



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

Descripción del abuso sexual en un grupo de 12 preescolares analizando las características de la victimización, el nivel de desarrollo y la salud

Mariana Mónico Preciado

**Universidad Nacional De Colombia
Facultad de Medicina
Comité de Investigaciones
Departamento de Pediatría
Bogotá, D.C.
2015**

Descripción del abuso sexual en un grupo de 12 preescolares analizando las características de la victimización, el nivel de desarrollo y la salud

**Mariana Mónico Preciado
Código 599352**

Trabajo presentado como requisito para optar por el título de Pediatra

Director:

**Dr Miguel Barrios Acosta
Profesor Titular
Unidad de Pediatría Social y Comunitaria**

**Universidad Nacional De Colombia
Facultad de Medicina
Comité de Investigaciones
Departamento de Pediatría
Bogotá, D.C.
2015**

Resumen

Objetivo: Describir las características del abuso sexual en un grupo de 12 preescolares analizando las características de la victimización, el nivel de desarrollo y la salud.

Métodos: Estudio prospectivo descriptivo de carácter clínico. En el estudio participaron 12 preescolares, 8 hombres y 4 mujeres en la Asociación Creemos en Ti, en la ciudad de Bogotá, evaluados entre mayo y julio del año 2014. Se realizó evaluación psicológica con la que se determinaron las características del abuso, se aplicaron dos escalas para determinar el desarrollo de los niños y niñas participantes (Escala Abreviada del Desarrollo y Battelle), se realizó evaluación médica pediátrica y se determinó el estado nutricional de los pacientes. Se determinó el Índice de Abuso y el Índice de Experiencias Adversas de la Infancia en cada paciente.

Resultados y conclusiones: El abuso sexual en esta población la cual se da por familiares cercanos, consiste fundamentalmente en tocamientos, usualmente eran abusos múltiples. El nivel de desarrollo de los participantes según la Escala Abreviada del Desarrollo y el Battelle estuvo dentro de rangos esperados; as escalas usadas no encontraron tendencias asociativas desde una perspectiva cualitativa en cuanto a experiencias adversas de la infancia y el índice de abuso.

Palabras clave: abuso sexual, preescolares, victimización, maltrato, desarrollo.

Abstract

Objective: To describe the characteristics of sexual abuse in a group of 12 preschool analyzing the characteristics of victimization, the level of development and health

Methods: Prospective study of clinical character. The study involved 12 preschoolers, 8 men and 4 women in the “Asociación Creemos en Tí” in Bogotá, evaluated between May and July 2014. Psychological evaluation with the characteristics of abuse were determined was performed, were applied two scales to determine the development of participating children (Abbreviated Scale of Development and Battelle), pediatric medical evaluation was performed and the nutritional status of patients was determined. In each patient was determined the Index Abuse and Adverse Childhood Experiences

Results and conclusions: Sexual abuse in this population is given by close relatives, consists essentially touching, were usually multiple abuses. The level of development of the participants according to the Abbreviated Scale of Development and Battelle was within expected ranks; scales used as associative found no trends from a qualitative perspective on adverse childhood experiences and the rate of abuse.

Keywords: sexual abuse, preschool, victimization, abuse, development.

Contenido

	Pág.
Resumen y Abstract	V
Lista de gráficas	8
Lista de tablas	18
1. Justificación	1
2. Objetivos	3
2.1 Objetivo general.....	3
2.2 Objetivos específicos	3
3. Marco teórico	5
4. Aspectos metodológicos	13
5. Resultados	19
5.1 Primer bloque	19
5.2 Segundo bloque.....	30
6. Discusión y conclusiones	37
Anexos:	41
Bibliografía	55

Lista de gráficas

	Pág.
Gráfica 1. Sexo de los agresores	22
Gráfica 2. Número de agresores	22
Gráfica 3. Lugar de ocurrencia del abuso	22
Gráfica 4. Historia de abuso en la familia	23
Gráfica 5. Tipo de familia	25

Lista de tablas

	Pág.
Tabla 1. Caracterización del abuso sexual	24
Tabla 2. Experiencias Adversas de la Infancia	26
Tabla 3. Battelle y Escala abreviada del desarrollo	28
Tabla 4. Síntomas somáticos (Tomado de CBCL)	30

1. Justificación

El abuso sexual (AS) contra la población infantil es un problema de gran prevalencia en el mundo y en nuestra región (en Colombia en 2013 el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses practicó 17915 dictámenes sexológicos en menores de 18 años) y esto tiene grandes impactos personales, emocionales y sociales. El posicionamiento de los Derechos del Niño particularmente a partir de la ratificación de la Convención de los Derechos del Niño en 1989 ha hecho que las sociedades rechacen con mayor vehemencia las distintas expresiones de violencia contra los niños¹, en particular la violencia sexual. El AS afecta a todos los grupos etarios, en Colombia según el INMLCF el grupo más afectado es el de 10 a 14 años, pero desde lactantes se reportan denuncias. Los preescolares son un grupo poblacional de gran interés, debido a que por su nivel de desarrollo el interrogatorio debe ser dirigido de forma diferente que con los niños más grandes y los adolescentes. Ellos en general pueden responder un número sustancial de preguntas que buscan diferentes tipos de información, tienen suficientes habilidades cognitivas, verbales, comunicativas y capacidad de atención para ser interlocutores adecuados. Según Hershkowitz (2012) los preescolares a partir de los tres años son susceptibles de ser entrevistados, y los datos que aportan son confiables para la caracterización del abuso. De acuerdo con algunos autores las consecuencias psicológicas son mayores entre más joven sea la víctima al momento del acontecimiento de los hechos, pero según lo observado en la práctica en la Asociación Creemos en Ti, posiblemente relacionado con las características del pensamiento a estas edades, muchas veces los hechos no son tan traumáticos para éste grupo de pacientes. La mayoría de estudios describe las consecuencias del abuso en pacientes escolares, adolescentes y adultos, pero poco se conoce acerca de las conductas que presentan los preescolares víctimas de AS. La sintomatología que se ha visto asociada al abuso sexual

¹ Para facilitar la escritura se usará como genérico niño para referirse a niños y niñas, y lo anterior está lejos de asociarse con procesos de discriminación basados en el género

es muy variada y en ocasiones inespecífica, ha sido caracterizada principalmente por conductas sexualizadas, molestias somáticas en el área urogenital, quejas somáticas y problemas del comportamiento (De Bellis 2011, Dayle 2002). Realizar una exploración de las características del abuso sexual cometido contra un grupo de niños y niñas preescolares en nuestro medio es una necesidad, debido a la poca exploración, según la búsqueda hecha para esta investigación, que este tópico ha tenido en Colombia.

2. Objetivos

2.1 Objetivo general

Describir las características del abuso sexual en un grupo de 12 preescolares analizando las características de la victimización, el nivel de desarrollo y la salud

2.2 Objetivos específicos

- Realizar una descripción y análisis de las características y dinámicas asociadas con el abuso sexual en un grupo de 12 preescolares teniendo en cuenta los aspectos específicos de la agresión, algunas características de la familia y el índice de experiencias adversas de la infancia.
- Describir y comparar cualitativamente el nivel de desarrollo de los 12 niños/niñas participantes aplicando la escala de Battelle y la escala abreviada del desarrollo, teniendo en cuenta el índice de severidad del abuso sexual y el índice de experiencias adversas de la infancia.
- Describir la condición de salud de los 12 niños/niñas participantes según su crecimiento, estado nutricional y síntomas psicósomáticos teniendo en cuenta el índice de severidad del abuso sexual y el índice de experiencias adversas de la infancia.
- Realizar una caracterización general del abuso sexual en la muestra de los niños/niñas preescolares participantes teniendo en cuenta los aspectos de la victimización sexual, el nivel de desarrollo y salud de los participantes.

3.Marco teórico

El Ministerio de Salud de Colombia define abuso sexual como “contacto o interacción entre un niño o niña y un adulto, en el que el niño o niña es utilizado/a para la satisfacción sexual del adulto o de terceros, desconociendo el desarrollo psicosexual del/a menor de edad. El abusador puede ser un menor de edad cuando es significativamente mayor que la víctima o tiene una posición de poder o control sobre el otro niño o niña”.

Para efectos del presente estudio se definen dos categorías principales: a) acto sexual abusivo (comprende todos los actos de tipo erótico, que sin llegar al coito, realiza una persona sobre otra. Se trata de tocamientos, frotamientos, besos, apretones, etc., que con erotismo lleva a cabo el sujeto activo sobre el pasivo, además puede ser conducta típica el hecho de obligar al sujeto pasivo a que sea él quien realice el acto sexual, sobre la persona del sujeto activo. Generalmente, tales tocamientos se realizan sobre zonas erógenas, como senos, labios, genitales masculinos o femeninos, caderas) (CDC. 2008) y b) acceso carnal (penetración de miembro viril por vía anal, vaginal u oral, así como la penetración vaginal o anal de cualquier otra parte del cuerpo humano u objeto) (CDC, 2008). Abuso sexual: evento generalmente crónico, en menores de catorce años, agresor conocido, generalmente ocurre en la casa, colegio o sitios frecuentados por el menor. Los términos de Acceso Carnal y Acto sexual son jurídicos y no deben ser usados en las historias clínicas.

El AS es un problema mundial y se ve favorecido por otras circunstancias como son el consumo de drogas, el bajo nivel socioeconómico y educativo, los adolescentes delincuentes, aunque se presenta en todos los estratos sociales, en familias laicas o religiosas, nucleares y reconstituidas, por lo que no se ha identificado un factor común determinante para la presencia de abuso sexual a menores de edad.

Según datos del INMLCF en 2013 se practicaron 20739 exámenes sexológicos que corresponde a una tasa de 44.01 por 100.000 habitantes. Los dictámenes sexológicos que realiza el INMLCF se practican fundamentalmente a niños y niñas². En el año 2013 el INMLCF practicó 17915 dictámenes en menores de edad que corresponden al 86.34% del total. La siguiente tabla tomada de Forensis de 2013 da cuenta de la situación del abuso sexual documentada por el INMLCF en la población menor de 18 años:

Rango de edad (años)	Mujeres		Hombres	
	Casos	Tasa x100.000 habitantes	Casos	Tasa x100.000 habitantes
0 a 4	1801	85.76	586	26.64
5 a 9	3852	184.76	1228	56.34
10 a 14	7116	335.91	934	42.27
15 a 17	2151	166.8	238	17.65
Total	14920		2986	

Tomado de: Forensis 2013, INMLCF

En cuanto a los preescolares, el informe revela que de 16550 exámenes en los que se documentó escolaridad, el 10.4% (1722 casos) tenían una escolaridad (490 hombres y 1232 mujeres), probablemente asociada a este grupo de edad, cosa que no es necesariamente cierta, pero supone que la cifra debe ser muy cercana al número de niños preescolares victimizados sexualmente (Tello, 2013).

(Sin embargo) se estima, sin embargo, que estas cifras no demuestran la realidad del país, y que cerca del 70% de los casos no son denunciados ante las autoridades principalmente por temor por parte de las víctimas, por aceptación de éstas prácticas por parte de los padres o por amenazas (Nación, 2007). La UNICEF estima que en Colombia

²Por niño o niña se entiende de acuerdo con la Convención de los Derechos del Niño toda persona menor de 18 años.

hay 18 millones de niños, niñas y adolescentes, de los cuales 35 mil son explotados sexualmente, algunos incluso menores de los 10 años.

