

## Información Importante

La Universidad de La Sabana informa que el(los) autor(es) ha(n) autorizado a usuarios internos y externos de la institución a consultar el contenido de este documento a través del Catálogo en línea de la Biblioteca y el Repositorio Institucional en la página Web de la Biblioteca, así como en las redes de información del país y del exterior con las cuales tenga convenio la Universidad de La Sabana.

Se permite la consulta a los usuarios interesados en el contenido de este documento para todos los usos que tengan finalidad académica, nunca para usos comerciales, siempre y cuando mediante la correspondiente cita bibliográfica se le de crédito al documento y a su autor.

De conformidad con lo establecido en el artículo 30 de la Ley 23 de 1982 y el artículo 11 de la Decisión Andina 351 de 1993, La Universidad de La Sabana informa que los derechos sobre los documentos son propiedad de los autores y tienen sobre su obra, entre otros, los derechos morales a que hacen referencia los mencionados artículos.

**BIBLIOTECA OCTAVIO ARIZMENDI POSADA**  
UNIVERSIDAD DE LA SABANA  
Chía - Cundinamarca

**EFFECTO DE UN PROGRAMA DE PREVENCIÓN PRIMARIA DE ABUSO  
SEXUAL EN NIÑOS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL LEVE**

**Lilia Zarela Pinilla Cueva<sup>1</sup>**

**Jaime Humberto Moreno Méndez<sup>2</sup>**

**UNIVERSIDAD DE LA SABANA**

**Facultad de Psicología**

**Especialización en Psicología Clínica de la Niñez y la Adolescencia**

**(2014)**

---

<sup>1</sup> Autor(a)

<sup>2</sup> Director(a) Trabajo de Grado

**EFFECTO DE UN PROGRAMA DE PREVENCIÓN PRIMARIA DE ABUSO  
SEXUAL EN NIÑOS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL LEVE**

**Esta investigación pertenece al Grupo de Investigación Procesos Psicológicos y  
Contexto Social de la Facultad de Psicología de la Universidad de la Sabana**

**UNIVERSIDAD DE LA SABANA**

**Facultad de Psicología**

**Especialización en Psicología Clínica de la Niñez y la Adolescencia**

**(2014)**

**Tabla de contenido**

Resumen	7
Abstract	7
Introducción	9
Justificación	13
Marco Teórico	20
Planteamiento del Problema	43
Objetivos	47
Objetivo General	47
Objetivo Específicos	47
Variables	48
Variable Independiente	48
Variable Dependiente	48
Control de variables	48
Método	53
Diseño	53
Participantes	54
Instrumento	55
Procedimiento	57
Consideraciones Éticas	58
Resultados	61
Discusión	69
Conclusiones	76
Sugerencias	77
Referencias	79

### **Lista de tablas**

Tabla 1: Variables extrañas de la investigación	49
Tabla 2: Diferencias significativas entre el pre-test del grupo experimental y control	62
Tabla 3: Diferencias significativas entre el pos-test del grupo experimental y control	63
Tabla 4: Diferencias entre el pre-test y el pos-test en ambos grupos	64
Tabla 5: Diferencias entre el grupo experimental y control	65
Tabla 6: Comparación de las respuestas acertadas entre la pre-prueba y la pos-prueba	66

**Lista de figuras**

Figura 1: Género de los participantes	55
Figura 2: Edades de los participantes	55
Figura 3: Puntajes globales de la pre-prueba y pos-prueba por sujeto	68

## **Apéndices**

Apéndice A: Certificados médicos grupo experimental	91
Certificados médicos grupo control	95
Apéndice B: Plantilla de respuesta Instrumento	99
Apéndice C: Solicitud Centro de educación especial	101
Apéndice D: Consentimiento Informado	102
Apéndice E: Programa Protégeme en CD	106
Apéndice F: Manual del niño en CD	107

