

UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA
ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES
FACULTAD DE PSICOLOGIA
ESPECIALIZACION EN PSICOLOGIA CLINICA

SISTEMATIZACION DE LA EXPERIENCIA

ELABORADO POR: MARIA CRISTINA SANCHEZ ALVAREZ
ENFASIS: SALUD MENTAL Y PROBLEMATICA PSICOSOCIAL
FECHA: AGOSTO DE 2008.

TITULO: CARACTERIZACION PSICOPATOLOGICA DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES VICTIMAS DE ABUSO SEXUAL UBICADOS BAJO MEDIDA DE PROTECCION EN HOGARES SUSTITUTOS DEL ICBF EN LA CIUDAD DE BUCARAMANGA Y ADECUACION DEL MODELO DE ATENCION A TRAVES DE LA CREACION DE UN PROTOCOLO DE ACTUACION FRENTE AL ABUSO SEXUAL: UNA EXPERIENCIA PILOTO.

INSTITUCION:

Instituto Colombiano de Bienestar Familiar Regional Santander, Centro Zonal de Protección Especial Luís Carlos Galán Sarmiento.

Contextualización de la Institución: El ICBF es un establecimiento público, descentralizado, con personería jurídica, autonomía administrativa y con patrimonio propio adscrito al Ministerio de Protección Social. Tiene como objeto propender y fortalecer la integración y desarrollo armónico de la familia, brindar atención integral a niños, niñas y adolescentes y garantizar sus derechos.

Misión: “Somos una Institución de servicio público comprometida con la protección integral de la familia y en especial de la niñez. Coordinamos el Sistema Nacional de Bienestar Familiar como tal proponemos e implementamos políticas, prestamos asesoría, asistencia técnica y socio legal a las comunidades y a las organizaciones públicas y privadas del orden nacional y territorial.

Visión: “En el 2010 seremos una Institución modelo en la prestación de sus servicios, que lidera y articula la ejecución de políticas sociales en el ámbito nacional y territorial para mejorar la calidad de vida de la niñez y la familia colombiana, siendo reconocida y querida a nivel nacional e internacional por sus excelentes niveles de efectividad y calidad, con el equipo humano que presta el servicio con calidez, afecto y experiencia”.

El ICBF trabaja tres ejes misionales que sustentan la misión Institucional, Nutriendo, Creciendo y Restableciendo Vínculos los cuales apuntan a la garantía de derechos de los niños, niñas y adolescentes. Existen tres áreas de direccionamiento, optimización de los servicios, articulación del SNBF y mejoramiento de la gestión Institucional que junto con los valores de probidad, equidad, justicia, respeto, confianza, solidaridad, proactividad, liderazgo y neutralidad pretenden posicionar al ICBF como la primera entidad del país que vela por la garantía de derechos de la familia y la niñez colombiana.

El Centro Zonal de Protección Especial Luís Carlos Galán Sarmiento atiende niños, niñas, adolescentes y familias con derechos vulnerados a fin de dar cumplimiento al artículo 7 del nuevo código de infancia y adolescencia respecto a la protección integral. Se entiende por protección integral de los niños, niñas y adolescentes el reconocimiento como sujetos de derechos, la garantía y cumplimiento de los mismos, la prevención de su amenaza o vulneración y la seguridad de su restablecimiento inmediato en desarrollo del principio del interés superior. Ley de Infancia y adolescencia, 2006.

Para restablecer de forma inmediata su desarrollo el ICBF cuenta con Hogares Sustitutos e Instituciones de protección para acoger a niños, niñas y adolescentes que se encuentren en inminente peligro o abandono en gran medida por estar expuestos a situaciones de maltrato y abuso sexual.

Los actores participantes en el presente trabajo son 18 niñas y dos niños entre 6 y 13 años de edad, ubicados bajo medida de protección del ICBF por haber sido sujetos de vulneración de derechos, específicamente Maltrato infantil en la modalidad de Abuso Sexual. La atención que se les está brindando es a través de ubicación familiar en Hogar Sustituto a fin de que se les restablezcan sus derechos a plenitud.

Datos de Identificación:

Representante Legal: Doctor Luis Alejandro Rivero Osorio.

Dirección: Sede Regional Kilómetro Dos Vía Café Madrid.

E-mail: luis.rivero@gov.co

Teléfono: 6401550

Nombre de la persona que responde por el Estudiante: Dra. Clara Inés Cote Peña.

Dirección: Calle 41 No 4-19 Barrio La Joya

Teléfono: 6424072

Otras Instituciones Participantes: Universidad Pontificia Bolivariana.

Investigador Principal: Dra. Diana María Agudelo Vélez, Coinvestigadora: María Cristina Sánchez Álvarez, Auxiliares: Estudiantes de Pregrado en Psicología, Estudiantes de Postgrado en Psicología Clínica.

1. IMPORTANCIA DE LA SISTEMATIZACION DE LA EXPERIENCIA: El maltrato infantil en todas sus modalidades se ha convertido en una problemática psicosocial que ha logrado llamar la atención de la comunidad en general. La familia, la escuela, la iglesia, la sociedad y el Estado (a través de entidades como el ICBF)

han intentado proteger a la población más vulnerable y víctima de este flagelo pero los resultados son desalentadores, el maltrato infantil se ha venido incrementando de manera abrupta, situación explicable por los niveles de pobreza, desempleo, tolerancia cultural al castigo físico, altas tasas de divorcio, familias numerosas, embarazos no deseados, alcoholismo, drogadicción, familias monoparentales, familias reconstruidas situaciones facilitadoras y desencadenantes de violencia intrafamiliar, maltrato infantil y abuso sexual.

El drama del maltrato a la niñez es uno de los principales problemas que afronta el país y el abuso sexual como una modalidad de este se convierte en el más doloroso, por tanto se constituye en una de las experiencias más inexplicables, incomprensibles y de muy difícil manejo debido a las implicaciones de tipo psicológico, emocional, afectivo y de toda índole que provoca.

Partiendo de estas condiciones se considera de suma importancia articular los esfuerzos de la academia con entidades del sector público, como el ICBF, para intentar impactar de una manera más contundente problemáticas como el Abuso Sexual que están presentes en la cotidianidad de las familias colombianas y que bajo ningún punto de vista se deben convertir en prácticas casi aceptadas y validadas por algunos sectores de la comunidad. Se considera que el trabajo conjunto de la Universidad quien es el ente que posee el conocimiento en cuanto a mecanismos de investigación y del ICBF entidad que tiene la población focalizada redundará en beneficios para la población más vulnerada como es el caso de la niñez y la familia.

Así mismo este tipo de alianzas benefician a todos los actores tanto a la Universidad, el ICBF, la Psicología Clínica y la población en general porque se articulan esfuerzos y conocimientos tendientes a evaluar e intervenir (investigar) sobre fenómenos individuales y sociales que a la postre generarán más conocimientos que permitirán fortalecer programas de tipo preventivo que es a donde deben apuntar realmente nuestros esfuerzos.

Este tipo de trabajos permite también sacar la Psicología Clínica del consultorio y colocarla al servicio de las comunidades más vulneradas, estos constituyen espacios propicios para que la disciplina trascienda las fronteras que generalmente la limitan y no permiten llegar a la comunidad que realmente necesita las intervenciones.

2. EJES DE SISTEMATIZACION: El Enfoque Cognitivo-Conductual es el referente principal en la realización de la presente experiencia, se considera que este enfoque permite un abordaje sistemático tanto en la evaluación como en la intervención, optimizando recursos que permitan generar procesos preventivos tendientes a reducir la aparición y recurrencias de problemáticas como el Abuso Sexual y de haberse presentado, brinda la posibilidad de resignificar la experiencia negativa, disminuyendo la presencia de problemáticas derivadas de la vivencia de esta experiencia considerada como un evento traumático. El modelo cognitivo propone que todas las perturbaciones psicológicas tienen en común una distorsión del pensamiento que influye en el estado de ánimo y en la conducta de los pacientes. Una evaluación realista y la consiguiente modificación del pensamiento producen una mejoría en esos estados de ánimo y comportamientos, Beck (2000). El modelo cognitivo plantea la hipótesis de que las percepciones de los eventos influyen sobre las emociones y los comportamientos de las personas. Los sentimientos no están determinados por las situaciones mismas, sino por el modo como las personas interpretan esas situaciones. (Verástegui, 2004).

Partiendo de la base que cuando se habla de maltrato infantil en general y de abuso sexual en particular se enfrenta una situación de gran complejidad por las innumerables repercusiones a nivel emocional (depresión, fobias, sentimientos de culpa, aislamiento, dificultades en la expresión de sentimientos, ansiedad, trastornos del sueño, trastornos alimenticios, entre otros) situaciones que a largo plazo van a afectar de forma significativa el desempeño de la víctima de abuso sexual y por ende su salud mental se hace inminente la necesidad de la detección

temprana a través de una evaluación adecuada que de soporte a una intervención exitosa.

Teniendo en cuenta las implicaciones del abuso sexual es indispensable contar con un proceso de evaluación estructurada del estado de salud mental de los niños, niñas y adolescentes víctimas de este flagelo, la propuesta central del presente trabajo va dirigida a realizar una experiencia piloto donde el instrumento de evaluación es la entrevista estructurada CHIPS, Childrens Interview for Psychiatric Syndromes, (Weller, Weller, Rooney y Fristad, 2001) que se constituye en la herramienta central del protocolo evaluativo de abuso sexual en niños ubicados en hogares sustitutos del ICBF. Protocolo que permitirá orientar y unificar la forma de abordar el abuso sexual por parte de los profesionales del ICBF.

Se considera que el instrumento evaluativo brinda un soporte importante en la medida que se constituye en una entrevista altamente estructurada que permite obtener información clara y precisa respecto al estado mental de los niños, niñas y adolescentes en dos direcciones importantes presencia de síntomas y cumplimiento de diagnósticos propiamente dichos, hecho que brinda la posibilidad de intervenir tempranamente y no dejar de lado síntomas que en otro tipo de entrevistas podrían pasar inadvertidos.

3. CARACTERISTICAS DE LA POBLACIÓN OBJETIVO: El proyecto de Hogares Sustitutos maneja una población aproximada de 450 niños, niñas y adolescentes, pertenecientes a nivel socioeconómico bajo, con necesidades básicas insatisfechas y con derechos vulnerados; provienen de familias disfuncionales, con problemáticas de toda índole destacando la violencia intrafamiliar. El abuso sexual está presente en aproximadamente el 25% de los niños, niñas o adolescentes que ingresa en sus diferentes modalidades (con contacto o sin contacto) siendo ésta la característica principal de la muestra trabajada.

4. PROYECCION EN EL TIEMPO DE LA EXPERIENCIA: Entre de los alcances que tiene la presente experiencia se destacan a corto plazo la posibilidad de conocer el estado de salud mental de 20 niños, niñas y adolescentes víctimas de abuso sexual, ubicados en hogares sustitutos del ICBF a través de la utilización de la Entrevista Estructurada CHIPS, así mismo que se pueda mantener y fortalecer el trabajo entre la Universidad y el ICBF a través de prácticas tanto del pregrado como de la Especialización en Psicología Clínica para que la experiencia tenga continuidad y arroje resultados significativos. Con los resultados que se obtengan se pretende que a mediano plazo el ICBF pueda tener un equipo de profesionales con el entrenamiento necesario para evaluar e intervenir de manera óptima el Abuso Sexual Infantil y que se cuente con los instrumentos de evaluación y diagnóstico necesarios para tal fin. A largo plazo se pretende que se implementen a nivel regional protocolos de actuación tanto en el campo de la evaluación como de la intervención. Esta experiencia pretende ser el comienzo de un trabajo conjunto entre la academia y el ICBF donde participen estudiantes tanto de pregrado como de postgrado y que se de un trabajo consistente en el tiempo que permita impactar de forma contundente el flagelo del abuso sexual.

5. ABORDAJE CONCEPTUAL:

El maltrato infantil se define como acción, omisión o trato negligente, no accidental, que priva al niño de sus derechos y su bienestar, que amenaza y/o interfiere su ordenado desarrollo físico, psíquico o social y cuyos autores pueden ser personas, instituciones o la propia sociedad. El maltrato no es un hecho aislado, sino que es un proceso que viene determinado por la interacción de múltiples factores. En muchos casos esa interacción dará lugar a uno o más tipos de maltrato, por lo que no se puede considerar el abuso sexual infantil como un fenómeno ajeno al resto de tipologías (Arruabarrena y de Paul, 1994).

Cuando se habla de maltrato se hace referencia a varias categorías: *Maltrato físico:* Cualquier acción no accidental por parte de cuidadores o padres que provoque daño físico o enfermedad en el niño o le coloque en grave riesgo de padecerlo.

Negligencia y abandono físico: Situación en las que las necesidades físicas básicas del menor (alimentación, vestido, higiene, protección y vigilancia en las situaciones potencialmente peligrosas, educación y/o cuidados de salud) no son atendidas temporal o permanentemente por ningún miembro del grupo que convive con el niño. Esta definición proporcionada por Arruabarrena y de Paúl (1994) se centra de manera evidente en las necesidades del niño que no son cubiertas y no tanto en los posibles comportamientos de los padres. *Maltrato y abandono emocional:* El maltrato emocional se define como la hostilidad verbal crónica en forma de insulto, desprecio, crítica o amenaza de abandono, y constante bloqueo de las iniciativas de interacción infantiles (desde la evitación hasta el encierro o el confinamiento) por parte de cualquier miembro adulto del grupo familiar. El abandono emocional se define como la falta persistente de respuesta a las señales (llanto, sonrisa), expresiones emocionales y conductas procuradoras de proximidad e interacción iniciales por el niño y la falta de iniciativa de interacción y contacto, por parte de una figura adulta estable.

El Abuso Sexual entendido como todo acto de tipo sexual (con o sin contacto) realizado a la fuerza, mediante engaños o sobornos, por una persona mayor (con una diferencia de al menos cinco años respecto a la víctima) contra un menor de edad, con el cual se pretende satisfacer las necesidades sexuales del abusador o de un tercero. El abusador generalmente logra su propósito valiéndose del engaño, el chantaje emocional, la fuerza o aprovechando que tiene autoridad sobre él o ella, es muy común también que el abusador le exija al niño que guarde el secreto. Existen dos elementos fundamentales cuando se habla de abuso sexual, la coerción que hace referencia al ejercicio del poder y la asimetría de la edad que lleva implícita (asimetría anatómica, asimetría de conocimientos, asimetría de desarrollo) (Echeburúa y Guarricaechevarria, 2000).

El abuso sexual va desde comportamientos inadecuados sutiles hasta el contacto físico con penetración, ambos tipos de abuso son igualmente dañinos para la

víctima. Cuando se habla de abuso sexual con contacto físico se involucra el contacto con la boca, pechos, genitales, ano, o cualquier otra parte corporal de un niño, niña o adolescente, es decir se refiere a tocar, acariciar, penetrar genital, anal u oralmente. El abuso sexual sin contacto hace referencia a exhibirse de forma insinuante con fines sexuales, masturbarse en presencia de un niño o niña, producir y/o mostrar material pornográfico, comentarios sexualmente explícitos, tráfico sexual infantil, turismo sexual infantil y prostitución infantil (Programa Haz Paz ICBF, 2006).

Es importante mencionar que la ley 679 de 2001 dicta medidas tendientes a la protección en contra de la pornografía, turismo sexual y demás formas de abuso sexual contra los menores de edad, estableciendo normas de carácter preventivo y sancionatorio (Diario Oficial, 2001). Sin embargo y pese a ello, el abuso sexual sigue siendo un importante flagelo para la población infantil que día a día cobra más víctimas es por esta razón que vale la pena movilizar todos los esfuerzos para prevenir la aparición el crecimiento de esta problemática y evaluar e intervenir de forma eficiente cuando ya se ha presentado la situación de abuso sexual..

Respecto al niño o niña víctima de abuso sexual, es importante destacar el componente de género. Cuadros, (1998) afirma que se abusa más severamente y con mayor violencia en el caso de las niñas, además de que la edad de inicio del abuso también es menor en su caso. La edad de máxima incidencia de casos de abuso, tanto en niñas como en niños, suele ser de los 6 a los 12 años.

El abuso sexual infantil no es un fenómeno reciente, aunque sí es cierto que en los últimos años se están registrando algunas tendencias novedosas. Existen, por ejemplo, indicios de un incremento de los abusos cometidos por jóvenes y adolescentes, el 20% de las violaciones son realizadas por menores de edad, este es un dato relevante que no ha de pasar desapercibido puesto que las posibilidades de rehabilitación con este tipo de agresores son mucho mayores, así como los

recursos institucionales disponibles para ello. Se considera importante manifestar que muchos de los casos se presentan al interior de la familia, lo que tiene que ver con la sexualidad se mantiene en secreto, los niños pequeños no tienen autonomía para denunciarlo, algunos profesionales no desean comprometerse y aún existe mucho desconocimiento sobre el tema por tanto los datos de los que se dispone son sólo una pequeña parte de los casos que realmente ocurren y ello es así por las características propias del abuso sexual (Horno, Santos y del Molino, 2002).