Según datos españoles (Agencia EFE, 2012) el abuso sexual afecta del 15 al 20% de la población, pero sólo se conoce el 2%. Sólo el 50% de los niños revelan el abuso, 15% son denunciados y 5% procesados. En Estados Unidos se estima que el abuso sexual afecta al 16.8% de las mujeres y 7.9% de los hombres antes de cumplir los 18 años (De Bellis, 2011). Se ha identificado además que la mayoría de los abusadores son hombres, pero datos recientes de Estados Unidos (Wolf, 2011) muestran que las mujeres son responsables del 14 al 15% del abuso de las niñas y del 14 al 24% de los niños. Éste porcentaje no es despreciable, y muchas veces no se sospecha que sean las adultas a cargo de los niños las que abusen de ellos.

Los datos del estudio de Bentovim (1987) muestran que en cuanto a la duración del abuso, el 46% de las niñas y el 32.5% de los niños fueron abusados de 1 a 3 años, el 32% de las niñas y el 56% de los niños entre 4 y 5 años y el 22% de las niñas y el 11.6% de los niños 6 a 8 años.

En un informe presentado por el INMLCF el 18 de noviembre de 2014, en donde reportaba 10442 exámenes en niños, niñas y adolescentes presuntamente víctimas de abuso sexual entre enero y septiembre de este año, cada día en Colombia 39 niños, niñas o adolescentes son víctimas de abuso sexual. El 83% de las víctimas (8659) son de sexo femenino, y la edad en la que se presenta el mayor número de casos de abuso contra las mujeres es la adolescencia (especialmente entre los 10 y 14 años), con 48% de los casos. El escenario más común en el que ocurren los hechos es la casa de la víctima (40%), seguida de la casa del agresor (25%). El agresor es un familiar en el 41% de los casos y un conocido en 22% (EFE, 2014).

Según Maribel Martínez, en España, el 70% de las víctimas tiene consecuencias a corto plazo y el 50% a largo plazo, pero la mayoría de las víctimas presentan inestabilidad emocional a lo largo de la vida.

El maltrato infantil es la causa prevenible más común de enfermedad mental y problemas de comportamiento en Estados Unidos (De Bellis, 2011). La salud de los niños se ve

afectada en el campo motor, emocional, de lenguaje, sicosocial, social y en el comportamiento (De Bellis, 2011).

Los niños que han sido abusados presentan una gran gama de síntomas, no existiendo un verdadero síndrome asociado, pero es común que presenten conductas sexualizadas y estrés postraumático. Algunos factores relacionados con las consecuencias emocionales y psicológicas son la edad de inicio del abuso, la severidad y duración del mismo, el uso de la fuerza y la relación de la víctima con el agresor (De Bellis, 2011), el sexo de la víctima (niño o niña). Las manifestaciones incluyen cambios de la actitud (hiperactividad o recogimiento), baja autoestima, sentimientos de culpa, agresividad, retroceso en hitos del desarrollo (enuresis o encopresis cuando ya se había logrado el control de esfínteres), miedo a los adultos, cambios en el desempeño académico, abuso a otros menores o intento de suicidio (ICBF, 2008).

También se ha documentado ansiedad, miedo, depresión, conductas sexuales inapropiadas (principalmente masturbación en público, curiosidad sexual excesiva, exposición de los genitales, frotar los genitales contra un adulto o un par, o coger los senos o genitales de un adulto), problemas de límites, trastornos del sueño (Dayle 2002). El abuso sexual bloquea la evolución de muchos requisitos del desarrollo, incluyendo confianza, seguridad, autonomía y diferenciación. Estas alteraciones pueden trascender hasta la edad adulta, produciendo daño en el desarrollo de relaciones interpersonales y en los sistemas de soporte (Dayle, 2002).

Los preescolares que han sido abusados se pueden mostrar un estado de ansiedad mayor que es la hipervigilancia, y gastan mucha energía en tratar de sentirse seguros, no se sienten tranquilos en el entorno en el que se encuentran.

Cohen y Mannarino (1998) refieren que factores como la severidad y la duración del abuso, así como la identidad del agresor han sido asociadas con la sintomatología de forma inconsistente en cambio la falta de soporte materno y la depresión materna se han correlacionado con mayor severidad de la sintomatología relacionada con el abuso sexual. Ellos realizaron un estudio con 43 preescolares víctimas de abuso sexual y midieron el impacto de la terapia. Encontraron que en cuanto al impacto de factores

familiares lo más importante fue el apoyo emocional de los padres, tanto el dado a la madre, como el dado por la madre al hijo para predecir mejores resultados.

Encontraron también que los niños con mejores puntajes en la escala de personal-social de Battelle tuvieron menos comportamientos inapropiados, que explican porque posiblemente entiendan mejor las expectativas de comportamiento que esperan los adultos de ellos, y además tienen mayor posibilidad de beneficiarse del apoyo de los padres y las terapistas. No hubo diferencias en la respuesta a la terapia en cuanto a sexo (algunos estudios han mostrado que el abuso sexual tiene mayor impacto en hombres y en miembros de grupos de minorías), raza, así como tampoco las variables propias del abuso (relación con el agresor, tipo de abuso). Resaltan que el factor más importante para asegurar una buena respuesta a la terapia es el apoyo familiar hacia ellos y el que reciba la familia por parte del grupo de terapia (Cohen, 1998).

Hay otros autores, como Lovett (2007) que tienen un concepto diferente, pues afirma que los síntomas que presentan los preescolares son variables y sí están influenciados por varios factores que incluyen la extensión y naturaleza del abuso, la edad del paciente, la relación con el agresor, si hubo o no violencia involucrada en el hecho y otros aspectos de la vida del niño.

Las consecuencias también se pueden ver a largo plazo, principalmente trastornos de la personalidad, de hecho se considera como un factor predisponente dentro del trastorno límite de la personalidad (Tahir, 2011).

Finkelhor y Browne hacen un modelo en el cual el abuso sexual es una experiencia que altera la visión del niño de sí mismo, del mundo y de los demás y postulan cuatro mecanismos de trauma: sexualización traumática (introducción a sexualidad adulta de forma precoz), falta de poder (sentimiento de impotencia ante lo que le está pasando), traición (quien debe cuidarlo o protegerlo no lo hace) y estigmatización (sentimiento de culpa). El abusador logra hacer sentir a la víctima culpable y responsable de lo que le sucede, logrando que éste permanezca en silencio en una soledad absoluta sin poder compartir su sufrimiento con nadie más y sintiéndose además provocador y sucio.

Hasta 36% de los preescolares que han sido víctimas de abuso sexual presentan conductas sexuales inapropiadas (comportamientos de comprenden partes del cuerpo como genitales, ano, nalgas o senos, que son inapropiados para la edad o potencialmente dañinos y que inician de parte de un niño hacia otro); éstas deben distinguirse de la exploración sexual normal para la edad, que no causa angustia, es espontánea, intermitente, mutua y no coercitiva. La población general presenta solo un 6% de conductas sexuales inapropiadas (Silovsky, 2007).

Hay muchos casos en los que los niños víctimas de abuso sexual familiar o no familiar viven en hogares que aparentan ser ordenados y no abusivos, y en los que no se vislumbran factores de riesgo obvios para el abuso. La mayoría de los estos casos corresponde a familias de alto estatus socioeconómico en las que es muy difícil prevenir, identificar e iniciar el manejo integral, incluyendo el proceso penal. El estatus socioeconómico es un reconocido factor de riesgo para maltrato físico y negligencia en estratos bajos, pero no se ha visto que haya diferencias significativas en cuanto a casos de abuso sexual, pero sí es evidente que el número de denuncias es menor en estratos socioeconómicos altos (Olafson, 2011).

En cuanto a la capacidad comunicativa de los preescolares, Hershkowitz et al (2012) desarrollaron un estudio con 299 pacientes entre 3 y 6 años, donde encontraron que a esta edad ya son capaces de recordar lo que les sucedió, entender los requerimientos específicos del contexto de la entrevista, entender las preguntas específicas que se dirigen hacia ellos y reconocer cuando los dos interlocutores no se están comunicando claramente. Responder preguntas requiere del desarrollo de diferentes habilidades como comprender la pregunta, entender las expectativas del interlocutor, buscar y recuperar la información de la memoria y construir una respuesta narrativa. La habilidad de comprender preguntas aumenta con la edad y disminuyen las respuestas aleatorias o irrelevantes. La habilidad de interpretar preguntas de desarrolla rápidamente entre los 3 y 4 años.

Los preescolares narran historias más cortas debido a que sus habilidades comunicativas están en desarrollo, y tienen dificultades en referir experiencias a medida que el tiempo pasa, lo que disminuye la cantidad de información que pueden proveer. Los preescolares están en capacidad de relatar eventos abusivos espontáneamente, y el número de

detalles que proporcionan no es muy diferente del de un niño de 7 u 8 años (Hershkowitz, 2012).

Hewitt (1991) describe que según datos de 1987 (y 1987), entre el 50% y 60% de las denuncias de abuso sexual en Estados Unidos no pueden ser confirmadas o quedan reportadas como inválidas o infundadas. Las dificultades que notan para el confirmar los hechos mediante el relato de los preescolares se deben a que los pacientes no tienen ni el vocabulario ni los conceptos adecuados para describir el comportamiento abusivo; generalmente reportan la información en su propio lenguaje idiosincrático y con pocos detalles; muchas veces solo el cuidador primario entiende su lenguaje; su forma de comunicarse es más basada en comportamientos que en comunicación verbal, a lo que el sistema legal de los adultos, da mucha menos credibilidad que al relato hablado.

Los pacientes a veces comentan los hechos a los cuidadores primarios, pero no quieren interactuar con otro interlocutor, y en este punto sus relatos pueden estar contaminados por las preguntas de los padres llenos de preocupaciones. Al ser difícil de documentar el abuso cuando las víctimas son preescolares, se deja al niño en una situación de mayor vulnerabilidad, pues no solo puede seguir siendo abusado, sino que además puede sufrir represalias por la denuncia hecha (Hewitt, 1991).

Los preescolares que han sido abusados sexualmente presentan frecuentemente retrasos en el desarrollo del lenguaje, con alteraciones en la comprensión y en las habilidades de comunicación social. Lo anterior puede facilitarse por el estrés que produce el abuso en estos pacientes y muchas veces el ambiente en el que vive el niño no le ofrece la estimulación adecuada (Lovett, 2007).

4. Aspectos metodológicos

El presente es un estudio prospectivo descriptivo de carácter clínico que describe las características del abuso sexual en un grupo de preescolares teniendo en cuenta los aspectos de la victimización sexual y el nivel de desarrollo y la salud de los participantes.

En el estudio participaron 12 preescolares, 8 hombres y 4 mujeres en la Asociación Creemos en Ti, en la ciudad de Bogotá, evaluados entre mayo y julio del año 2014. Los pacientes se seleccionaron según iban ingresando a la Asociación para recibir tratamiento psicológico tras haber sido víctimas de abuso sexual. Los niños participantes son referidos por la Defensoría de Familia, ningún paciente acudió espontáneamente a la Asociación en búsqueda de tratamiento.

Los criterios de inclusión fueron: tener certeza del abuso sexual, con base en el testimonio del preescolar o del testigo del hecho; tener edad entre 36 y 65 meses al inicio del estudio; llevar a cabo la terapia completa (6 meses de tratamiento) y aceptar seguimiento a los 6 meses de haber terminado la terapia.

Los criterios de exclusión son: haber tenido proceso de terapia previamente, tener discapacidad cognitiva y si se demuestra que durante la realización del tratamiento el preescolar sigue siendo víctima de abuso sexual³.

