencadenante en la etiología de la agresividad sexual, pues tiende a generar frustración y la frustración desemboca usualmente en agresividad, sobre todo en la adolescencia.

Cuadro 3.7: Aislamiento social ¿Cuándo tienen problemas en su casa, a quién recurren en busca de ayuda?

VARIABLES	FRECUENCIA	PORCENTAJE.
A nadie	6	75%
A una persona en especial.	2	25%
Total:	8	100%

Fuente: Investigación.
Elaborado por: Riofrio, Verónica.

Grafico 3.7.



Fuente: Investigación.
Elaborado por: Riofrio, Verónica.

Análisis e interpretación: Se observa que el 75% de los adolescentes refieren que tuvieron aislamiento social, es decir que cuando había conflictos en sus hogares, no se dirigían a alguien para que los pueda ayudar, sino que ellos mismos intentaban manejar la situación, entonces, además de no contar con asesoría, una gran mayoría, no tenía tampoco ningún mecanismo de control externo, lo que se considera indefectiblemente un indicador de maltrato intrafamiliar. Una menor proporción, el 25% refiere que se dirigían a otras personas, buscando ayuda. Este factor tiene evidentemente un profundo impacto en las agresiones cometidas por los examinados.

PERSONAL:

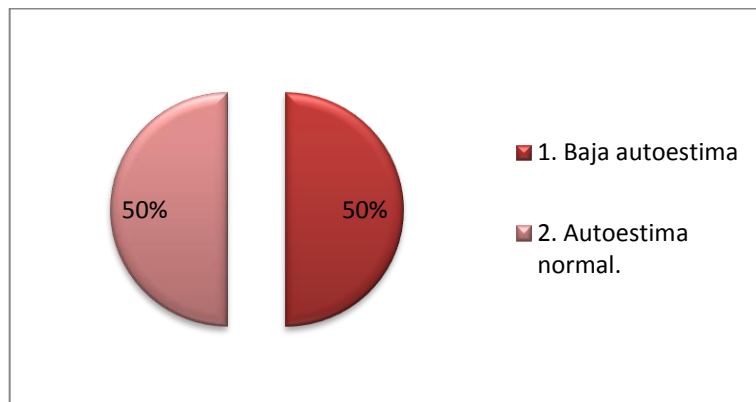
Cuadro 3.8: Autoconcepto ¿Cómo te ves a ti mismo? ¿Qué piensas de ti?

VARIABLES	FRECUENCIA	PORCENTAJE.
Alta	4	50%
Baja	4	50%
Pseudoautoestima	0	0%
Total:	8	100%

Fuente: Investigación.

Elaborado por: Riofrio, Verónica.

Grafico 3.8.



Fuente: Investigación.

Elaborado por: Riofrio, Verónica.

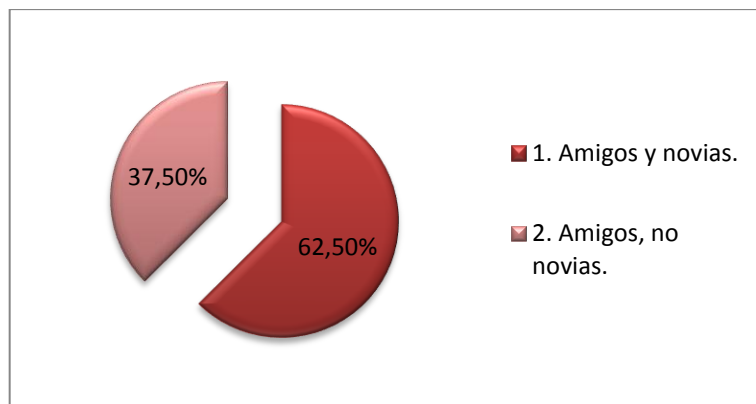
Análisis e interpretación: Se observa que el 50% de los adolescentes no evidencian autovaloración de su ser, es decir tienen baja autoestima, la baja autoestima se construye en condiciones familiares y eventualmente sociales, genera frustración en el individuo y es un factor determinante en la mayoría de conductas violentas reactivas.

Cuadro 3.9: Habilidades sociales ¿Tienes amigos? ¿Tienes novia?

	AMIGOS	NOVIA.
1.	X	X
2.	X	X
3.	X	X
4.	X	X
5.	X	
6.	X	X
7.	X	X
8.	X	
TOTAL:	8	6

Fuente: Investigación.
Elaborado por: Riofrio, Verónica.

Grafico 3.9



Fuente: Investigación.
Elaborado por: Riofrio, Verónica.

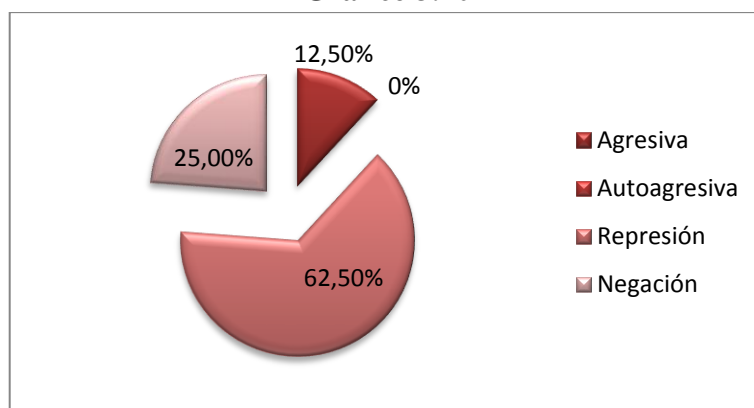
Análisis e interpretación: Según refieren los adolescentes, el 62.5% refiere tener una vida social activa, es decir se relaciona con amigos/as, enamoradas, recordemos que la mayoría de agresiones sexuales no se cometen por agresores primarios o pedófilos, que tienen como único interés el contacto sexual con niños; la mayoría de agresiones sexuales se cometen por agresores secundarios o situacionales, que tienen una vida social normal y que cometen el abuso, bajo circunstancias específicas; esto nos lleva a pensar que nuestros examinados corresponden a este segundo grupo.

Cuadro 3.10: Manejo de estrés ¿Cuándo te sientes frustrado, cómo lo manejas?

VARIABLES	FRECUENCIA	PORCENTAJE.
Agresiva	1	12.50%
Autoagresiva	0	0%
Represión	5	62.50
Negación	2	25%
Total:	8	100%

Fuente: Investigación.
Elaborado por: Riofrio, Verónica.

Grafico 3.10



Fuente: Investigación.
Elaborado por: Riofrio, Verónica.

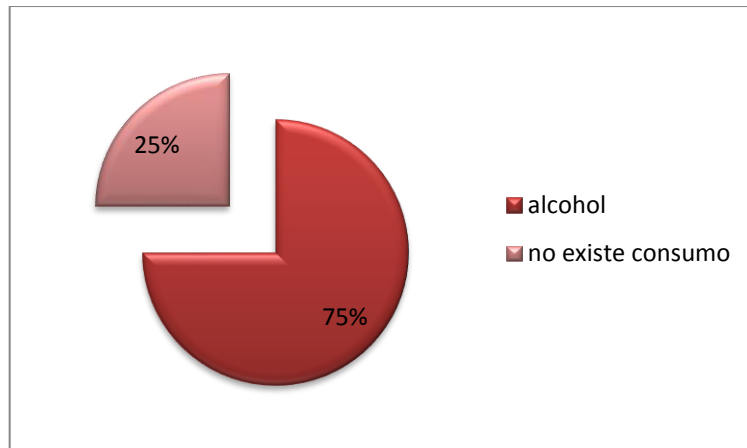
Análisis e interpretación: Se observa que el 87.5% de los adolescentes refiere que manejan su frustración a través de la represión, lo que ocasiona la acumulación del dolor y la frustración y es potencialmente peligrosa a largo plazo, mientras que el 12.5% refieren que desfogon su frustración con golpes y agresiones verbales.

Cuadro 3.11: Consumo de sustancias ¿Consumes alcohol, tabaco o drogas?

	ALCOHOL	TABACO	DROGAS
1.	X	-	-
2.	X	-	-
3.	X	-	-
4.	X	-	-
5.	-	X	-
6.	X	-	-
7.	-	-	-
8.	X	X	-
TOTAL:	6	2	0

Fuente: Investigación.
Elaborado por: Riofrio, Verónica.

Grafico 3.11



Fuente: Investigación.
Elaborado por: Riofrio, Verónica.

Análisis e interpretación: Como podemos observar, la mayoría de los examinados, el 75% de los adolescentes, refiere consumir alcohol a una edad que se estima normativamente precoz, mientras que el 25% refieren no haber consumido ningún tipo de sustancias, lo que determina que el consumo de alcohol influye poderosamente para que los adolescentes sean sexualmente agresivos, pues permite menores niveles de conciencia y consecuentemente, mayor impulsividad.

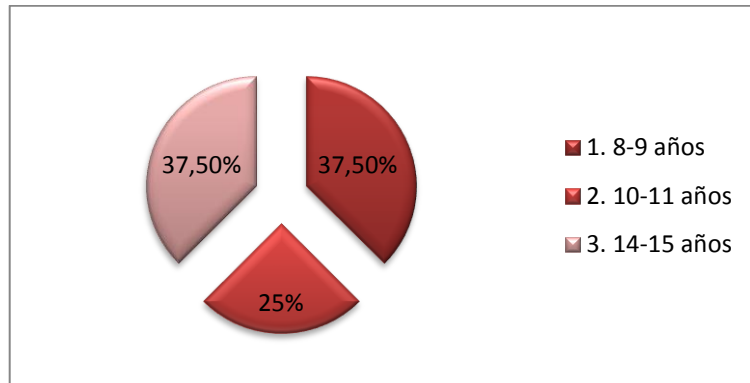
PSICOSEXUALES:

Cuadro 3.12: Necesidad de contacto sexual ¿A qué edad empezaste a sentir necesidad manifiesta de contacto sexual?