### **Resumen**

Esta investigación tuvo como objetivo determinar el efecto del programa PROTEGEME para la prevención del abuso sexual en niños con discapacidad intelectual leve entre 8 y 11 años de edad. El estudio se realizó a través de un diseño cuasi experimental pre-test, pos- test con grupo control. La muestra estuvo conformada por 4 niños para el grupo experimental, quienes estuvieron expuestos al programa; 2 niños y 2 niñas para el grupo control que recibieron el taller de hábitos de vida saludable; en los programas también participaron padres y docentes. Los niños eran de un centro de educación especial de una institución pública del municipio de Soacha, Colombia. Los resultados indicaron que los niños que participaron en el programa PROTEGEME, mejoraron su nivel de conocimiento frente al abuso sexual infantil en comparación con el grupo control, por esta razón el programa tuvo un efecto favorable en la prevención de dicha problemática.

*Palabras Claves:* Discapacidad intelectual leve, programa de prevención, abuso sexual infantil

### **Abstract**

The objective of this research is to determine the effect of the “PROTEGEME” program for sexual abuse prevention in children with low intellectual disabilities between 8 and 11 years old. This study it was realized through a design quasi experimental pre-test and pos-test with a control group. The sample consisted in 4 children in the experimental group,

who were exposed to the program; 2 kids and 2 girls in the control group who received a workshop about healthy lifestyles; in this program participated parents and teachers. Children were a special education center of a public institution of the municipality of Soacha, Colombia. The results shows that children who participated in the PROTEGEME program, they improved their level of knowledge about child sexual abuse in compared to the control group, for this reason the program had a favorable effect in preventing this problem.

*Keywords:* mild intellectual disability, prevention program, child sexual abuse.

\*Correo electrónico: [lilizpc@hotmail.com](mailto:lilizpc@hotmail.com)

## **Introducción**

A nivel mundial en la actualidad se viven problemáticas sociales que afectan directa o indirectamente a toda una comunidad donde en ellas están inmersos niños, adolescentes y familias, sin discriminar culturas o estratos socio-económicos; a pesar de estas condiciones y donde su integridad se ve afectada la misma sociedad continúa luchando para olvidar o remediar aquellas situaciones que han sido traumáticas y donde esta misma no ha estado preparada para afrontar estas condiciones, se habla de escenarios como la pobreza, la discriminación, la desigualdad y la violencia, entre otros; situaciones que hasta el día de hoy generan debates polémicos en muchas naciones.

El maltrato infantil por ejemplo, es considerado un acto violento donde se atenta a los derechos básicos de los niños, niñas y adolescentes que se encuentran en la Declaración Universal de los Derechos Humanos haciendo hincapié en que los menores de edad tienen derecho a la integridad física, psicológica y a la protección contra todas las formas de violencia; teniendo en cuenta que la violencia es entendida como el uso intencional de la fuerza, donde la persona ejerce un poder físico las cuales puede causar muerte, lesiones o daños psicológicos (UNICEF, 2009).

Por su lado, la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2010) define el maltrato infantil como aquel abuso y desatención en niños menores de 18 años donde está presente el maltrato físico o psicológico, abuso sexual, negligencia y explotación comercial, los cuales causan daño a la salud, al desarrollo del niño y ponen en riesgo su supervivencia. El maltrato infantil provoca mortalidad y morbilidad ya que puede causar retraso mental o parálisis cerebral, además de presentar problemas de atención, aprendizaje, lenguaje,

conducta y problemas emocionales, es decir que reducen la calidad de vida a nivel físico y mental de cualquier ser humano (Mesa & Moya, 2011). Por otro lado, Thomas y Herschell (2013) mencionan que en ocasiones el maltrato infantil se da debido a que los padres utilizan un estilo parental coercitivo, negativo, pocas habilidades para disciplinar, su comunicación es agresiva con inadecuadas interacciones positivas, lo que genera más adelante problemas de conducta externalizantes en el menor.