³Este estudio es una reestructuración de una propuesta inicial llamada “Formulación de escala de severidad del abuso sexual en preescolares con base en la sintomatología y la respuesta al tratamiento” que pretendía elaborar una escala del abuso sexual en un grupo de preescolares haciendo una evaluación antes del tratamiento psicológico con base en algunas escalas preestablecidas que medían desarrollo psicomotor, sintomatología asociada al abuso y comportamientos sexualizados. Posteriormente se iba a realizar seguimiento a estos pacientes al final de la terapia (aproximadamente 6 meses) con aplicación de las mismas escalas y 6 meses después del final de la misma. Con estos resultados se iba a formular una escala que pretendía tratar de predecir la respuesta a la terapia con base en la severidad del abuso y la sintomatología

Los 12 preescolares participantes entraron a la Asociación Creemos en Ti para iniciar terapia psicológica como parte del proceso de restitución de derechos que se sigue en el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. La primera evaluación fue hecha por psicología, donde se realizó el primer encuentro y la toma de los datos básicos del paciente. En sesiones posteriores se determinó el nivel de desarrollo del paciente mediante el Inventario de Desarrollo Battelle. Esta es una prueba que sirve para evaluar el desarrollo en niños entre 0 y 95 meses de edad. Fue elaborada por primera vez en el Battelle Memorial Institute en 1984 su objetivo general es medir los procesos que ocurren a lo largo de la vida, para la evaluación y planificación educativa.

Los objetivos específicos de la aplicación del Inventario son identificar niños con retrasos en algún área de desarrollo, identificar puntos fuertes y débiles del desarrollo, programar y aplicar tratamientos y hacer seguimiento a programas educativos. Se desarrolla en 3 sesiones de 45 a 60 minutos cada una. Valora 5 áreas y cada una de ellas con sus respectivas subáreas del siguiente modo: a) personal/social (85 ítems) : evalúa las capacidades y características que le permiten a los niños establecer interacciones sociales adecuadas; se compone de las subáreas interacción con el adulto, expresión de sentimientos, autoconcepto, interacción con compañeros, colaboración y rol social; b) adaptativa (49 ítems): evalúa las capacidades de autoayuda en los niños, así como las tareas a realizar con esas capacidades; se compone de las subáreas atención, comida, vestido, responsabilidad personal y aseo; c) motora (82 ítems): Capacidad de los niños para usar y controlar sus músculos; se compone de las subáreas motora gruesa (control muscular, coordinación corporal y locomoción) y motora fina (motricidad fina y motricidad perceptiva); d) comunicación (59 ítems): evalúa la recepción y expresión de información, pensamientos e ideas, por medios verbales y no verbales: expresiva (producción y uso de sonidos o palabras, para transmitir información) y receptiva (discriminación, reconocimiento y comprensión de la información recibida); e) cognitiva (56 ítems): evalúa

que presentaban al inicio de la misma. Dicho estudio por limitantes de carácter logístico en la institución no se pudo realizar y por lo anterior de la apuesta investigativa inicial solo se pudieron incluir 12 niños de los cuales se completó la valoración inicial con Battelle, escala abreviada del desarrollo valoración pediátrica y por lo anterior se hizo un ajuste que da como resultado el presente trabajo con corte descriptivo.

las habilidades y capacidades de tipo conceptual, con las subáreas: discriminación perceptiva, memoria, razonamiento y habilidades escolares y desarrollo conceptual.

Las primeras dos áreas (personal/social y adaptativa) se exploran mediante preguntas a padres o cuidadores usando una lista de chequeo, y las otras tres se hacen mediante la evaluación directa del niño con pruebas adaptadas a cada edad. Es un triple sistema de evaluación pues tiene examen estructurado con los niños, observación de ellos y entrevista informativa con padres o cuidadores, lo que le da alta fiabilidad y validez.

La puntuación del Battelle va de 0 a 2, donde 0 es que no puede o no quiere intentarlo, 1 lo intenta pero no lo logra y 2 responde de acuerdo a criterio establecido. El umbral es el primer distractor en el que el paciente logre 2 puntos y el techo es cuando obtenga una puntuación de 0. Se encuentra así una puntuación directa y mediante el uso de tablas se encuentra la puntuación centil, la puntuación típica (T) y la edad equivalente en años.

Se tomó como parámetro para evaluar la puntuación típica, con lo cual se hacen tres categorías: 0-35 debajo de lo esperado para la edad, 36-65 normal para la edad y 66-175 por encima de lo esperado para la edad (Newborg, 1988).

Posterior a la realización del Battelle, previo al cual los acudientes de los pacientes firmaron consentimiento informado (Anexo 1), se inició la terapia psicológica de corte individual, según los protocolos de la Asociación. En un tiempo no mayor a un mes después se realizó la consulta médica pediátrica. Ésta consistió en una valoración integral por parte de una residente de Pediatría de tercer año de la Universidad Nacional de Colombia. Se realizó la evaluación pediátrica siguiendo el formato de historia clínica según Anexo 2. Dentro de lo anterior se determinó el índice de hacinamiento.

La clasificación nutricional de los pacientes según la resolución 2121 de junio 9 de 2010 del Ministerio de la Protección Social, Colombia. Posteriormente se les aplicó escala ajustada de experiencias adversas en la infancia aplicando una adaptación según el esquema usado en la Unidad de Pediatría Social y Comunitaria de la Universidad Nacional de Colombia (incluida en anexo 2). Se cuantificaron síntomas somáticos que fueron tomados del CBCL (Child Behavior Checklist for Ages 1½-5), un método para

identificar problemas de comportamiento en los niños⁴ (incluidos en el anexo 2). Se tomaron solamente los síntomas somáticos para determinar la expresión del abuso en los preescolares. Se preguntaron directamente a los padres o cuidadores durante la entrevista médica: no quiere comer, dificultades para dormir, se despierta durante la noche, dolor abdominal, vómitos frecuentes, estreñimiento, diarrea o pérdidas fecales, come cosas que no son comida, cefalea constante, aguanta la respiración, náuseas, se siente enfermo, tiene pesadillas, problemas en los ojos, juega con las deposiciones, problemas del lenguaje. Adicionalmente dentro de la evaluación pediátrica se aplicó la Escala Abreviada del Desarrollo en el consultorio.

Con carácter exploratorio se construyó una escala de severidad del abuso que no pretende ser cuantitativa o determinante del mismo sino por el contrario descriptiva con relación a algunos elementos clínicos que la literatura científica ha correlacionado con la severidad y el peor pronóstico en cuanto al abuso sexual (Anexo 3). Además de las características propias del abuso, cuando éste se da entre niños se establece que debe existir una diferencia de edad de 4 o más años para poderlo considerar abuso, de lo contrario se trata de exploraciones de la sexualidad propias de la edad.

Con base en todo lo anterior se construyó una tabla de Excel en la cual se sintetizan los datos del análisis de los 12 pacientes participantes. En esta se presentan los datos de identificación de los pacientes, la composición familiar, si el niño ha sido víctima de otras situaciones de maltrato (negligencia, abandono, explotación sexual, conflicto armado, violencia intrafamiliar, maltrato físico, experiencia de vida en la calle, venta o distribución de sustancias psicoactivas), si ha ingresado antes al ICBF o si está institucionalizado. Se detallan los aspectos del abuso en cuanto al número de abusadores, sexo, y relación con el menor y en cuanto al abuso se determina el tipo (acto sexual abusivo o acceso carnal), el número de eventos, la duración, el tiempo del abuso antes del inicio de la terapia y el lugar de ocurrencia del mismo. También se anota si hay historia familiar de abuso sexual. Posteriormente se encuentran las escalas de desarrollo (Battelle y escala abreviada del

⁴ En el estudio inicial estaba contemplado realizar a todos los participantes la escala completa del CBCL y realizar la respectiva estratificación.

desarrollo) y la valoración nutricional, los síntomas somáticos y por último la escala de experiencias adversas de la infancia.

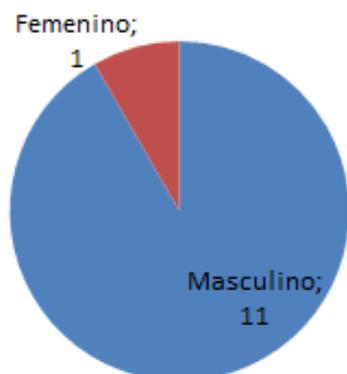
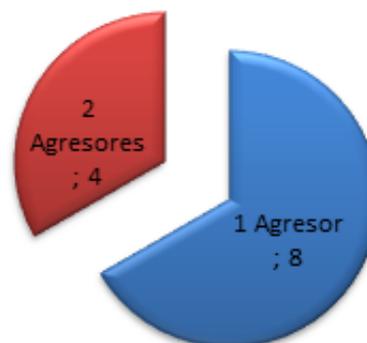
5. Resultados

Los resultados se describen dos bloques. En el primero de ellos se realiza una caracterización transversal de los 12 casos y en el segundo se presenta la descripción individual de cada uno de los casos estudiados.

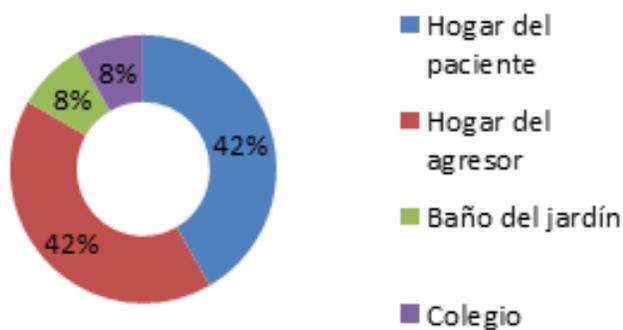
Se realiza una descripción de las tres categorías especificadas en los objetivos del trabajo, es decir: a) las características y dinámicas asociadas con el abuso sexual en un grupo de 12 preescolares teniendo en cuenta los aspectos específicos de la agresión, algunas características de la familia y el índice de experiencias adversas de la infancia; b) el nivel de desarrollo de los 12 niños/niñas participantes aplicando la escala de Battelle y la escala abreviada del desarrollo, teniendo en cuenta el índice de severidad del abuso sexual y el índice de experiencias adversas de la infancia, c) condición de salud de los 12 niños/niñas participantes según su crecimiento, estado nutricional y síntomas psicósomáticos teniendo en cuenta el índice de severidad del abuso sexual y el índice de experiencias adversas de la infancia.

5.1 Primer bloque

- a) Características y dinámicas asociadas con el abuso sexual en un grupo de 12 preescolares teniendo en cuenta los aspectos específicos de la agresión, algunas características de la familia y el índice de experiencias adversas de la infancia.

Gráfica 1. Sexo de los agresores**Gráfica 2.** Número de agresores

Los agresores según sexo se presentan en la gráfica 1. En 4 casos los abusadores fueron dos, ambos de sexo masculino (gráfica 2). Un niño fue abusado por su padre y su abuelo, en tres casos los agresores fueron los compañeros sentimentales de la madre, dos por compañeros del colegio (en un caso dos agresores del colegio y en el otro un compañero del colegio y un hermano del padrastro), uno por el compañero sentimental de la abuela, uno por el medio hermano mayor, uno por una prima mayor, uno por el hijo de la profesora y uno por un vecino. Dentro del grupo de los 12 niños participantes solo uno fue víctima de acceso carnal, mientras los 11 restantes de acto sexual abusivo. Cinco pacientes sufrieron un solo evento de abuso, mientras que en 7 pacientes los eventos fueron repetidos. Cuando los eventos fueron repetidos se desconoce el número exacto de los mismos y la duración.