VARIABLES	FRECUENCIA	PORCENTAJE.
8-9 años	2	25%
10-11 años	3	37.5%
12-13 años	0	0%
14-15 años	3	37.50%
Total:	8	100%

Fuente: Investigación.
Elaborado por: Riofrio, Verónica.

Grafico 3.12



Fuente: Investigación.
Elaborado por: Riofrio, Verónica.

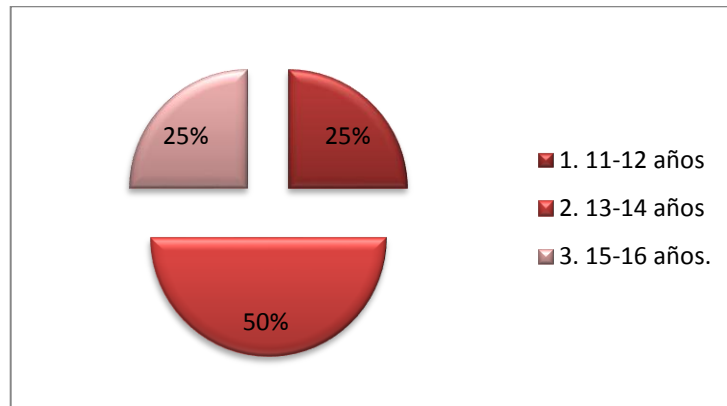
Análisis e interpretación: El grupo presenta precocidad sexual, pues el 62.5% manifiesta haber experimentado permanentes fantasías de contacto sexual real, entre los 8 y 11 años de edad, etapa usualmente considerada como de latencia (suspensión del deseo sexual), lo que determina que existe un deseo sexual manifiesto antes de la pubertad. El 37,5% refieren empezar a fantasear con la proximidad sexual al sexo opuesto a los 14-15 años, lo que se considera normativo. Las cifras anteriormente señaladas, revelan que la precocidad sexual podría ser un factor considerablemente relevante en los actos de agresividad sexual cometidos por los adolescentes.

Cuadro 3.13: Actividades masturbatorias ¿A qué edad empezaste a masturbarte?

VARIABLES	FRECUENCIA	PORCENTAJE.
11-12 años	2	25%
13-14 años	2	25%
15-16 años	4	50%
Total:	8	100%

Fuente: Investigación.
Elaborado por: Riofrio, Verónica.

Grafico 3.13



Fuente: Investigación.
Elaborado por: Riofrio, Verónica.

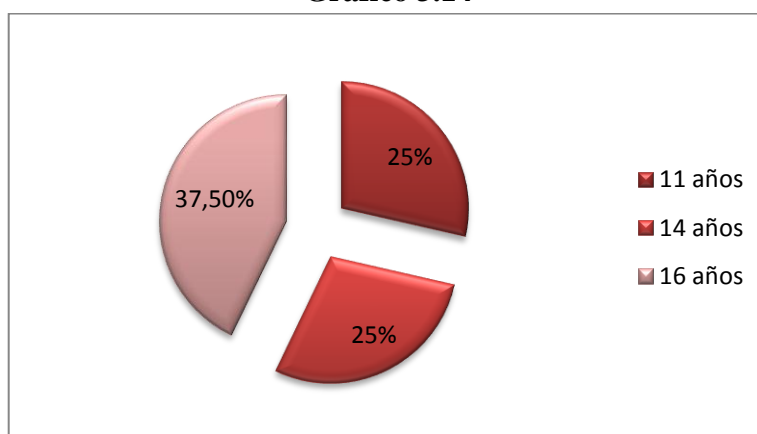
Análisis e interpretación: El inicio de actividades masturbatorias, corresponde a un 25% dentro de la edad de 11-12 años, un 25% entre los 13-14 años y finalmente un 50% a los 15-16 años, todos los rangos mencionados, se consideran normales.

Cuadro 3.14: Inicio de actividad sexual ¿Cuándo tuviste tu primera relación sexual?, y
¿cuál fue tu percepción al respecto?

	Edad	Percepción
1.	11 años	Placentera
2.	11 años	Placentera
3.	14 años	Displacentera
4.	-	-
5.	14 años	Displacentera
6.	16 años	Placentera
7.	15 años	Displacentera
8.	16 años	Placentera

Fuente: Investigación.
Elaborado por: Riofrio, Verónica.

Grafico 3.14



Fuente: Investigación.
Elaborado por: Riofrio, Verónica.

Análisis e interpretación: Se observa que el 50% de la población inicia su actividad sexual antes de los 15 años, la cual se considera la edad estadísticamente normativa, lo que implica que indefectiblemente la población estudiada, presenta un nivel de precocidad en su comportamiento sexual. La percepción al respecto de de la misma estuvo condicionada por la persona con quien se mantuvo el acto sexual, dado que algunos encuentros fueron mercenarios (sexo con una trabajadora sexual), y un caso en particular menciono que nunca tuvo relaciones sexuales con nadie.

HECHO:

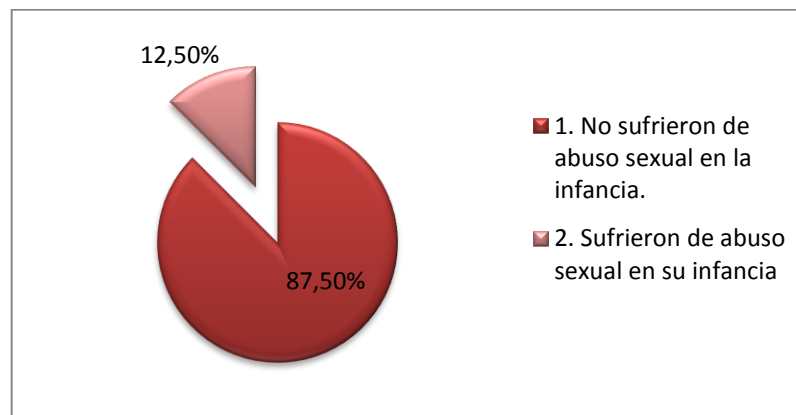
Cuadro 3.15: Antecedentes de abuso sexual sufrido ¿Sufriste abuso sexual durante la infancia? si fue así ¿quién fue el agresor?

VARIABLES	FRECUENCIA	PORCENTAJE.		
SI	1	12.50%	Agresor:	Un amigo
NO	7	87.50%		
Total	8			

Fuente: Investigación.

Elaborado por: Riofrio, Verónica.

Grafico 3.15



Fuente: Investigación.

Elaborado por: Riofrio, Verónica.

Análisis e interpretación: Se observa que el 87.5% de los adolescentes refiere no haber sufrido de abuso sexual en su infancia, mientras que solamente uno, el 12.5% refiere haber sido abusados sexualmente, lo que implicaría que el abuso sexual sufrido a temprana edad no es la causa directa para que los adolescentes se conviertan en agresores sexuales, eso concuerda con estadísticas mundiales, que señalan que solo tres de cada diez agresores sexuales, han sufrido a su vez agresiones sexuales.

Cuadro 3.16: Percepción del abuso sexual sufrido, ¿Cómo vivió el evento?

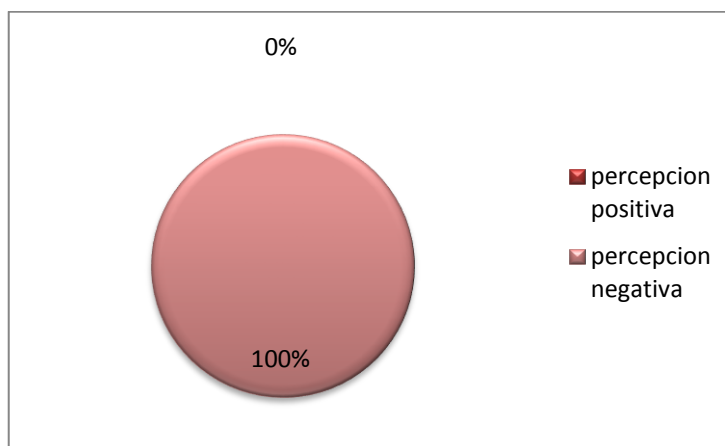
	Percepción positiva	Percepción negativa
1.		
2.		
3.		
4.		X
5.		
6.		
7.		
8.		
TOTAL:	0	1

Fuente: Investigación.

Elaborado por: Riofrio, Verónica.

***Solo un adolescente sufrió abuso sexual.**

Grafico 3.16



Fuente: Investigación.

Elaborado por: Riofrio, Verónica.

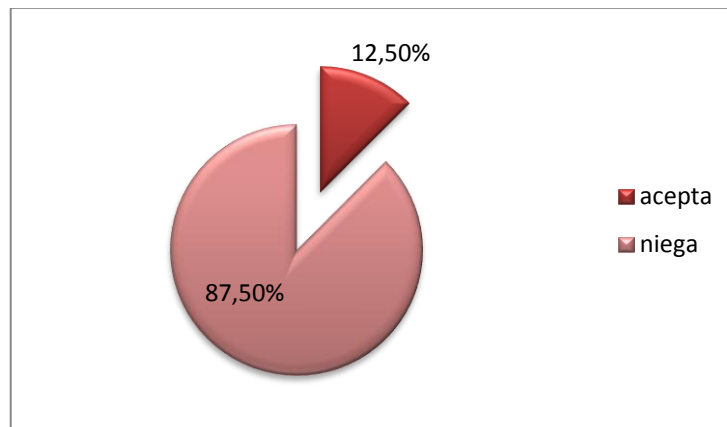
Análisis e interpretación: Esta pregunta es la continuación de la anterior es decir, solo la respondió un adolescente, por ser el único dice haber sufrido abuso sexual, su percepción, como es evidente, fue negativa a este respecto: sentimientos de minusvalía, sentimientos de culpa, distorsión del papel de la sexualidad.

