

EJEMPLO

9

**COMPARATIVO DE INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN  
PARA PROGRAMAS DE PREVENCIÓN DEL ABUSO  
SEXUAL INFANTIL EN PREESCOLARES**

Comparative Analysis in Child Sexual  
Abuse Prevention Programs Scales in Preschoolers

**María Elena Meza de Luna**  
Universidad de Celaya

**Roberto Hernández Sampieri**  
Centro de Investigación, Universidad de Celaya

2005

## RESUMEN

**Objetivo:** analizar y comparar el comportamiento de dos medidas, una cognitiva y la otra conductual, usadas para evaluar programas de prevención del abuso sexual en niñas y niños preescolares de entre 4 y 6 años.

**Método:** se adaptó, validó y aplicó un instrumento cognitivo (*Children's Knowledge Abuse Questionnaire, versión español*) y otro conductual (*Role Play México*) en preescolares (n=150), dentro de un contexto experimental.

**Resultados:** se comprobó que a menores grados de formación de habilidades asertivas y autodefensivas, menor es el grado de correlación entre las escalas conductuales y cognitivas. El instrumento conductual mostró una mejor sensibilidad ante las diferentes condiciones experimentales y más elevada confiabilidad.

**Discusión:** a la luz de los resultados, este estudio aporta evidencia para recomendar más bien el empleo de modelos de evaluación conductuales en vez de los cognitivos para la valoración del resultado de un programa de prevención del abuso sexual en preescolares. Cabe destacar que evaluar sobre la cognición de conceptos no garantiza una habilidad autoprotectora.

**Descriptorios:** Instrumentos de Evaluación, Cognitivo, Conductual, Abuso Sexual, Prevención.

## ABSTRACT

**Objective:** to analyze and compare the cognitive and conduct scales performance used to evaluate the children sexual abuse prevention programs in preschoolers between 4 and 6 years.

**Method:** it has been developed, validated and completed a cognitive scale (*Children's Knowledge Abuse Questionnaire, Spanish version*) and a conduct scale (*Role Play México*) with preschoolers (n=150), within an experimental context.

**Results:** lower grades in assertive and auto-defense formation correspond to a smaller correlation between the cognitive and conduct scales. The conduct instrument have a better sensibility to the different experimental conditions and better reliability too.

**Discussion:** to the light of the results, this study offers evidence to recommend conduct scales models over the cognitive ones for evaluating the child sexual abuse

prevention programs in preschoolers. To evaluate cognition of concepts is not a warranty of auto-protective ability.

**Key Words:** Evaluation Instruments, Cognitive, Conduct, Child Sexual Abuse, Prevention.

## REVISIÓN DE LA LITERATURA

Los estudios de Putman (2003) señalan que entre 12% y 35% de las mujeres y entre 4% y 9% de los hombres han sufrido algún tipo de abuso sexual durante su infancia. Las consecuencias derivadas del abuso sexual infantil (ASI) se pueden clasificar en trastornos físicos y psicológicos. Diversos estudios han encontrado gran variedad de consecuencias a corto y largo plazo, la mayoría se inscriben en lo psicológico (Sullivan y Everestine 1999; Weiss, Longhurst y Mazure, 1999; Romans, Martin, Anderson, Herbison y Mullen, 1995; Stein *et al.*, 1996; Romans, Martin, Morris y Herbison, 1999; Chu, Frey, Ganzel y Matthews, 1999; Bremner, Krystal, Charney y Southwick, 1996; Kendler *et al.*, 2000; Levitan *et al.*, 1998; Kendler *et al.*, 2000; Grilo, Sanislow, Fehon, Martino y McGlashan, 1999; Spatz, 1999; Brown, Lourie, Zlotnick y Cohn, 2000; e Ito, Teicher, Glod y Ackerman, 1998).

Como respuesta a la inquietud social de proteger a quienes son más vulnerables y ante la evidencia de que el abuso sexual a menores no es un hecho aislado ni localizado, así como los daños que genera, han surgido los programas de prevención del abuso sexual infantil (PPASI). En general, éstos tienen el objetivo de desarrollar en las niñas y niños los conocimientos y las habilidades para cuidarse a sí mismas o mismos, de manera asertiva y efectiva, a través de evaluar las acciones de otros, rechazar los contactos que les resulten incómodos o abusivos y frente a ellos, buscar ayuda mediante la denuncia ante adultos confiables.