Gráfica 3. Lugar de ocurrencia del abuso

El lugar de ocurrencia del abuso se muestra en la gráfica 3. Todos los pacientes tienen según la escala un abuso de moderada severidad, el mínimo puntaje fue 11 y el máximo 17. Los ítems que mayor puntaje aportaron cuando fueron positivos fueron la edad del agresor (mayor de 18 años) y la relación del agresor con el preescolar (mayor puntaje para el caso del padre biológico). Los ítems que se vieron con menor puntaje cuando fueron positivos fueron el número de episodios (cuando era único) y la frecuencia del mismo (1 sola vez). La característica que más se repite es el tipo de abuso (acto abusivo), al igual que el sexo del agresor (hombre).

Varios pacientes tienen historia familiar de abuso como lo muestra la gráfica 4.

Gráfica 4. Historia de abuso en la familia

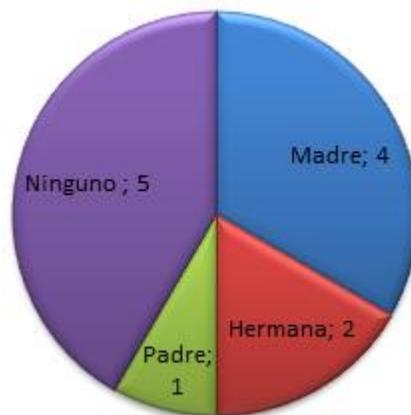


Tabla 1. Caracterización del abuso sexual

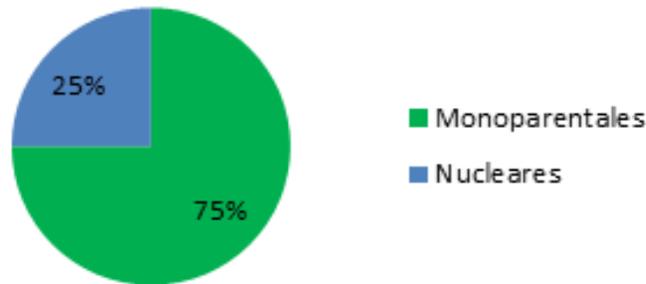
Paciente		Agresor/es			Abuso		Puntaje de abuso	Abuso en la familia?	
Sexo	Edad (meses)	Número	Sexo	Relación	Tipo	Lugar		Si/No	A quién
M	53	2	M	Primo materno y conocido	ASA	Hogar/casa de abuela	16	SI	Mamá
M	64	1	M	Vecino	ASA	Casa del vecino	13	SI	Mamá
M	56	2	M	Compañeros del colegio	ASA	Colegio	11	SI	Padre
F	42	1	M	Novio de la madre	ASA	Casa del agresor	12	NO	
F	52	1	F	Prima	ASA	Casa de la agresora	13	NO	
M	58	1	M	Ex pareja de la abuela	ASA	Casa del agresor	17	NO	
F	50	1	M	Padrastro	ASA	Hogar	16	SI	Mamá
F	49	2	M	Padre y abuelo paterno	ASA	Casa de abuelos	17	SI	Mamá
F	60	1	M	Hijo de la profesora	AC	Baño jardín	11	NO	
M	65	2	M	Hermano del padrastro/compañero del colegio	ASA	Hogar/colegio	12	NO	
M	59	1	M	Padrastro	ASA	Hogar	13	SI	Hermana
M	65	1	M	Medio hermano mayor	ASA	Hogar	14	SI	Hermana

M: masculino, F: femenino, ASA: Acto Sexual Abusivo, AC: Acceso Carnal

En cuanto a la composición familiar, 9 de los 12 pacientes provienen de familias cuyos padres se habían separado (75% de los casos). Los padres de los pacientes tienen edades comprendidas entre 24 y 4 años, el nivel de escolaridad mínimo es sexto grado, 5 bachilleres, dos tecnólogos, un profesional con especialización, un estudiante y de dos padres se desconoce la escolaridad. Tiene ocupaciones variadas, como mesero, construcción, abogado defensor de familia, taxista, conductor. Las madres tienen edades entre los 18 y 38 años, el nivel de escolaridad mínimo es quinto de primaria, seguida por una de sexto grado, 5 bachilleres, dos técnicos, dos profesionales (una de ellas

especialista) y una sin dato. Las ocupaciones también fueron variadas, como manicurista, auxiliar de enfermería o de cocina, servicios generales, ama de casa, abogada.

Gráfica 5. Tipo de familia



Nueve de 12 pacientes tienen hermanos, mínimo uno y máximo 7. El tipo de familia se muestra en la gráfica 5. Los familiares con los que más viven los niños aparte de sus padres son los hermanos (7), los abuelos (3), tíos (3) y padrastro (2). Ninguno de los pacientes está institucionalizado y para todos es la primera vez que están bajo la vigilancia del ICBF. Dos pacientes viven en apartamento propio, cinco en apartamento en arriendo, tres en casa propia, uno en casa en arriendo y uno en casa de familia, todos tienen acceso a todos los servicios públicos. Un paciente de los doce tiene positivo el índice de hacinamiento (número de personas que habitan la vivienda/número de habitaciones) para hacinamiento medio, ningún paciente presenta hacinamiento severo y once pacientes no viven en hacinamiento.

La escala de experiencias adversas de la infancia se ha visto relacionada con mayor morbilidad en la edad adulta, cuando el puntaje es igual o mayor a 4 (Felliti, 1998). En nuestra muestra 8 de los 12 pacientes tienen 4 o más puntos (tres cuatro puntos, tres cinco puntos, uno seis y uno siete). Todos tienen positivo el ítem de abuso sexual, 10 además abuso físico, dos abuso emocional, en nueve casos los padres están separados, las madres de nueve pacientes eran tratadas violentamente; en tres casos había historia de enfermedad mental en la familia; dos pacientes habían sido retirados de sus hogares para recibir protección del ICBF, aunque ya habían retornado al lado de sus familias. Dos madres aceptaron haber fumado cigarrillo durante la gestación, pero en ningún caso se documentó consumo de otras sustancias durante este periodo. Dos pacientes tenían un familiar en prisión, y en un caso había consumo de sustancias en el hogar, por parte del padre. En ningún caso se encontró negligencia física o emocional.

Tabla 2. Experiencias Adversas de la Infancia

Pte	Experiencias adversas de la Infancia												
	Consumo Sustancia Gestación	Medidas de Protección	Separación Padres	Enfermedad Mental en la Familia	Abuso de Sustancias en Hogar	Madre Tratada Violentamente	Familiar en Prisión	N F	N E	A S	A F	A E	Total
1	Cigarrillo		x	X	x	x				x			6
2			x			x				x	x	x	5
3			x	X		x				x	x		5
4		x	x							x			3
5			x			x				x	x		4
6						x				x	x		3
7		x	x	X		x				x	x	x	7
8			x			x	x			x	x		5
9							x			x	x		3
10			x			x				x	x		4
11			x							x	x		3
12	Cigarrillo					x				x	x		4
Total	2	2	9	3	1	9	2			12	10	2	

Pte: Paciente, NF: Negligencia Física, NE: Negligencia Emocional, AS: Abuso Sexual, AF: Abuso Físico, AE: Abuso Emocional

Se evidencia como la mayoría de las víctimas de abuso sexual de la muestra también son víctimas de maltrato físico. Durante las entrevistas muchas veces las madres o acudientes trataban de minimizar y justificar el mismo como “solo son un par de palmadas” o “a veces le tengo que pegar para controlarlo” y otras veces solo citaban las palmadas pero los niños intervenían rápidamente, refiriendo que eran correazos o chancletazos los que les propiciaban a veces. También se encuentra que la mayoría de las madres son maltratadas físicamente por sus parejas. En algunos casos estas mujeres tienen el antecedente de haber sido víctimas de violencia sexual tanto en su niñez como en su vida adulta. Los antecedentes de victimización sexual no solo se evidenciaron en los pacientes del estudio como en sus madres, sino que, dentro de las historias familiares también se documentó abuso contra los padres o hermanos. Es decir, el abuso sexual se documentó en varios integrantes de una misma familia así como la historia transgeneracional del mismo.

b) Nivel de desarrollo de los 12 niños/niñas participantes aplicando la escala de Battelle y la escala abreviada del desarrollo, teniendo en cuenta el índice de severidad del abuso sexual y el índice de experiencias adversas de la infancia

Se practicó el Inventario Battelle a 11 de los 12 preescolares participantes, pues una no asistió a las sesiones de evaluación. Se puede observar que en general el desarrollo de los niños evaluados está dentro de los rangos esperados para su edad. En el Battelle el área que más número de puntaje inferior al esperado obtuvo fue Personal/Social, y en la que ningún paciente estuvo por debajo del promedio fue motora. Un paciente tuvo promedio inferior en 4 áreas, otro en tres áreas, uno en dos áreas y uno en un área. Los cuatro pacientes con promedio inferior en algún área eran de sexo masculino. Los demás tuvieron promedios dentro de lo esperado y dos pacientes tuvieron desempeños superiores en un área, adaptativa (niña) y motora (niño), respectivamente. Al mirar el promedio total para los pacientes, sólo uno estuvo por debajo de lo esperado, mientras que los otros diez tuvieron desarrollo normal para la edad. Así que, de acuerdo con lo anterior, la victimización sexual no está afectando el nivel de desarrollo según el funcionamiento en la escala de Battelle.

La escala abreviada del desarrollo se aplicó a todos los pacientes, sin embargo al momento de traducir los valores obtenidos en categorías se presentó el inconveniente de que, por la edad, solo un paciente pudo obtener el valor del total y tres pacientes mayores de 60 meses no pudieron ser clasificados en ninguna de las áreas por el mismo inconveniente. En los nueve pacientes en los que se pudo realizar la categorización se observa que en general el desarrollo está dentro de lo esperado para la edad, con excepción de una paciente que tiene dos áreas en alerta lo que la clasifica como retardo global del desarrollo. Esta paciente había sido categorizada como normal por Battelle. La diferencia se puede deber a que el Battelle explora más áreas, con más ítems por cada área y usa información no solo dada por el examen o la interacción con el paciente sino también con padres y cuidadores, lo que aumenta su capacidad tanto para detectar problemas como para establecer una adecuada funcionalidad. Esto último podría corresponder al caso en mención. Entonces, según el resultado de la aplicación de la escala abreviada del desarrollo, la victimización sexual no está afectando el nivel de desarrollo de los participantes.

Cuando se mira el desempeño del desarrollo de los preescolares en Battelle y en la Escala Abreviada del Desarrollo no se puede establecer una tendencia o algún tipo de relación entre el nivel de desarrollo con la severidad del abuso o el índice de experiencias adversas de la infancia, según se constata en la tabla número 3.