Es de suma importancia tener claras las implicaciones del abuso sexual a nivel *físico* (pesadillas y problemas de sueño, cambio de hábitos de comida, pérdida de control de esfínteres), *Conductual* (consumo de drogas y alcohol, fugas, conductas autolesivas o suicidas, hiperactividad, baja del rendimiento académico), *Emocional* (miedo generalizado, agresividad, culpa, vergüenza, aislamiento, ansiedad, depresión, baja autoestima y sentimientos de estigmatización/ rechazo al propio cuerpo, síndrome de stress postraumático), *Sexuales* (conocimiento sexual precoz o inapropiado, masturbación compulsiva, Exhibicionismo, problemas de identidad sexual) y *Sociales* (déficit en habilidades sociales, retraimiento social, conductas antisociales) a fin de lograr una caracterización adecuada de la población víctima del abuso sexual.

Conociendo la gravedad de las secuelas del abuso sexual y las implicaciones que tiene a corto, mediano y largo plazo es apremiante la necesidad de establecer rutas claras y protocolos de actuación frente al abuso sexual a fin de responder a las necesidades actuales de los niños, niñas y adolescentes y prevenir trastornos mayores en la adultez.

De acuerdo con lo anterior y para efectos de la evaluación del estado mental de la muestra seleccionada se utilizará la entrevista para síndromes psiquiátricos en niños y adolescentes (CHIPS), entrevista altamente estructurada, basada en los

criterios del DSM-IV y desarrollada para establecer el diagnóstico en sujetos con edades comprendidas entre los 6 y los 18 años.

Se espera que los resultados se conviertan en el insumo para el diseño de propuestas de intervención cuya finalidad debe ser en todo caso la reducción de las secuelas y potenciales amenazas a la salud mental de los niños afectados así como de su entorno inmediato. Tomando en cuenta el anterior panorama se hace indispensable tener clara la forma de abordar y proceder frente a situaciones de abuso sexual, es en este momento donde cobra importancia el planteamiento de Protocolos de Actuación que permitan optimizar los procesos, agilizarlos, brindar una atención de calidad y evitar la revictimización.

Los niños, niñas y adolescentes menores de 18 años son personas especialmente vulnerables que hay que proteger ante cualquier situación de riesgo que pueda generarse en su entorno personal, familiar y social y es deber de todos garantizar su desarrollo. Por lo tanto la finalidad del protocolo de actuación es brindar una atención integral, oportuna y humanizada al niño, niña o adolescente ubicado en los servicios del ICBF, otro objetivo fundamental del protocolo es que las actuaciones que se lleven a cabo con los menores sean las estrictamente necesarias para evitar la repetición de diligencias, declaraciones y exploraciones que agraven la delicada situación emocional del niño.

Es decir el protocolo de actuación permitirá que la atención, la evaluación y el seguimiento sobre el abuso sexual resulten más eficaces, ágiles y positivos para la víctima.

Los principios de actuación más relevantes son la protección del niño, niña y adolescente, coordinación unificada de los diferentes actores (Instituciones), agilización a través de una intervención inmediata y la mínima intervención en cuanto a número de profesionales que aborden el caso.

Por otro lado, cuando se habla de una problemática tan delicada y con tantas implicaciones a nivel de la salud mentales indispensable conocer el marco legal en el cual se desarrolla el quehacer del ICBF, en primer lugar se destaca la ley 1098 de noviembre 8 de 2006 en la cual se consagran como aspectos fundamentales la *protección integral* del los niños, niñas y adolescentes, entendida como el reconocimiento de los menores de 18 años como sujetos de derechos, la garantía y cumplimiento de los mismos, la prevención de su amenaza y vulneración y la seguridad del restablecimiento inmediato. Así mismo se destaca el principio del *interés superior* que hace referencia al imperativo que obliga a todas las personas a garantizar la satisfacción integral y simultánea de todos los derechos humanos que son universales, prevalentes e interdependientes. La ley 1098 es clara en destacar los derechos de protección de los niños, niñas y adolescentes y el sentido de correponsabilidad que todas las personas y el estado tienen frente a la garantía de los mismos.

La ley 1146 de 2007 por medio de la cual se expiden normas para la prevención de la violencia sexual y atención integral de los niños, niñas y adolescentes abusados sexualmente, es de fundamental importancia porque hace claridad respecto a dos aspectos fundamentales como son la *prevención* del abuso sexual con acciones dirigidas a sensibilizar frente a la existencia del abuso sexual y de sus consecuencias, aportar herramientas a los niños que faciliten su protección, detección, defensa tendientes a evitar el abuso sexual, permitir el conocimiento de autoridades e instituciones que pueden procurar ayuda en caso de abuso sexual y la *atención integral* dirigida a que las entidades prestadoras de salud brinden una atención oportuna a las víctimas de abuso sexual y todas las instituciones involucradas garanticen el adecuado tratamiento de la situación partiendo de la base del interés superior del menor.

Es importante en el presente apartado mencionar el proyecto de ley de aumento de penas que modifica el artículo 205, 206, 207 de código penal en materia de abuso sexual y en cuanto al tiempo de 128 a 270 para aquellas personas que incurran en el delito de acceso carnal violento con menor de 14 años, proyecto que permite

evidenciar el compromiso que se tiene frente a la protección de los niños, niñas y adolescentes y al interés por castigar delitos de tanta gravedad como es el caso del abuso sexual.

También cabe destacar el proyecto de ley estatuto abuso sexual por el cual se expide el estatuto de protección contra el abuso sexual infantil, el objeto del mismo es brindar protección y garantías a las víctimas de abuso sexual infantil y a quienes participen activamente en la defensa y restablecimiento de derechos de las víctimas de abuso sexual.

6. FUNDAMENTACION TEORICA:

ENFOQUE DE TRABAJO.

El modelo cognitivo propone que todas las perturbaciones psicológicas tienen en común una distorsión del pensamiento que influyen en el estado de ánimo y en la conducta de los pacientes. Una evaluación realista y la consiguiente modificación del pensamiento producen una mejoría en esos estados de ánimo y comportamientos (Beck, 2000). El modelo cognitivo plantea la hipótesis de que las percepciones de los eventos influyen sobre las emociones y los comportamientos de las personas. Los sentimientos no están determinados por las situaciones mismas, sino por el modo como las personas interpretan esas situaciones (Verástegui, 2004).

Desde la infancia las personas desarrollan ciertas creencias acerca de ellas mismas, de las otras personas y del mundo, estas son las creencias centrales, son ideas fundamentales y profundas y para cada persona son consideradas como verdades absolutas. También están las creencias intermedias (como actitudes, reglas y presunciones) y los pensamientos automáticos.

Para el presente estudio se pretende un abordaje que parta de las premisas anteriores lo cual supone considerar que las posibilidades de afrontamiento diferencial están dadas en gran medida, por la valoración cognitiva de cada niño, lo cual debe constituir un insumo fundamental de cara a la intervención.

Por otra parte es de todos conocido que la forma en que se estructura el afecto constituye un importante factor de vulnerabilidad a lo largo de la vida. Por eso en este estudio se aborda el modelo del apego de Bowlby, según el cual existe una necesidad humana universal para formar vínculos afectivos estrechos. Bowlby, se interesó en el tema a partir de las observaciones de diferentes perturbaciones emocionales en niños separados de sus familias. Bowlby sostiene que la necesidad de entablar vínculos estables con los cuidadores o personas significativas es una necesidad primaria en la especie humana (Bowlby. 1986).

El punto central de su teoría está dado en la relación causal entre las experiencias de un individuo con las figuras significativas (los padres generalmente) y su posterior capacidad para establecer vínculos afectivos. Conceptos como ansiedad por separación y disposición básica del ser humano ante la amenaza de pérdida son relevantes en esta teoría.

En el desarrollo de la personalidad se consideran dos tipos de influencias, el primero se relaciona con la presencia o ausencia de una figura confiable quien proporciona la base segura al niño y el segundo se refiere a la capacidad del individuo de reconocer cuando otra persona es digna de su confianza. Un buen apego incluye dos aspectos fundamentales: una base segura y la exploración. La principal variable se concentra sobre la capacidad de los padres para proporcionar al niño una base segura y la de animarlo a explorar a partir de ellos.

Otro referente importante a nivel teórico es el trabajo de Young (1.999, citado por Catrillón y otros 2005) respecto a los Esquemas maladaptativos tempranos (EMT). Desde este enfoque los esquemas son modelos estables y duraderos que se forman en la infancia y se elaboran durante toda la vida, determinando el procesamiento de experiencias posteriores. Los esquemas llegan a determinar cómo se piensa, cómo se siente, cómo se actúa y cómo se establecen las relaciones con los demás. Los esquemas maladaptativos tempranos activan en el individuo fuertes sentimientos como enojo, tristeza y ansiedad. La teoría de Young manifiesta que estos modelos se repiten debido a que los EMT invaden

profundamente las creencias sobre sí mismos y el mundo. Y dejar una creencia o esquema sería perder la seguridad de saber quien se es y lo que el mundo es. Estas creencias tempranas proporcionan un sentido de previsibilidad y certeza por lo tanto son cómodos y familiares y muy difíciles de cambiar.

Los EMT tienen varias características que los definen, se originan prematuramente en la vida y son crónicos, normalmente se desarrollan por la acumulación de interacciones negativas tempranas con personas significativas más que por un acontecimiento traumático, llevan a emociones intensas y disfuncionales, conductas autodestructivas, experiencias interpersonales negativas y/o a perjudicar a los demás. Interrumpen la habilidad de los individuos para lograr sus necesidades básicas incluyendo autodeterminación, independencia, relación interpersonal, validación, espontaneidad y límites realistas, se mantienen rígidamente y son difíciles de cambiar.

Los dieciocho EMT se agrupan en cinco dimensiones **Desconexión y rechazo** que comprende los esquemas de personas que fueron criadas en entornos carentes de alimentación, afecto, aceptación y estabilidad, **Perjuicio en autonomía y desempeño** los cuales reflejan ambientes de infancia complicados y sobreprotectores, **límites inadecuados** en cuanto a niños criados por padres permisivos e indulgentes, **tendencia hacia el otro** para referirse a cuando las necesidades del niño son secundarias a las necesidades de los demás y **sobrevigilancia e inhibición** cuando se cría a los hijos en el perfeccionismo.

Los esquemas se mantienen a través de procesos de distinto orden. Así, el *mantenimiento de los esquemas* se manifiesta cuando el individuo permanece con pensamientos y creencias y se comporta de tal manera que perpetua directamente el esquema. *La evitación del esquema* ocurre cuando el individuo se dedica a evitar cogniciones, afectos o conductas de manera que no se active el esquema y

compensación del esquema cuando el individuo encubre en exceso un esquema temprano.

Los elementos planteados tanto en la Teoría de Bowlby como en la de Young se ven reflejados en los casos de niños, niñas y adolescentes víctimas de abuso sexual e interactúan de forma directa entre sí. Los vínculos que establezcan los niños y niñas desde su primera infancia, la relación con figuras significativas y los modelos que tenga determinarán la funcionalidad de futuras relaciones y de su desempeño general. Entornos en los que no se garanticen los derechos fundamentales de los niños (afecto, atención, alimentación, protección) donde se viva situaciones de violencia intrafamiliar, maltrato, permisividad extrema se convertirán en factores de riesgo y vulnerabilidad para la infancia. Muestra de ello son los niños población objeto del presente trabajo. Así mismo el modelo cognitivo se convierte en la herramienta fundamental para evaluar e intervenir directa y eficazmente sobre las distorsiones que estén generando estados de ánimo y comportamientos alterados en los niños, niñas y adolescentes víctimas de abuso sexual ubicados bajo medida de protección y que tienen características especiales a nivel social, económico, familiar e individual, a luz de estas tres teorías se vislumbra la posibilidad de un abordaje ético y exitoso para los niños y sus familias.

Tan importante como la fundamentación teórica es conocer el estado del arte mencionando algunos estudios referentes al abuso sexual, a sus implicaciones y estadísticas.

Ahora bien, es necesario identificar cómo el tema del abuso y sus implicaciones a nivel mental y físico han sido objeto de numerosos estudios que pueden constituir un importante soporte al presente trabajo. En este sentido, si se habla de prevalencia de maltrato infantil (casos en la comunidad en un momento dado) en Estados Unidos se ha encontrado que entre 1% y 2% de los niños, según Chadwick (1993), ha sido víctima de abuso sexual; el reporte del año 1997 habla de 42 x

1.000 niños y niñas, con una distribución por casos así: negligencia 50%, Abuso físico 25 %, Abuso sexual 12%, abuso psicológico y otras formas 12%.

Según el Instituto de Género, Derecho y Desarrollo (2006) el incremento de abuso sexual en Argentina es alarmante, en el 2004 se reportaron 30.000 casos sin contar el subregistro de los casos no denunciados, dentro de los cuales se incluyen gran cantidad de los perpetrados dentro del contexto familiar, sólo en el 2001 se realizaron 13.352 dictámenes sexológicos por delitos sexuales, 11.508 de los cuales eran casos de mujeres o niñas víctimas de violación, de todas ellas 9.690 eran menores de 18 años y de estas la mitad tenían entre 10 y 14 años.

En América Latina y el Caribe los datos de violación, el incesto, el abuso sexual, la explotación sexual, la prostitución infantil y el uso de niñas y adolescentes en la pornografía son alarmantes. Datos de la Organización Mundial de la Salud (2003) señalan que más del 36% de las niñas y el 29% de los niños sufrió abuso sexual. Las cifras presentadas durante el Congreso Mundial contra la Explotación Sexual de Menores con Fines Comerciales en 1996, indican que más de 1 millón de niños y niñas se incorpora al comercio sexual cada año en el mundo. Pero, además, un número no precisado de niños en todo el planeta son sometidos a abusos sexuales por familiares, por otros miembros de su comunidad o por desconocidos. Agencias y especialistas concuerdan que el abuso, explotación y comercio sexual infantil tiene consecuencias psicológicas y fisiológicas de corto y largo plazo en la salud y bienestar de niñas y jóvenes. Además del riesgo de embarazos no deseados, el abuso sexual contra ellas también contribuye al peligro de contraer infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH. La incapacidad de protegerse contra las relaciones forzadas y su sistema inmunológico inmaduro aumentan la posibilidad de infección. Diversos estudios informan que, a largo plazo, las niñas abusadas son propensas a tener comportamientos de alto riesgo, como relaciones sexuales precoces, no usar protección, abusar del alcohol y de las drogas, y tener relaciones con múltiples parejas. Según informes de UNICEF, existen 100 millones de niños y

niñas abandonadas en todo el mundo, de los cuales 40 millones pertenecen a América Latina. Investigaciones de organismos no gubernamentales han apuntado que cerca de un 65% de los niños que se encuentran en situación de calle en las capitales de los países de América Latina se involucran, de un modo u otro, en la explotación sexual. De estos, el 15% sobreviven de lo que obtienen por prostituirse y el 50% se ha involucrado de alguna forma en la prostitución aunque no de manera sistemática. Paralelamente, entre los años 2001 y 2003, el número de huérfanos en América Latina debido al SIDA pasó de 54.000 en 1990 a más de 750.000 en el año 2005. Sólo en Jamaica se estima que existen alrededor de 20.000 niños y niñas que han perdido a su madre o a su padre por la epidemia. Estos niños y niñas son en extremo vulnerables a la discriminación, la violencia y la epidemia en sí misma (Acnur, 2005).

Por su parte, Campo, Rambal, y De la Rosa (2000) realizaron un estudio con el objetivo de determinar el perfil psiquiátrico de los niños, niñas y adolescentes de una institución de protección de la ciudad de Cartagena de Indias víctimas de maltrato infantil o abuso sexual y definir la utilidad de Reporting Questionnaire for Children (RQC) como instrumento de tamizaje en esta población. Se utilizó una entrevista clínica que fue realizada para definir un diagnóstico psiquiátrico (DSM-IV) y en forma independiente se aplicó el RQC para establecer quienes necesitaban una evaluación especializada. La muestra fue de un grupo de 53 niños, niñas y adolescentes con una edad media de 13.3 años (DE=2.3); 60.4% de sexo masculino; con una escolaridad promedio de 2.7 años (DE=2.0) y el 33.7% con historia de consumo de sustancias. El RQC mostró que el 96.2% necesitaba una evaluación psiquiátrica especializada, La entrevista psiquiátrica mostró que el 79.2% de los evaluados presentaban al menos un diagnóstico de eje I, el 13.2% retardo mental (eje II) y 5.7% epilepsia (eje III). En síntesis, el 84.9% de los entrevistados reunía criterios para un diagnóstico de eje I, II o III. Dentro de las conclusiones principales se encontró que todos los niños, niñas y adolescentes en situación de abandono, maltratados, necesitan una evaluación psiquiátrica especializada. La prevalencia de trastornos mentales es considerablemente mayor

a la informada en la población general de referencia. El RQC es un instrumento con una alta sensibilidad para identificar los niños y adolescentes que necesitan una consulta psiquiátrica.