Concomitante a los programas preventivos, surge la necesidad de sistemas que permitan evaluar su efectividad, de manera válida y confiable. Igualmente, que midan sus alcances, impacto, y en su caso, sus posibles efectos colaterales. Actualmente, se utilizan escalas cognitivas y conductuales para evaluar un PPAI. En el presente trabajo, analizamos el comportamiento de ambos tipos de medidas en

infantes entre 4 y 6 años de edad. El interés del presente estudio se centra en conocer el desempeño de ambos tipos de escalas para las mismas condiciones y grupos experimentales y determinar la correlación existente entre las dos medidas para comprobar si alguna de ellas presenta alguna ventaja sobre la otra.

En el caso de los PPASI, una de las principales cuestiones a abordar para la selección de una escala de evaluación adecuada, es determinar si mide acorde con lo que se sabe es el comportamiento de los involucrados en el ASI. Varios autores como Adams y Fay (1984), Finkelhor (1992); González, Azaola, Duarte y Lemus (1993); y Hart-Rossi (1984) coinciden con Sullivan y Everstine (1999) en que el proceso que el ASI observa tiene las siguientes características: 1) la mayoría de las agresiones ocurren dentro del entorno habitual del menor, 2) en general el o la ofensor(a) primero se va ganando la aceptación y confianza del menor, ofreciendo regalos, tiempo y atención, 3) el abuso frecuentemente sigue un patrón en escalada que permite censar la posible "victimización" del infante. Va desde formas veladas hasta un franco abuso sexual, 4) el tipo de fuerza que se usa sobre los niños y niñas es generalmente una amenaza o coacción verbal, 5) el acto sexual que ocurre en el abuso sexual de niñas y niños generalmente es exhibicionismo y tocamiento de genitales. Según Finkelhorn (1992 y 1994) la incidencia de agresiones sexuales para las niñas involucran 4% coito niña-adulto, entre 20% y 25% contactos oral-genital, 20% exhibicionismo, 38% manipulación de genitales, y 14% incesto nuclear. En el caso de México, un estudio de las víctimas atendidas entre 1990 a 1996, en una institución de atención especializada, reporta que 85.8% de las violaciones fueron mujeres, casi la mitad menores de edad. Todos los agresores fueron del género masculino (Garza, 1997).

Los programas de prevención de abuso sexual infantil (PPASI) surgen como una forma de evitar las consecuencias que el ASI genera, al capacitar a las personas para disuadir los eventos abusivos. El estudio de Meza (2005) encontró que están dirigidos en un 89.3% a infantes, se imparten en 85.7% de las escuelas, y dan un mayor énfasis al desarrollo cognitivo (100%) que al desarrollo de habilidades (53.6%).

Ha habido dos corrientes principales de estudio, las que avalan a los PPASI y por otro, las que lo reprueban. Según Daro (1994), los PPASI son virtualmente

sinónimo de un conjunto de instrucciones de seguridad personal para las niñas y niños, donde los conceptos no son ni universales ni comprensivos para ellas y ellos. En esto coinciden Woolley y Gabriels (1999), quienes encontraron que los niños y niñas tienen dificultad para identificar situaciones de riesgo e incurrir en malinterpretaciones después de completar un PPASI. En dicho estudio, se encontró que para los infantes es difícil entender que algunas veces está bien decir “NO” a un adulto, y que una persona conocida y confiable para el niño o niña pueda tocarle de manera inapropiada. Este hecho, pondría en riesgo a los menores ya que la mayoría de los agresores sexuales son conocidos. Según Vázquez (1998), el abusador suele ser un familiar o conocido del menor (dos de tres veces en el caso de los varones y la gran mayoría de las veces para el caso de las niñas), lo cual deja en un estado de vulnerabilidad al infante. También se encontró que las niñas y niños entendían que el ASI involucraba contacto físico, pero no acertaban a entender qué tipo de contacto involucraba. Otra fuente de confusión es la asociación de un contacto “malo” con uno que “duele”, siendo que un abuso sexual podría no lastimar físicamente, trascendiendo este aspecto y anidándose en lo psicológico.