Tabla 3. Battelle y Escala abreviada del desarrollo

Edad	Sexo	Battelle (Puntaje T)						Total	Escala abreviada del desarrollo					Experiencias adversas	Síntomas somáticos
		P/S	Ad	Mt	Cc	Cg	Mg		Mf	AL	P/S	Total			
53	M	N	N	N	N	N	N	MA	MA	M	MA	SD	6	4	
64	M	I	N	N	I	I	I	SD					5	1	
56	M	I	N	N	N	N	N	M	MA	MA	M	SD	5	8	
42	F	N	N	N	N	N	N	MA	MA	A	A	M	3	0	
52	F	N	S	N	N	N	N	MA	M	M	MA	SD	4	1	
58	M	I	I	N	N	N	N	M	M	M	M	SD	3	1	
50	F	N	N	N	N	N	N	M	MA	M	M	SD	7	9	
49	F	N	N	N	N	N	N	M	M	M	M	SD	5	3	
60	F							MA	M	MA	MA	SD	3	4	
65	M	I	N	N	I	I	N	SD					4	2	
59	M	N	N	S	N	N	N	M	MA	M	MA	SD	3	2	
65	M	N	N	N	N	N	N	SD					4	0	

P/S: Personal/Social, Ad: Adaptativa, Mt Motora, Cc Comunicación, Cg Cognitiva, Mg Motricidad gruesa, Mf Motricidad fina, AL audición y lenguaje I: Inferior, N: normal, S: superior, M: Medio, MA: Medio Alto, A: Alerta, SD Sin dato, Retraso global del desarrollo.

El único paciente que tiene desarrollo inferior en el puntaje total tiene un puntaje de abuso de 13 y un índice de experiencias adversas de la infancia de 5, que lo ubica entre el promedio en ambos casos. Los otros dos pacientes con desempeño inferior en algún área del Battelle tienen puntaje de abuso 13 y 12 y en experiencias adversas 5 y 4, respectivamente, valores comunes en todo el grupo. La paciente que tuvo dos áreas en alarma en la escala abreviada del desarrollo tiene un puntaje de abuso de 12 y experiencias adversas de 3, el puntaje más bajo en el grupo estudiado. Aunque no se pretendan ni se puedan hacer asociaciones estadísticas, ni de causalidad por el tamaño de la muestra, con la descripción cualitativa presentada no se encuentra aparentemente ninguna asociación ni tendencia que relacione el índice de experiencias adversas de la infancia ni el índice de severidad del abuso con alteraciones en el desarrollo de niños preescolares abusados sexualmente.

b) Condición de salud de los 12 niños/niñas participantes según su crecimiento, estado nutricional y síntomas psicósomáticos teniendo en cuenta el índice de severidad del abuso sexual y el índice de experiencias adversas de la infancia.

En total 7 pacientes (58,3%) tienen alteraciones en la talla (baja o riesgo de baja) lo que es fuertemente sugestivo de desnutrición crónica. Tres preescolares (25%) tienen sobrepeso y cuatro riesgo de peso bajo (33%). En cuanto al sexo, 3 de 7 niños (42,8%) tienen alteración en la talla y dos tienen sobrepeso (28,5%), mientras que en las niñas 4 de 5 tienen alteraciones en la talla (80%), una tiene sobrepeso (20%) y tres riesgo de peso bajo para la talla (60%), por lo que se evidencia que las niñas tienen mayores alteraciones en el estado nutricional que los niños.

Tabla 4. Síntomas somáticos (Tomado de CBCL)

Edad	Sexo	Síntomas somáticos															Otros	
		NQC	DD	DDN	DDA	VDF	ED	CNC	CC	ARR	NP	PO	JD	PL	Total			
53	M	x					x								x	4		
64	M														x	1		
56	M	x	x	x	x		x		x						x	8	Agresividad	
42	F															0		
52	F														x	1		
58	M	x														1		
50	F	x	x	x	x	x		x						x	x	x	9	
49	F	x	x	x												3		
60	F	x	x												x	x	4	
65	M														x	x	2	
59	M	x													x		2	
65	M															0		
Total		7	4	3	2	1	2	2	2					6	2	7		

Los síntomas somáticos que presentaban los pacientes antes del inicio de la terapia fueron tomados del CBCL y se realizó una tabla con los datos obtenidos. El síntoma que más presentan con 7 casos de 12 (58,3%) es "no quiere comer" pero dado que esta es

una queja frecuente en la infancia y en especial entre los preescolares no se puede correlacionar directamente como síntoma patognomónico del abuso. La mitad de los pacientes tiene pesadillas y también la mitad tiene problemas del lenguaje. Ver tabla 4. Entre los hombres el ítem más frecuente fue problemas de lenguaje (4 de 7, 57.1%), mientras que las niñas presentaron mayor cantidad de veces dificultades para dormir (3 de 5, 60%).

Nótese que 7 niños tienen alteraciones en la parte del lenguaje los cuales fueron determinados por el CBCL con interrogatorio a los padres, se trata de trastornos específicos del lenguaje, pero estas alteraciones no fueron evidenciadas en el Battelle ni en la Escala Abreviada del Desarrollo.

Los dos pacientes que tuvieron mayor puntaje en cuanto a presencia de síntomas somáticos tienen características diferentes en cuanto al abuso, al niño lo abusaron dos estudiantes de su colegio, mientras que a la niña la agredió el padrastro en el hogar, los dos como acto sexual abusivo. Los puntajes de abuso se encuentran moderados al igual que los otros 10 participantes, pero el niño se acerca al límite inferior (11 puntos) mientras que la niña tiene 16 puntos. Como positivo tienen historia de abuso en la familia, pero uno de los pacientes que no tuvo ningún síntoma también lo tiene, por lo que ese no parece ser un factor determinante para la presencia de síntomas. Los pacientes que no presentaron síntomas también tienen características diferentes en cuanto al tipo de abuso, por lo que probablemente la sintomatología somática se deba a otros factores que no exploramos en el presente estudio.

La paciente con mayor número de síntomas somáticos también es la que mayor puntaje obtuvo en cuanto a experiencias adversas de la infancia (7 puntos), era víctima además del abuso sexual, de abuso físico y emocional y había estado bajo protección del ICBF, todos factores que probablemente influyan en su sintomatología. Los demás pacientes presentan variaciones en cuanto a los dos puntajes, sin encontrar una posible asociación cualitativa entre los dos.

5.2 Segundo bloque

En este apartado se describe cada caso particular de los 12 participantes, haciendo énfasis en los aspectos más relevantes de la historia del abuso o las otras características clínicas que son valoradas.

El primer paciente es masculino, tiene 53 meses de edad y es natural de Girardot, está afiliado al régimen contributivo. Asiste al jardín regularmente. Su padre tiene 45 años y es mesero y su madre tiene 29 años y es auxiliar de enfermería, están separados. Tiene 7 hermanos, vive con tres de ellos, la madre y una tía en un apartamento en arriendo y no tienen hacinamiento. El niño fue víctima de abuso tipo acto sexual abusivo por parte de dos agresores en dos momentos diferentes, un primo y un conocido, en su hogar y en la casa de su abuela respectivamente. Tiene un puntaje de abuso de 16 puntos, y los elementos que más contribuyem dentro de ese puntaje son haber sido abusado por mayor de edad y por dos personas diferentes. En la familia también hay historia de abuso contra su madre. El desarrollo psicomotor es normal por Battelle y Escala Abreviada del Desarrollo, y el estado nutricional bueno, con peso y talla adecuados. Presenta un índice de experiencias adversas de la infancia de 6. En cuanto a síntomas somáticos presenta 4 positivos dados por no querer comer, estreñimiento, tener pesadillas y problemas en el lenguaje.

El segundo paciente es masculino, tiene 64 meses de edad, está afiliado al régimen subsidiado. Asiste al jardín regularmente. Su padre tiene 36 años y trabaja en construcción y su madre tiene 33 años y trabaja en servicios generales, están separados. Tiene 3 hermanas, con quienes vive al lado de su madre en una casa en arriendo y no tienen hacinamiento. El niño fue víctima de abuso tipo acto sexual abusivo por parte un vecino en la casa de éste. Tiene un puntaje de abuso de 13 puntos. En la familia también hay historia de abuso contra su madre. El desarrollo psicomotor es normal por Battelle en cuanto a puntaje total, pero tiene nivel inferior del promedio en personal/social y cognitiva. En la Escala Abreviada del Desarrollo no se pudo clasificar pues por la edad los puntajes ya no se correlacionan con categorías. Tiene una talla adecuada para la edad, pero también sobrepeso. Presenta un índice de experiencias adversas de la infancia de 5. Se observa pues que el puntaje positivo en este índice tiene que ver no solo directamente con el hecho de haber sido abusado y las características del mismo, sino que el paciente es víctima además de abuso físico y emocional, lo que general

vulnerabilidad. Es llamativo el hecho de que a pesar que es multiabusado solo presenta un síntoma somático, dado por problemas en el lenguaje.

El segundo paciente es masculino, tiene 56 meses de edad, está afiliado al régimen contributivo. Asiste al jardín regularmente. Su padre tiene 32 años y es abogado defensor de familia y su madre tiene 34 años y es abogada, están separados. No tiene hermanos, vive con la madre apartamento propio y no tienen hacinamiento. El niño fue víctima de abuso tipo acto sexual abusivo por parte de dos compañeros del colegio en el colegio. Tiene un puntaje de abuso de 11. En la familia también hay historia de abuso contra su padre. El desarrollo psicomotor por Battelle está por debajo del promedio en el área personal/social, mientras en las restantes es normal, y el desarrollo global es normal también. La Escala Abreviada del Desarrollo muestra desempeño promedio o promedio alto en todas las áreas. Tiene un estado nutricional bueno, con peso y talla adecuados. Presenta un índice de experiencias adversas de la infancia de 5. Tiene además 8 síntomas somáticos (no quiere comer, dificultades para dormir, se despierta durante la noche, dolor abdominal, estreñimiento, cefalea constante y problemas en el lenguaje). Además los padres refieren importante agresividad por parte del paciente. La dinámica familiar de éste paciente es bastante disfuncional, el padre maltrataba a la madre desde que estaba en gestación, de hecho cursó con gestación de alto riesgo porque en una golpiza se generó un hematoma retroplacentario. El padre es defensor de familia, lo que no impide que maltratara a su esposa, por lo que se separaron, además dura largos periodos de tiempo sin visitar al paciente (hasta de un año) y la mamá refiere que cuando el niño lo ve aumenta su agresividad. También es de notar que es un padre que fue abusado sexualmente. El niño está expuesto a varios factores estresores, no solamente al abuso sexual, lo que podría explicar el número de síntomas somáticos que presenta.

La cuarta paciente tiene 42 meses de edad y es la menor del grupo. Está afiliada al régimen contributivo. Asiste al jardín regularmente. Su padre tiene 24 años y es empleado y su madre tiene 18 años y se dedica al hogar, tiene escolaridad hasta sexto grado, están separados. Tiene 1 hermano con quien vive junto a la madre y al padrastro en una casa propia y no tienen hacinamiento. La niña fue víctima de abuso tipo acto sexual abusivo por parte de un ex-novio de la madre cuando aún eran pareja. Tiene un puntaje de abuso de 12 puntos. En la familia también no hay historia de abuso referida. El desarrollo psicomotor es normal por Battelle, pero en la Escala Abreviada del Desarrollo, tiene dos áreas en alerta (audición y lenguaje y personal social) pero las otras

dos (motricidad gruesa y fina) las tiene en medio-alto y el total es medio. En el estado nutricional tiene riesgo de talla baja y peso adecuado para la edad. El índice de experiencias adversas de la infancia de 3. No presentó ningún síntoma somático referido por la madre durante la entrevista.