El abuso sexual (ASI) considerado según lo anterior como un maltrato infantil, es cualquier acto que implique conducta sexual entre un adulto y un menor, donde hay presencia de coacción, conductas abusivas, contacto físico (genital, anal o bucal), utilizar al menor como objeto de estimulación sexual referentes al exhibicionismo o mostrar películas pornográficas. Este acto es cometido en ocasiones por los familiares como los padres o hermanos, lo que se denomina incesto, personas cercanas como los profesores, entrenadores o vecinos (Echeburúa & Corral, 2006). Es importante tener en cuenta que el incesto es uno de los tipos de abuso más frecuentes en la etapa de la niñez y es uno de los que más se mantienen en secreto (García, Loredó & Gómez, 2009).

Investigaciones como las de Mebarak, Martínez, Sánchez y Lozano (2010) demuestran que en cuanto a la prevalencia, la OMS estima que en el mundo aproximadamente 150 millones de niñas y 73 millones de niños han sido víctimas de alguna manera de abuso sexual y solo en Colombia en el 2007, 11.000 niños y niñas fueron víctimas de abuso sexual. Siendo una de las poblaciones más vulnerables los niños con discapacidad; la UNICEF (2013) publicó un informe sobre el estado mundial de la infancia, específicamente sobre niños y niñas con discapacidad, en el que reportaron que los niños

que poseen algún tipo de discapacidad tienen entre tres y cuatro veces más posibilidades de ser abusados. Más detalladamente detectaron que la prevalencia de abuso o maltrato sobre los niños con discapacidad se manifestaba de la siguiente manera: 26.7% para la modalidad violencia combinada, 20.4% violencia física y finalmente un 13,7% para la violencia sexual.

Estos datos señalan que, los niños, niñas y adolescentes que se encuentran en condición de discapacidad especialmente las niñas son personas vulnerables y corren el riesgo al abuso y al maltrato, a comparación del resto de poblaciones que no posean alguna discapacidad; la condición de superioridad de parte del adulto, es decir del abusador, hace que esta población también este vulnerable al abuso porque se aprovecha de su condición, (Couwenhoven, 2013; Pérez, & Mestre, 2013; Rivera, 2008; Sánchez, Molino, Horno & Santos, 2002; Suárez & González, 2003;), tales como la poca capacidad de comunicación, la poca autonomía para realizar labores diarias, la dificultad en mantener distancia social y afectiva con los demás y la deficiencia en cuanto al conocimiento sobre sexualidad y cuidado del cuerpo que no son brindadas a tiempo o que su explicación no ha sido la adecuada. (Sánchez, Molino, Horno & Santos, 2002).

De lo anterior, parte la importancia de prevenir esta problemática no solo a nivel nacional si no a nivel mundial, para ello la importancia de enseñar a distinguir al menor lo que es una muestra de cariño de lo que es una conducta sexual y así mismo identificar situaciones peligrosas y riesgosas para él, con el fin de asegurar esta población y generar un bienestar a nivel físico, emocional y familiar (Echeburúa & Guerricaechevarría, 2011).

El objetivo de esta investigación es hacer uso de herramientas por medio de un programa denominado PROTEGEME para prevenir el ASI especialmente en niños, niñas en condición de discapacidad intelectual leve; aunque es un programa preventivo cabe precisar que la sola aplicación del programa no va a reducir cifras de abuso sexual en la infancia o en esta población en especial, ni tampoco a erradicar la problemática; el programa es una herramienta que al ser aplicada por una persona idónea y con previo conocimiento de la población puede lograr dar estrategias a los niños, niñas que permitan el afrontamiento y actúen ante situaciones que consideren peligro o amenaza. La sola aplicación del programa no basta, se recomienda realizar el seguimiento tiempo después de la implementación para conocer el grado de conocimiento de la problemática y su nivel de afrontamiento en la población.

En la presente investigación, se hará uso de dos grupos, uno experimental, el cual será expuesto al programa desarrollado por Gómez, Triana, y Moreno en el año 2013, y el otro grupo control, que no se expondrá al programa y que se le presentará otro tipo de taller referente a los hábitos de vida saludable. La muestra a trabajar son menores de 8 a 11 años de edad con discapacidad intelectual leve; las sesiones del programa PROTEGEME están divididas en 11, 9 para niños y 2 para padres y docentes.