Cuadro 3.17: Antecedentes de abuso sexual cometido: ¿Acepta haber cometido el delito, niega haber cometido el delito?

	Acepta	Niega
1.		X
2.		X
3.		X
4.		X
5.		X
6.		X
7.	X	
8.		X

Fuente: Investigación.
Elaborado por: Riofrio, Verónica.

Grafico 3.17



Fuente: Investigación.
Elaborado por: Riofrio, Verónica.

Análisis e interpretación: Uno de los adolescentes investigados (12,5%), acepta haber abusado sexualmente de un familiar (prima) mientras estaba en estado de embriaguez. Por el contrario dos adolescentes (25%), dicen estar siendo acusados injustamente, como una forma de venganza contra ellos. Otros cuatro adolescentes (50%) refieren no cometido abuso sexual, manifiesta que, si bien tuvieron contacto sexual, dichos actos fueron consentidos, es decir de mutuo acuerdo. Finalmente uno de los adolescentes (12.5%).

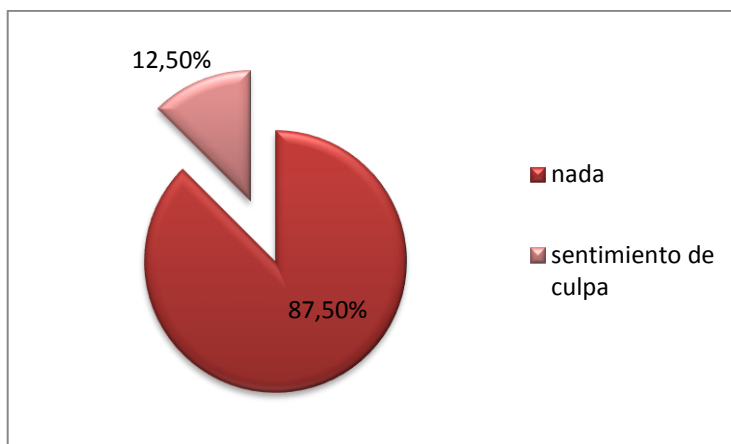
Cuadro 3.18: Percepción del abuso sexual cometido ¿Qué piensas de lo que hiciste?

	Nada	Sentimiento de culpa
1.	X	
2.	X	
3.	X	
4.	X	
5.	X	
6.	X	
7.	X	
8.		X
TOTAL:	7	1

Fuente: Investigación.

Elaborado por: Riofrio, Verónica.

Grafico 3.18



Fuente: Investigación.

Elaborado por: Riofrio, Verónica.

Análisis e interpretación: El 87.5% de los adolescentes refieren no experimentar ningún sentimiento de culpa, pues asegura ser inocente del delito que se les imputa. Solamente uno de los examinados, correspondiente al 12.5% de la población, admitió haber abusado sexualmente y manifiesta que fue el peor error de su vida.

RESULTADOS DE LA ESCALA DE MALTRATO.

➤ ÁREA DE MALTRATO FÍSICO (Subescala 1)

Cuadro 3.19: Evidencia total acumulada.

Caso	Puntaje Total	Porcentaje alcanzado
1	23	48%
2	22	46%
3	18	38%
4	27	56%
5	26	54%
6	21	44%
7	20	42%
8	21	44%

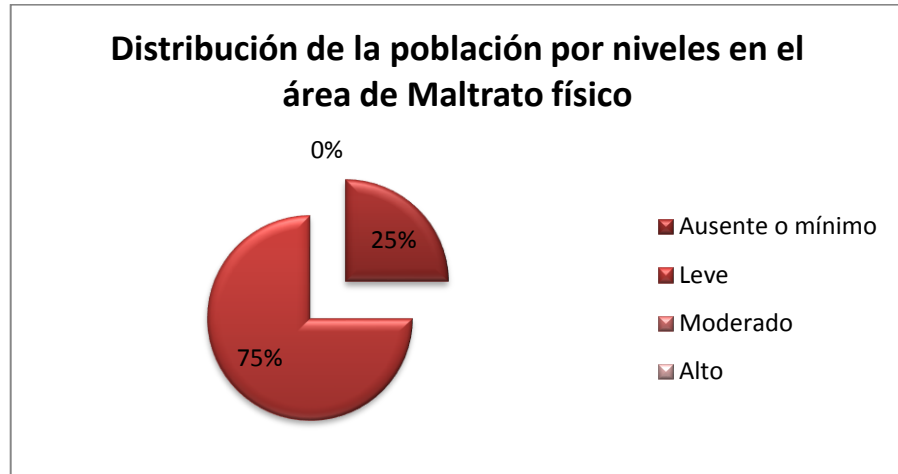
Fuente: Investigación.
Elaborado por: Riofrio, Verónica.

Cuadro 3.20: Distribución total por niveles.

Distribución	Participantes	Distribución	Interpretación
28% y 46%	2	25%	Ausente o mínimo
47% y 64%	6	75%	Leve
65% y 82%	0	0%	Moderado
83% y 100%	0	0%	Alto
Total	8	100%	

Fuente: Investigación.
Elaborado por: Riofrio, Verónica.

Grafico 3.19



Fuente: Investigación.
Elaborado por: Riofrio, Verónica.

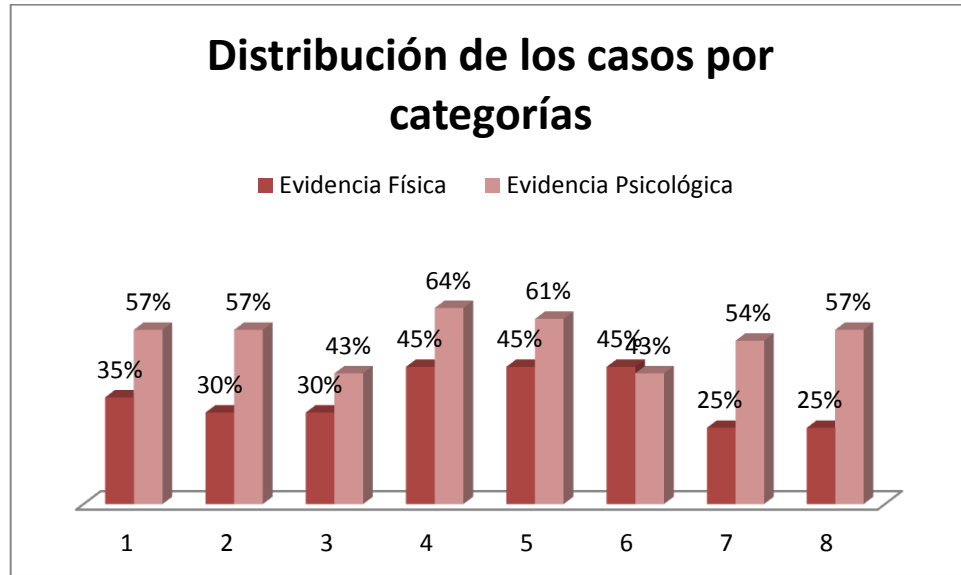
Análisis e Interpretación: Como se observa en la gráfica N° 18, el 75% de la población que fue evaluada en el área de Maltrato Físico acumuló un nivel total de maltrato leve, mientras que el 25% presenta ausencia de maltrato o presencia mínima del mismo. Se interpreta que la variable en estudio no está presente de manera presente en los factores causales de manera permanente.

Cuadro 3.21: Distribución de los casos por categorías.

Caso	Puntaje Evidencia Física	Puntaje Evidencia Psicológica	Evidencia Física	Evidencia Psicológica
1	7	16	35%	57%
2	6	16	30%	57%
3	6	12	30%	43%
4	9	18	45%	64%
5	9	17	45%	61%
6	9	12	45%	43%
7	5	15	25%	54%
8	5	16	25%	57%

Fuente: Investigación.
Elaborado por: Riofrio, Verónica.

Grafico 3.20



Fuente: Investigación.
Elaborado por: Riofrio, Verónica.

Análisis e Interpretación: En el grafico se observa que en los adolescentes existe un predominio de evidencias psicológicas, más que físicas, esto puede provocar daños severos en su comportamiento, haciéndolo más agresivo con otras personas o consigo mismo.

➤ **ÁREA DE MALTRATO PSICOLÓGICO.**

Cuadro 3.22: Distribución de los totales acumulados por casos

Nº	Puntaje Total	Porcentaje alcanzado
1	18	45%
2	15	38%
3	16	40%
4	16	40%
5	17	43%
6	15	38%
7	13	33%
8	16	40%

Fuente: Investigación.

Elaborado por: Riofrio, Verónica.

Cuadro 3.23: Distribución de la población por niveles.

Distribución	Participantes	Distribución	Interpretación
28% y 46%	8	100%	Ausente o mínimo
47% y 64%	0	0%	Leve
65% y 82%	0	0%	Moderado
83% y 100%	0	0%	Alto
Total	8	100%	

Fuente: Investigación.

Elaborado por: Riofrio, Verónica.

Grafico 3.21



Fuente: Investigación.
Elaborado por: Riofrio, Verónica.