La quinta paciente tiene 52 meses de edad y está afiliado al régimen contributivo. No asiste al jardín infantil. Su padre tiene 25 años y es tecnólogo y su madre tiene 20 años y es manicurista están separados. No tiene hermanos, vive con el papá, los abuelos y los tíos en una casa propia y no tienen hacinamiento. Fue víctima de abuso tipo acto sexual abusivo por parte de la prima en la casa de ella. Tiene un puntaje de abuso de 13 puntos. En la familia no hay historia de abuso referida en algún otro miembro. El desarrollo psicomotor es normal por Battelle (presenta la categoría adaptativa en nivel superior) y la Escala Abreviada del Desarrollo. En cuanto al estado nutricional tiene talla baja para la edad, riesgo de peso bajo para la edad y riesgo de peso bajo para la talla, lo que sugiere desnutrición crónica. Durante el examen físico pediátrico se evidenció soplo sistólico que no había sido estudiado, se envió para valoración en la EPS y toma de ecocardiograma. Presenta un índice de experiencias adversas de la infancia de 4. En cuanto a síntomas somáticos presenta solo uno, pesadillas.

El sexto paciente tiene 58 meses, es natural de Fresno, Tolima y está afiliado al régimen subsidiado. Asiste al jardín regularmente. Su padre tiene 37 años, trabaja en un depósito y tiene escolaridad sexto de primaria y su madre tiene 30 años, se dedica a servicios generales y tiene escolaridad quinto de primaria, no están separados. Tiene 2 hermanos, un hombre y una mujer con quienes vive al igual que con su madre, su padre y una tía abuela. El niño fue víctima de abuso tipo acto sexual abusivo por parte de la ex pareja de la abuela (no el abuelo) en la casa de éste. Tiene un puntaje de abuso de 17 puntos, que lo ubica como el mayor encontrado en el grupo de 12 pacientes, puntaje alto por edad del agresor (mayor de 18 años) y edad del paciente mayor de 4 años. En la familia no hay historia de abuso contra ningún otro miembro. El Battelle muestra desempeño inferior en las áreas personal/social y adaptativa, pero el puntaje global es normal, mientras que la Escala Abreviada del Desarrollo muestra un desempeño promedio en todas las áreas. El estado nutricional es bueno, con peso y talla adecuados. Presenta un índice de experiencias adversas de la infancia de 3. En cuanto a síntomas somáticos presenta 1, no quiere comer. Este paciente a pesar de tener el puntaje de abuso más alto del grupo

(pero aun así estar en moderado como todos los otros 11 pacientes) no presenta un índice de experiencias adversas de la infancia positivo ni tiene muchos síntomas somáticos.

La séptima paciente tiene 50 meses de edad y está afiliado al régimen subsidiado. Asiste regularmente a jardín infantil. Su padre tiene 29 años, es bachiller y se dedica al campo y a conducir y su madre tiene 30 años, es ingeniera industrial y es empleada en una empresa, están separados. Tiene una hermana y vive con los abuelos y unos tíos en un apartamento propio y es la única paciente del estudio que tiene hacinamiento. Fue víctima de abuso tipo acto sexual abusivo por parte del padrastro en el hogar. Tiene un puntaje de abuso de 16 puntos. En la familia hay historia de abuso también hacia la madre. La paciente requirió estar bajo custodia del ICBF y ahora se encuentra bajo el cuidado de la abuela. El desarrollo psicomotor es normal por Battelle y la Escala Abreviada del Desarrollo. En cuanto al estado nutricional tiene riesgo de talla baja, peso adecuado para la edad y riesgo de peso bajo para la talla. Dentro de los antecedentes que se preguntaron en la entrevista pediátrica la abuela refirió administración de fluoxetina formulada por psiquiatra debido a conductas sexualizadas. Presenta un índice de experiencias adversas de la infancia de 7. En cuanto a síntomas somáticos se denota importante compromiso pues presenta 9 de los 15 evaluados (no quiere comer, dificultades para dormir, se despierta durante la noche, dolor abdominal, vómitos frecuentes, pesadillas, problemas con los ojos problemas del lenguaje), también el puntaje más alto de los 12 preescolares evaluados. Esta paciente tiene el puntaje de abuso dentro de la categoría de moderado como los otros pacientes, el puntaje de 16 es el segundo más alto, no el mayor, pero la paciente sí presenta una sintomatología muy marcada, que tal vez no está relacionada solamente con el abuso sino con las otras experiencias adversas a las que ha sido sometida, pues el otro preescolar con puntaje de 16 tiene 4 síntomas presentes, y los dos que tienen el mayor puntaje (17) tuvieron 3 y 1 síntoma positivos y en cuanto a experiencias adversas 3 y 5 respectivamente, y ninguno de los dos recibe fluoxetina o algún medicamento parecido.

La octava paciente tiene 49 meses de edad y está afiliado al régimen contributivo. Asiste regularmente a jardín infantil. Su padre tiene 27 años y es tecnólogo y estudiante y su madre tiene 23 años y es estudiante, están separados. No tiene hermanos, vive con la mamá, los abuelos y la bisabuela en una casa de familiar y no tienen hacinamiento. Fue

víctima de abuso tipo acto sexual abusivo por parte del padre y el abuelo paterno en la casa de los abuelos paternos. Tiene un puntaje de abuso de 17 puntos, el más alto que comparte con el sexto paciente, y las categorías que más puntos suman en este sentido son el número de abusadores, el hecho de que son mayores de edad y la relación que tienen con la niña. En la familia hay historia de abuso a la madre. El desarrollo psicomotor es normal por Battelle y la Escala Abreviada del Desarrollo. En cuanto al estado nutricional tiene peso y talla adecuados. Presenta un índice de experiencias adversas de la infancia de 5. En cuanto a síntomas somáticos presenta tres, no quiere comer, dificultades para dormir y se despierta durante la noche. Esta paciente tiene el puntaje más alto de abuso sexual, pero los síntomas que presentan son solo tres, y las experiencias adversas de la infancia 5.

La novena paciente tiene 60 meses de edad y está afiliado al régimen subsidiado. No asiste al jardín infantil. Su padre tiene 43 años, es bachiller y taxista, y su madre tiene 26 años, es bachiller y ama de casa, no están separados. Tiene una hermana con la que vive al lado de su mamá y su papá en un apartamento en arriendo y no tienen hacinamiento. Fue víctima de abuso tipo acceso carnal (único caso en los 12 pacientes) por parte del hijo de la profesora en el baño del jardín. Tiene un puntaje de abuso de 12 puntos. En la familia no hay historia de abuso referida en algún otro miembro. El desarrollo psicomotor no se midió con Battelle pues la paciente no asistió a las sesiones, pero en la Escala Abreviada del Desarrollo fue normal en todas las áreas. En cuanto al estado nutricional tiene riesgo de talla baja y sobrepeso. Presenta un índice de experiencias adversas de la infancia de 3. En cuanto a síntomas somáticos presenta cuatro (no quiere comer, dificultades para dormir, tiene pesadillas y problemas del lenguaje). Aunque la paciente fue víctima de acceso carnal esto no influyó en que su puntaje fuera superior al de otros niños con abuso tipo acto sexual abusivo, ni tiene el mayor puntaje de síntomas somáticos, comparada con éstos mismos.

El décimo paciente tiene 65 meses de edad, está afiliado al régimen contributivo. Asiste al jardín regularmente. Su padre tiene 34 años, es bachiller u se dedica a ventas y la madre tiene 31 años, es bachiller y se dedica a ventas, están separados. Tiene 3 hermanos (2 hombres y una mujer), vive con la madre y el padrastro en una casa en arriendo y no tienen hacinamiento. El niño fue víctima de abuso tipo acto sexual abusivo por parte de dos agresores en dos momentos diferentes, el hermano del padrastro y un

compañero del colegio, en dos momentos distintos, en su hogar y en el colegio respectivamente. Tiene un puntaje de abuso de 12 puntos. En la familia también no hay historia de abuso. El desarrollo psicomotor es normal por Battelle y es normal en el puntaje total, pero tiene tres categorías (personal/social, comunicación y cognitiva) que estuvieron por debajo del promedio. En la Escala Abreviada del Desarrollo no se pudieron establecer las categorías a las cuales pertenece porque por la edad ya no se encuentran en las tablas destinadas a tal fin. El estado nutricional tiene riesgo de talla baja y sobrepeso. Durante la entrevista pediátrica en los antecedentes refiere consumo de fluoxetina, formulada por psiquiatría por conductas sexualizadas. Presenta un índice de experiencias adversas de la infancia de 4. En cuanto a síntomas somáticos presenta 2 positivos dados por problemas en los ojos y problemas en el lenguaje. Se observa que el paciente tiene un puntaje de abuso que lo clasifica como moderado, pero no es de los puntajes más altos, y los síntomas somáticos son pocos (dos) y el índice de experiencias adversas de la infancia es positivo. Llama la atención que requiere manejo con fluoxetina a pesar de que otros niños con puntaje de abuso mayor y mayor sintomatología somática no lo requieren. Probablemente en este caso el factor más importante para este tipo de conductas sea el hecho de que el paciente fue abusado no una sino varias veces y por dos abusadores diferentes, aunque el otro paciente que fue abusado por dos agresores no recibía este medicamento.

El decimoprimer paciente tiene 59 meses de edad, está afiliado al régimen contributivo. Asiste al jardín regularmente. Su padre es asesor de empresa y estudia en el SENA y su madre tiene 38 años, es bachiller y es auxiliar de cocina, están separados. Tiene un hermano y una hermana con quienes vive en compañía de la madre y una sobrina en un apartamento en arriendo y no tienen hacinamiento. El niño fue víctima de abuso tipo acto sexual abusivo por el padrastro en su hogar. Tiene un puntaje de abuso de 13 puntos. En la familia también hay historia de abuso contra su hermana mayor. El desarrollo psicomotor es normal por Battelle (en el área motora presenta desempeño superior) y en Escala Abreviada del Desarrollo se encuentra dentro del promedio. En cuanto al estado nutricional presenta talla baja para la edad, riesgo de peso bajo para la edad y riesgo de peso bajo para la talla. Presenta un índice de experiencias adversas de la infancia de 3. Tiene 2 síntomas positivos dados por problemas en el lenguaje y problemas en los ojos. En este paciente es interesante observar primero que es multiabusado, y segundo que el abuso no se ve solamente en él, sino que su hermana también es víctima, por lo que es

importante investigar y buscar activamente el abuso en los hermanos cuando es detectado un caso en la familia.

El decimosegundo paciente tiene 65 meses de edad, está afiliado al régimen contributivo. Asiste al jardín regularmente. Su padre tiene 29 años, es tecnólogo supervisor de planta y la madre tiene 34 años, es bachiller y trabaja en oficios varios, no están separados. Tiene un hermano y una hermana con quienes vive al lado de sus padres en una casa propia sin hacinamiento. El niño fue víctima de abuso tipo acto sexual abusivo por parte de medio hermano mayor en el hogar. Tiene un puntaje de abuso de 14 puntos. En la familia también hay historia de abuso contra su hermana. El desarrollo psicomotor es normal por Battelle y no es posible caracterizarlo en la Escala Abreviada del Desarrollo por la edad. En cuanto al estado nutricional tiene talla baja para la edad con IMC adecuado para la edad. Presenta un índice de experiencias adversas de la infancia de 4. No presenta ningún síntoma somático de los interrogados. Aunque el puntaje da para un abuso moderado y fue por parte del medio hermano, el paciente no presenta síntomas somáticos. También en este paciente es importante resaltar el abuso a la hermana, que una vez más sugiere que ante la presencia de abuso en un miembro de la familia se debe hacer búsqueda activa en los otros miembros de la misma.