Echeburúa y Corral (2006) hacen un análisis sobre las consecuencias del abuso sexual a corto y largo plazo, así como sobre el impacto inmediato de la victimización y de las repercusiones a largo plazo en la salud mental. Revisan las situaciones de alto riesgo y los factores protectores que pueden amortiguar el impacto del abuso sexual. Entre las consecuencias a corto plazo se encontró que al menos un 80% de las víctimas sufren consecuencias psicológicas negativas. El alcance del impacto psicológico va a depender del grado de culpabilización del niño por parte de los padres, así como de las estrategias de afrontamiento de que disponga la víctima. En general, las niñas tienden a presentar reacciones ansioso-depresivas; los niños, fracaso escolar y dificultades inespecíficas de socialización, así como comportamientos sexuales agresivos. Respecto a la edad, los niños muy pequeños (en la etapa de preescolar), al contar con un repertorio limitado de recursos psicológicos, pueden mostrar estrategias de negación de lo ocurrido. En los niños un poco mayores (en la etapa escolar) son más frecuentes los sentimientos de culpa y de vergüenza ante el suceso. El abuso sexual presenta una especial gravedad en la adolescencia porque el padre puede intentar el coito, existe un riesgo real de embarazo y la adolescente toma conciencia del alcance de la relación incestuosa.

Las consecuencias a largo plazo son menos frecuentes y más difusas que las secuelas iniciales, pero pueden afectar, al menos, al 30% de las víctimas. Los problemas más habituales son las alteraciones en la esfera sexual, disfunciones sexuales y menor capacidad de disfrute, especialmente, la depresión y el trastorno de estrés postraumático, así como un control inadecuado de la ira (en el caso de los varones, volcada al exterior en forma de violencia; en el caso de las mujeres, canalizada en forma de conductas autodestructivas) .

En otros casos, sin embargo, el impacto psicológico a largo plazo del abuso sexual puede ser pequeño (a menos que se trate de un abuso sexual grave con

penetración) si la víctima no cuenta con otras adversidades adicionales, como el abandono emocional, el maltrato físico, el divorcio de los padres, una patología familiar grave. Desde el punto de vista del trauma en sí mismo, lo que predice una peor evolución a largo plazo es la presencia de sucesos traumáticos diversos en la víctima, la frecuencia y la duración de los abusos, la posible existencia de una violación y la vinculación familiar con el agresor, así como las consecuencias negativas derivadas de la revelación del abuso (por ejemplo, romperse la familia, poner en duda el testimonio del menor).

Por otra parte, Beltrán (2005) realizó una revisión documental sobre investigaciones publicadas entre 1995 y el año 2005, orientadas a medir características del abuso sexual teniendo como referencia las categorías: factores familiares, factores sociodemográficos, características del abuso sexual, comportamiento de los padres e historia de las madres.

Se analizó una muestra total de 8.187 personas de diferentes edades valoradas en 16 estudios. Hubo un incremento en el número de publicaciones en los últimos tres años (37%), encontrando a Estados Unidos como el país donde más publicaciones se realizan relacionadas con las variables incluidas (69%). La media de edad del abuso sexual fue de 7.9 para un valor mínimo de 4.9 y máximo de 11.5; el periodo de duración en años fue de 4.28 y el porcentaje de abuso estuvo entre 10.4% y 29.4% con una media de 20.14%. Con relación al vínculo perpetrador-víctima se encontró que el 62.16% de los casos reportados el perpetrador fue un integrante de la familia; de éstos, el 30.27% fue el padre biológico. Se concluye que el abuso sexual no es un problema que obedece a una sola causa ni posee una sola característica en sus manifestaciones. Las variables estudiadas que más estuvieron asociadas al abuso sexual fueron: 1. Estructura familiar caótica; donde se presentan dificultades en las relaciones interpersonales, 2. Presencia de violencia o conflicto marital, 3. Comportamientos de los padres inclinados hacia el abuso de alcohol o drogas y en menor presencia 4. Historia de abuso sexual en las madres de menores víctimas de abuso. No se encontraron asociaciones significativas en las variables

sociodemográficas como estrato socio-económico, nivel educativo de los padres, tipo de vivienda o la presencia de desempleo de alguno de los padres (Beltrán, 2005)

Colombia ha sobresalido en el contexto internacional por sus estadísticas de violencia, anualmente se registra entre 35.000 y 45.000 muertes violentas al año y un número indeterminado de hechos de violencia originados no solo por la situación de conflicto interno sino por situaciones de hacinamiento y marginación social que desencadenan hechos de violencia intrafamiliar como es el caso del abuso sexual. Un estudio realizado por Alejo, Rueda, Estrada, Gálvis y Gálvis (2006) muestra el número de casos de niños y niñas abusados sexualmente respecto al género y a la edad.

Tabla 1: Porcentaje de niños abusados sexualmente por Género y Edad en Colombia.

ANOS	M	%	F	%	TOTAL	% TOTAL
< 5	236	19.73	960	80.27	1196	15.24
5-9	553	20.00	2212	80.00	2765	35.23
10-14	445	11.84	3315	88.16	3760	47.90
TOTAL	1234	17.10	6487	82.90	7721	

Fuente: Alejo, Rueda, Estrada, Galvis y Galvis (2006).

En la tabla anterior se puede evidenciar que las niñas son más vulnerables a vivir situaciones de abuso sexual en todos los rangos de edad presentados en comparación con el número de niños víctimas de abuso sexual. Así mismo el rango de edad en donde se presenta el abuso sexual es el de 10 a 14 años sin dejar de ser preocupante el elevado número de casos en los otros rangos de edad. Este mismo estudio permite establecer que en la actualidad, sólo son denunciados entre el 2 y el 5% de los casos de abuso sexual infantil que ocurren en Colombia.

Esto quiere decir que la gran mayoría queda en la impunidad y sus víctimas, afectadas por un trauma con consecuencias muy graves, quizá definitivas y que no son atendidas a tiempo, maximizándose la posibilidad de que los efectos psicológicos del maltrato en cualquiera de sus modalidades (incluido el abuso sexual) en la población infantil tenga repercusiones gravísimas sobre el desarrollo de la personalidad y la vida adulta.

Según informe de Medicina Legal de la ciudad de Bucaramanga, sólo en el 2007 se reportaron 453 casos de abuso sexual infantil, sin dejar de lado el alto porcentaje que no se denuncia.

Tabla 2: Casos de Abuso Sexual 2007 en la ciudad de Bucaramanga

RANGO DE EDAD	No DE NIÑOS	No DE NIÑAS	TOTAL
0-4 AÑOS	26	90	116
5-9 AÑOS	40	119	159
10-14 AÑOS	27	151	178
TOTAL	93	260	453

Fuente: Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses 2008.

Por otra parte, Berrio, (2006) en sus estudios ha encontrado que la relación entre el abuso sexual y la prostitución es alta, más del 90% de los casos de niños y niñas víctimas de la explotación sexual han padecido el abuso sexual en su medio familiar y/o en su entorno adyacente, así mismo es una realidad que del total de abusos que se comenten sólo una mínima parte es denunciado.

González, (1998) en su trabajo Abuso sexual infantil: un estudio de sus consecuencias en mujeres alcohólicas y farmacodependientes en la ciudad de Barranquilla referencia los estudios realizados por Rimsza y Berg (1988) en el que compararon a un grupo de 72 niños y adolescentes víctimas de abuso sexual con

un grupo control sin abuso sexual. Los resultados revelaron que el promedio de edad en la que ocurrió el abuso sexual fue de 10 años de edad. En el 15.2% de casos el abusador fue un extraño; en el 36.1%, un pariente; en el 23.6%, el padre biológico (o el padrastro); en el 8.3%, un conocido de la familia; en el 13.8%, un amigo de la familia y en el 8.3%, el novio de la mamá. De los 72 pacientes con abuso sexual, 48 (66.6%) reportó por lo menos un síntoma somático o emocional; en contraste, esto solo ocurrió en 26 miembros del grupo control (36.1%) (diferencia estadísticamente significativa). Se encontró que en el grupo con abuso sexual fue más común reportar molestias de tensión muscular, gastrointestinales, síntomas genitourinarios y reacciones emocionales como miedo, confusión, irritabilidad, sentimientos de culpa, intentos de suicidio, deseos de venganza y conductas evasivas.

Einbender y Friedrich (1989 citados por González, 1998) estudiaron el funcionamiento psicológico y los problemas del comportamiento en 46 niñas y adolescentes de 6 a 14 años que habían sufrido abuso sexual. Se les comparó con otro grupo de 46 niñas y adolescentes de la misma edad sin reporte de abuso sexual. El grupo de niñas abusadas presentaba un funcionamiento cognoscitivo y social significativamente más bajo y altos niveles de preocupación sexual, con respecto al grupo control. Este grupo mostró puntajes significativos en siete de las nueve escalas del "Child Behavior Checklist": depresión, aislamiento social, quejas somáticas, rasgos esquizoide-obsesivos, hiperactividad, problemas sexuales y agresividad.

Beitchman, Zucher, Hood, Da Costa y Ackman (1991, citados por González, 1998) realizaron un estudio de evaluación crítica sobre las investigaciones empíricas de las consecuencias del abuso sexual. Se identificaron 42 publicaciones en que se emplearon niños y adolescentes víctimas de abuso sexual como sujetos. Los estudios encontraron depresión, baja autoestima e ideas o conductas suicidas. Frecuentemente se descubrieron secuelas de abuso del alcohol y otras SPA

Las cifras presentadas tanto a nivel nacional como internacional hacen evidente que el abuso sexual se ha convertido en una problemática que afecta a la población en general y que los niños, niñas y adolescentes son los más vulnerables. Este hecho se convierte en el sustento del presente trabajo, siendo el ICBF la entidad que mayor contacto tiene con la población más deprimida del país y que puede intervenirla directamente se hace necesario investigar sobre este tema, realizando propuestas tanto de intervención y prevención que permitan tener un mayor impacto.

7. METODOLOGÍA :

7.1 Diseño

La investigación sigue un diseño descriptivo.

7.2 Muestra: Se trabajó con 20 niños, niñas y adolescentes (18 niñas y 2 niños) entre 6 y 13 años con un nivel socioeconómico bajo (estrato 1), ubicados bajo medida de protección en hogares sustitutos de la ciudad de Bucaramanga, todos los niños de la muestra han sido víctimas de abuso sexual y por esta razón el ICBF ha tenido que protegerlos. Todos los niños de la muestra se encuentran escolarizados y la situación jurídica para algunos ya está definida con declaratoria de adoptabilidad (declaratoria de abandono, aptos para adopción) y otros con declaratoria de vulneración de derechos.

7.3. Instrumentos: La entrevista para síndromes psiquiátricos en niños y adolescentes (CHIPS), es una entrevista altamente estructurada, basada en los criterios del DSM-IV y desarrollada para establecer el diagnóstico en sujetos con edades comprendidas entre los 6 y los 18 años.

La entrevista está compuesta por tres secciones. La primera sección del protocolo contiene diversas preguntas relativas a: descripción del motivo de consulta y el lugar en que se produce (casa, colegio, con compañeros), relación familiar y responsabilidades del niño en el hogar, relación y rendimiento escolar, relación con sus compañeros y tratamientos previos. La segunda sección pretende recabar

información sobre los 20 trastornos incluidos en el Eje I, excepto retraso mental, problemas de aprendizaje (lectura, escritura, etc.) y problemas de personalidad. En cada trastorno se especifica el comienzo de los síntomas, la duración y el deterioro o nivel de interferencia a tres niveles en casa, en el colegio y/o en la relación con sus compañeros. La tercera sección se obtiene información sobre estresores psicosociales a dos niveles: abuso y abandono infantil, y otros estresores en general (clima familiar, problemas económicos, problemas familiares y extrafamiliares). (Weller, Weller, Rooney y Fristad. 2001)

Se considera que el instrumento evaluativo brinda un soporte importante en la medida que se constituye en una entrevista altamente estructurada que permite obtener información clara y precisa respecto al estado mental de los niños, niñas y adolescentes sin dejar de lado trastornos que en otro tipo de entrevistas podrían pasar inadvertidos.

7.4. Procedimiento. (Planteamiento por etapas)

Para la realización de la presente práctica se estableció contacto con los Defensores de Familia quienes son los Representantes legales de los niños, niñas y adolescentes y obtener el consentimiento para la participación de los mismos en la investigación. A continuación se procedió a revisar las 20 historias socio familiares para conocer la situación general de los niños, una vez seleccionada la muestra de niños, niñas y adolescentes víctimas de Abuso sexual ubicados bajo medida de protección en Hogar Sustituto por ICBF se aplicó la Entrevista Estructurada CHIPS y se realiza la caracterización psicopatológica y finalmente se plantea un protocolo de actuación frente al Abuso Sexual en esta población.

Fases

1. Revisión de Historias.
2. Selección de niños, niñas y adolescentes.
3. Contacto con los Defensores de Familia para obtener el consentimiento para iniciar el proceso con los niños, niñas y adolescentes.
4. Aplicación de la entrevista estructurada CHIPS
5. Análisis de resultados.

6. Elaboración de la caracterización de los niños, niñas y adolescentes víctimas de Abuso Sexual.

7. Elaboración del Protocolo de actuación frente al Abuso Sexual

8. DESCRIPCION DE LA EXPERIENCIA:

8.1 OBJETIVO GENERAL:

Realizar la caracterización psicopatológica de niños, niñas y adolescentes víctimas de abuso sexual ubicados bajo medida de protección en hogares sustitutos del ICBF en la ciudad de Bucaramanga.

8.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Elaborar un protocolo de actuación frente al Abuso sexual infantil.

8.3 JUSTIFICACION.

Día a día la sociedad enfrenta adversas condiciones familiares, sociales, económicas, políticas y de toda índole que se viven al interior de nuestro país. Esta situación indudablemente toca a un gran sector de la población y se hace evidente y aún más acentuada en los estratos 1 y 2 que se constituyen en los más vulnerables de la sociedad. La población objeto de servicios del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar está caracterizada básicamente por tener sus necesidades básicas insatisfechas, son familias que no han logrado acceder a condiciones laborales que les brinden la posibilidad de tener una vida digna, familias con historias dolorosas de violencia intrafamiliar, maltrato infantil, abuso sexual, hacinamiento, con viviendas ubicadas en sectores de alto riesgo no sólo por su localización sino por la presencia de pandillas, consumo de sustancias psicoactivas, por mencionar algunas, condiciones que en vez de mejorar y ser superadas se vienen perpetuando y alcanzando cifras insospechadas. En este panorama un tanto oscuro, los niños, niñas y adolescentes se convierten en un blanco fácil de

vulneración de derechos, están expuestos a una serie de riesgos impensables y ellos y la sociedad en general, se ven enfrentados a problemáticas que están creciendo de manera inmanejable como es el caso del maltrato infantil y el abuso sexual.

Por esta razón es importante mencionar, prevenir, evaluar e intervenir las implicaciones y consecuencias más frecuentes del abuso sexual en la salud mental de los niños y niñas víctimas, entre estas se destacan la ansiedad, la depresión, la culpa, el suicidio, los trastornos de la alimentación, las disfunciones sexuales, las dificultades en la formación de la identidad sexual, las pesadillas y las fobias específicas, entre otros síndromes. Estas problemáticas dependen de la duración del abuso sexual, la intensidad, el tipo de abuso, la identidad del abusador, las características de personalidad del niño y el número de abusadores (Save the Children, 2000).

La situación respecto al abuso sexual en niños, niñas y adolescentes se ve agravado aun más por el silencio que guardan; los niños prefieren no contar a nadie lo que les sucedió por temor a las amenazas o simplemente por pena, por esta razón el subregistro de casos es evidente y la posibilidad de intervenir se dificulta (Save the Children, 1998).

Siendo el ICBF una de las instituciones receptoras de denuncias de abuso sexual y la encargada de brindar la protección integral a los niños, niñas y adolescentes víctimas de este flagelo es indispensable que se asuma una posición clara frente al abordaje de la problemática y se adelanten trabajos de este tipo que permitan el mejoramiento continuo en los procesos de evaluación e intervención, propuestas que a la postre beneficiaran a un gran número de niños. Entender las implicaciones del abuso sexual no sólo a corto plazo sino pensando que el niño de hoy víctima de abuso en un futuro puede ser un adulto con marcadas dificultades en su comportamiento es un punto donde cobra importancia la realización del presente trabajo. Así mismo la construcción de un protocolo de actuación dirigido a los niños, niñas y adolescentes ubicados bajo medida de protección en el ICBF a fin de que se realice un abordaje efectivo y ético.