Aparte de las malinterpretaciones de la información, se han discutido los posibles efectos secundarios que los PPASI pueden generar en los pequeños. Al respecto, Krivacska (1993) opina que los PPASI pueden engendrar la idea de que la sexualidad infantil es una aberración y no un proceso de desarrollo natural, al generalizar los conceptos de abuso sexual en la interacción cotidiana y natural de las niñas y niños. Aún más, Underwager y Wakefield (1993), opinan que este tipo de entrenamiento en la Prevención del Abuso Sexual Infantil (PASI) confunden a los infantes, entre lo que es una interacción afectiva con un ASI. De igual modo, estos autores encontraron que los PPASI pueden llegar a “criminalizar” el comportamiento sexual infantil, resultando en consecuencias negativas para los niños y niñas, los adultos y la sociedad, al distorsionar el desarrollo natural de la sexualidad humana. Una inquietud adicional, es la dificultad para determinar si los cambios de conocimientos y habilidades en los pequeños son resultado del impacto de los PPASI o de otros factores, como la madurez. Mientras que por otro lado, está la cuestión de sí los conocimientos y habilidades son perdurables en el tiempo.

En el otro extremo, se encuentran las investigaciones que avalan los beneficios que de un PPASI se obtienen, tanto de manera individual como para la sociedad en su conjunto. Daro (1994) realizó un estudio de sus beneficios económicos, reporta el incremento en las denuncias de quienes los han recibido y han sido víctimas de ASI. También, se han desarrollado estudios para validar la permanencia de los conocimientos y habilidades en el tiempo (Davis, 2000; Hebert, Lavoie, Piche y Poitras, 2001; Hensley, 2001; Tutty, 2000 y Woolley y Gabriels, 1999). Asimismo, se ha estudiado el impacto a largo plazo con personas adultas que tomaron en la infancia algún PPASI, y sus posibles efectos tanto preventivos como indeseables. Gibson y Leitenberg (2000) encontraron, en una muestra de 825 universitarias, una asociación en la reducción de los ASI con los PPASI, y no encontraron evidencia asociada entre los PPASI con el decremento de la satisfacción sexual o su abolición en la adultez. En este mismo tenor, está el estudio de Ko y Cosden (2001) con alumnos bachilleres. Por su parte, Finkelhor (1995) diseñó un estudio de 2000 encuestas telefónicas a niños y niñas entre 10 y 16 años, reportó que el 70% habían tomado algún tipo de PPASI y la mayoría de ellos y sus padres, los catalogaban positivamente. Casi todos dijeron que lo recomendarían a sus amigos y 71% lo calificaron como útil. Además, en esta investigación longitudinal de un año, se encontró que quienes han tomado un programa preventivo eran más propensos a denunciar, se veían a sí mismos mejor preparados para autoprotgerse y menos propensos a culparse a sí mismos por incidentes abusivos.

A partir de estas posiciones antagónicas, emerge el problema de cómo evaluar los PPASI para medir su efectividad preventiva sin “satanizar” la sexualidad infantil ni las interrelaciones personales. Es decir, cómo medir: 1) el grado en que un menor ha sido capacitado para evaluar conductas, independientemente de su grado de cercanía con la persona, 2) reaccionar asertivamente en el momento y 3) acertar en denunciar el abuso o intento de éste. Los instrumentos de evaluación para PPASI pueden dividirse en dos ramas, los que miden conocimientos y los que miden conductas. Según Tutty (1995), la mayoría de los instrumentos desarrollados considera el desarrollo cognitivo y de actitudes, y una escasa minoría valoran la conducta. Existen instrumentos que se han diseñado para evaluar algún programa preventivo en particular, pero hay insuficientes estándares generales que permitan

índices comparativos homogéneos, confiables y válidos, para poder cotejar la efectividad entre diferentes PPASI a la luz de una medida equiparable.

En este documento, presentamos un estudio comparativo de instrumentos de tipo conductual y cognitivo, para menores de 4 a 6 años de edad.

La mayoría de los instrumentos de evaluación para los PPASI cognitivos tienen un formato de cuestionario y usualmente se responden de manera dicotómica: verdadero o falso. Los conductuales se enfocan a evaluar las respuestas a través de juegos de roles o planteamiento de situaciones tipo escenario, donde quien evalúa explica o actúa (“en vivo”) una situación específica, y se le pide al menor que responda ante ese planteamiento, para observar y evaluar su comportamiento o respuesta.