6. Discusión y conclusiones

El abuso sexual es un importante fenómeno de salud pública que afecta todas las edades, y los preescolares no se escapan de este flagelo. El presente trabajo describe las principales características del abuso en un grupo de 12 preescolares que asisten a terapia psicológica a la Asociación Creemos en Ti, direccionados desde el ICBF. Se trata de una muestra por conveniencia, lo cual pudo haber condicionado que la mayoría de pacientes son de sexo masculino (66.6%), lo que va en contra de lo reportado por la literatura y por el INMLCF en Colombia en 2013, donde describen que de los 2387 casos de abuso en preescolares, 1801 son de sexo femenino (75.4%) y 586 (24.6%) son de sexo masculino (Tello, 2013).

Las familias de todos los pacientes son heterosexuales, con una gran prevalencia de divorcio (9 de 12 casos, 75%), tres son biparentales, dos son reconstituidas por el lado de la madre y siete son monoparentales. El porcentaje de separación de los padres es mayor que el de la población colombiana general y se ha constituido como una experiencia adversa de la infancia, por lo que estos pacientes por este solo hecho tienen riesgo social aumentado. También se evidencia que el 50% de los pacientes viven con otro adulto en su hogar, que es semejante a lo reportado en la población colombiana general, con un 61% de niños y niñas viviendo con otros adultos además de sus padres (El Universal, 2013)

El abuso del cual fueron víctima el 91.6% de los pacientes fue acto sexual abusivo, por lo que no deja huellas evidentes al examen físico en los pacientes y es fundamental en este caso el relato de la víctima. Llama la atención también que una de los 12 agresores es mujer, que no dista mucho de lo reportado por Wolf (2011) en el que las mujeres son responsables del 14 al 24% del abuso en los niños, con porcentaje mayor cuando la víctima es hombre. Esto nos hace ampliar un poco el espectro del victimario, pues en el imaginario colectivo el abusador siempre es hombre y la mujer es siempre protectora.

Los pacientes fueron abusados por un familiar en el 50% de los casos, datos que son muy similares a los reportados por el INMLCF en 2014 (EFE, 2014), donde refieren que el abuso es perpetrado por un familiar en el 41% de los casos en los menores de 18 años. En este mismo informe encontraron que el 40% de los abusos se cometen en casa de la víctima y 25% en la del victimario, y en nuestro estudio se encontraron porcentajes de 41.6% en los dos casos. Probablemente los porcentajes son mayores en la casa del agresor y no en otros sitios porque los preescolares no pueden movilizarse por sí solos de un lugar a otro de la ciudad, por lo que siempre deben estar acompañados de un adulto, y no es muy común que el abuso ocurra en otros lugares como bares, casa de amigos o en la calle como podría verse en pacientes adolescentes que visitan lugares diferentes al hogar propio o de conocidos (en este caso los agresores) con mayor frecuencia que los preescolares.

El 41.6% de los preescolares tuvieron un único evento de abuso, mientras que el 58.4% más de una vez. El puntaje de abuso fue mayor a 10 y menor de 20 en todos los casos por lo que se pueden considerar moderados.

Hay un paciente que es hijo de abogados especialistas. A pesar de que ésta pareja cuenta con cierto estatus social, los dos padres son profesionales y con especialización, viven en apartamento propio, el hijo estudia en colegio privado, aun así son víctimas y victimario de abuso, cosa que está de acuerdo con algunos reportes (Hewitt, 1991) que refieren que el estrato socioeconómico alto no es factor protector contra el abuso.

Siete de los pacientes tienen historia de abuso en la familia (uno el padre, dos la hermana y cuatro la madre). De éstos dos son víctimas además de abuso físico y emocional (los dos únicos que sufrieron de abuso emocional de los 12 pacientes) y cuatro de abuso físico, constituyendo el 60% de los pacientes que sufrieron abuso físico. Estos datos sugieren que cuando algún familiar ha sido víctima de abuso pone en mayor riesgo a los preescolares de sufrir de abuso también, y además muestran que los pacientes que han sido abusados sexualmente muchas veces sufren de otro tipo de abusos, por lo que los profesionales que están en contacto con el paciente índice deben buscar de forma activa abuso en otros miembros de la familia, incluyendo los hermanos y otros tipos de abuso en el paciente para poder hacer un abordaje global y optimizar la terapia.

En el estudio el porcentaje de pacientes con talla baja es de 25%, casi el doble del reportado a nivel nacional por la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia – ENSIN (2010), que encontró una prevalencia del 10% a nivel global, claro que estos datos son tomados en pacientes de 5 a 17 años, pero como la talla es una medida antropométrica que no se recupera a través del tiempo se puede pensar que los datos son muy similares. Esta encuesta también revela una prevalencia de sobrepeso u obesidad global en Colombia de 17.5%, menor que el encontrado en el estudio, que es del 25%. En este caso los pacientes evaluados en el estudio que tienen sobrepeso tienen 5 años cumplidos, por lo que cumplen con las mismas características del grupo estudiado en la ENSIN. Lo que sugieren estos datos es que los niños del estudio, víctimas de abuso, tienen mayores trastornos nutricionales que la población general, pero la muestra es muy pequeña como para tener certeza de ello.

El puntaje de síntomas somáticos no se correlaciona con el puntaje de abuso ni con las experiencias adversas de la infancia, por lo que probablemente la sintomatología que presentan los preescolares se ve influenciada por otros factores que no fueron explorados en el presente estudio, como reacción de la familia ante el hecho del abuso, salud mental de los padres, características de la relación del cuidador con el preescolar, que podrían ser objeto de exploración en otro estudio.

Las escalas para evaluación del desarrollo de Battelle y la Escala Abreviada del Desarrollo se correlacionan fuertemente, pues arrojaron resultados muy similares en el grupo de pacientes evaluados. Sería interesante la elaboración de otros estudios que comparen las dos escalas en varias edades para determinar su grado de correlación.

A modo de cierre se ha traído el tema del abuso sexual en preescolares porque dentro de la relevancia que tiene la victimización sexual contra niños, niñas y adolescentes quizás sea el grupo etéreo en el cual esta problemática es la menos visible y a su vez por dinámicas asociadas a su desarrollo el nivel de susceptibilidad para la vulneración sea mayor y por lo tanto se requiere incrementar los niveles de sensibilización, prevención y trabajo específico para esta población.

El trabajo ha respondido al objetivo de establecer una caracterización general del abuso sexual en esta población la cual se da por familiares cercanos, consiste

fundamentalmente en tocamientos, usualmente eran abusos múltiples. En los niños estudiados su nivel de desarrollo se encuentra dentro de los rangos esperados para la edad tanto en Battelle como en la Escala Abreviada del Desarrollo y no se encontró alguna tendencia asociativa desde una perspectiva cualitativa en cuanto a Experiencias Adversas de la Infancia y el Índice de abuso. Sin embargo se requieren otros estudios probablemente de corte epidemiológico en el cual se pueda documentar a través de asociaciones estadísticas si las percepciones iniciales arrojadas por este estudio se ratifican.

Se observa que tanto la Escala Abreviada del Desarrollo como el Battelle no encontraron mayores alteraciones en el desarrollo del lenguaje de los niños y niñas participantes, pero al interrogar directamente a los padres la mayoría refiere alteraciones en el lenguaje de los niños (probablemente dado por dislalias o problemas de fonación, que no son explorados por las escalas usadas), por lo que se requieren estudios que validen la sensibilidad y especificidad de estas escalas para detectar alteraciones del desarrollo del lenguaje en preescolares y determinen qué otras áreas del desarrollo del mismo deberían ser evaluadas.

Esperamos que este trabajo aporte dentro de la pediatría colombiana para entender y profundizar los distintos tópicos contemplados en la problemática del abuso sexual en preescolares.

Anexos:

Anexo 1: Formato de consentimiento informado

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA
ASOCIACIÓN CREEMOS EN TI
HOJA DE CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPACION EN
ESTUDIO DE INVESTIGACION**

Caso N°: _____

Fecha: _____

PATROCINADORES: Universidad Nacional de Colombia y Asociación Creemos en Ti.

INVESTIGADORES: Miguel Barrios Acosta, Profesor Titular Departamento de Pediatría, Universidad Nacional de Colombia, Mariana Mónico Preciado, Residente de Pediatría, Universidad Nacional de Colombia, Mónica Vejarano Directora Asociación Creemos en Ti, María del Rosario González Alonso, Psicóloga Asociación Creemos en Ti, Natalia Burgos. Psicóloga Asociación Creemos en Ti.

LUGAR: Asociación Creemos en Ti, Calle 39 No 28 – 40, Bogotá, Colombia

NÚMEROS DE TELÉFONO ASOCIADOS AL ESTUDIO:

2680705 – 2446502

Formato de Consentimiento Informado

Mediante el presente documento se da constancia que como familiar o adulto tutor responsable del niño (a) vinculado al proceso de evaluación y manejo terapéutico de la Asociación Creemos en Ti en el año 2014 he sido informado del proceso terapéutico en el que participará mi hijo o hija e invitado, por parte de profesionales de la Asociación Creemos en Ti, para formar parte de un grupo de preescolares participantes dentro de una exploración de tipo científico que se hará en el año en curso. Esta participación dentro de la exploración científica descrita es completamente voluntaria y libre de cualquier presión de parte la Asociación Creemos en Ti, de cualquier profesional u otra persona. De parte de la Asociación se dio constancia de que tanto el niño o niña, como su familiar podían rechazar libremente esta invitación, sin que esta decisión tuviese efecto alguno sobre el proceso evaluación y manejo terapéutico dentro de la Institución.

La aceptación voluntaria de esta invitación sólo implica, además de participar dentro de la agenda y actividades regulares que contempla el protocolo de evaluación e intervención de la Asociación Creemos en Ti para los niños y niñas participantes, una evaluación médica realizada por médico especialista en medicina del adolescente o su delegado/a, este médico es profesor de la Facultad de Medicina de Universidad Nacional de Colombia. La Asociación Creemos en Ti y la Universidad Nacional de Colombia, entidades que lideran el proceso científico, dan la certeza que toda la información que se recopile será de carácter privado, se garantiza el anonimato de los participantes y los datos serán usados exclusivamente para la producción de conocimiento científico que aportará al beneficio a los participantes, sus familias, la sociedad y la ciencia.

Nombre del niño o niña

Documento de identidad

Nombre del Acudiente

Documento de identidad

Psicólogo

Documento de identidad

Anexo 2: Formato de Historia Clínica

Historia clínica

Fecha: _____

Nombre: _____

Documento de identidad: _____

Edad: _____ Fecha de nacimiento: _____

Sexo: _____

Lugar de nacimiento: _____

Dirección: _____

Localidad: _____

Teléfono: _____

Acudiente: _____

Aseguradora: _____

Nombre del padre: _____ Edad: _____

Escolaridad _____

Ocupación _____

Nombre de la madre: _____ Edad: _____

Escolaridad _____

Ocupación _____

Tipo De Vivienda: Casa Propia ___ Casa Arriendo ___ Apartamento Propio ___

Apartamento Arriendo ___ Inquilinato ___ Casa De Familia ___

Número de personas en la vivienda

Hacinamiento (Personas Habitando Una Vivienda/Numero De Dormitorios En La Vivienda)

2.4 Sin Hacinamiento ___ 2.5-4.9 Hacinamiento Medio ___ >5 Hacinamiento Critico ___

Tipo de familia: Hogar nuclear (Padres e hijos de la misma pareja) ___ Monoparental

Madre ___

Monoparental padre ___ Hogares reconstituidos ___ Familias extensas ___

Homoparentales ___

Sin Vinculos Sanguineos ___ Otra _____

Bajo Proteccion Del Icbf _____

Número de hermanos: _____

Eventos Adversos de la Infancia

La Madre Del Menor Consumo Alcohol, Cigarrillo O Alguna Sustancia Psicoactiva

Durante La Gestacion De Este Menor?