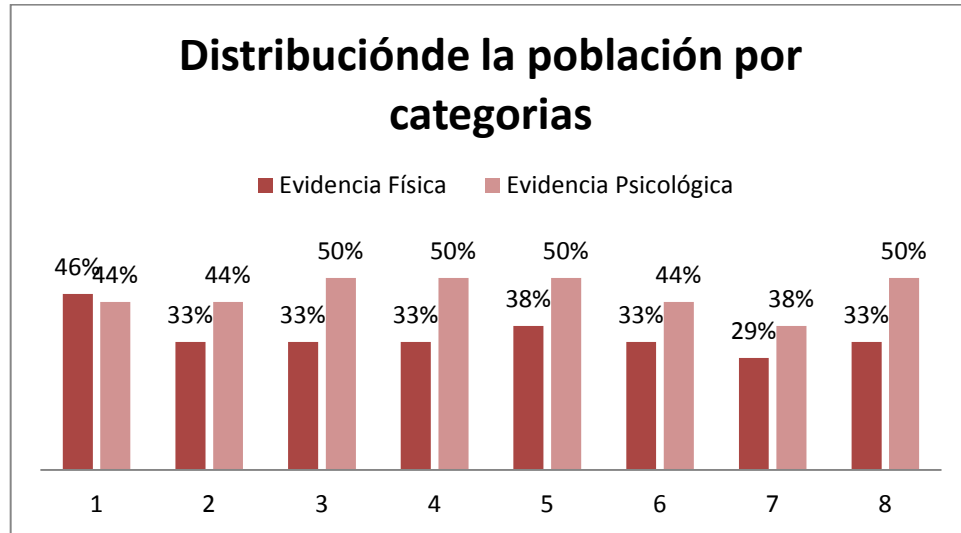
Análisis e interpretación: Como se observa en el gráfico en el 100% de los adolescentes existe una presencia leve de maltrato psicológico, como se mencionó anteriormente las secuelas del maltrato psicológico son más agudas que las del maltrato físico, estas pueden provocar cambios de comportamiento y personalidades agresivas o de la misma manera sumisas en el adolescente.

Cuadro 3.24: Distribución de la población por categorías.

Caso	Puntaje Evidencia Física	Puntaje Evidencia Psicológica	Evidencia Física	Evidencia Psicológica
1	11	7	46%	44%
2	8	7	33%	44%
3	8	8	33%	50%
4	8	8	33%	50%
5	9	8	38%	50%
6	8	7	33%	44%
7	7	6	29%	38%
8	8	8	33%	50%

Fuente: Investigación.
Elaborado por: Riofrio, Verónica.

Grafico 3.22



Fuente: Investigación.
Elaborado por: Riofrio, Verónica.

Análisis e interpretación: En el gráfico se observa que la evidencia de maltrato psicológico es relativamente igual a la del maltrato físico, la demostración de ambas se encuentran vigentes en el área de maltrato psicológico.

➤ **ÁREA DE ABUSO POR NEGLIGENCIA Y ABANDONO**

Cuadro 3.25: Distribución de los totales de la población por casos

Nº	Puntaje Total	Porcentaje alcanzado
1	22	55%
2	16	40%
3	18	45%
4	24	60%
5	22	55%
6	20	50%
7	24	60%
8	25	63%

Fuente: Investigación.

Elaborado por: Riofrio, Verónica.

Cuadro 3.23: Distribución de la población por niveles

Distribución	Participantes	Distribución	Interpretación
28% y 46%	2	25%	Ausente o mínimo
47% y 64%	6	75%	Leve
65% y 82%	0	0%	Moderado
83% y 100%	0	0%	Alto
Total	8	100%	

Fuente: Investigación.

Elaborado por: Riofrio, Verónica.

Grafico 3.23



Fuente: Investigación.
Elaborado por: Riofrio, Verónica.

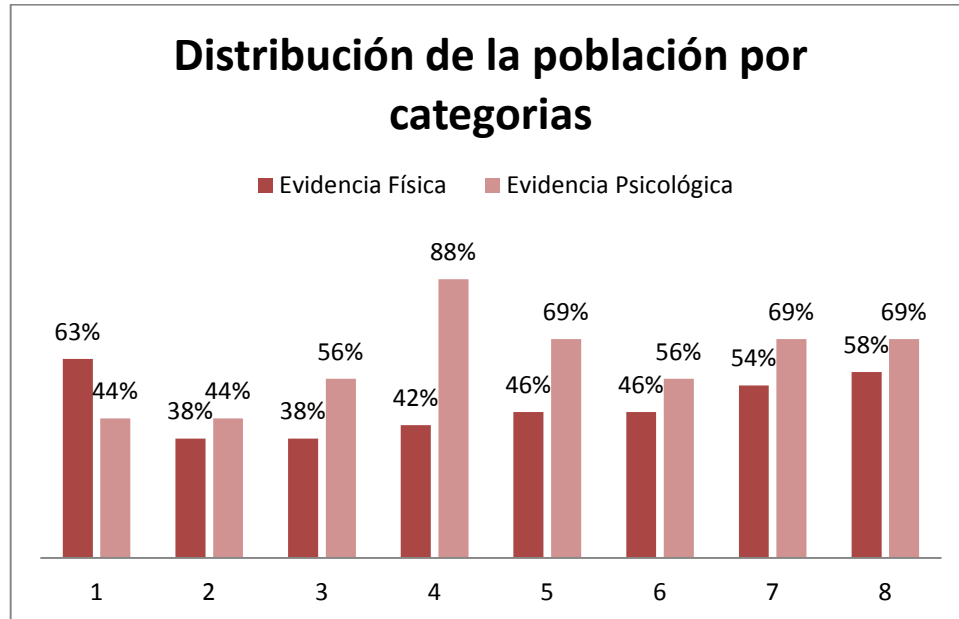
Análisis e interpretación: Se observa que existe una presencia leve de abandono y negligencia en los adolescentes es decir el 75%, mientras que el 25% refieren tener ausencia o presencia mínima de este maltrato. Se interpreta que la variable en estudio está presente en los factores causales de manera permanente, el abandono y negligencia influye para que el adolescente se convierta en agresor sexual.

Cuadro 3.27: Distribución de la población por categorías.

Caso	Puntaje Evidencia Física	Puntaje Evidencia Psicológica	Evidencia Física	Evidencia Psicológica
1	15	7	63%	44%
2	9	7	38%	44%
3	9	9	38%	56%
4	10	14	42%	88%
5	11	11	46%	69%
6	11	9	46%	56%
7	13	11	54%	69%
8	14	11	58%	69%

Fuente: Investigación.
Elaborado por: Riofrio, Verónica.

Grafico 3.24



Fuente: Investigación.
Elaborado por: Riofrio, Verónica.

Análisis e interpretación: Como se observa en el gráfico, la consecuencia del abandono o negligencia afecta más de manera psicológica que física a los adolescentes, se interpreta que esta área puede ser la causante para que el adolescente se convierta en agresor sexual.

➤ **ÁREA DE ABUSO SEXUAL**

Cuadro 3.28: Distribución de los totales de la población por caso.

Caso	Puntaje Total	Porcentaje alcanzado
1	22	37%
2	22	37%
3	21	35%
4	27	45%
5	20	33%
6	19	32%
7	21	35%
8	28	47%

Fuente: Investigación.

Elaborado por: Riofrio, Verónica.

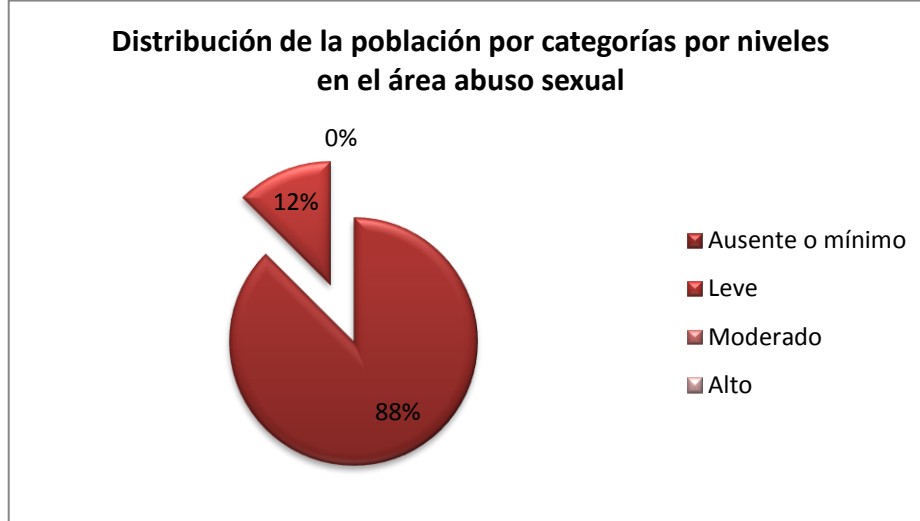
Cuadro 3.29: Distribución de la población por niveles.

Distribución	Participantes	Distribución	Interpretación
28% y 46%	7	88%	Ausente o mínimo
47% y 64%	1	12%	Leve
65% y 82%	0	0%	Moderado
83% y 100%	0	0%	Alto
Total	8	100%	

Fuente: Investigación.

Elaborado por: Riofrio, Verónica.

Grafico 3.25



Fuente: Investigación.
Elaborado por: Riofrio, Verónica.

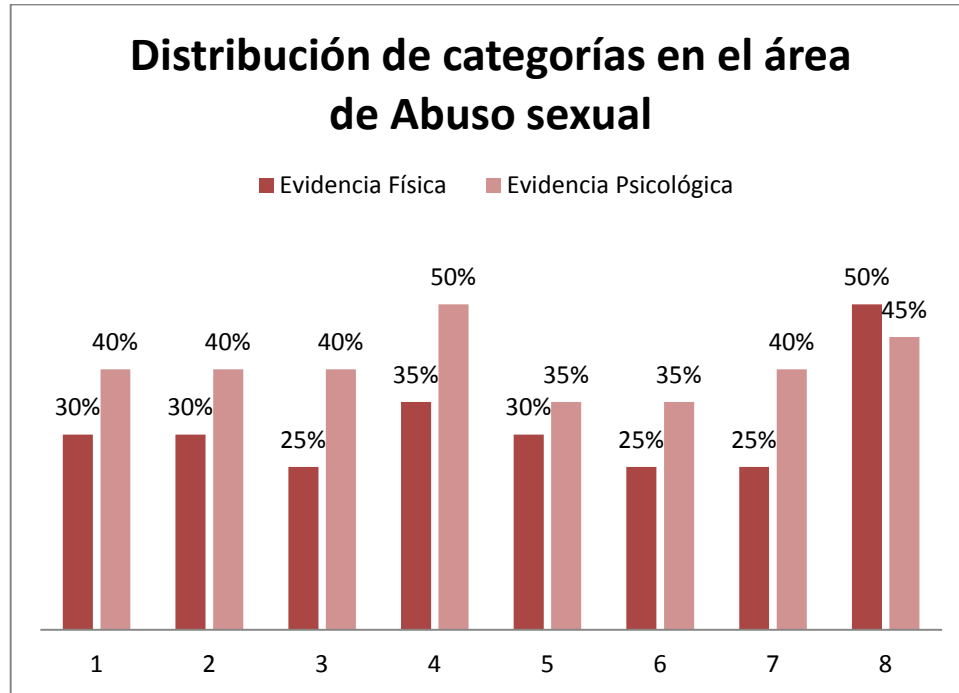
Análisis e interpretación: El 88% de los adolescentes refieren tener ausencia o presencia mínima de maltrato en lo que se refiere a abuso sexual infantil, mientras que el 12% refieren tener un nivel leve de este maltrato. Se interpreta que la variable en estudio no está presente en los factores causales del adolescente.