## MÉTODO

Esta investigación es de tipo cuantitativo y correlacional. La organización de las actividades educativas y la cantidad de alumnos y alumnas, no permitieron una selección de muestra aleatoria para la formación de grupos experimentales puros. Esto, condujo a un diseño de investigación cuasiexperimental (Hernández Sampieri, Fernández y Baptista, 2002), en un contexto de campo. Se adaptaron dos tipos de instrumentos de evaluación, cognitivo y conductual. Se partió del instrumento cognitivo *Children’s Knowledge of Abuse Questionnaire-Revised* (Tutty, 1995) y del conductual *Role Play Protocol* (Kraizer, Witte, y Fryer, 1989). Las adaptaciones derivaron en: una escala cognitiva, *Children’s Knowledge Abuse Questionnaire, versión español* (CKAQ-Español); y dos de tipo conductual, *Role Play México* (RP-México) y *Evaluación de la Prevención del Abuso* (EPA). Se efectuaron estudios ante diferentes condiciones experimentales con el objetivo de verificar la confiabilidad temporal y la estabilidad interna. Así como, la similitud de distribuciones y de promedios para pruebas de sensibilidad. Finalmente, se establecieron medidas de correlación entre los instrumentos cognitivo y conductuales. Todos los análisis estadísticos se llevaron a cabo bajo el Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS).

## Participantes y procedimiento

Los datos se obtuvieron de 150 preescolares de tres centros de desarrollo infantil (CENDI), con una población similar, hijas e hijos de madres que laboran para la Secretaría de Educación del Estado de Querétaro. El 88% de ellos vive con ambos padres y el 12% vive con uno de ellos. Se evaluaron seis grupos escolares asignados a tres grupos experimentales (ver tabla 1). El primer grupo ( $n = 49$ ) evaluado *al terminar un PPASI*, el segundo evaluado *después de un año* de haber concluido el mismo PPASI (*seguimiento*,  $n = 22$ ), y el tercero, un grupo *de control* que no ha sido expuesto a algún PPASI particular ( $n = 79$ ). A todos los integrantes de los grupos se les aplicaron tanto las escalas conductuales como la cognitiva. Las condiciones de recolección de datos siguieron el protocolo establecido por cada escala, en un espacio físico similar y de manera individual. La persona que evaluó fue la misma en todos los casos, para evitar sesgos interobservadores.

Se obtuvo consentimiento de las autoridades escolares de tres CENDI y los padres de familia al inicio del proceso. Antes de cada evaluación, se les pidió el consentimiento verbal a los infantes. Cada niña o niño fue evaluada(o) individualmente en las instalaciones escolares, por una sola persona, bajo un mismo esquema y dentro de su horario escolar normal. Los grupos que culminaron un PPASI (*al terminar PPASI y seguimiento*) atendieron al taller “Porque me quiero, me cuido”.

La estabilidad temporal se estableció en al menos 10 días, para lo cual del grupo de control ( $n = 79$ ), se constituyó un subgrupo para efectuar evaluaciones test-retest ( $n = 44$ ) para el caso de las escalas conductuales, y de 43 participantes ( $n$ ) para la escala cognitiva. En el caso de la escala conductual, se aplicaron dos escalas equivalentes, en la medición cognitiva se aplicó la misma escala en el test y retest. Para la estimación de la confiabilidad en la escala cognitiva se hicieron análisis de fiabilidad interna alfa Kurder Richardson 20 (KR-20) y de alfa Cronbach para las escalas conductuales. Se realizaron correlaciones bivariadas y análisis de sensibilidad al cambio ante diferentes condiciones experimentales con la prueba Kruskal-Wallis.



**Tabla 1.** Descripción de los grupos experimentales.

**Resumen de edad (meses) por grupo experimental**

Edad						
Grupo Experimental	Género	N	Media	Desviación Estándar	Mínimo	Máximo
Al Terminar PPASI	Femenino	23	67.00	4.403	60	75
	Masculino	26	66.50	5.727	58	76
	Total	49	67.00	5.117	58	76
Seguimiento	Femenino	10	78.50	1.430	77	81
	Masculino	12	78.50	5.675	60	81
	Total	22	78.50	4.268	60	81
Control	Femenino	40	60.00	7.362	52	79
	Masculino	39	68.00	8.339	52	81
	Total	79	62.00	8.337	52	81
Total	Femenino	73	66.00	8.418	52	81
	Masculino	77	68.00	8.020	52	81
	Total	150	67.00	8.315	52	81

La confiabilidad de los instrumentos se resumen en la tabla 2, para CKAQ-Español (n=150, media=5.08, DS=3.43, y rango de 8 a 22 puntos) y RP-México (n=150, media=11.53, DS=7.97 y un rango de 0 a 38 puntos).