8.4. ACTIVIDADES PROGRAMADAS:

Se llevaron a cabo las siguientes actividades.

- Primera etapa: Compuesta por tres actividades, en *primer lugar* se llevó a cabo la revisión de historias de niños, niñas y adolescentes ubicados en Hogares sustitutos a fin de establecer quienes habían sido víctimas de abuso sexual. Esta revisión permitió la *segunda actividad* que fue la selección de la muestra.

Una vez seleccionados los 20 integrantes de la muestra se procede a llevar a cabo la *tercera actividad*, contactar a cada Defensor de Familia explicándole claramente en qué consistía el trabajo a realizar (teniendo en cuenta que los niños están bajo medida de protección y este hecho requiere un tratamiento especial a nivel legal) y solicitando el respectivo consentimiento escrito para la participación de cada niño, niña y adolescente, con el objetivo de observar rigurosamente los compromisos éticos de la investigación con humanos y puntualmente con menores de edad. (Ver anexo 1).

-Segunda Etapa: Compuesta por cuatro actividades, la *primera* correspondió a la aplicación del instrumento evaluativo Entrevista Estructurada CHIPS (ver anexo 2), siendo esta la actividad central del presente trabajo se requirió de un gran número de horas, en principio se había programado un promedio de 1 hora y media por niño, niña o adolescente pero este tiempo se incrementó notablemente, por la extensión de la entrevista, por el nivel de escolaridad y cognitivo de los niños. Es importante plantear que la aplicación del instrumento fue una experiencia enriquecedora tanto para los niños como para el profesional porque permite obtener información que con otro tipo de entrevistas o instrumentos no se logra recavar. Habiendo realizado las entrevistas se procede al análisis de datos, en la hoja de registro/perfil CHIPS, donde se realiza el diagnóstico clínico teniendo en cuenta todos los trastornos en cada uno de los ejes (I, II, III, IV, V), síntomas, diagnóstico, duración de la sintomatología, factores de estrés psicosocial, otros factores de estrés y la respectiva evaluación conductual (apariencia, esfuerzo,

afecto, comportamiento fuera de lo común y nivel de actividad). Se concluye esta etapa con la elaboración de la caracterización psicopatológica de niños, niñas y adolescentes víctimas de abuso sexual ubicados bajo medida de protección en Hogares sustitutos del ICBF en función de síntomas presentes y cumplimiento de diagnósticos. La última actividad de la segunda etapa es la elaboración de un protocolo de actuación en los casos de abuso sexual teniendo en cuenta el marco legal y referencial de la actuación frente al abuso sexual, las rutas nacional, de medicina legal y las rutas al interior del ICBF (ver anexos 3 y 4) y dos aspectos fundamentales uno el proceso evaluativo y otro la intervención (ver anexos 5 y 6).

- Tercera Etapa: compuesta por dos actividades, en primer lugar las *asesorías individuales y grupales* que se realizaron durante todo el desarrollo de la experiencia, las asesorías individuales se llevaron a cabo los lunes a las 7.00 a.m. en las Instalaciones del centro de Servicios Psicológicos de la UPB, actividad en la que se reunía estudiante y asesora a revisar avances, compromisos e inquietudes. Las asesorías grupales fueron una herramienta enriquecedora para el grupo de estudiantes (cuatro estudiantes de la Especialización de Psicología Clínica que compartían asesoría grupal) que tuvo la posibilidad de intercambiar conocimientos y recibir sugerencias. La segunda actividad fue *la realización del informe final* de la sistematización de la experiencia.

8.5 DESARROLLO DE LA EXPERIENCIA:

ETAPA	ACTIVIDAD PROGRAMADA	OBJETIVO DE LA ACTIVIDAD	APRENDIZAJE OBTENIDO
PRIMERA ETAPA	-REVISIÓN DE HISTORIAS - SELECCIÓN DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES. -CONTACTO CON EL DEFENSOR DE FAMILIA	- ESTABLECER DENTRO DE LA POBLACIÓN DE HOGARES SUSTITUTOS QUIENES HAN SIDO VICTIMAS DE ABUSO SEXUAL,	- PODER CONTAR CON LA MAYOR INFORMACIÓN POSIBLE A NIVEL INDIVIDUAL, FAMILIAR Y SOCIAL DEL NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE

		SELECCIONAR LA MUESTRA CON DICHA CARACTERÍSTICA Y OBTENER EL CONSENTIMIENTO ESCRITO POR PARTE DEL DEFENSOR DE FAMILIA.	BRINDA LA POSIBILIDAD DE UNA MEJOR EVALUACIÓN. - CONTAR CON EL CONSENTIMIENTO INFORMADO BRINDA LA POSIBILIDAD DE FORTALECER CUALQUIER TIPO DE INVESTIGACION, SE GENERA UN COMPROMISO ETICO ENTRE INVESTIGADO E INVESTIGADOR.
SEGUNDA ETAPA	-APLICACIÓN DEL CHIPS -ANÁLISIS DE RESULTADOS -ELABORACIÓN DE LA CARACTERIZACIÓN -ELABORACIÓN DEL PROTOCOLO	-RECOLETAR Y ANÁLIZAR LA INFORMACIÓN A NIVEL INDIVIDUAL Y GENERAL.	LA APLICACIÓN DE LA ENTREVISTA ESTRUCTURADA CHIPS FUE UNA EXPERIENCIA NOVEDOSA, ENRIQUECEDORA Y GRATIFICANTE Y PERMITIÓ RECAVAR INFORMACIÓN QUE NO SE HABÍA OBTENIDO A TRAVÉS DE OTROS INSTRUMENTOS EVALUATIVOS. SE PUDO VISUALIZAR LA INFORMACIÓN DE CADA NIÑO EN TÉRMINOS DE SÍNTOMAS Y DIAGNÓSTICOS Y ESTE HECHO BRINDA LA POSIBILIDAD DE UNA MEJOR Y EFECTIVA INTERVENCIÓN. PERMITIÓ ENTENDER QUE ACTUAR DE ACUERDO A

			PROTOCOLOS ESTABLECIDOS BRINDA GARANTIAS DE EFECTIVIDAD, EFICACIA, MEJOR TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN Y MINIMIZACIÓN DE LA VICTIMIZACIÓN SOBRE TODO CUANDO SE REALIZA TRABAJO INTERDISCIPLINAR E INTERINSTITUCIONAL.
TERCERA ETAPA	-ASESORIAS INDIVIDUALES Y GRUPALES -REALIZACION Y ENTREGA DE INFORME FINAL	- REALIZAR UN PROCESO DE EVALUACION CONSTANTE FRENTE A LOS AVANCES DE LA EXPERIENCIA Y CRECIMIENTO A NIVEL PROFESIONAL Y PERSONAL. - SISTEMATIZAR LA EXPERIENCIA	-CONTAR CON LA ASESORIA DE LA DOCTORA DIANA MARIA AGUDELO FUE UNA EXPERIENCIA DE CRECIMIENTO PERSONAL Y PROFESIONAL.

9. ANALISIS DEL DESARROLLO DE LA EXPERIENCIA:

9.1. *Esquema de operación:* La experiencia se realizó principalmente en las Instalaciones del ICBF Centro Zonal Luis Carlos Galán Sarmiento Barrio La Joya, las entrevistas se llevaron a cabo en la Oficina de Psicología del Equipo de Hogares Sustitutos, el interés para realizar la experiencia fue el inusitado crecimiento del Abuso Sexual en el país en los últimos años, el impacto que esta experiencia negativa tiene sobre todas y cada una de las áreas de desempeño de los niños, niñas y adolescentes víctimas de abuso sexual infantil y la imperiosa

necesidad de implementar al interior del ICBF la utilización de protocolos de actuación que permitan hacer más efectiva la evaluación y la intervención.

9.2. *Actividades programadas y no realizadas:* Todas las actividades programadas fueron realizadas pero es importante aclarar que en cuanto a la aplicación de la Entrevista Estructurada CHIPS se programaron 20 horas (una hora por niño) y en algunos casos por la edad de los niños, por el nivel de cansancio, o la falta de concentración la aplicación debió hacerse en dos sesiones situación que determinó la utilización de mayor tiempo en la fase de aplicación de la entrevista.

Analizando el desarrollo de la experiencia se puede concluir que las fases planteadas se pudieron cumplir y se logró obtener información valiosa sobre todo en el apartado que la Entrevista maneja referente a factores de estrés como abandono, antecedentes de alcoholismo, eventos catastróficos y significativos como enfermedades y muertes al interior de la familia que mediante otros instrumentos no se había obtenido, así mismo la utilización del consentimiento informado permitió fortalecer el desarrollo de la presente experiencia en cuanto al compromiso que se adquiere entre investigador e investigado y el tratamiento que se va a dar a la información en aras de proteger la intimidad del niño, niña o adolescente. La experiencia permitió dar la importancia que realmente tiene los protocolos de actuación frente al abordaje de las problemáticas que el ICBF maneja y sobre todo los casos de abuso sexual donde intervienen además del equipo interdisciplinario del ICBF profesionales de Fiscalía, Medicina Legal y equipos de Hospitales y Clínicas. La presente experiencia se convierte en el primer intento al interior del centro zonal de Protección para establecer protocolos de evaluación e intervención frente al abuso sexual.

9.3. *Problemas presentados y resolución a ellos:* En cuanto a la muestra tres de las niñas que participaban en la experiencia fueron reintegradas a sus familias las cuales vivían en otros municipios, situación que usualmente se presenta dada la

marcada movilidad en los hogares sustitutos por los continuos cambios de medidas, ante dicha situación se realiza nuevamente proceso de selección y se integran a la muestra tres niñas. Otra dificultad fue la necesidad de destinación de tiempo superior a lo previsto por cuanto la entrevista es compleja y los niños más pequeños requerían de ciertas pausas de descanso para luego retomar la aplicación. Así mismo el conocimiento y entrenamiento del entrevistador en cuanto al manejo de la CHIPS demandó mayor tiempo del presupuestado.

9.4 Cumplimiento de Objetivos: Los objetivos propuestos se cumplieron, se realizó la aplicación de la Entrevista estructurada CHIPS. A partir de los datos arrojados por la entrevista se realiza la caracterización de la muestra de participantes. La entrevista CHIPS permitió visualizar las características psicopatológicas de los niños, niñas y adolescentes evaluados en términos de cumplimiento de diagnósticos y presencia de síntomas. Discriminación que permite mayor claridad en el proceso evaluativo porque da la posibilidad de evidenciar síntomas que aunque no son suficientes para realizar un diagnóstico si brindan la posibilidad de intervención. Se logra plantear un protocolo de actuación frente al abuso sexual en Hogares sustitutos.

A partir de la presente experiencia se logra dar los primeros pasos para que el quehacer del ICBF vaya dirigido a realizar procesos evaluativos realmente sustentados en instrumentos que incrementen la confiabilidad y validez de nuestras actuaciones, que el proceder de los profesionales se ajuste a lineamientos y protocolos establecidos para que los psicólogos hablen un mismo lenguaje y las intervenciones sirvan de verdadero sustento a procesos de tipo legal y jurídico sobre todo cuando tiene que ver con problemáticas tan delicadas como la de Abuso Sexual.

9.5. Resultados: Es indispensable hacer claridad que los resultados se presentarán teniendo en cuenta dos aspectos fundamentales que da la entrevista estructurada CHIPS, en primer lugar la presencia de síntomas que no supone el cumplimiento

de diagnósticos propiamente dichos, pero que merecen atención clínica y, en segundo lugar los criterios diagnósticos que se cumplen para hablar de trastornos.

Así mismo es indispensable mencionar que la entrevista estructurada permite profundizar en muchos de los trastornos posibles y no deja de lado factores de estrés psicosocial que dan información trascendental respecto a situaciones cotidianas que pueden afectar profundamente el desarrollo de los niños, niñas y adolescentes y que mediante una entrevista tradicional no se podrían conocer.

La característica común de todos los integrantes de la muestra es que fueron víctimas de Abuso Sexual, el 100% respondieron en su totalidad la Entrevista Estructurada CHIPS, la edad mínima fue 6 años y la edad máxima 13 años, con una media de 9.10, participaron 18 mujeres que corresponden al 90% y 2 hombres correspondientes al 10%. Todos los participantes de la muestra pertenecen a estrato socioeconómico bajo y todos se encuentran escolarizados.

En la tabla 3 se pueden observar los resultados de la entrevista CHIPS. Es de anotar que únicamente se presentan datos de los trastornos donde se presentaron síntomas o donde se cumplieron criterios diagnósticos para el trastorno.

Tabla 3: Prevalencia de Trastornos de acuerdo a la entrevista estructurada CHIPS.

n= 20

TRASTORNO	SINTOMAS		DIAGNOSTICO	
	%	No Casos	%	No casos
TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCION E HIPERACTIVIDAD	60	12	15	3
PREDOMINIO DEFICIT ATENCION	25	5	10	2
PREDOMINIO HIPERACTIVIDAD	10	2	0	0

COMBINADO	25	5	5	1
TRASTORNO NEGATIVISTA DESAFIANTE	25	5	1	2
TRASTORNO DISOCIAL	30	6	0	0
ABUSO DE SUSTANCIAS	5	1	0	0
TRASTORNO DE ANSIEDAD POR SEPARACION	20	4	10	2
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	0	0	5	1
TRASTORNO POR ESTRES POSTRAUMÁTICO (CRONICO)	75	15	0	0
ENURESIS (NOCTURNA)	0	0	5	1

Los resultados se plantean en términos de cumplimiento de diagnóstico y de presencia de síntomas, se observa que un 15% de la muestra presenta Trastorno de Déficit de Atención, esto es, 3 de los 20 niños entrevistados cumplen criterios diagnósticos para dicho trastorno, discriminado en 10% con predominio de déficit de atención (2 niños) y 5 % combinado (1 niño). Se presenta sintomatología en un 60% de la muestra, porcentaje significativo, distribuido así 25% síntomas de predominio de déficit de atención, 25% síntomas de TDAH combinado y 10% síntomas TDAH con predominio hiperactivo-impulsivo, haciendo pensar que podría existir correlación en cuanto al evento de abuso sexual y la posible aparición de TDAH.

En cuanto a diagnóstico se refiere en segundo lugar se encuentra el trastorno de ansiedad por separación con un 10% explicable por la situación de abandono que algunos integrantes de la muestra han vivido y por la separación que conlleva la medida de protección. Asimismo se encuentra presencia de síntomas en un 20 % de la muestra, porcentaje significativo. Aún cuando no se cumple con los criterios diagnósticos para determinar el trastorno sí da información acerca de síntomas que se pueden atender clínicamente, dado el grado de malestar que se reporta.

En cuanto a diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada se encuentra en un 5% de la muestra (1 caso).

También se presenta un caso de diagnóstico de enuresis que constituye el 5% del total de la muestra (1 caso).

Partiendo de los resultados encontrados en el presente trabajo se puede afirmar que se abusa con mayor frecuencia en niñas que en niños, este dato confirma los expuestos por Cuadros, 2004. Se evidencia reporte de síntomas tanto emocionales como somáticos en la muestra como miedo, irritabilidad, culpa, bajo rendimiento académico, conductas evasivas situaciones planteadas por Rimza y Berg (1988 citados por González, 1998).

Echeburúa y Corral (2006) refiere las consecuencias a corto plazo con mayor posibilidad de presentar características psicológicas negativas y respecto a las de largo plazo menos frecuentes y más difusas, este hecho se puede evidenciar en la muestra estudiada, los niños acabados de ingresar al ICBF y con abuso sexual reciente presentaron mayor reporte de síntomas con gran intensidad, los niños con larga permanencia en el medio institucional se muestran muy difusos en el reporte de su experiencia y de sus sentimientos actuales frente a la misma.

Una característica fundamental a tener en cuenta al analizar los resultados arrojados es la condición principal de todos los niños que pertenecen a la muestra respecto a que están separados de la familia biológica por seguridad y están en un medio extraño y ajeno que es el institucional, este hecho tiene marcadas implicaciones en el comportamiento general de los mismos, hecho que Campo, Rambal y de la Rosa (2000) toman muy en cuenta en su estudio y refieren la importancia de no dejar de lado una intervención psiquiátrica para los niños ya que han tenido que afrontar situaciones en extremo impactantes además del abuso sexual, la separación de su familia y la estadía en un entorno institucional.

Es importante resaltar que con respecto al trastorno por estrés postraumático, si bien es cierto al interior de la muestra no se diagnosticó ningún caso es evidente que se constituye en el trastorno con más presencia de síntomas con un 75% de niños, niñas y adolescentes con presencia de sintomatología de tipo crónica

(síntomas de duración mayor a tres meses) totalmente explicable por la situación vivida no sólo con el evento de abuso sexual sino por la separación y las implicaciones de la medida de protección.