Cuadro 3.30: Distribución de categorías en el área de abuso sexual.

Caso	Puntaje Evidencia Física	Puntaje Evidencia Psicológica	Evidencia Física	Evidencia Psicológica
1	6	16	30%	40%
2	6	16	30%	40%
3	5	16	25%	40%
4	7	20	35%	50%
5	6	14	30%	35%
6	5	14	25%	35%
7	5	16	25%	40%
8	10	18	50%	45%

Fuente: Investigación.
Elaborado por: Riofrio, Verónica.

Grafico 3.26



Fuente: Investigación.
Elaborado por: Riofrio, Verónica.

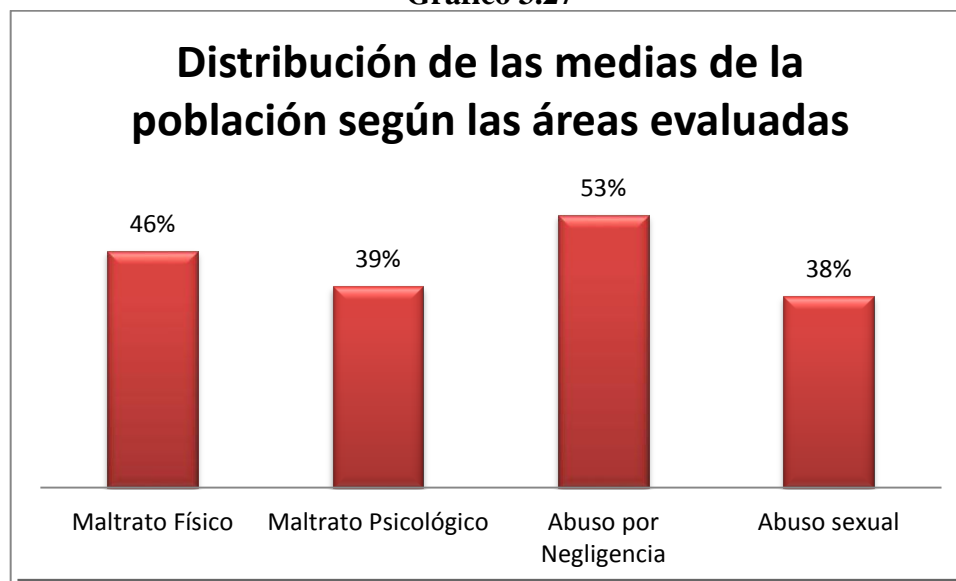
Análisis e interpretación: En cuanto a abuso sexual se observa que de igual manera prevalecen las evidencias psicológicas más que las físicas, es decir en los 4 cuadros de escala de maltrato se observa que existe una fuerte incidencia de maltrato psicológico, lo que perjudica a los adolescentes tanto en el comportamiento como en la personalidad, para que estos se conviertan en agresores sexuales.

Cuadro 3.31: PUNTAJES DE LAS MEDIAS DE LA POBLACIÓN POR ÁREAS EVALUADAS

Áreas evaluadas	Media total	Porcentaje
Maltrato Físico	22,3	46%
Maltrato Psicológico	15,8	39%
Abuso por Negligencia	21,4	53%
Abuso sexual	22,5	38%

Fuente: Investigación.
Elaborado por: Riofrio, Verónica.

Grafico 3.27



Fuente: Investigación.
Elaborado por: Riofrio, Verónica.

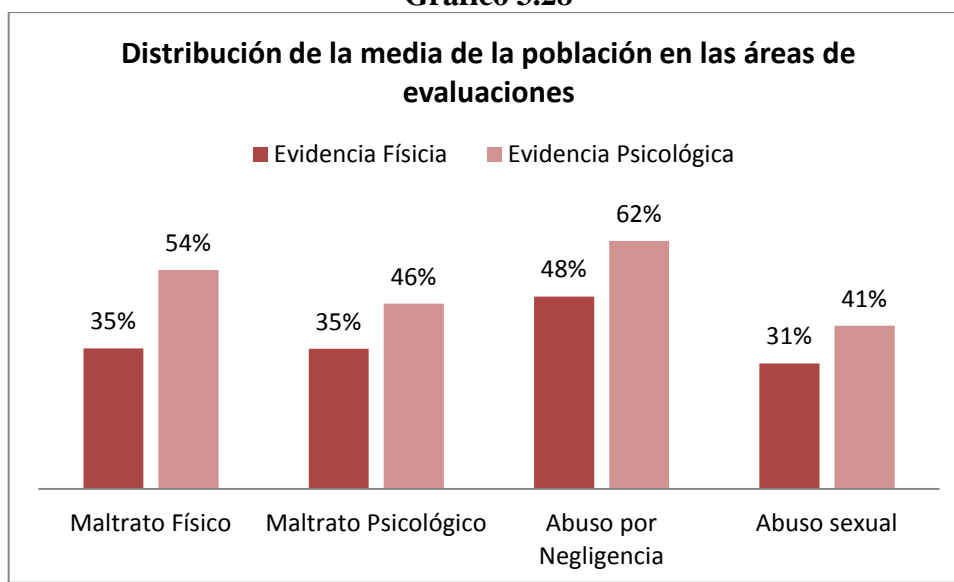
Análisis e interpretación: Como se observa en el grafico de los totales, existe un 46% de maltrato físico, un 39% de maltrato psicológico, un 53% por abandono o negligencia y un 38% por abuso sexual en los adolescentes entrevistados, lo que determina que la incidencia principal en los adolescentes para que se conviertan en agresores sexuales es el abandono o negligencia y de la misma manera el maltrato psicológico perpetuado por sus padres.

Cuadro 3.32: PUNTAJES DE LAS MEDIAS DE LA POBLACIÓN POR ÁREAS EVALUADAS Y POR CATEGORIAS

Áreas de evaluación	Media evidencia Física	Media evidencia psicológica	Evidencia Física	Evidencia Psicológica
Maltrato Físico	7,0	15,3	35%	54%
Maltrato Psicológico	8,4	7,4	35%	46%
Abuso por Negligencia	11,5	9,9	48%	62%
Abuso sexual	6,3	16,3	31%	41%

Fuente: Investigación.
Elaborado por: Riofrio, Verónica.

Gráfico 3.28



Fuente: Investigación.
Elaborado por: Riofrio, Verónica.

Análisis e interpretación: De la misma manera se observa como en los gráficos anteriores que existe un predominio de maltrato psicológico, más que físico en todas las categorías de maltrato, tanto en abuso sexual, abandono o negligencia, maltrato infantil y maltrato psicológico, lo que determina que el maltrato psicológico puede incidir para que los adolescentes se conviertan en agresores sexuales.

RESULTADOS DEL TEST DE APGAR:

Cuadro 3.33: Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema.

	A	B	C
	Casi nunca.	A veces.	Casi siempre.
1.	0%	0%	100%

Fuente: Investigación.
Elaborado por: Riofrio, Verónica.

Grafico 3.29



Fuente: Investigación.
Elaborado por: Riofrio, Verónica.

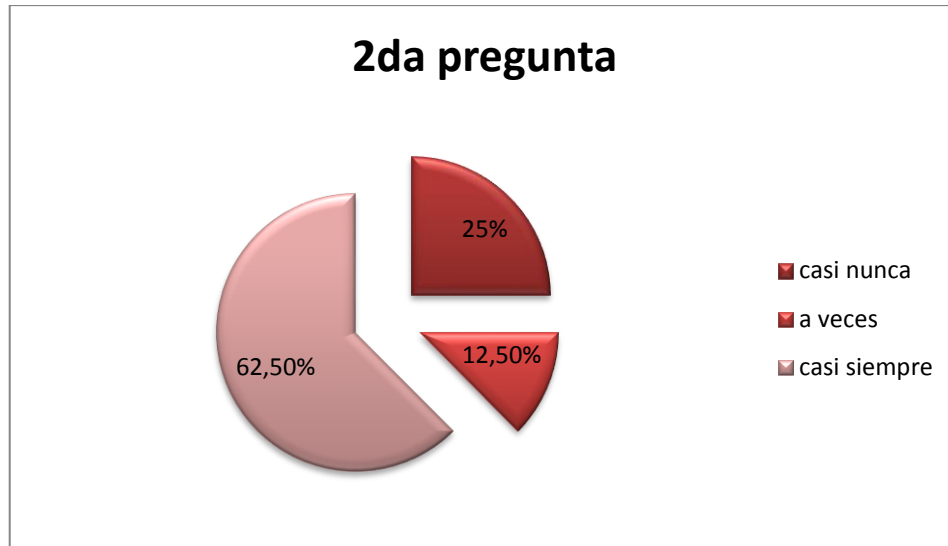
Análisis e interpretación: Como podemos observar el 100% de los adolescentes refiere que están satisfechos con la ayuda que reciben en su hogar, de sus padres y hermanos cuando tienen algún problema o dificultad, datos que contradicen información previamente recolectada y que, como se explicó responden a criterios de conveniencia para ellos.