**Tabla 2.** Confiabilidad de instrumentos.

Instrumento	Confiabilidad Interna (p<0.01)	Confiabilidad Temporal (p<0.01)	Tipo de Instrumento
CKAQ-Español	0.69	0.50	Cognitivo
RP-México	0.75	0.75	Conductual
EPA	0.78	0.75	Conductual

Los tres grupos experimentales mostraron sensibilidad del instrumento en el CKAK-Español (Kruskal-Wallis  $\chi^2=78.4$ , gl=2, p<0.001) y RP-México (Kruskal-Wallis  $\chi^2=83.06$ , gl=2, p<0.001) lo que indica que los grupos difieren en localización o forma, y reafirma la sensibilidad de las escalas, al mostrar un comportamiento diferente entre los grupos, donde quienes más recientemente terminan el PPASI mejores puntajes obtienen.

Con el objetivo de indagar el comportamiento de los grupos de *seguimiento* y *control* con respecto al grupo que termina un PPASI, se calcularon los porcentajes

relativos en las subescalas de HACER, DECIR, DENUNCIAR, y el reconocimiento de los contactos positivos y negativos. Los resultados se exhiben en la tabla 3, que presenta los porcentajes de aciertos en relación al grupo que acaba de concluir un PPASI en el RP-México. Se deduce que para las subescalas de reconocimiento de contactos negativos, DECIR y DENUNCIAR, se conserva el cambio esperado, quienes más recientemente hayan participado en un PPASI obtienen un mejor puntaje. En la habilidad de HACER, se observa que el grupo de *seguimiento* tiene un mejor desempeño en promedio. Esto se puede explicar debido al incremento en la madurez de las niñas y niños, lograda a través de aproximadamente un año; de 5.58 años en el primer grupo y de 6.47 años promedio en el grupo de *seguimiento*.

**Tabla 3.** Porcentaje de rangos relativos con respecto al grupo que termina un PPASI.

<b>Grupo</b>	<b>Contactos Negativos (%)</b>	<b>Contactos Positivos</b>	<b>DECIR</b>	<b>HACER</b>	<b>DENUNCIAR</b>
Al Terminar PPASI	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
Seguimiento	77.82	153.71	90.86	105.71	74.28
Control	37.39	115.45	44.14	49.14	41.52

En la subescala de contactos positivos se advierte que al terminar el PPASI “Porque me quiero me cuido”, los participantes tienen un puntaje promedio ligeramente menor que el grupo *de control* (15.45%), y mucho mejor en el grupo de *seguimiento* (53.71%), lo que avala que la escala es sensible a medir dicha habilidad y su posible efecto nocivo ante un PPASI. Este resultado si bien acredita parcialmente los resultados de Underwager y Wakefield (1993), que sostienen que al atender a los PPASI, los niños se muestran desconfiados ante las aproximaciones cotidianas normales, también se constata que al cabo de un año de concluido el programa, los infantes son capaces de superarlo y se muestran aún mucho más asertivos. Entre los grupos *al terminar* PPASI y *de control* se evidenció que solamente la habilidad de reconocer contactos positivos (Mann-Whitney  $z=-1.48$ ,  $n=124$ ,  $p=0.14$ ) es la única habilidad que tiene la misma localización, esta evidencia contradice la teoría de Underwager y Wakefield (1993). Se puede concluir en este estudio que, si bien es cierto que al terminar el PPASI las niñas y niños aumentaban ligeramente el recelo

ante los contactos positivos, esto no es significativo y con el tiempo, al incremento de la madurez, el fenómeno se supera.

En el caso de los grupos *al terminar* un PPASI y *seguimiento*, se encontró que hay una mismo comportamiento en las subescalas de DECIR (Mann-Whitney  $z=-1.20$ ,  $n=72$ ,  $p=0.23$ ) y HACER (Mann-Whitney  $z=-1.26$ ,  $n=72$ ,  $p=0.21$ ) por lo que hay permanencia en el tiempo de estas dos habilidades.

La correlación entre las diferentes escalas verifica que hay una vinculación moderada entre las escalas CKAQ-Español y RP-México (Spearman  $r=0.68$ ,  $n=150$ ,  $p<0.01$ ), para el total de casos experimentales. En el caso de los grupos *de control* (Spearman  $r=0.23$ ,  $n=79$ ,  $p<0.05$ ) y *al terminar* PPASI (Spearman  $r=0.35$ ,  $p<0.05$ ) las escalas tienen un nivel de correlación aún menor.