También se presenta en un 30% sintomatología de trastorno disocial y en 25% sintomatología para trastorno negativista desafiante, entendido como un trastorno de comportamiento que generalmente se diagnostica en la niñez que se caracteriza por comportamientos no cooperativos, hostiles, irritables, rencorosos y vengativos.

Tomando en cuenta estos hallazgos vale la pena resaltar la importancia de realizar diagnósticos tempranos, partiendo de la premisa que la niñez es la etapa fundamental del ciclo vital donde se comienzan a desarrollar y a fundamentar todos los procesos de la vida futura, es en este momento donde la salud mental se empieza a cimentar partiendo desde lo planteado por Bowlby respecto a vínculos afectivos seguros y estables que determinarán las herramientas emocionales con las que contarán los futuros adolescentes y adultos. La población objeto del presente estudio tiene características muy definidas como es el caso que han sido víctimas de abuso sexual, carentes de afecto, de atención y de los cuidados mínimos necesarios factores que facilitan lograr una salud mental adecuada. Teniendo en cuenta las necesidades básicas insatisfechas de los niños, niñas y adolescentes del presente estudio y los resultados encontrados se puede afirmar que existen factores de riesgo como la exposición continuada a situaciones de maltrato infantil, abuso sexual, descuido, negligencia, falta temporal o absoluta de responsables, aspectos bastante importantes que pueden convertirse en desencadenantes de trastornos psicológicos y que diagnosticados a tiempo pueden permitir una intervención oportuna a nivel individual y familiar permitiendo un pronóstico más favorable para los niños y sus familias permitiendo una mejor calidad de vida.

Los resultados encontrados respecto a la edad y el género coinciden con las investigaciones revisadas en cuanto a que las niñas son más frecuentemente

abusadas que los niños, así mismo la mayoría de los casos están en el rango de edad de los 6 a los 12 años, encontrando en la presente investigación el mayor pico en los 9 años.

Respecto a los abusadores se encontró que la mayoría de ellos son familiares o personas conocidas por el niño y por la familia lo cual coincide con lo planteado en los diferentes estudios epidemiológicos.

Al hablar de las implicaciones del abuso sexual a nivel físico, emocional y conductual la entrevista CHIPS permite establecer que un alto porcentaje de la muestra si bien no cumple criterios para diagnósticos de los trastornos sí reúnen un alto número de síntomas que se pueden visualizar claramente para una eficaz intervención. Se desea destacar la relevancia del trabajo de Campo, Rambal, y De la Rosa (2000) en Cartagena, en la que uno de los resultados apunta a la importancia de evaluar con instrumentos altamente estructurados a niños que se encuentran en situaciones especiales como son el abandono, la institucionalización, el abuso sexual (características de la muestra del presente trabajo) porque existen elevadas probabilidades de que exista trastorno que diagnosticado e intervenido a tiempo puede evitar disfunciones mas graves en la vida adulta.

Tomando en cuenta que el presente trabajo se constituye en una prueba piloto que contó con una muestra de 20 niños, niñas y adolescentes y que la entrevista CHIPS y los resultados que esta arroja permiten tener una visión discriminatoria entre síntomas y diagnósticos propiamente dichos es importante mencionar que a pesar que la situación de abuso sexual no se esté presentando actualmente (por la medida de protección), las secuelas a nivel emocional y cognitivo perduran a través del tiempo , constituyéndose en una huella difícil de borrar y que sólo con una óptima evaluación e intervención podrán minimizar el riesgo de trastornos en la vida adulta.

9.6. *Logros:* La utilización de instrumentos altamente estructurados como la Entrevista CHIPS permiten obtener información significativa dentro del proceso legal y terapéutico.

La intervención permitió entender la importancia de la utilización de protocolos de actuación frente al abordaje del abuso sexual.

Se hace evidente la reducción de la revictimización para los niños, niñas y adolescentes víctimas de abuso sexual por parte del equipo de hogares sustitutos dado que al utilizar una entrevista tan estructurada y que arroja mucha información se evita la exposición de los niños a múltiples entrevistas individuales por parte de otros profesionales del equipo e incluso de otras instituciones como es el caso de Medicina Legal y Fiscalía. (Ver anexos 3 y 4)

Se pudo evidenciar la necesidad sentida de contar con un banco de pruebas que sustente el quehacer diario de los profesionales de la Psicología frente a los directivos de la Institución como herramientas indispensables de trabajo diagnóstico.

9.7. *Efectos producidos por la Experiencia:* Es importante mencionar que el presente trabajo cobra importancia al ser el primer acercamiento en Hogares Sustitutos del ICBF a la utilización de Instrumentos como la Entrevista Estructurada CHIPS que puede constituirse en la base fundamental de una evaluación exhaustiva, clara, consistente y sistemática que permita la unificación de criterios y el planteamiento de resultados en función de síntomas y diagnósticos con el fin que cada niño, niña o adolescente pueda ser visto desde la Psicología de una manera objetiva y precisa y así poder brindar intervenciones de alta calidad. Otro aspecto a resaltar es la posibilidad de rendir informes psicológicos sustentados mediante un protocolo de evaluación sistematizado y estandarizado. Este primer trabajo constituye la puerta de entrada a futuras investigaciones tendientes a fortalecer tanto los protocolos de evaluación como de intervención siempre en pro de la calidad de la atención que desde la Psicología se brinda en el ICBF.

A partir de la experiencia y de la imperiosa necesidad que los Psicólogos cuenten con instrumentos que permitan realizar evaluaciones mas completas y sustentadas el ICBF ha movilizad o esfuerzos y recursos a fin de adquirir materiales como pruebas psicológicas que optimicen y fortalezcan los procesos evaluativos y por ende las intervenciones.

9.8. *Lecciones Aprendidas:* La presente experiencia ha brindado la posibilidad de crecer principalmente en tres ámbitos en lo personal, en lo profesional y como miembro de una entidad del estado.

En el quehacer profesional se hace evidente la necesidad permanente de entrenamiento, actualización y profundización, es apremiante que como psicóloga cada caso se convierta en la posibilidad de investigar y generar conocimientos a partir de los cuales se beneficien otras poblaciones. La evaluación psicológica se debe convertir en una actividad sustentada, argumentada con instrumentos (entrevistas, pruebas) que permitan mostrar resultados válidos, confiables y con posibilidad de sistematización.

A nivel personal el presente trabajo se ha convertido en un fuerte cuestionamiento ante la postura que se asume frente a la actividad que se desempeña a diario. Estar permanentemente frente a problemáticas como la Violencia Intrafamiliar, el Abuso Sexual, el Consumo de SPA, el desplazamiento forzoso, la insatisfacción de necesidades básicas en ocasiones genera sentimientos de desesperanza que limitan el quehacer, esta práctica me ha permitido asumir una postura personal menos tolerante a la vulneración de derechos y mucho más proactiva.

Como miembro de una entidad del Estado se ha aprendido que a pesar de las limitaciones administrativas y económicas siempre se puede brindar una atención personalizada y de calidad, partiendo de rutas y protocolos de actuación donde el objetivo primordial es la atención oportuna y eficaz ante las diversas problemáticas que se manejan en nuestras comunidades y que permitirán un trabajo mas ágil intra e interinstitucional y en el caso de abuso sexual la victimización ya no será un problema porque el protocolo se constituirá en la garantía de una atención ética.

9.9. *Estrategias de Sostenibilidad:* Es indispensable tener claro que se requiere del compromiso tanto institucional, como profesional y personal a fin de que la presente experiencia continúe implementándose y redunde en beneficio de la niñez con derechos vulnerados. Se hace necesario por parte de la Institución la adquisición de materiales de evaluación como pruebas psicológicas, entrevistas estructuradas, material didáctico (muñecos adecuados para trabajar con niños y todo tipo de juguetes que propicien un ambiente ameno para el niño y representen recursos de trabajo para el profesional), entrenamiento permanente a los profesionales encargados de manejar la problemática de Abuso Sexual, trabajo en red y creación y fortalecimiento de protocolos de evaluación e intervención, así mismo que perduren las alianzas entre la Universidad y el ICBF a través de prácticas de estudiantes tanto de pregrado como de posgrado.

Para mantener estos resultados se requiere por lo tanto, de la inversión del Estado en los materiales de evaluación, pero este insumo sólo tendrá efectos en la medida que los equipos profesionales sean concientes del valor de una evaluación sistemática y organizada, por lo tanto, se hace necesario un acercamiento formativo a los equipos de trabajo mediante modelos de sensibilización que permitan des-rutinizar las labores y emprender el ejercicio profesional desde una óptica cada vez más humanizante y más integrada en los requerimientos de atención a la población más vulnerable.

9.10. *Conclusiones:* La realización de esta práctica brindó la posibilidad de realizar un análisis tanto personal como profesional frente a la problemática del Abuso Sexual Infantil, que en los últimos años ha tomado dimensiones insospechadas. Es un fenómeno que a pesar de estar presente a través de la historia se ha agudizado en las últimas décadas dejando ver las problemáticas tan graves al interior de las familias y de la sociedad misma, la carencia de factores protectores y la marcada vulnerabilidad de los niños, niñas y adolescentes que se encuentran en proceso de formación. Es preocupante pensar que aproximadamente un 15 % de

los niños, niñas y adolescentes que son sujetos de protección por parte del Estado hayan sido víctimas de Abuso Sexual, y estén presentando algún tipo de sintomatología o Diagnóstico. Este hecho llama poderosamente la atención de los profesionales que día a día se enfrentan con esta realidad (Psicólogos, Trabajadores Sociales, Defensores de Familia, Nutricionistas, entre otros) y es un llamado a trabajar y fortalecer varios frentes en el caso del abordaje que debe hacer el ICBF, en primer lugar la realización de una buena Evaluación sustentada con instrumentos válidos y confiables que ofrezcan resultados que puedan ser entendidos y manejados por el equipo interdisciplinario a fin de evitar la victimización y potencializar la efectividad de diagnósticos y la intervención misma. En segundo lugar una adecuada Intervención está articulada plenamente con una evaluación eficaz y con la posibilidad de brindar a los niños, niñas y adolescentes elementos para afrontar de una forma sana la experiencia dolorosa de abuso y evitar que a futuro se presenten patologías.

Y en tercer lugar la posibilidad de plantear estrategias a nivel preventivo que permitan la detección precoz de factores de riesgo y posibles nuevas víctimas. Cuando se realizó la presente evaluación se pudo confirmar que la utilización de un instrumento como la Entrevista Estructurada CHIPS da la posibilidad de conocer información que a través de otros métodos evaluativos no se habría podido obtener. Es el caso de varias niñas que a pesar de llevar algunos meses y haber sido evaluadas psicológicamente no habían aportado información respecto a eventos familiares y personales vividos y que estaban determinando de manera significativa su comportamiento.

9.11. Recomendaciones: La principal recomendación va dirigida a la posibilidad de conservar el espacio que se abrió para futuras prácticas tanto de pregrado como de posgrado específicamente en el tema de Abuso Sexual. El ICBF es una Entidad seria en el manejo de las problemáticas de la niñez y la familia, brinda la posibilidad de trabajar en diferentes ámbitos como es el caso de la Prevención y la

9.13. Presupuesto:

RECURSOS	VALOR
HOJAS DE RESPUESTA CHIPS	\$ 100.000
PAPELERIA	\$ 250.000
FOTOCOPIAS	\$ 150.000
VARIOS	\$ 250.000
TRANSPORTE	\$ 250.000
TOTAL	\$ 1.000.000

9.14. REFERENCIAS

Acnur. (2005). *La niña primera prioridad*. Disponible en www.acnur.org/biblioteca/pdf/3891.pfd

Alejo, E., Rueda, G., Estrada, M., Galvis, I., y Galvis, S. (2006). *Impacto de Experiencias traumáticas sobre el desarrollo cognitivo y emocional en niños, niñas y adolescentes marginados víctimas de violencia*. Bucaramanga. Universidad Autónoma de Bucaramanga.

Arrubarrena, M, Paul, J. (1994). *Maltrato a los Niños en Familia Evaluación y Tratamiento*. Madrid : Piramide.

Beck, J. (2000). *Terapia Cognitiva. Conceptos Básicos y Profundización*. Gedisa. Barcelona

Beltrán, C. (2005). *Factores Personales, Familiares y Sociales que hacen susceptibles a niños y adolescentes ubicados en el área metropolitana de la ciudad de Bucaramanga a ser víctimas de abuso sexual*. Bucaramanga.

Berrio, N. (2006). *Explotación Sexual*. Fundación Renacer. Cartagena.

Borudy Labrin, J. (1998). *El Dolor Invisible de la Infancia* Barcelona: Paidós.

Bowlby, J. (1986). *Vínculos Afectivos Formación, Desarrollo y Pérdida*. Madrid: Editorial Morata.

Campo, A, Rambal, C, De la Rosa, J. (2000). *Perfil Psiquiátrico de niños, niñas y adolescentes maltratados*. Pediatría. V. 35. pág. 58-60.

Chadwick, L. (1993). *El Diagnostico de las lesiones del Maltrato en lactantes y Niños de corta edad*. Madrid: MTA de Pediatría Vol 14 No 9

Caro, I. (1997) *Manual de Psicoterapias Cognitivas*. Ediciones Paidós Ibérica.

Castrillón, D, Chaves, L, Ferrer, A, Londoño, N, Maestre, K, Marín, C, Y Schniter, M. (2005). Validación del Young Schema Questionnaire Long Form. *Revista Latinoamericana de Psicología*. V. 37 n.3.

Cuadros, I. (1998). *Maltrato Infantil Prevención y Atención. Campaña por el Buen Trato. Asociación Afecto contra el Maltrato*. Bogotá

Echeburúa, E, Guerricaechevarria, C. (2000). *Abuso Sexual en la Infancia: Víctima y Agresores*. Editorial Ariel, S.A. Barcelona.

Echaburúa, E. y Corral, P. (2006). *Secuelas Emocionales en Víctimas de Abuso Sexual en la Infancia. Cuaderno Médico Forense en-ab. No 43-44 Pág. 75-82*.

González, J.M . (1998). *Abuso Sexual Infantil: Un obstáculo para el desarrollo social*. *Revista Psicogente*, Vol.1, No 1, pag 38-40.

González, J.M. (1998). *Abuso Sexual Infantil. Un estudio de sus consecuencias en mujeres alcohólicas y fármaco dependientes*. Barranquilla.

Horno, P, Santos, A y del Molino, C. (2002) *Abuso sexual Infantil Manual de Formación para Profesionales*. Save the Children. Madrid.

ICBF (2006). *Lineamientos Técnico Administrativos Programa Haz Paz*. Bogotá.

Informe de Medicina Legal Bucaramanga disponible en
www.webmira.netfirms.com/webmira/es/index.php

Ley 679 (2001) Diario Oficial No 44509. Bogotá
<http://secretariassenado.gov.co/leyes/L0679001.HTM>

Ley de Infancia y Adolescencia (2006) Código de Infancia y Adolescencia. Bogotá

Save the Children (1998). Secretos que Destruyen.
www.savethechildren.es/iniinterior.asp.lItem=1325

Save the Children. (1998). *Delitos Sexuales contra los Menores de Edad*. Valencia

Save the Children Grupo Europa. (2000). *Abuso Sexual Infantil. Programas de Prevención. ¿Cuál es el efecto del trabajo de prevención? Seminario de Expertos.*

Verástegui, S. (2004). *El origen de los Trastornos psicológicos según Beck y Ellis*. Hojas Informativas de los Psicólogos de la Palmas No 63. Pag.19.

Weller, Weller, Rooney y Fristad (2001) *Entrevista para Síndromes Psiquiátricos en niños y adolescentes*. México: Manual Moderno.

9.15.Anexos

Anexo 1. Consentimiento Informado para la Participación en Proyectos de Investigación.

Anexo 2. Hoja de Registro y Perfil Entrevista Estructurada CHIPS.

Anexo 3. Ruta Nacional e Interinstitucional del manejo de los casos de Abuso sexual.

Anexo 4. Marco Legal y Referencial del Protocolo de Actuación y Rutas de ASI en el ICBF.

Anexo 5. Protocolo de Evaluación.

Anexo 6. Protocolo de Intervención.

Anexo 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACION EN PROYECTOS DE INVESTIGACION

Lugar y Fecha

Yo _____ Defensor de Familia, en mi condición de Representante Legal del niño, niña o adolescente _____ por medio de la presente autorizo su participación en el Proyecto de Investigación: CARAVTERIZACION PSICOPATOLOGICA DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES VICTIMAS DE ABUSO SEXUAL UBICADOS BAJO MEDIDA DE PROTECCION EN HOGARES SUSTITUTOS DEL ICBF EN LA CIUDAD DE BUCARAMANGA Y ADECUACION DEL MODELO DE ATENCION A TRAVEZ DE LA CREACION DE UN PROTOCOLO DE ACTUACION FRENTE AL ABUSO SEXUAL: UNA EXPERIENCIA PILOTO.