Cuadro 3.34: Conversan entre ustedes los problemas que tienen en casa

	A	B	C
	Casi nunca.	A veces.	Casi siempre.
2.	25%	12.5%	62.5%

Fuente: Investigación.
Elaborado por: Riofrio, Verónica.

Grafico 3.30



Fuente: Investigación.
Elaborado por: Riofrio, Verónica.

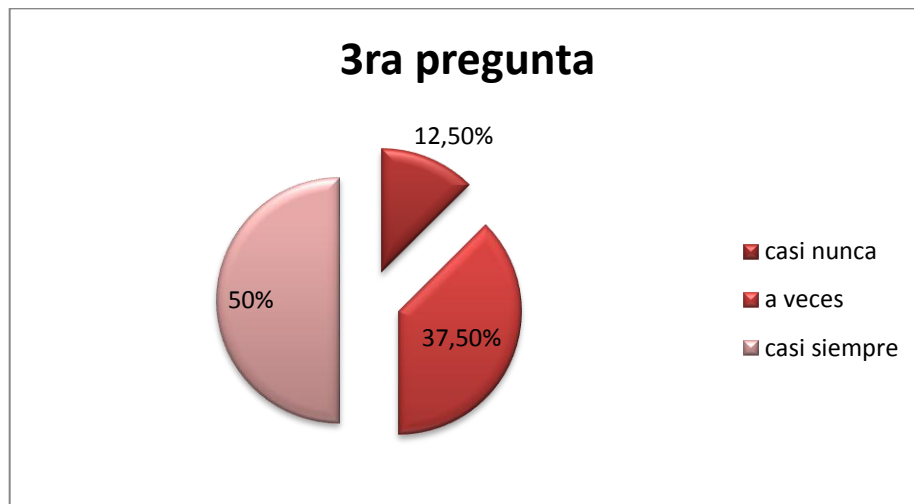
Análisis e interpretación: En esta pregunta se revela que hay división de respuestas, el 62.50% refieren que cuando tienen problemas o dificultades conversan en casa acerca de ello, mientras que el 12.50% refiere conversar a veces, es decir no tienen tan buena relación intrafamiliar, el 25% de los adolescentes refiere que no conversan de sus problemas casi nunca, es decir presentan aislamiento en su hogar, esto influye para que recurran a pandillas, o amigos en la calle y les den mala orientación respecto a sus problemas.

Cuadro 3.35: Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa.

	A	B	C
	Casi nunca.	A veces.	Casi siempre.
3.	12.5%	37.5%	50%

Fuente: Investigación.
Elaborado por: Riofrio, Verónica.

Grafico 3.31



Fuente: Investigación.
Elaborado por: Riofrio, Verónica.

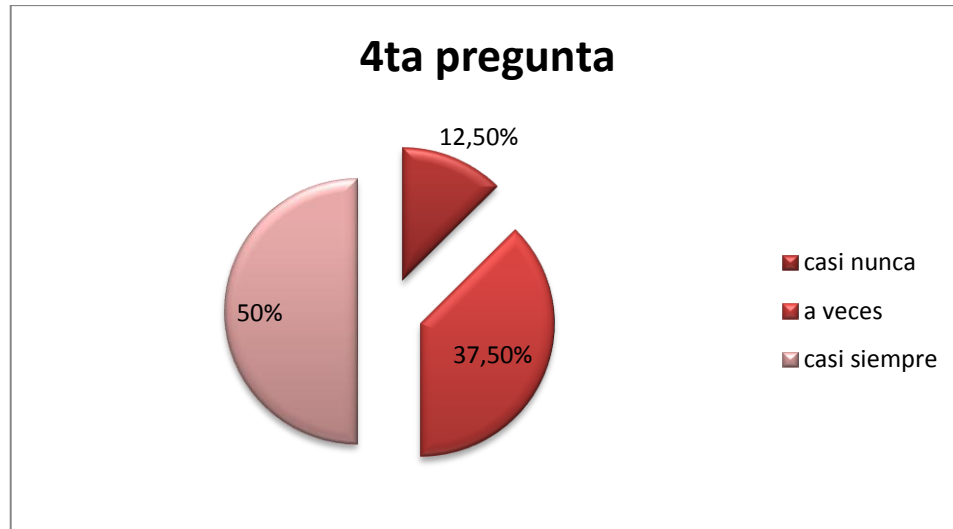
Análisis e interpretación: Al igual que la pregunta anterior existe una división de respuestas de los adolescentes, el 50% refiere que casi siempre las decisiones se toman en conjunto en su casa, mientras que el 37.5% refiere que esto sucede eventualmente, finalmente el 12.5% refiere que casi nunca se toman decisiones en conjunto en su casa, es decir tienen una familia autoritaria, mas no democrática, lo que confirma información previamente recolectada.

Cuadro 3.36: Está satisfecho con el tiempo que su familia y usted pasan juntos.

	A	B	C
	Casi nunca.	A veces.	Casi siempre.
4.	12.5%	37.5%	50%

Fuente: Investigación.
Elaborado por: Riofrio, Verónica.

Grafico 3.32



Fuente: Investigación.
Elaborado por: Riofrio, Verónica.

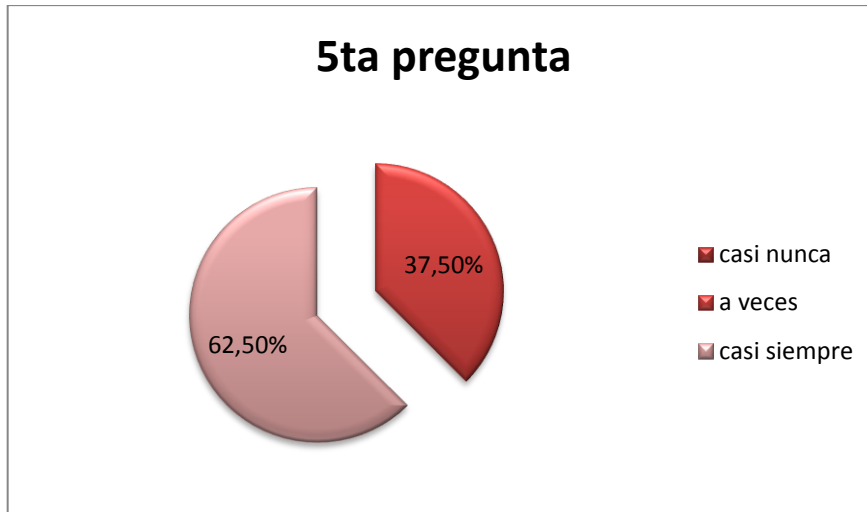
Análisis e interpretación: Como se evidencia existe una constancia en las respuestas a las 3 últimas preguntas, el 50% de los adolescentes refiere que casi siempre se encuentran satisfechos de que su familia y ellos pasan juntos, mientras que el 37.5% refiere que esto solo se da a veces, y el 12.5% refiere que sus padres casi nunca tienen tiempo para estar juntos en familia.

Cuadro 3.37: Siente que su familia lo quiere.

	A	B	C
	Casi nunca.	A veces.	Casi siempre.
5.	0%	37.5%	62.5%

Fuente: Investigación.
Elaborado por: Riofrio, Verónica.

Grafico 3.33



Fuente: Investigación.
Elaborado por: Riofrio, Verónica.

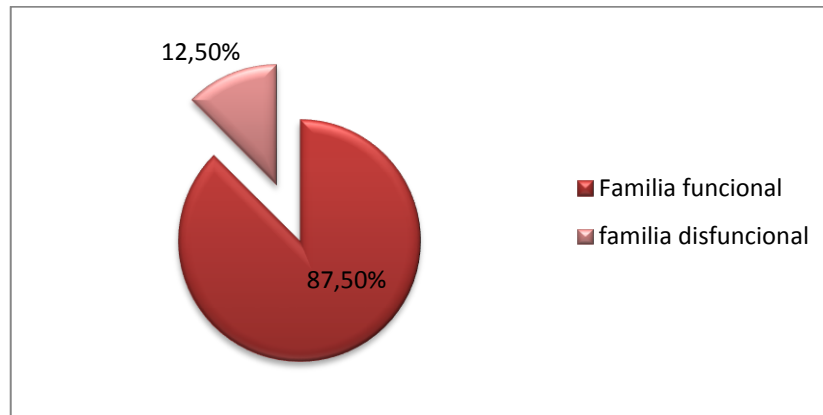
Análisis e interpretación: Como podemos ver el 62.5% refiere que los adolescentes sienten que los padres les quieren, mientras que el 37.5% refiere que sienten el cariño de sus padres pero solo a veces, es decir no es constante, por otro lado ningún adolescente ha percibido una ausencia total de afecto; el vínculo afectivo ambivalente o doble vínculo es de uso común en hogares donde existe al mismo tiempo maltrato y estructura familiar.

Cuadro 3.38: RESULTADO FINAL APGAR:

VARIABLES	FRECUENCIA	PORCENTAJE.
Familia disfuncional	1	12.50% %
Familia funcional.	7	87.50%
Total:	8	100%

Fuente: Investigación.
Elaborado por: Riofrio, Verónica.

Grafico 3.38



Fuente: Investigación.
Elaborado por: Riofrio, Verónica.

Análisis e interpretación: Los datos finales obtenidos a través del test de Apgar, determinan que según su versión, solo el 12.5% de los adolescentes examinados tuvieron una familia disfuncional; estos datos han sido cruzados con los resultados obtenidos previamente, para permitir una conclusión coherente, la misma que parece indicar la existencia de estructuras familiares organizadas pero negligentes, donde existe permanente maltrato psicológico y en menor medida maltrato físico hacia los adolescentes y paralelamente un alto nivel de secretismo que podría responder a dos causas: la necesidad de no involucrar información que potencialmente pueda comprometer su proceso legal y evita problemas con sus tutores.