El resumen de puntajes por escala y grupo experimental se presenta en la tabla 4, donde la columna CKAQ-Español (transformado) presenta la conversión de una escala con un puntaje de 0 a 22 a una de 0 a 40, para tener un comparativo equivalente entre las escalas cognitiva y conductual. Se observa que la escala cognitiva se encuentra por encima de la conductual en todos los grupos. Sin embargo, el grupo *de control* observa una mayor diferencia entre las escalas conductuales y cognitivas. El porcentaje relativo con respecto al puntaje promedio del grupo *al terminar* PPASI, proporcionalmente el grupo *seguimiento* obtiene un 87.07% de aciertos y el grupo *de control* 69.88%, para la escala CKAQ-Español. En el caso del instrumento conductual RP-México, el porcentaje relativo es de 70.85% de aciertos en el grupo *seguimiento* y 31.19% en el grupo *de control*. Lo que evidencia que la sensibilidad al cambio en esta escala conductual es mayor.

**Tabla 4.** Resumen Descriptivo de Puntajes por Escala y Grupo Experimental.

Grupo Experimental	CKAQ-Español	CKAQ-Español (Transformado)	RP-México
Al Terminar Media	18.33	33.32	19.11
PPASI Desviación estándar	2.66	4.83	6.48
Seguimiento Media	15.96	29.01	13.54
Desviación estándar	2.34	4.26	5.23
Control Media	12.81	23.29	5.96
Desviación estándar	2.17	3.94	4.37
Total Media	15.08	27.42	11.53
Desviación estándar	3.43	2.24	7.97

Se observa también, que la distribución de la escala cognitiva CKAQ-Español, en general, se encuentra por encima de las escalas conductuales, lo que permite deducir que los menores pueden tener cierto grado de conocimiento que no se traduce en habilidades auto-protectoras.

## DISCUSIÓN

Se mostró que, a menores grados de habilidades asertivas y auto-defensivas, menor es el grado de correlación entre las escalas conductuales y cognitivas planteadas. Se observó que puntajes altos en la escala cognitiva no necesariamente corresponden a incrementos en conductas más asertivas; los conocimientos no certifican la conducta congruente, por lo que evaluar sobre la cognición de conceptos no garantiza una habilidad auto-protectora. Se advirtió también, que el porcentaje de aciertos en la escala cognitiva (CKAQ-Español), está por encima de la conductual (RP-México), lo que permite deducir que los preescolares pueden tener cierto grado de conocimiento que no se traduce en habilidades defensivas. Por otro lado, se probó que existe una mayor sensibilidad al cambio en la escala conductual que en la cognitiva.

En el desarrollo de esta investigación se estudiaron, adaptaron y mejoraron las medidas psicométricas de dos instrumentos conductuales (RP-México y EPA) para evaluar el grado de habilidades asertivas en la prevención del abuso sexual infantil en preescolares. Estos instrumentos, presentan una solución al problema de cómo evaluar los PPASI para medir su efectividad preventiva sin “satanizar” la sexualidad infantil ni las interrelaciones personales; con escalas que miden: a) el grado en que un menor ha sido capacitado para evaluar conductas, independientemente de su grado de cercanía con la persona, b) reaccionar asertivamente en el momento y c) la intención de denunciar el abuso o su intento. Por otro lado, se establecieron medidas psicométricas de un instrumento cognitivo para preescolares. Estas escalas, presentan medidas de evaluación que pueden encaminar a la estandarización de instrumentos generales para la comparación entre diferentes PPASI, con valoraciones equiparables para poder determinar cuáles son más eficaces a la luz de un mismo criterio de evaluación. Esto puede dar paso a programas más confiables,

eficaces y de mayor impacto en beneficio de los propios niños y niñas, así como de sus comunidades.

Se confirmó el impacto del PPASI por sí mismo, al comparar los resultados entre el *grupo que asistió* a un PPASI y el *grupo de control*, confirmando que el incremento de habilidades y conocimientos no se deben solamente a factores como la madurez. Además, se demostró la perdurabilidad de las habilidades de autoprotección en el tiempo (un año), en especial las de asertividad verbal y no verbal, así como la mejora de la discriminación de los contactos positivos. Estos resultados validan a su vez, el impacto que tienen el PPASI “Porque me quiero, me cuido” en quienes atienden a éste.

Se presentaron argumentos que contradicen la teoría de que los PPASI confunden a las niñas y niños entre lo que es una interacción afectiva con un ASI. Se advierte que quienes terminaron el PPASI “Porque me quiero, me cuido”, tienen un puntaje promedio ligeramente menor que quienes no lo han experimentado, en la habilidad de reconocer contactos positivos, y mucho mejor en el grupo de *seguimiento*. Se demostró que si bien los menores que recién concluyeron el PPASI, aumentaron ligeramente el recelo ante los contactos positivos, ésto no es significativo y con el tiempo e incremento de la madurez, este fenómeno se revierte y se supera.