Se me ha explicado que la participación del niño, niña o adolescente consiste en responder la Entrevista estructurada CHIPS. Se me ha garantizado que el tratamiento de los datos será confidencial y se me ha informado que los resultados serán anexados a la historia sociofamiliar del niño, niña o adolescente.

Adicionalmente la investigadora estará atenta en todo momento a responder las dudas y preguntas en caso de presentarse y su trabajo se rige por los principios éticos de la Psicología.

Entiendo que puedo retirar al niño, niña o adolescente en cualquier momento del proceso si lo considero conveniente sin que esto tenga ninguna consecuencia.

Se me ha dado seguridad que no se identificara al niño, niña o adolescente en ninguna de las publicaciones que se deriven del estudio. También el Investigador se compromete a entregar a la Institución un Informe que refleje los resultados una vez el Estudio haya terminado.

Anexo 2.

ChIPS/Hoja de registro Perfil



Clave de identificación: _____ Fecha: _____
 Nombre del niño: _____ Hora de inicio: _____
 Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Hora de término: _____
 Origen étnico: _____ Sexo: _____ Entrevistador: _____
 Lugar (marque uno): Paciente interno, Paciente externo, Escuela, Otro lugar de investigación: _____

Trastorno	Síntomas	Diagnóstico	Duración	Diagnóstico del clínico
Trastorno por déficit de atención con hiperactividad <i>Tipo:</i> con predominio de Déficit de atención con predominio Hiperactivo-impulsivo Combinado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Eje I
Trastorno negativista desafiante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Trastorno disocial <i>Aparición:</i> Infancia, Adolescencia <i>Gravedad:</i> Leve, Moderado, Grave	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Abuso de sustancias <i>Sustancia(s):</i> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fobia específica <i>Tipo:</i> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Eje II
Fobia social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Trastorno de ansiedad por separación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Eje III
Trastorno de ansiedad generalizada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Trastorno obsesivo-compulsivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Trastorno por estrés postraumático <i>Tipo:</i> Agudo, Crónico <i>Aparición:</i> Regular, Retrasado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Eje IV
Trastorno por estrés agudo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Anorexia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Eje V
Bulimia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Actual:
Trastorno depresivo mayor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Año pasado:
Trastorno distímico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Manía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hipomanía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Enuresis <i>Tipo:</i> Nocturna, Diurna, Ambas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Encopresis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Esquizofrenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Psicosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Factores de estrés psicosocial:

Otros factores de estrés:

Observaciones conductuales:

Apariencia:

Afecto:

Esfuerzo:

Nivel de actividad:

Comportamientos fuera de lo común:





Problema presentado	
Casa	
1.	
2.	
Escuela	
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
Compañeros/trabajo	
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
Medicación	
Tipo:	
Dosis:	

Nombre del niño: _____

Fecha: _____

Trastorno por déficit de atención con hiperactividad	Trastorno negativista desafiante	Trastorno disocial
<p>Tipo con predominio de Déficit de atención</p> <p>1. <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b</p> <p>2. <input type="checkbox"/></p> <p>3. <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b</p> <p>4. <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c</p> <p>5. <input type="checkbox"/></p> <p>6. <input type="checkbox"/></p> <p>7. <input type="checkbox"/></p> <p>8. <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b</p> <p>9. <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b</p> <p>Tipo con predominio Hiperactivo-impulsivo</p> <p>1. <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b</p> <p>2. <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b</p> <p>3. <input type="checkbox"/></p> <p>4. <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b</p> <p>5. <input type="checkbox"/></p> <p>6. <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b</p> <p>7. <input type="checkbox"/></p> <p>8. <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b</p> <p>9. <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c</p>	<p>1. <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b</p> <p>2. <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b</p> <p>3. <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d</p> <p>4. <input type="checkbox"/></p> <p>5. <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b</p> <p>6. <input type="checkbox"/></p> <p>7. <input type="checkbox"/></p> <p>8. <input type="checkbox"/></p>	<p>1. <input type="checkbox"/></p> <p>2. <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b</p> <p>3. <input type="checkbox"/></p> <p>4. <input type="checkbox"/></p> <p>5. <input type="checkbox"/></p> <p>6. <input type="checkbox"/></p> <p>7. <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b</p> <p>8. <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b</p> <p>9. <input type="checkbox"/></p> <p>10. <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b</p> <p>11. <input type="checkbox"/></p> <p>12. <input type="checkbox"/></p> <p>13. <input type="checkbox"/></p> <p>14. <input type="checkbox"/></p> <p>15. <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b</p>
<p>Criterios</p> <p>Si ≥ 6 en A solamente, entonces criterios cumplidos para tipo con predominio de Déficit de atención <input type="checkbox"/></p> <p>Si ≥ 6 en B solamente, entonces criterios cumplidos para tipo Hiperactivo-impulsivo <input type="checkbox"/></p> <p>Si ≥ 6 en A y ≥ 6 en B, entonces criterios cumplidos para tipo Combinado <input type="checkbox"/></p>	<p>Criterios</p> <p>Si ≥ 4, entonces criterios cumplidos <input type="checkbox"/></p>	<p>Criterios</p> <p>Si ≥ 3, entonces criterios cumplidos <input type="checkbox"/></p>
<p>Duración</p> <p>1. _____ (años de edad)</p> <p>2. <input type="checkbox"/> _____ (años de edad)</p> <p>3. <input type="checkbox"/> _____ (meses)</p> <p>Criterios de Duración cumplidos <input type="checkbox"/></p>	<p>Duración</p> <p>1. _____ (años de edad)</p> <p>2. <input type="checkbox"/> _____ (años de edad)</p> <p>3. <input type="checkbox"/> _____ (meses)</p> <p>Criterios de Duración cumplidos <input type="checkbox"/></p>	<p>Duración</p> <p>1. _____ (años de edad)</p> <p>2. <input type="checkbox"/> _____ (años de edad)</p> <p>3. <input type="checkbox"/> _____ (meses)</p> <p>Criterios de Duración cumplidos <input type="checkbox"/></p>
<p>Daño</p> <p>1. <input type="checkbox"/> casa</p> <p>2. <input type="checkbox"/> escuela</p> <p>3. <input type="checkbox"/> compañeros</p>	<p>Daño</p> <p>1. <input type="checkbox"/> casa</p> <p>2. <input type="checkbox"/> escuela</p> <p>3. <input type="checkbox"/> compañeros</p>	<p>Daño</p> <p>1. <input type="checkbox"/> casa</p> <p>2. <input type="checkbox"/> escuela</p> <p>3. <input type="checkbox"/> compañeros</p>
		<p>Tipo</p> <p>Aparición en infancia <input type="checkbox"/></p> <p>Aparición en adolescencia <input type="checkbox"/></p> <p>Leve <input type="checkbox"/></p> <p>Moderado <input type="checkbox"/></p> <p>Grave <input type="checkbox"/></p>

Abuso de sustancias	Fobia específica	Fobia social
1. <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> a _____ <input type="checkbox"/> b _____ <input type="checkbox"/> c _____ 2. <input type="checkbox"/> _____ 3. <input type="checkbox"/> _____ 4. <input type="checkbox"/> _____	1. _____ 2. <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b 3. <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b 4. <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> iii <input type="checkbox"/> iv <input type="checkbox"/> b 5. <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b	1. <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b 2. <input type="checkbox"/> _____ 3. <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b 4. <input type="checkbox"/> i <input type="checkbox"/> iii <input type="checkbox"/> iv <input type="checkbox"/> b 5. <input type="checkbox"/> _____
Duración 1. _____ (años de edad) 2. <input type="checkbox"/> _____ (años de edad) _____ (meses) Criterios de duración cumplidos <input type="checkbox"/>	Criterios Si 1-4, entonces criterios cumplidos <input type="checkbox"/> Duración 1. _____ (años de edad) 2. <input type="checkbox"/> _____ (años de edad) 3. <input type="checkbox"/> _____ (meses) Criterios de Duración cumplidos <input type="checkbox"/>	Criterios Si 1-4, entonces criterios cumplidos <input type="checkbox"/> Duración 1. _____ (años de edad) 2. <input type="checkbox"/> _____ (años de edad) 3. <input type="checkbox"/> _____ (meses) Criterios de Duración cumplidos <input type="checkbox"/>
Daño 1. <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b 2. <input type="checkbox"/> _____ 3. <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b 4. <input type="checkbox"/> _____	Daño 1. <input type="checkbox"/> casa 2. <input type="checkbox"/> escuela 3. <input type="checkbox"/> compañeros	Daño 1. <input type="checkbox"/> casa 2. <input type="checkbox"/> escuela 3. <input type="checkbox"/> compañeros
Criterios Si hay algún uso (preguntas 1-4) y cualquier daño (1-4), entonces criterios cumplidos <input type="checkbox"/> Tipo(s) _____ _____ _____	Tipos Animales <input type="checkbox"/> Ambiente natural <input type="checkbox"/> Sangre-Inyección-Heridas <input type="checkbox"/> Situacional <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/>	

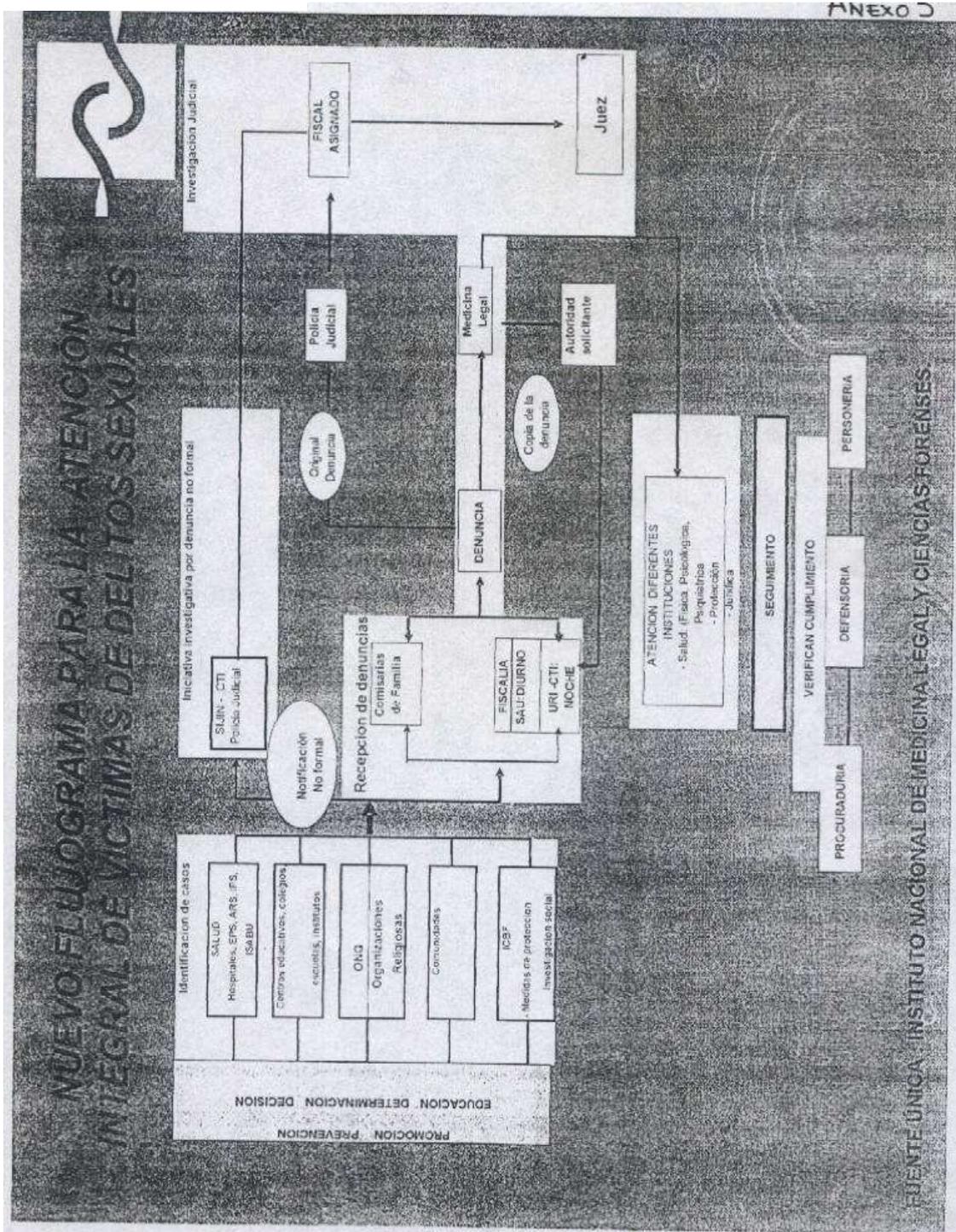
Trastorno de ansiedad por separación	Trastorno de ansiedad generalizada	Trastorno obsesivo-compulsivo
1. <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b 2. <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b 5. <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b 6. <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b 7. <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b 8. <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b	1. <input type="checkbox"/> _____ _____ _____ _____ 2. <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b 3. <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/> e <input type="checkbox"/> f	A. Compulsiones 1. <input type="checkbox"/> _____ 2. <input type="checkbox"/> a _____ <input type="checkbox"/> b _____ 3. <input type="checkbox"/> B. Obsesiones 1. <input type="checkbox"/> a _____ <input type="checkbox"/> b _____ <input type="checkbox"/> c _____ 2. <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c 3. <input type="checkbox"/> C. Interferencia 1. <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c
Criterios Si ≥ 3 , entonces criterios cumplidos <input type="checkbox"/>	Criterios Si 1-3, entonces criterios cumplidos <input type="checkbox"/>	Criterios Si A1, A2 y C, entonces criterios cumplidos para Compulsiones <input type="checkbox"/> Si B1, B2 y C, entonces criterios cumplidos para Obsesiones <input type="checkbox"/> Si Compulsiones +, Obsesiones+, o ambas entonces criterios cumplidos <input type="checkbox"/>
Duración 1. _____ (años de edad) 2. <input type="checkbox"/> _____ (años de edad) 3. <input type="checkbox"/> _____ (semanas) Criterios de Duración cumplidos <input type="checkbox"/>	Duración 1. _____ (años de edad) 2. <input type="checkbox"/> _____ (años de edad) 3. <input type="checkbox"/> _____ (meses) Criterios de Duración cumplidos <input type="checkbox"/>	Duración 1. _____ (años de edad) 2. <input type="checkbox"/> _____ (años de edad) _____ (meses) Criterios de Duración cumplidos <input type="checkbox"/>
Daño 1. <input type="checkbox"/> casa 2. <input type="checkbox"/> escuela 3. <input type="checkbox"/> compañeros	Daño 1. <input type="checkbox"/> casa 2. <input type="checkbox"/> escuela 3. <input type="checkbox"/> compañeros	Daño 1. <input type="checkbox"/> casa 2. <input type="checkbox"/> escuela 3. <input type="checkbox"/> compañeros