CAPÍTULO IV

4.1. DISCUSIÓN, ANÁLISIS Y VALIDACIÓN Y RESULTADOS

Esta disertación de grado se valida por:

- Se cumplen los objetivos (General y Específico).

- Se obtuvo resultados cuantificables a través de la aplicación de los instrumentos utilizados:
 - Entrevista estructurada dirigida a los adolescentes detenidos en el Centro de Internamiento para Adolescentes Infractores de Tungurahua.

 - Cuestionario APGAR familiar.

 - Cuadro de indicadores de maltrato.

A través de los datos recopilados en este proyecto de investigación, se concluye; que tanto el abuso sexual sufrido durante la infancia (12.5% de la población, ver cuadro N° 16), como la disfuncionalidad familiar (12.5% de la población, ver cuadro 38), no constituyen la base etiológica del delito de abuso sexual cometido por los examinados; mientras que el maltrato intrafamiliar, en los que dividimos a: maltrato físico (75% de la población, ver cuadro N° 20), maltrato psicológico (100% de la población, ver cuadro N° 23), abandono o negligencia (75% de la población, ver cuadro N° 26), abuso sexual (12% de la población, ver cuadro N° 29) resulta ser un factor directamente proporcional en el apareamiento de la conducta sexualmente agresiva exhibida por los pacientes. A partir de lo anteriormente señalado, se determina que la hipótesis de trabajo, se cumple, pues el maltrato intrafamiliar interviene directamente en la etiología del delito.

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES:

- A través de la investigación realizada, se establece que solamente uno de los adolescentes privados de la libertad en el Centro de Internamiento para Adolescentes Infractores, correspondiente a un 12.5% de la población general investigada, experimentó disfuncionalidad familiar, ver cuadro N° 36. Es necesario señalar que existe la posibilidad (implícita también en los peritajes) de que los examinados guardaran cierto sigilo con respecto a la dinámica general de sus familias, por temor a que la información, puedan ser divulgados y ello genere consecuencias familiares o incluso implicaciones ligadas a su proceso legal (los juicios aún están abiertos).
- La investigación realizada permite concluir que el maltrato sufrido por los adolescentes, es leve ya que los índices de maltrato físico corresponden a un (75%) ver cuadro N° 20, Maltrato psicológico a un (100%) que corresponde a un total de ausente o mínimo, ver en el cuadro N° 23, Abandono o negligencia a un

- (75%) que corresponde a un total leve, ver cuadro N° 26, mientras que el abuso sexual al menor es de un (88%), que corresponde a ausente o mínimo, ver cuadro N° 29. Debido a ello, se determina que el maltrato intrafamiliar, incidió directamente en la conducta sexual agresiva, exhibida por los investigados.
- La investigación realizada revela que solamente uno de los investigados (12.5%) ver cuadro N° 16, presentaba antecedentes de haber sufrido abuso sexual. Paralelamente se descubrió que el factor sexual de mayor incidencia en la génesis de la conducta sexual agresiva, es la precocidad sexual (75%) ver cuadro N° 11, ya que los examinados manifestaron un notable interés y necesidad de contacto sexuales, en una etapa descrita por Sigmund Freud (Psicólogo) y Desmond Morris (Antropólogo), como de latencia e interrupción de intereses sexuales. Se concluye entonces que la precocidad sexual jugó un rol más relevante que el mismo abuso sexual sufrido en las conductas sexuales agresivas de los adolescentes que se encuentran en el Centro de Internamiento de Menores Infractores.
- Finalmente, A través de los datos recopilados en este proyecto de investigación, se concluye; que tanto el abuso sexual sufrido durante la infancia, como la disfuncionalidad familiar, no constituyen la base etiológica del delito de abuso sexual cometido por los examinados; mientras que el maltrato intrafamiliar resulta ser un factor directamente proporcional en el apareamiento de la conducta sexualmente agresiva exhibida por los pacientes. A partir de lo anteriormente señalado, se determina que el maltrato intrafamiliar, intervienen directamente en la etiología del delito.

5.2. RECOMENDACIONES.

- Dado que el Abuso Sexual Infantil, constituye un problema que la sociedad debe solucionar, es preciso educar a la sociedad y familia sobre este fenómeno, para desarrollar una conciencia social frente a dicho problema, así se podría brindar ayuda a la gente que pasa por este tipo de situaciones; entre las posibilidades de ayuda puedo citar el acudir a los Juzgados de la Niñez y Adolescencia y sus Áreas de Atención Psicológica, en donde se brinda ayuda técnica y profesional y de esta manera se consigue una disminución de los efectos del abuso sexual en las personas,
- A partir de lo anteriormente señalado, también se infiere, que es recomendable hablar con los hijos acerca del abuso sexual, y no solo en el hogar sino también en la Escuela, para que esta brinde programas de educación sexual, charlas acerca del comportamiento sexual adecuado e inadecuada, al respecto de las zonas íntimas del cuerpo y la imposibilidad de que éstas sean tocadas por nadie más que por ellos mismos; de la misma manera no exponerlos a escenas eróticas y pornografía ya sea en su hogar, la televisión, internet y revistas, también los padres deben aumentar la confianza para con el niño, a fin de que este pueda contarle cualquier cosa que le está sucediendo, también vigilar a los niños y dejarlos con personas de extrema confianza porque muchas de las veces las personas que abusan sexualmente de ellos son un familiar, un allegado de la familia, alguien que está constantemente en la casa, y tiene una buena relación con el niño.

- La familia siempre es necesaria para la vida del adolescente, es por esto, que si existe disfuncionalidad familiar es necesario ir a terapia psicológica, no solo dirigida a los adolescentes, sino a toda su familia; un proceso de terapia familiar resulta particularmente importante en el caso de los adolescentes que se encuentran privados de la libertad, pues de esta manera, cuando el adolescente regrese a su hogar, existirá la posibilidad de que se sienta querido y aceptado, con sus virtudes y defectos, recibiendo mayor escucha de sus padres; esto servirá para que los adolescentes tenga confianza en sí mismos y en sus padres, y sientan que tiene una familia a quien puede contarle todo lo que le sucede, porque sabe que sus padres le dan la atención que ellos se merecen.
- Los casos de maltrato infantil más comunes en la sociedad, son el maltrato físico, el verbal o psicológico, todos ellos afectan al niño en su comportamiento, conducta y personalidad, es por esto que se considera recomendable educar a los padres y concienciar en ellos, que la violencia no es una alternativa formativa, ni la solución a los problemas que tiene el niño, sino por el contrario, un mecanismo que podrían agravar más ese comportamiento, ya que los niños pueden asumir una postura de rebeldía o negativismo frente a sus padres, es por esto que resulta mejor hablar con ellos acerca de la razón de sus actos, sin necesidad de agredirlos, utilizando herramientas comunicacionales entre padres e hijos.

BIBLIOGRAFIA.

- Claude Levi-Strauss, Antropología estructural: Mito, sociedad, humanidades, Editorial Siglo XXI. España 2009.
- Echeburua, E., Manual de violencia Familiar. Editorial Siglo XXI. España 2006.
- Finkelhor David., Abuso Sexual al menor. 2 ed México: Tabasco 2005.
- Gilberti, Eva, Vulnerabilidad, desvalimiento y maltrato en las organizaciones infantiles. Ediciones Novedades Educativas. México 2005.
- Gustavo Noboa Bejarano, Código de la niñez y adolescencia.
 - 2. ed Quito: Ecuador 2003.
- Marshal W, Los Agresores Sexuales, Editorial Ariel Madrid 2001.
- Papalia, D, Desarrollo Humano. Editorial McGraw Hill. México 2010.

- Papalia, D, Psicología del Desarrollo.
Editorial McGraw Hill. México 2009.
- Soria, M; Hernández, J. a. El agresor sexual y la víctima.
Editorial Marcombo. Barcelona 1994.

LINKOGRAFIA.

- Abdallah Fatima. JOVENES Y CONDUCTA AGRESIVA, Madrid 2010, facilísimo.com, 05 de Abril del 2011.
<http://padres.facilísimo.com/reportajes/ninos/jovenes-y-conducta-agresiva_174128.html>
- Aguilera Asensio; PERSPECTIVA BIOLÓGICA DE LA AGRESIVIDAD HUMANA. BARCELONA: EDUCAR, 1986. Revistes Catalanes amb Accés Obert (RACO). 24 de Agosto 2011.
<<http://www.raco.cat/index.php/Educar/article/view/42159>>
- Flores Aracely. CRÍMENES ACEPTABLES. México: 2011, anundis.com , 11 de Agosto del 2012.
<<http://www.anundis.com/profiles/blogs/crimenes-aceptables-3-abuso-sexual-infantil>>
- Larrio Boris, LOS HOGARES DISFUNCIONALES REPERCUTEN EN EL APRENDIZAJE DE LOS JÓVENES ESTUDIANTES DEL NIVEL SECUNDARIO. Arequipa-Perú 2011, scribd.com.
<[Http://es.scribd.com/doc/82618683/1/FUNCIONALIDAD-Y-DISFUNCIONALIDAD-FAMILIAR](http://es.scribd.com/doc/82618683/1/FUNCIONALIDAD-Y-DISFUNCIONALIDAD-FAMILIAR)>

- Ramirez José. CONDUCTAS AGRESIVAS. México 2010.
Consultasexual.com.mx. 20 de Junio del 2011
<<http://www.consultasexual.com.mx/Documentos/agresividad.htm>>
- Salazar Díaz, UNA CONTRIBUCIÓN A LA SEXUALIDAD RESPONSABLE EN ADOLESCENTES DE SECUNDARIA BÁSICA, Perú 2010, eumed.net
<<http://www.eumed.net/libros/2010d/765/index.htm>>
- Valverde J. DEFINICION DE MALTRATO Y SUS DIFERENTES MANIFESTACIONES. Madrid: Univ. Complutense de Madrid, 2007.
Psicosocial.net 24 de Agosto 2011.
<http://www.me.gov.ar/curriform/publica/valverde_efec_carcel.pdf>

GLOSARIO:**A.**

Anamnesis: Entrevista en donde se obtiene datos de todo lo vivido a lo largo de su vida.