### Posibles líneas de investigación

Vislumbramos la posibilidad de investigación futura en las siguientes rutas:

- 1) Ampliar los inventarios conductuales RP-México y EPA para evaluar la calidad de la denuncia que hace el infante evaluado. Es decir, calificar si incluye claramente la descripción del incidente abusivo (qué le hicieron) y el nombre de quién lo hizo. Así como ampliar el tamaño de la muestra, con fines de estandarización de los instrumentos y presentar medidas comparativas de base.
- 2) Estudiar el comportamiento por género y edad.

- 3) Analizar las subescalas en el CKAQ-Español y hacer estudios comparativos con las subescalas en el inventario conductual.
- 4) Extender el análisis a mayores de seis años en edad escolar.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adams, C. y Fay, J. (1984). *No more secrets, protecting your child from sexual assault*. San Luis Obispo, CA, EE. UU.: Impact Publishers.
- Bremner, J., Krystal, J., Charney, D. y Southwick, S. (1996). Neural mechanisms in dissociative amnesia for childhood abuse: Relevance to the current controversy surrounding the "False memory syndrome". *American Journal of Psychiatry*, 153(7), 71-82.
- Brown, L., Lourie, K., Zlotnick, C. y Cohn, J. (2000). Impact of sexual abuse on the HIV-risk-related behavior of adolescents in intensive treatment. *American Journal of Psychiatry*, 157, 1413-1415.
- Charter, R. (2003). A breakdown of reliability coefficients by test type and reliability method, and the clinical implications of low reliability. [Versión electrónica]. *Journal of the General Psychology*. Recuperado de <http://www.findarticles.com/p/search?tb=artyqt=%22Richard+A.+Charter%22>.
- Chu, J., Frey, L., Ganzel, B. y Matthews, J. (1999). Memories of childhood abuse: Dissociation, amnesia, and corroboration. *American Journal of Psychiatry*, 156, 749-755.
- Daro, D. (1994). Prevention of child sexual abuse. [Versión electrónica]. *The Future of Children: Sexual Abuse of Children*, 4, 198-223. Recuperado de <[http://www.futureofchildren.org/usr\\_doc/vol4no2ART11.pdf](http://www.futureofchildren.org/usr_doc/vol4no2ART11.pdf)>
- Davis, M. y Gidycz, C. (2000). Child sexual abuse prevention programs: A meta-analysis. *Journal of Clinical Child Psychology*, 29(2), 257-265.
- De la Garza, J. y Díaz, E. (1997). Elementos para el estudio de la violación sexual. *Salud Pública Mexicana*, 39, 539—545.
- Finkelhor, D. (1992). *Abuso sexual al menor, causas, consecuencias y tratamiento psicosexual*. México, D. F., México: Pax.

- Finkelhor, D. (1994). Current information on the scope and nature of child sexual abuse. *The Future of Children: Sexual Abuse of Children*, 4(2), 31-53.
- Finkelhor, D., Asdigian, N. y Dziuba-Leatherman, J. (1995). Victimization prevention programs for children: A follow-up. [Versión electrónica]. *American Journal of Public Health*, 85, 1684-1689. Recuperado de <http://www.ajph.org/cgi/content/abstract/85/12/1684>
- Gibson, L. y Leitenberg, H. (2000). Child sexual abuse prevention program: Do they decrease the occurrence of child sexual abuse. *Child Abuse and Neglect*, 24, 1115-1125.
- González, G., Azaola, E., Duarte, M. y Lemus, J. (1993). *El maltrato y el abuso sexual a menores, una aproximación a estos fenómenos en México*. México, D. F., México: UAM-UNICEF-COVAC.
- Grilo, C., Sanislow, C., Fehon, D., Martino, S. y McGlashan, T. (1999). Psychological and behavioral functioning in adolescent psychiatric inpatients who report histories of childhood abuse. *American Journal of Psychiatry*, 156, 538-543.
- Hart-Rossi, J. (1984). *Protect your child from sexual abuse: A parent's guide*. Seattle, WA, EE. UU.: Parenting Press.
- Hebert, M., Lavoie, F., Piche, C., y Poitras, M. (2001). Proximate effects of child sexual abuse prevention program in elementary school children. *Child Abuse and Neglect*, 25, 505-522.
- Hensley, B. (2001). *Sexual abuse prevention program: Are they effective with young elementary school students?* Disertación doctoral no publicada, Universidad de Memphis, Tennessee, EE. UU.
- Hernández Sampieri, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2002). *Metodología de la Investigación* (3a. Ed.). México, D. F., México: McGraw-Hill Interamericana.
- Ito, Y., Teicher, M., Glod, C. y Ackerman, E. (1998) Preliminary evidence for aberrant cortical development in abused children: A quantitative EEG study. *Journal of Neuropsychiatry*, 10, 298-307.
- Kendler, K., Bulik, C., Silberg, J., Hettema, J., Myers, J. y Prescott, C. (2000). Childhood sexual abuse adult psychiatric and substance use disorders in women. *Archives of General Psychiatry*, 57, 953-959.
- Ko, S. y Cosden, M. (2001). Do elementary school-based child abuse prevention programs work? A high school follow-up. [Versión electrónica]. *Psychology in the*