Alcohol

Cigarrillo

Anfetaminas

Benzodiacepinas

Marihuana

Cocaina

Inhalables

Opiaceos

Retiro Del Menor Del Hogar- Medidas De Proteccion

Si

No

Separacion O Divorcio De Los Padres.

Padres Del Niño Bajo Divorcio O Separacion?

1. Si

2. No

3. No Sabe/ No Recuerda

4. No Quiere Responder.

Enfermedad Mental En La Familia

Vivió O Vive El Menor Con Alguien Con Depression, Suicida O Con Alguna Enfermedad Mental?

1. Si

2. No

3. No Sabe/ No Recuerda

4. No Quiere Responder

Abuso De Sustancias En El Hogar.

Vivió O Vive El Menor Con Alguien Con Problemas Con Alcohol, O Uso De Drogas Ilegales?

1. Si
2. No
3. No Sabe/No Recuerda
4. No Quiere Responder

Madre Tratada Violentamente.

La Madre O Madrastra Del Menor Ha Sido Golpeada, Abofeteada, Mordida, Golpeada Con Cuaquier Objeto, O Amenazada Con Un Arma?

1. Si
2. No
3. No Sabe / No Recuerda
4. No Quiere Responder.

Familiar En Prision

Vivió O Vive El Menor Con Alguien Que Presto Servicio Comunitario O Estuvo Sentenciados A Pasar Un Tiempo En Prision O En Una Correccional?

1. Si
2. No
3. No Sabe / No Recuerda
4. No Quiere Responder

Negligencia Fisica

No Hay Alguien Que Cuide Y Lo Proteja Al Menor? O Sus Padres Estaban Demasiado Ebrios O Drogados Para Cuidar De La Familia?

1. Si
2. No
3. No Sabe / No Recuerda
4. No Quiere Responder

Negligencia Emocional.

No Hay Alguien En La Familia Del Menor Que Lo Haga Sentir Importante O Especial? O Su En Su Familia No Se Cuidan Los Unos A Los Otros O Se Apoyan Entre Si?

1. Si
2. No
3. No Sabe / No Recuerda
4. No Quiere Responder

Abuso Físico

Que Tan Frecuentemente Los Padres O Adultos En Su Casa Le Pegaron, Abofetearon, Patearon O Lastimaron Fisicamente En Cualquier Forma?

1. Si
2. No
3. No Sabe/ No Recuerda
4. No Quiere Responder

Abuso Emocional

Frecuentemente Uno De Los Padres O Adultos En Su Casa Insultaron, Maldijeron Al Menor??

1. Si
2. No
3. No Sabe / No Recuerda
4. No Quiere Responder

Abuso Sexual.

Alguna Vez Cualquier Persona Al Menos 5 Años Mayor Que El Menor O Un Adulto Lo Toco Sexualmente? O Intento Tener Sexo Oral, Anal O Vaginal Con El Menor?

1. Si
2. No
3. No Sabe / No Recuerda
4. No Quiere Responder

Evaluación médica

Motivo de consulta:

Enfermedad actual:

Antecedentes

Perinatales:

Patológicos:

Hospitalizaciones:

Quirúrgicos:

Traumáticos:

Transfusionales:

Familiares:

Alérgicos:

Vacunación:

Desarrollo psicomotor: _____

Escolaridad: _____

Alimentación: _____

Otros: _____

Familiograma:



Síntomas somáticos:

No quiere comer:

Dificultades para dormir:

Se despierta durante la noche:

Dolor abdominal:

Vómitos frecuentes:

Estreñimiento:

Diarrea o pérdidas fecales:

Come cosas que no son comida:

Cefalea constante:

Aguanta la respiración:

Náuseas, se siente enfermo:

Tiene pesadillas: problemas en los ojos:

Juega con las deposiciones:

Problemas de lenguaje:

Otros problemas:

Examen físico

Peso: _____ Talla: _____ PC: _____

IMC _____

FC: ____ FR: ____

Cabeza y cuello: _____

Cardiopulmonar: _____

Abdomen: _____

Genitourinario: _____

Extremidades: _____

Neurológico: _____

Escala abreviada del desarrollo:

Edad en meses: _____

Motricidad gruesa: Puntaje: _____ Clasificación: _____

Motricidad fina: Puntaje: _____ Clasificación: _____

Audición y lenguaje: Puntaje: _____ Clasificación: _____

Personal social: Puntaje: _____ Clasificación: _____

Total: Puntaje: _____ Clasificación: _____

Análisis: _____

Diagnóstico: _____

Plan de manejo: _____

Elaborado por: _____

Anexo 3. Puntaje Abuso Sexual**1. Abuso sexual. Frecuencia**

1. Una sola vez
1. Dos veces.
2. De tres a diez veces.
3. Mas de diez.

2. Abuso sexual. El agresor era cercano emocionalmente?

1. Era un extraño en el momento del abuso.
 1. Era un conocido no familiar
 2. Familiar con vinculo afectivo importante con el niño/niña o adolescente
 2. Hermano/a con vínculo
 2. Madrastra con vínculo
 2. Padrastro con vínculo
 3. Padre biológico con vínculo
 3. Madre biológica con vínculo
- Otro:

3. Abuso sexual. Duración

1. Un episodio de abuso
2. En un periodo de 6 meses
2. En un periodo de 6 meses a 1 año
2. En un periodo superior a 1 año
2. de dos a tres años
3. > 3 años

4. Abuso sexual. Reacción a la revelación.

0. Todos los miembros de la familia están enterados y apoyan al niño a salir adelante con la descripción de su experiencia.

1. Los miembros más significativos de la familia están enterados y apoyan al niño a salir adelante.

Uno o dos miembros de la familia son menos receptivos. Padres pueden estar experimentando ansiedad/depresión/culpa.

2. Hay una división en la familia en términos de quienes apoyan al niño con la descripción de su experiencia.
3. No hay apoyo por parte de la familia cercana. Relaciones significativas están siendo amenazadas.

5. Abuso sexual.

Tiempo transcurrido entre el primer episodio de abuso sexual y la revelación

1. < 3 meses
2. 3 meses - 1 año
2. 1- 3 años
3. > 3 años

6. Abuso sexual. Proceso de revelación

1. Espontáneo
2. Accidental
3. Inducida

7. Abuso sexual.

Número de personas victimarias

1. 1
2. 2
3. 3 o más

8. Abuso sexual.

Sentimiento

1. Culpa
1. Rabia
2. Ansiedad y miedo

2. Decaimiento, depresión y tristeza

2. Baja autoestima

2. Problemas de autoimagen

3. Sensación de suciedad

Otro:

9. Abuso sexual.

Edad de inicio de victimización

1. < 4 años

2. De 5 -11 años y 11 meses

3. De 12 años - 14 y 11 meses

3. > 15 años

10. Abuso sexual.

Edad de agresor

1. < 14 años

2. De 14 -17 años y 11 meses

3. >18 años

Bibliografía

Agencia EFE. (07 de Noviembre de 2012). *www.lasprovincias.es*. Obtenido de http://www.lasprovincias.es/agencias/20121107/comunitatvalenciana/comunitat/abuso-infantil-afecta-poblacion-pero_201211071354.html

Bentovim A., Boston P., Van Elburg A.(1987). Child sexual abuse- Children and families referred to a treatment proyect and the effects of intervention. *British Medical Journal*.

Cárdenas, R. P. (2001). Tratamiento psicológico de niños víctimas de abuso sexual. *Psiquiatria.com*.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (2008), *Child Maltreatment Surveillance*, National Center for Injury Prevention and Control, Atlanta, Georgia

Cohen J. A., Mannarino A. P. (1998), *Factors that mediate treatment outcome of sexually abused preschool children: six- and 12-month follow-up*, Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry

Contreras, J. M.; Bott, S.; Guedes, A.; Dartnall, E. (2010) *Violencia sexual en Latinoamérica y el Caribe: análisis de datos secundarios. Iniciativa de Investigación sobre la Violencia Sexual*

Dayle J.K., (2002), *Group play therapy with sexually abused preschool children: group behaviours and interventions*, The Journal for Specialists in Group Work

De Bellis M., Sprat E. Hooper S., *Neurodevelopmental biology associated with childhood sexual abuse*, Journal of Child Sexual Abuse, 20:548-587, 2011

EFE (18 de noviembre de 2014) Cada hora dos niños o niñas son víctimas de abuso sexual en Colombia. <http://www.eltiempo.com/politica/justicia/cada-hora-dos-ninos-o-ninas-son-victimas-de-abuso-sexual-en-colombia-/14850195>

El Universal (7 de Julio de 2013) Colombia con el mayor porcentaje de niños creciendo sin padres. <http://m.eluniversal.com.co/cartagena/nacional/colombia-con-el-mayor-porcentaje-de-ninos-creciendo-sin-padres-125724>

Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia – ENSIN (2010), Profamilia, Instituto Nacional de Salud, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Ministerio de la Protección Social

Felitti V.J., Anda R.F., Nordenberg D., Williamson D.F., Spitz A.M., Edwards V., Koss M.P., Marks J.S. (1998) *Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults*, American Journal of Preventive Medicine, 14:245-258

Gonzalez, D. (2012). *Exámenes médico-legales por presunto delito sexual, Colombia, 2012*. Bogotá, Colombia : Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses.

Hershkowitz I., Lamb M., Orbach Y., Katz C., Horowitz D., (2012), *The development of communicative and narrative skills among preschoolers: lessons from forensic interviews about child abuse*, Child Development

Hewitt S.K. (1991), *Therapeutic management of preschool cases of alleged but unsubstantiated sexual abuse*, Child welfare league of America

Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), (2008). *Módulo Conceptual - Derechos Sexuales y Reproductivos*. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar

Lovett B.B. (2007), *Sexual abuse in the preschool years: blending ideas from object relations theory, ego psychology, and biology*, Child Adolesc Soc Work J, 24:579-589

Martínez, J. (1993). Terapia de grupo en abuso sexual infantil . *Encuentro Internacional de Psiquiatría de lactantes, niños y adolescentes*. Montevideo, Uruguay.

Ministerio de Salud de Colombia, (2000), Guía de Atención al Menor Maltratado, Resolución 412, Pág. 11

Nación (20 de Junio de 2007). *www.semana.com*. Obtenido de <http://www.semana.com/on-line/aumenta-explotacion-abuso-sexual-ninos-colombia/104535-3.aspx>

Newborg J, Stock JR, Wnek L, et al (1998). *Battelle Developmental Inventor*

Olafson E., (2011), *Child sexual abuse: demography, impact, and interventions*, Journal of Child & Adolescent Trauma, 4:8-21

Silovsky J.F., Niec L., Hecht D.B y D.B., (2007), *Treatment for preschool children with interpersonal sexual behavior problems: a pilot study*, Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology

[Thair K. M., Hallahan B. \(2011\), *Psychological assessment through performance-based techniques and self-reports: a case study of a sexually abused girl at preeschool age*, Journal of Child Sexual Abuse](#)

Tello Pedraza J. E. (2013), *Exámenes medicolegales por presunto delito sexual, Colombia 2013*, Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, Forensis, 2013

Wolf, R. (2011). How pediatricians can deal with children who have been sexually abused . *ISRN Pediatrics*.