Estrés (Trastorno por estrés agudo/ Trastorno por estrés postraumático)	Anorexia	Bulimia
<p>A. Exposición</p> <p>1. <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b _____</p> <p>2. <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/> e</p> <p>3. <input type="checkbox"/> _____</p> <p>B. Disociación</p> <p>1. <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d</p> <p>2. <input type="checkbox"/></p> <p>3. <input type="checkbox"/></p> <p>4. <input type="checkbox"/></p> <p>5. <input type="checkbox"/></p> <p>C. Experimentación recurrente</p> <p>1. <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c</p> <p>2. <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b</p> <p>3. <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b</p> <p>4. <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b</p> <p>5. <input type="checkbox"/></p> <p>D. Evitación</p> <p>1. <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b</p> <p>2. <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c</p> <p>3. <input type="checkbox"/></p> <p>4. <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b</p> <p>5. <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b</p> <p>6. <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b</p> <p>7. <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b</p> <p>E. Sobreestimulación</p> <p>1. <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b</p> <p>2. <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b</p> <p>3. <input type="checkbox"/></p> <p>4. <input type="checkbox"/></p> <p>5. <input type="checkbox"/></p>	<p>1. <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b</p> <p>2. <input type="checkbox"/> a</p> <p>altura: _____</p> <p>peso: _____</p> <p><input type="checkbox"/> b</p> <p>altura: _____</p> <p>peso: _____</p> <p>3. <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c</p> <p>4. <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c</p> <p>5. <input type="checkbox"/></p>	<p>1. <input type="checkbox"/> _____</p> <p>2. <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d</p> <p>3. <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d</p> <p>4. <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b</p>
<p>Criterios</p> <p>Si A1 y A2 ≥ 3 en B, ≥ 1 en C, ≥ 3 en D y ≥ 2 en E, entonces criterios cumplidos para Trastorno por estrés agudo <input type="checkbox"/></p> <p>Si A1 y A2 ≥ 1 en C, ≥ 3 en D, y > 2 en E, entonces criterios cumplidos para Trastorno por estrés postraumático <input type="checkbox"/></p>	<p>Criterios</p> <p>Si 1-4 (y 5 para niñas púberes), entonces criterios cumplidos <input type="checkbox"/></p>	<p>Criterios</p> <p>Si 1-4, entonces criterios cumplidos <input type="checkbox"/></p>
<p>Duración</p> <p>1. _____ (años de edad)</p> <p>2. <input type="checkbox"/> _____ (años de edad)</p> <p>3. a. <input type="checkbox"/> _____ (semanas)</p> <p>b. <input type="checkbox"/></p> <p>c. <input type="checkbox"/> _____ (días)</p> <p>4. <input type="checkbox"/> _____ (meses)</p> <p>Criterios de Duración cumplidos para Trastorno por estrés agudo <input type="checkbox"/></p> <p>Criterios de Duración cumplidos para Trastorno por estrés postraumático <input type="checkbox"/></p>	<p>Duración</p> <p>1. _____ (años de edad)</p> <p>2. <input type="checkbox"/> _____ (años de edad)</p> <p>3. <input type="checkbox"/> _____ (meses)</p> <p>Criterios de Duración cumplidos <input type="checkbox"/></p>	<p>Duración</p> <p>1. _____ (años de edad)</p> <p>2. <input type="checkbox"/> _____ (años de edad)</p> <p>3. a. <input type="checkbox"/> (# /semanas)</p> <p>b. <input type="checkbox"/> (meses)</p> <p>Criterios de Duración cumplidos <input type="checkbox"/></p>
<p>Daño</p> <p>1. <input type="checkbox"/> casa</p> <p>2. <input type="checkbox"/> escuela</p> <p>3. <input type="checkbox"/> compañeros</p>	<p>Daño</p> <p>1. <input type="checkbox"/> casa</p> <p>2. <input type="checkbox"/> escuela</p> <p>3. <input type="checkbox"/> compañeros</p>	<p>Daño</p> <p>1. <input type="checkbox"/> casa</p> <p>2. <input type="checkbox"/> escuela</p> <p>3. <input type="checkbox"/> compañeros</p>
<p>Tipo (Trastorno por estrés postraumático)</p> <p>Agudo <input type="checkbox"/> Aparición regular <input type="checkbox"/></p> <p>Crónico <input type="checkbox"/> Aparición retardada <input type="checkbox"/></p>		

Trastorno depresivo mayor/ Trastorno distímico	Trastorno depresivo mayor/ Trastorno distímico	Manía/Hipomanía
<p>A. Estado distórico</p> <p>1. <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c</p> <p>2. <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d</p> <p>B. Pérdida de interés</p> <p>1. <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b</p> <p>2. <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c</p> <p>C. Cambios en el apetito</p> <p>1. <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c</p> <p>2. <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b</p> <p>D. Cambios en el sueño</p> <p>Hora de dormir: _____</p> <p>Hora de despertar: _____</p> <p>1. <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c</p> <p>2. <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b</p> <p>E. Cambios psicomotores</p> <p>1. <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d</p> <p>2. <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b</p> <p>F. Energía baja</p> <p>1. <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d</p> <p>G. Culpa</p> <p>1. <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d</p> <p>2. <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b</p> <p>H. Deterioro en la concentración</p> <p>1. <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/> e</p> <p>2. <input type="checkbox"/></p> <p>I. Pérdida de la esperanza</p> <p>1. <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c</p> <p>J. Pensamientos suicidas o de muerte</p> <p>1. <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b</p> <p>2. <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/> e</p>	<p>Criterios</p> <p>Si A, B o ambos, y ≥ 5 de A a H o J, entonces criterios cumplidos para Trastorno depresivo mayor <input type="checkbox"/></p> <p>Si A y ≥ 2 de C, D, F, G, H o I, entonces criterios cumplidos para Trastorno distímico <input type="checkbox"/></p>	<p>A. Ánimo elevado</p> <p>1. <input type="checkbox"/> a _____</p> <p><input type="checkbox"/> b _____</p> <p><input type="checkbox"/> c _____</p> <p>2. <input type="checkbox"/></p> <p>B. Otros síntomas</p> <p>1. <input type="checkbox"/> a _____</p> <p><input type="checkbox"/> b _____</p> <p>2. <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c _____</p> <p>3. <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d _____</p> <p>4. <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c _____</p> <p>5. <input type="checkbox"/></p> <p>6. <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/> e _____</p> <p>7. <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d _____</p> <p>C. Interferencia</p> <p>1. <input type="checkbox"/></p> <p>2. <input type="checkbox"/></p> <p>Criterios</p> <p>Si A1(a, b y c) + ≥ 3 en B + ≥ 1 en C o</p> <p>A2 + ≥ 4 en B + ≥ 1 en C, entonces criterios cumplidos para Manía <input type="checkbox"/></p> <p>Si A1(a, b y c) + ≥ 3 en B + ninguna en C o</p> <p>A2 + ≥ 4 en B + ninguna en C, entonces criterios cumplidos para Hipomanía <input type="checkbox"/></p>
	<p>Duración</p> <p>1. _____ (años de edad)</p> <p>2. <input type="checkbox"/> _____ (años de edad)</p> <p>3. Trastorno depresivo mayor <input type="checkbox"/> _____ (semanas)</p> <p>Trastorno distímico <input type="checkbox"/> _____ (meses)</p> <p>Criterios de Duración cumplidos para Trastorno depresivo mayor <input type="checkbox"/></p> <p>Criterios de Duración cumplidos para Trastorno distímico <input type="checkbox"/></p>	<p>Duración</p> <p>1. _____ (años de edad)</p> <p>2. <input type="checkbox"/> _____ (años de edad)</p> <p>3. Manía <input type="checkbox"/> _____ (semanas)</p> <p>Hipomanía <input type="checkbox"/> _____ (días)</p> <p>Criterios de Duración cumplidos para Manía <input type="checkbox"/></p> <p>Criterios de Duración cumplidos para Hipomanía <input type="checkbox"/></p>
	<p>Daño</p> <p>1. <input type="checkbox"/> casa</p> <p>2. <input type="checkbox"/> escuela</p> <p>3. <input type="checkbox"/> compañeros</p>	<p>Daño</p> <p>1. <input type="checkbox"/> casa</p> <p>2. <input type="checkbox"/> escuela</p> <p>3. <input type="checkbox"/> compañeros</p>

Enuresis	Esquizofrenia/Psicosis	Factores de estrés
1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b 3. <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b	A. Síntomas psicóticos 1. <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/> e 2. <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/> e <input type="checkbox"/> f 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/> B. Interferencia 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/>	A. Abuso/Abandono del niño 1. <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c 2. <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d 3. <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d 4. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/>
Criterios Si 1, ≥ 1 en 2, 3a y 3b, entonces criterios cumplidos <input type="checkbox"/>	Criterios Si ≥ 2 en A y ≥ 1 en B, entonces criterios cumplidos para Esquizofrenia <input type="checkbox"/> Si ≥ 1 en A, entonces criterios cumplidos para Psicosis <input type="checkbox"/>	Duración 1. _____ 2. <input type="checkbox"/> _____ 3. _____ 4. _____ 5. <input type="checkbox"/>
Duración 1. _____ (años de edad) 2. <input type="checkbox"/> _____ (años de edad) 3. <input type="checkbox"/> a _____ (x/semana) <input type="checkbox"/> b _____ (meses) Criterios de Duración cumplidos <input type="checkbox"/>	Duración 1. _____ (años de edad) 2. <input type="checkbox"/> _____ (años de edad) 3. <input type="checkbox"/> _____ (meses) Criterios de Duración cumplidos para Esquizofrenia <input type="checkbox"/> Criterios de Duración cumplidos para Psicosis <input type="checkbox"/>	B. Otros factores de estrés 1. <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/> e 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b 4. <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c 5. <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b 6. <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b 7. <input type="checkbox"/> a _____ <input type="checkbox"/> b _____ 8. <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d 9. <input type="checkbox"/> _____ 10. <input type="checkbox"/> _____ 11. <input type="checkbox"/> _____
Daño 1. <input type="checkbox"/> casa 2. <input type="checkbox"/> escuela 3. <input type="checkbox"/> compañeros	Daño 1. <input type="checkbox"/> casa 2. <input type="checkbox"/> escuela 3. <input type="checkbox"/> compañeros	Daño 1. <input type="checkbox"/> casa 2. <input type="checkbox"/> escuela 3. <input type="checkbox"/> compañeros
Tipo Sólo Nocturna <input type="checkbox"/> Sólo Diurna <input type="checkbox"/> Nocturna y Diurna <input type="checkbox"/>		
Encopresis		
1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>		
Criterios Si 1 y 2, entonces criterios cumplidos <input type="checkbox"/>		
Duración 1. _____ (años de edad) 2. <input type="checkbox"/> _____ (años de edad) 3. <input type="checkbox"/> a _____ (x/mes) <input type="checkbox"/> b _____ (meses) Criterios de Duración cumplidos <input type="checkbox"/>		
Daño 1. <input type="checkbox"/> casa 2. <input type="checkbox"/> escuela 3. <input type="checkbox"/> compañeros		

Anexo 3.





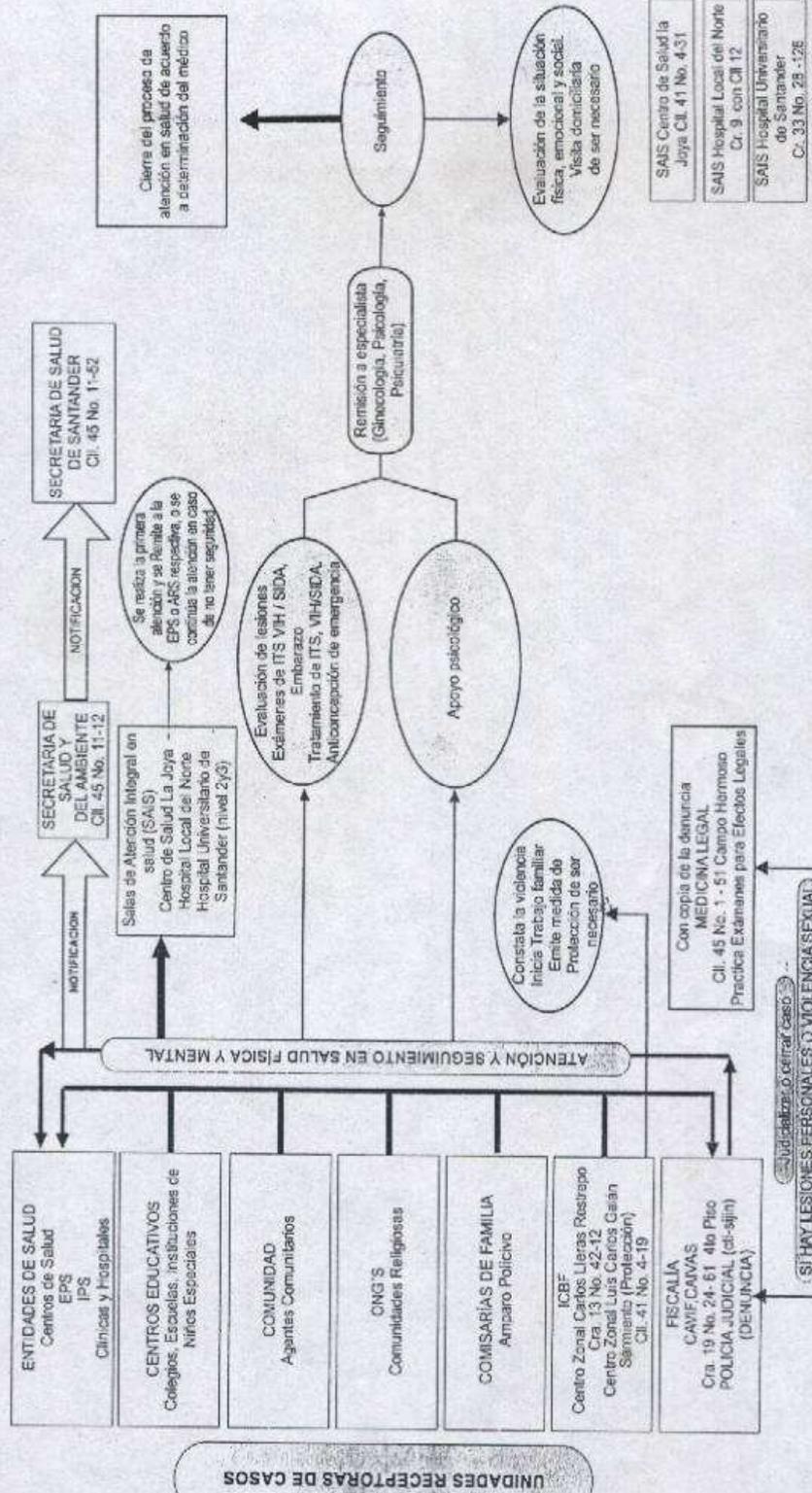
ALCALDÍA DE
BUCARAMANGA



SECRETARÍA DE SALUD
Y DEL AMBIENTE

Todos por
Bucaramanga

RUTA DE ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y SEXUAL



Anexo 4.

MARCO LEGAL Y REFERENCIAL DEL PROTOCOLO DE ACTUACIÓN FRENTE AL ABUSO SEXUAL INFANTIL HOGARES SUSTITUTOS ICBF

A continuación se presenta la normatividad y los principios que rigen el quehacer de los profesionales del ICBF frente a los casos de abuso sexual, así mismo las tres posibles rutas que se presentan con mayor frecuencia en la detección de casos de abuso sexual en el proyecto de hogares sustitutos. Este marco de referencia permitirá al profesional encargado de abordar los casos de abuso sexual obrar de acuerdo a lo establecido por la ley y el ICBF.

Normatividad: Ley de Infancia y Adolescencia, Circular 006 de 2006, Ley 679 de 2001, Ley 599 de 2000.

Definición: El abuso sexual entendido como todo acto de tipo sexual (con o sin contacto) realizado a la fuerza, mediante engaños o sobornos, por una persona mayor (con una diferencia de al menos cinco años respecto a la víctima) contra un menor de edad, con el cual se pretende satisfacer las necesidades sexuales del abusador o de un tercero. El abusador generalmente logra su propósito valiéndose del engaño, el chantaje emocional, la fuerza o aprovechando que tiene autoridad sobre él o ella, es muy común también que el abusador le exija al niño que guarde el secreto. Existen dos elementos fundamentales cuando se habla de abuso sexual, la coerción que hace referencia al ejercicio del poder y la asimetría de la edad que lleva implícita (asimetría anatómica, asimetría de conocimientos y asimetría de desarrollo).

Los principios por los cuales se rige el presente protocolo:

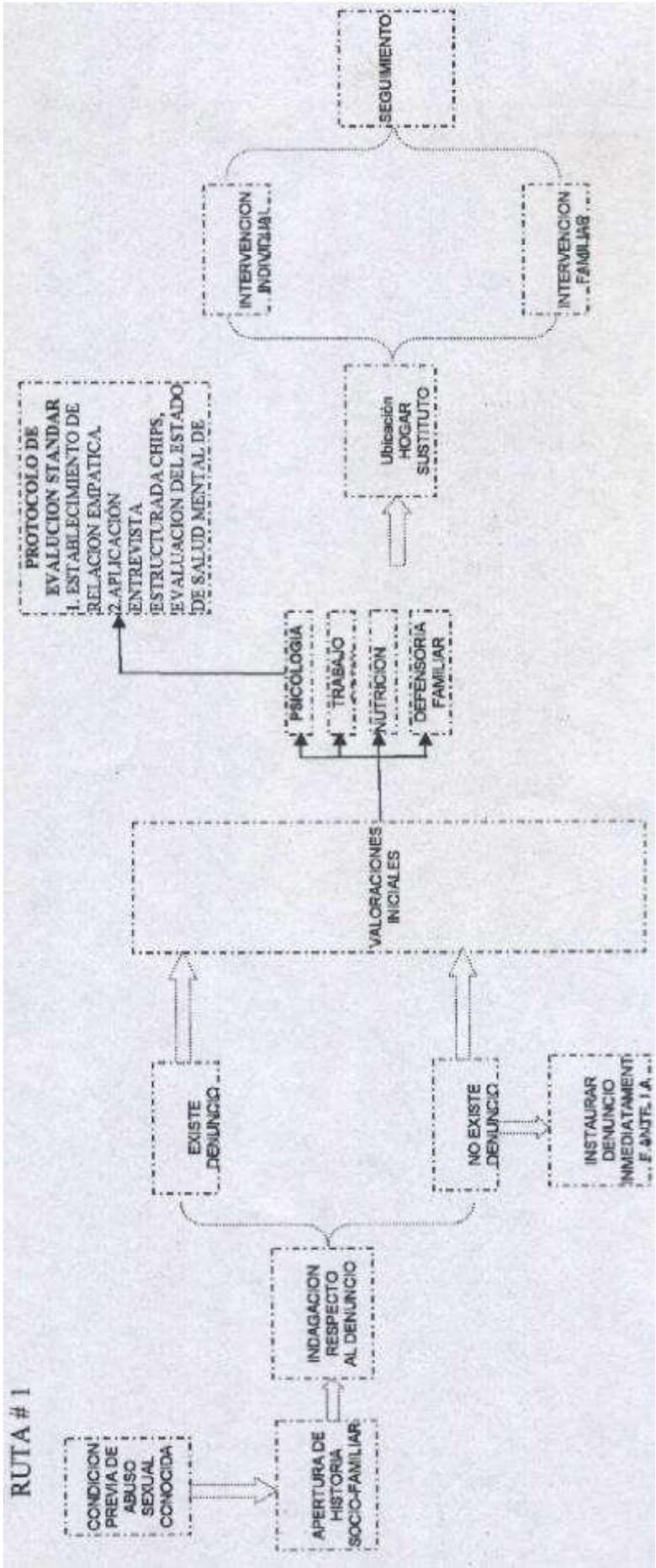
- Protección del niño, niña o adolescente: actuación que va encaminada a la protección del interés superior del menor.
- Coordinación: actuación unificada con las instituciones que intervienen en el abordaje del caso.
- Agilización: la intervención inmediata en el momento en el que se detecte la situación de abuso y la actuación que evite la demora o pérdida de los casos.
- Mínima intervención: evitar que el menor tenga que ser sometido a actuaciones repetitivas que lo victimicen.