Anonimato: Carácter o condición de anónimo.

C.

Castigo: Pena que se impone a quien ha cometido un delito o falta.

Casuística: Norma legal que rige casos especiales y no es de aplicación general.

Coadyuvar: Contribuir a la realización de algo o en el logro de alguna cosa.

Coacción: Fuerza o violencia que se hace a alguien para obligarlo a que diga o ejecute algo.

Crisis: Cambio brusco en el curso de una enfermedad, ya sea para mejorarse, ya para agravarse el paciente.

D.

Delito: Acción u omisión voluntaria, castigada por la ley con pena grave.

Desvalimiento: Desamparo, abandono, falta de ayuda o favor.

Divulgar: Publicar, extender, poner al alcance del público algo.

E.

Entidad: Colectividad considerada como unidad. Especialmente, cualquier corporación, compañía, institución, etc., tomada como persona jurídica.

Estupro: Delito que comete el adulto que abusa sexualmente de un menor usando la confianza que este le tiene o el engaño.

Exhibicionismo: Afán de exhibirse.

F.

Flagrante: De tal evidencia que no necesita pruebas.

Fetichismo: Desviación sexual que consiste en fijar alguna parte del cuerpo humano o alguna prenda relacionada con él como objeto de la excitación y el deseo.

I.

Incesto: Relación sexual entre parientes entre los que está prohibido el matrimonio.

Incriminar: Atribuir a alguien un delito, culpa o efecto.

Introversión: Tendencia a encerrarse en el mundo interior.

Irrumpir: Entrar violentamente en un lugar.

L.

Lesión: Daño o detrimento corporal causado por una herida, un golpe o una enfermedad.

Libidinoso: Lujurioso, propenso a los placeres sexuales.

M.

Manoseo: Toqueteo repetivo.

Masoquismo: Perversión sexual de quien goza con verse humillado o maltratado por otra persona.

O.

Omisión: Falta por haber dejado de hacer algo necesario o conveniente en la ejecución de una cosa o por no haberla ejecutado.

P.

Parafilia: Es un patrón de comportamiento sexual en el que la fuente predominante de placer no se encuentra en la cópula, sino en alguna otra cosa o actividad que lo acompaña.

Patología: Enfermedad o dolencia.

Pecaminoso: Cosa reprobable que esta o parece contaminado de pecado.

Penetración: Introducción o infiltración de alguna cosa dentro de la otra.

Persuadir: Convencer a alguien para que haga o deje de hacer algo.

Precepto: Disposición o mandato superior que se debe cumplir.

Pubertad: Primera fase de la adolescencia, en la cual se producen las modificaciones propias del paso de la infancia a la edad adulta.

R.

Reclusión: Encierro o prisión voluntaria o forzada.

S.

Sadismo: Perversión sexual de quien provoca su propia excitación cometiendo actos de crueldad en otra persona.

T.

Tipificar: Ajustar varias cosas semejantes a un tipo o norma común.

ANEXOS

ANEXO 1: Entrevista.

DATOS PERSONALES.

Nombre _____

Edad: _____

Sexo: _____

Ocupación: _____

Zona: _____

Religión: _____

Economía: _____

Teléfono: _____

Dirección: _____

FAMILIA:

1. ¿Con quién vives?

2. ¿Cómo se imparten las órdenes en tu hogar, te imponen lo que debes hacer o buscan tu opinión?

3. ¿Cuándo haces algo mal, tus padres, te agreden física o verbalmente?

4. ¿Alguien de tu familia ingiere alcohol o drogas?

5. Tuviste algún suceso traumático en tu vida, que te haya dolido o impactado?
(muerte de un familiar, divorcio de los padres, etc.)

6. ¿Cuándo tienen problemas en tu casa, a quien recurren en busca de ayuda?

PERSONAL:

1. ¿Cómo te ves a tí mismo? ¿Qué piensas de tí?

2. ¿Tienes amigos? ¿Tienes novia?

3. ¿Cuándo te sientes frustrado, cómo manejas eso?

4. ¿Consumes alcohol, tabaco o drogas?

PSICOSEXUALES:

1. ¿A qué edad empezaste a sentir necesidad manifiesta de contacto sexual?

2. ¿A qué edad empezaste a masturbarte?

3. ¿Cuándo tuviste tu primera relación sexual y cuál fue tu percepción al respecto?

HECHO:

1. ¿Sufriste de abuso sexual en la infancia? Si fue así ¿Quién fue el agresor?

2. Percepción del hecho. (Como te sentiste?)

3. Sobre el abuso sexual que se te imputa, ¿Aceptas o niegas haber abusado sexualmente de una persona?

4. ¿Qué piensas de lo que hiciste?

ANEXO 2: Cuestionario de escala y valoración en salud mental.**FAMILY APGAR.****Identificación:**..... **Fecha:**.....**Conteste a las siguientes preguntas según los siguientes criterios:****A:** Casi nunca. **B:** A veces. **C:** Casi siempre.**A B C**

1. Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema.
2. Conversan entre ustedes los problemas que tienen en casa
3. Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa
4. Está satisfecho con el tiempo que su familia y usted pasan juntos
5. Siente que su familia lo quiere

ANEXO 3: Cuadros de escalas de maltrato.

SIGNOS PARA SOSPECHA DE MALTRATO INFANTIL
MALTRATO FISICO DEL MENOR.

Signos o Indicadores físicos.	Nunca	Ocasionalmente	Frecuentemente	Siempre
Contusiones, hematomas.				
Quemaduras, laceraciones, golpes, heridas o abrasiones que no concuerdan con la causa alegada.				
Fracturas sin explicación coherente.				
Vestimenta inadecuada para el clima. Enuresis y Encopresis.				
Alopecia.				
Cambios repentinos de conducta.				
Comportamiento extremo (agresivo, muy retraído, muy sumiso, muy pasivo, depresivo)				
Asustadizo, temeroso, tendencias destructivas.				

Alega temor a los padres, sufre agresión de los padres o brinda razones poco creíbles para sus lesiones.				
Demuestra bajo concepto de sí mismo, problemas de aprendizaje, fugas crónicas.				
Conflictos con la ley, relaciones interpersonales deficientes.				
Temor a una persona en particular, ausentismo escolar frecuente.				

Fuente: Investigación.

Elaborado por: Riofrio, Verónica.

MALTRATO PSICOLOGICO O EMOCIONAL DEL MENOR.

Signos o indicadores físicos y de comportamiento:	Nunca	Ocasionalmente	Frecuentemente	Siempre
Problemas de salud, (afecciones de la piel como acné, asma, alergias).				
Trastornos de la alimentación: bulimia, anorexia.				
Retardo en el desarrollo, fallas en su progreso.				
Enfermedades psicosomáticas.				
Problemas de aprendizaje, movimientos rítmicos repetitivos.				
Extremadamente agresivo, retraído, llamativo. Problemas con el sueño (insomnio, pesadillas). Tendencias a ideas suicidas.				
Demuestra bajo concepto				
Extremadamente				

obediente a las instrucciones de los maestros, doctores, y otros adultos.				
Fugas de hogar, depresivo, apático, comportamiento regresivo (enuresis, Encopresis).				
Falla en el rendimiento escolar esperando para su edad cronológica.				

Fuente: Investigación.
Elaborado por: Riofrio, Verónica.

ABUSO POR ABANDONO O NEGLIGENCIA DEL MENOR.

Signos o indicadores físicos y de comportamiento.	Nunca	Ocasionalmente	Frecuentemente	Siempre
Patrón de crecimiento deficiente (dificultad para progresar).				
Constante falta de atención y de supervisión (caídas, repetidas, ingestión frecuente de sustancias tóxicas).				
Fatiga, sueño, hambre.				
Higiene personal deficiente.				
El rendimiento no es el esperado para la edad. (agresivo, retraído)				
Carece de vestimenta adecuada e inclusive de necesaria.				
Asume responsabilidades propias de un adulto (niños cuidan a otros niños).				

Sumiso, actúa en forma pseudónima extremadamente complaciente.				
Conducta agresiva, inmadura, depresivo, apático, pide o roba comida.				
Busca atención y afecto. Registra continuas ausencias o llegadas tardías a la escuela.				

Fuente: Investigación.
Elaborado por: Riofrio, Verónica.

ABUSO SEXUAL DEL MENOR.

Signos o indicadores físicos y de comportamiento.	Nunca	Ocasionalmente	Frecuentemente	Siempre
Ropa interior rota, manchada o con sangre.				
Picazón, hinchazón lesiones o sangrados en las áreas genitales o anales.				
Secreción en el pene o vagina. Olor extraño en el área genital.				
Cambios repentinos y bruscos en la conducta. Enuresis, Encopresis.				
Baja repentina en el rendimiento escolar, relaciones deficientes con los compañeros.				
Enfermedades venéreas, embarazo, enfermedades psicosomáticas.				
No le gusta cambiar la ropa en actividades grupales (gimnasia).				
Conductas y conocimientos sexuales, inadecuados para la edad (comportamiento				

muy seductor, uso de palabras obscenas).				
Regresión a una etapa de desarrollo anterior.				
Temor a una persona en especial. Temores nocturnos, pesadillas.				
Resistencia a regresar a la casa después de la escuela.				
Fugas crónicas del hogar, infracciones a la ley, relatos indirectos o directos de ser o haber sido víctima de abuso sexual.				
Excesivo interés en temas sexuales, promiscuidad, masturbación excesiva.				
Tendencia a abusar sexualmente de personas menores.				

Fuente: Investigación.
Elaborado por: Riofrio, Verónica.