*school*, 38(1), 57-66. Recuperado de <<http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/abstract/76505977/ABSTRACT>>

Kraizer, S., Witte, S. y Fryer, G. (1989). Child sexual abuse prevention programs: What makes them effective in protecting children. *Children Today*, 18, 23-27.

Krivacska J. (1993). Antisexualism in child sexual abuse prevention programs - Good Touch, bad touch ... Don't Touch. *IPT journal*, 5.

Levitan, R., Lesage, A., Hegadoren, K., Adams, M., Kennedy, S., y Goering, P. (1998). Major depression in individuals with a history of childhood physical or sexual abuse: Relationship to neurovegetative features, manual, and gender *American Journal of Psychiatry*, 155, 1746-1752.

Meza, M. (2005). *Programas de prevención del abuso sexual infantil: Metodologías, alcances y contenido*. Manuscrito no publicado, Universidad de Celaya, Guanajuato, México.

Romans, S., Martín, J., Anderson, J., Herbison, G. y Mullen P. (1995). Sexual abuse in childhood and deliberate self-harm. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1336-1342.

Romans, S., Martin, J., Morris, E. y Herbison, G. (1999). Psychological defense styles in women who report childhood sexual abuse: A controlled community study. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1080-1085.

Spatz, C. (1999). Posttraumatic stress disorder in abused and neglected children grown up. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1223-1229.

SPSS, Inc. (2001), *SPSS for Window* (standard version, released 11.0.0). Chicago, IL, EE. UU.: SPSS, Inc.

Stein, M., Walker, J., Anderson, G., Hazen, A., Ross, C., Eldridge, G. y Forde, D. (1996). Childhood physical and sexual abuse in patients with anxiety disorders and in a community sample. *American Journal of Psychiatry*, 153 (2), 275-277.

Sullivan, D. y Everestine, L. (1999). *El sexo que se calla, dinámica y tratamiento del abuso y traumas sexuales en niños y adolescentes*. México, D. F., EE. UU.: Pax.

Tutty, L. (1991). Child sexual abuse: A range prevention options. *Journal of Child and Youth Care*, Special Issue, 23-41.



- Tutty, L. (1995). The revised children's knowledge of abuse questionnaire: Development of a measure of children understanding of sexual abuse prevention concepts. *Social Work Research, 19*(2), 112-120.
- Tutty, L. (2000). What children learn from sexual abuse prevention programs: Difficult concepts, and development issues. *Research on Social Work Practice, 10*(3), 275-300.
- Tutty, L. (2002). *Evaluating school based prevention program: The basics*. [Disponible en línea]. Recuperado de <http://www.ucalgary.ca/resolve/violenceprevention/English/evaluate.htm>
- Underwager, R. y Wakefield, H. (1993). Antisexuality and child sexual abuse. [Versión electrónica]. *Child Abuse Accusations, 5*(2), 72-77. Recuperado de <http://www.tc.umn.edu/~under006/Library/Antisexuality.html>
- Vázquez, B. (1998). *Agresión sexual, evaluación y tratamiento en menores*. México, D. F., México: Siglo Veintiuno.
- Weiss, E., Longhurst, J. y Mazure, C. (1999). Childhood sexual abuse as risk factor for depression in women: Psychosocial and neurobiological correlates. *American Journal of Psychiatry, 156*, 816-828.
- Woolley, C. y Gabriels, T. (1999). Childrens conceptualization of some child sexual abuse prevention concepts as taught by keeping ourselves safe, a New Zealand prevention program. [Versión electrónica]. *The Australian Journal of Disaster and Trauma Studies, 1*. Recuperado de <http://www.massey.ac.nz/%7Etrauma/issues/1999-1/woolley1.htm>