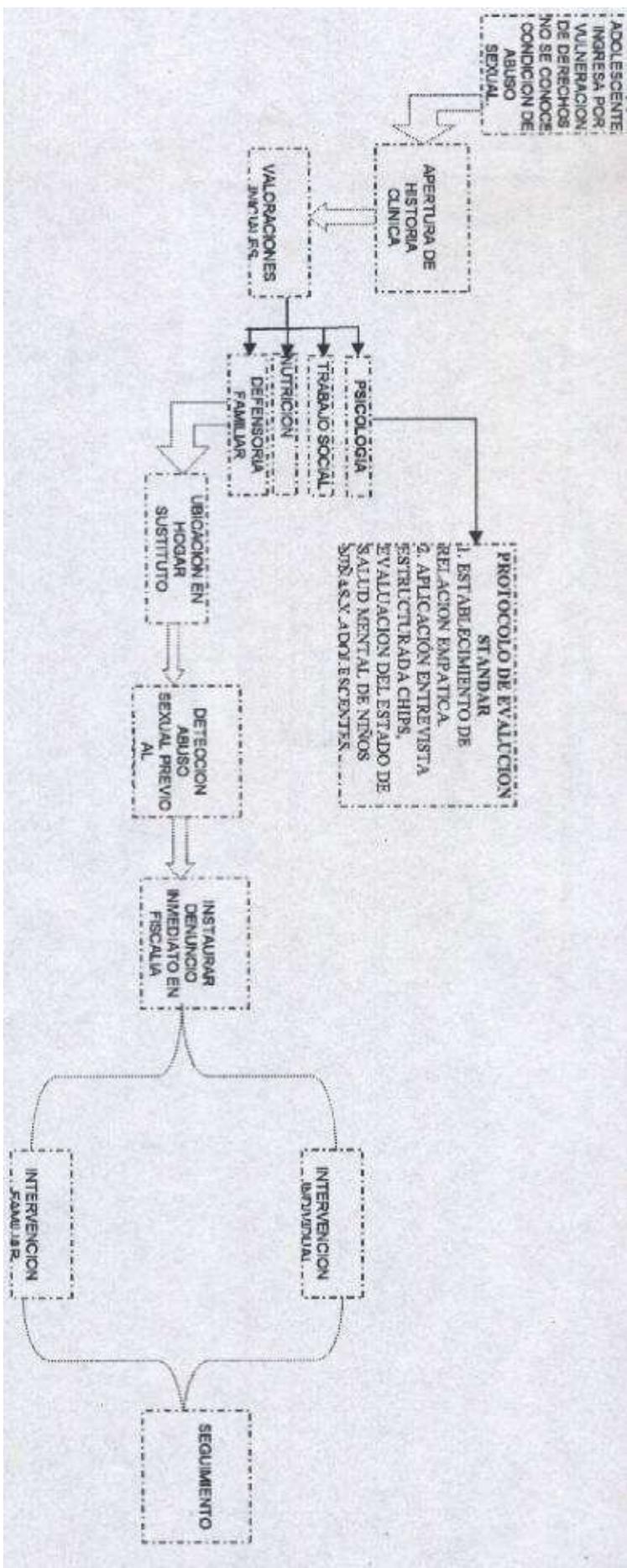
Rutas: Cuando un niño, niña o adolescente ingresa bajo medida de protección a Hogar sustituto por Abuso Sexual se pueden presentar tres posibilidades de actuación así:

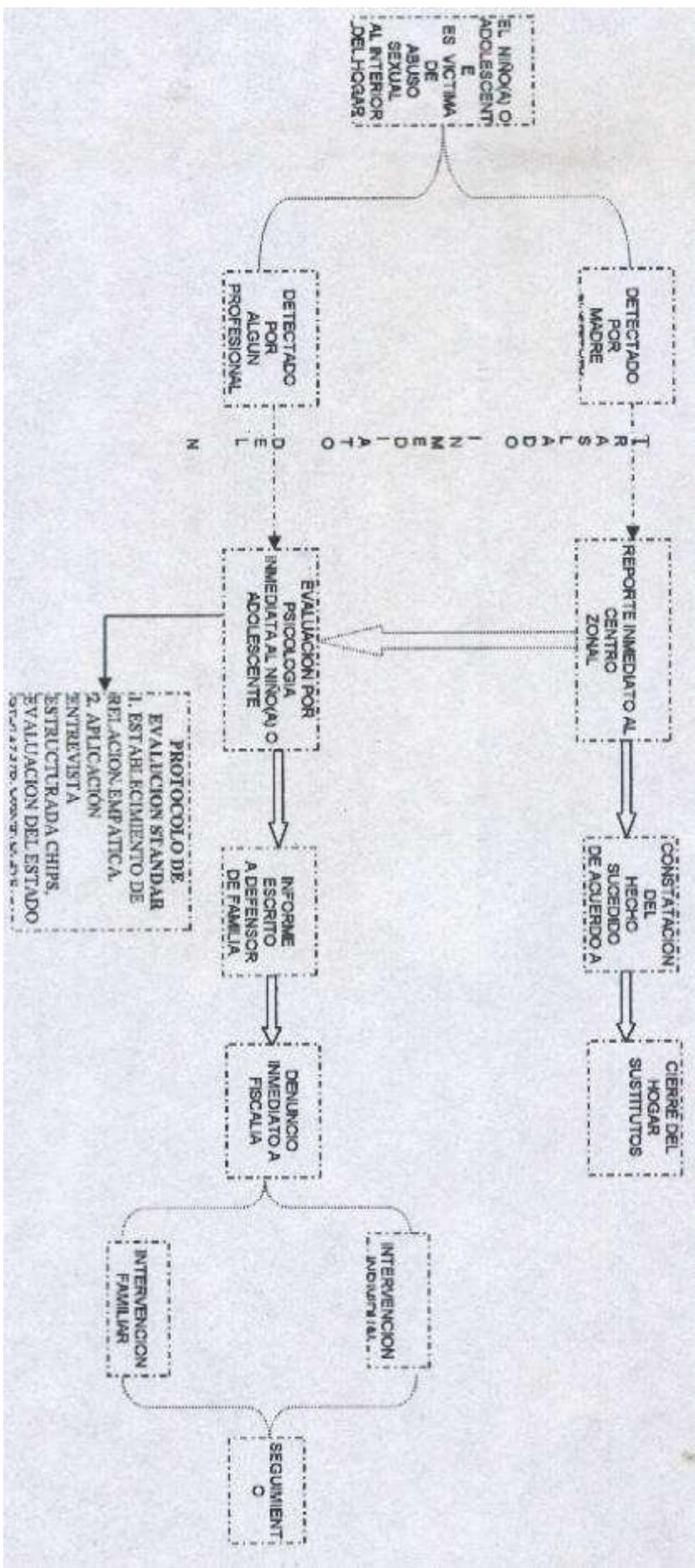
- *Cuando desde el primer contacto del ICBF con el niño, niña o adolescente se tiene conocimiento de la situación de Abuso Sexual.* Apertura de la historia sociofamiliar, indagación respecto a si existe o no denuncia en la Fiscalía (de no existir denuncia, el profesional que conozca el caso deberá instaurar la denuncia ante la Fiscalía de forma inmediata). Valoraciones iniciales (nutrición, psicología, trabajo social y defensor de familia). Ubicación en Hogar Sustituto Intervención Individual y Familiar (acompañamiento psicosocial). Estar pendiente del desarrollo de la Denuncia (Defensor de Familia Responsable) y realizar seguimiento.
- *Después de estar ubicado en Hogar Sustituto se conoce que el niño, niña o adolescente ha sido víctima de Abuso sexual.* El profesional que conozca el abuso sexual deberá instaurar la denuncia a la Fiscalía de forma inmediata, si es una madre sustituta deberá informar de manera inmediata al Defensor de familia. Intervención Individual y familiar (acompañamiento psicosocial), Estar pendiente del desarrollo de la denuncia (defensor de familia), realizar seguimiento.

- *Cuando el niño, niña o adolescente es víctima de abuso sexual estando ubicado en Hogar sustituto.* Reportar de manera inmediata a la autoridad competente y al Centro Zonal sobre la ocurrencia de cualquier hecho de Abuso con la información básica necesaria para que el ICBF adelante las acciones pertinentes (nombre, edad, sexo del niño agredido, nombre, edad y sexo del presunto agresor, circunstancias conocidas de tiempo lugar y modo indicando si existen personas conocedoras de la ocurrencia del hecho. Se procede a realizar la constatación pertinente y al cierre inmediato del hogar.

RUTA # 1







Anexo 5.

PROTOCOLO DE EVALUACIÓN NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES VÍCTIMAS DE ABUSO SEXUAL INFANTIL UBICADOS HOGARES SUSTITUTOS ICBF

Preparación previa a la primera sesión:

El profesional de la psicología encargado de realizar la valoración psicológica deberá conocer plenamente la historia sociofamiliar (composición familiar, con quién convivía el niño, niña o adolescente, quién es el agresor si se conoce este dato, redes de apoyo, escolaridad, declaraciones si las hubiere, es decir tener una visión general y clara acerca del entorno del niño y de la situación que motivó su ingreso). contando con esta información se va a evitar la revictimización del niño, niña o adolescente.

el sitio donde se llevara a cabo la intervención debe ser agradable, cómodo y acondicionado con las especificaciones para trabajo con victimas de abuso sexual a fin de proteger tanto al terapeuta como al paciente.

contar con el material ludico necesario como es el caso de loterías, rotafolios, muñecos especiales para trabajar abuso sexual (niño/niña, mujer/hombre)

Primera sesión:

Establecimiento de relación empática: teniendo en cuenta el estado emocional del niño en el momento de la entrevista con el profesional de la psicología se hace indispensable crear un clima de confianza y seguridad, el niño en este momento ha pasado por situaciones desconocidas y difíciles como es el abuso mismo, la separación de su familia, la ubicación en hogar sustituto (medio totalmente desconocido para el) y es este el momento de realizar un buen enganche con el

niño que permitirá que el proceso de valoración fluya positivamente. este espacio es el momento propicio para aclarar las dudas que el niño tiene respecto a su permanencia en el ICBF, contacto familiar, medida de protección, papel de la fiscalía, de medicina legal, y todos aquellos interrogantes que puedan estar afectando al niño de alguna manera. dependiendo de la edad del niño o niña se puede generar un espacio de juego semiestructurado que permita bajar su nivel de ansiedad. Esta actividad puede tener una duración de aproximadamente 15 minutos.

Una vez se haya logrado establecer una relación adecuada con el niño, niña o adolescente, se haya logrado bajar el nivel de ansiedad y se hayan aclarado todas las inquietudes del niño respecto al proceso de protección, a su familia, a si mismo e incluso hacia el abusador se procede a iniciar la aplicación de la entrevista estructurada chips.

Aplicación de la entrevista estructurada chips: se debe realizar una breve y clara explicación de la actividad a desarrollar ya que se requiere la atención y disposición del niño, niña o adolescente al cual se le va a entrevistar. es de suma importancia informar al niño que de no entender alguna pregunta puede interrumpir para pedir la aclaración respectiva, así mismo dar la posibilidad de si está cansado o desconcentrado hacer una pequeña pausa que permita captar nuevamente la atención. dependiendo de la edad, nivel de concentración, y del entrenamiento del psicólogo la entrevista puede durar dos sesiones. es indispensable que el psicólogo a cargo de la evaluación psicológica conozca a profundidad la entrevista estructurada chips y tenga el entrenamiento suficiente.

se debe tener en cuenta que la información obtenida al aplicar la entrevista es de suma importancia porque se están valorando 17 trastornos (trastorno por déficit de atención e hiperactividad, trastorno negativista desafiante, trastorno disocial, abuso de sustancias, fobias específicas, fobia social, trastorno de ansiedad por separación, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno por estrés, anorexia, bulimia, depresión/distimia, manía/hipomanía,

enuresis, encopresis, esquizofrenia/psicosis) y factores de estrés psicosocial como abuso, maltrato y abandono además los resultados de la prueba están dados en función de cumplimiento de diagnóstico y síntomas información muy completa que permite realizar una muy buena evaluación es decir tener una visión del niño, niña o adolescente muy completa que permite proponer una intervención eficaz.

Segunda sesión:

Puede presentarse una segunda sesión de acuerdo a la edad del niño, niña o adolescente, nivel de concentración y nivel de fatiga.

Posterior a la evaluación:

Rendición de informe de evaluación psicológica completo (dirigido a establecer el estado mental del niño) que va a servir como el punto de partida para una intervención eficaz.

ANEXO 6

PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN A NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES VICTIMAS D ABUSO SEXUAL UBICADOS EN HOGARES SUSTITUTOS ICBF

Objetivo de la intervención: La intervención en casos de abuso sexual ira dirigida a que el niño, niña o adolescente logre estabilizar sus emociones y sentimientos posibilitando un ajuste y desempeño funcional en todas sus áreas, que logre recuperar o adquirir la capacidad de autoprotección de su cuerpo y de sus relaciones (consigo mismo, con los demás y con el mundo que lo rodea), que la familia logre adquirir herramientas que le permitan ser soporte emocional del niño, niña o adolescente y se convierta en un factor protector en contra del abuso sexual infantil.

A continuación se enunciaran algunas técnicas y estrategias que permitirán llevar cabo el objetivo propuesto para una adecuada intervención.

Con el niño, niña o adolescente:

- Intervención en crisis: a fin de que el niño, niña o adolescente logre superar el estado de tensión y de angustia que ha aparecido por el evento de abuso sexual, así mismo que el niño pueda ser capaz de superar la incapacidad que siente de manejar las situación que el medio le presenta, que sea capaz de reconocer que tiene recursos emocionales y cognitivos para mejorar su situación actual.

-Desculpabilización y recuperación de autoesquema: generar en el niño el sentido de valía y minimizar la culpa que puede sentir frente a la situación de abuso sexual.

-Fortalecimiento de pautas de autocuidado: desarrollo de habilidades para identificar riesgos y protegerse de ellos.

Con la familia

-Fortalecimiento en pautas de crianza: tendiente a que los padres de familia y/o cuidadores de los niños, niñas y adolescentes puedan lograr el sano equilibrio entre la autoridad y el afecto, evitando patrones relacionales maltratantes.

-Estilos de vida saludables: tendientes a fortalecer tres ámbitos fundamentales: lo material (lograr estabilizar aspectos como vivienda, alimentación, vestuario, es decir satisfacción de necesidades básicas partiendo del hecho que la población que el icbf maneja pertenece a los estratos 1y 2 y si no se logran suplir estas necesidades básicas los niños, niñas y adolescentes se encontrarán frente a riesgos inminentes), en lo social: fortalecimiento de redes de apoyo familiar y comunitaria a fin de articular esfuerzos en favor de la niñez familiar (comunicación, expresión de sentimientos, potenciar factores protectores, capacidad para identificar factores de riesgo y conocimiento pleno de lo que implica la responsabilidad que como padres significa ser garantes de derechos) y por último en el ámbito ideológico fortaleciendo creencias y valores.