### **Justificación**

El presente trabajo se encuentra vinculado al Grupo de investigación Procesos Psicológicos y Contexto Social de la Facultad de Psicología de la Universidad de la Sabana y enmarcado en su línea Procesos Emocionales Conductuales y Bienestar Psicológico; su interés principal está centrado en problemáticas sociales, por este motivo la importancia de continuar investigando este tipo de situaciones como lo es la violencia infantil específicamente el maltrato y el abuso sexual, que no solo afectan a una pequeña población si no a millones de personas. Por ejemplo, la OMS (2010), menciona que de un 25 a un 50% de los niños de ambos sexos ha referido algún maltrato físico en su hogar por parte de sus padres, cuidadores principales o comunidad.

El Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (2013) informa por medio de su boletín epidemiológico, que en Colombia hasta el mes de marzo del año en mención existen 639 casos reportados donde se ha cometido violencia en niños, niñas y adolescentes y además revela que, cada 14 minutos es abusado un niño o niña y solo entre el 5 y el 10 por ciento de los casos son denunciados (Policía Nacional, 2013).

Lo anterior demuestra que en Colombia hacen falta programas de prevención de maltrato y abuso sexual infantil, o que, los pocos que se han implementado no han sido suficientes para intentar disminuir la prevalencia e incidencia de esta problemática, aún conociendo que la problemática existe y seguramente continuará si no se actúa de manera inmediata.

A pesar de esta situación y de estos datos tan elevados, la población en condición de discapacidad, especialmente la intelectual se convierte en la más vulnerable a ser

maltratada, así lo expresa Horno, Ñáñez y Molino (2001) un niño o niña que posea una discapacidad intelectual o física tiene tres veces más probabilidades de sufrir abuso sexual en comparación con otros niños. Kennedy (1996) citado en Berástegui y Gomez, (2006) expone que dos de cada tres niñas y uno de cada tres niños con discapacidad intelectual han sufrido de abuso sexual, lo que indica que en la mayoría de estudios realizados se encuentra una mayor incidencia de abuso sexual en niños y niñas que posean esta condición.

Zamudio (2001) menciona que alrededor del niño o niña en condición de discapacidad intelectual se reúnen factores personales, familiares y sociales que logran que este sea más vulnerable a la exposición de abuso sexual y se convierta fácilmente en víctima, donde es claro que hay poca prevención y o evitación.

He aquí la importancia de desarrollar y continuar con programas que sean validados sobre prevención de abuso sexual infantil en niños y niñas en condición de discapacidad intelectual, porque a pesar de que la problemática exista lo que se intenta es que la persona actúe de manera autónoma, tome sus propias decisiones y dirija su vida, de manera que genere él mismo herramientas auto-protectoras.

No obstante, en Colombia ya se ha comenzado con este tipo de programas, se encuentran estudios de validación de contenido previamente realizado en el grupo de la Universidad de la Sabana, como el programa de prevención de abuso sexual para niños con discapacidad cognitiva leve de Andrés, Cabanzo y Moreno realizado en el 2012, y el estudio piloto de este mismo programa, elaborado por Gómez, Triana y Moreno en el 2013.

Para dar continuidad a estos dos estudios, la presente investigación busca conocer el efecto del programa de prevención de ASI en niños y niñas en condición de discapacidad

intelectual para que este se pueda desarrollar y llevar a cabo no solo a nivel de comunidad si no a nivel nacional, que todas aquellas personas capacitadas para dar el tema tengan la fácil accesibilidad y lo puedan difundir. Esto mismo lo refiere la UNICEF (2013), la importancia de continuar y fomentar la realización de programas preventivos sobre maltrato dirigidos a población discapacitada, debido a que la prevalencia de abuso o maltrato sobre los niños y niñas es cada vez más alta.

Así mismo, es importante tener en cuenta que los niños y las niñas son sujetos de derechos y que al no establecerse programas preventivos cada vez más innovadores y actualizados, en cuanto a las situaciones de violencia que se están presentando en Colombia y en el mundo, las posibilidades de que aparezcan diversas formas de maltrato en sus vidas, serán mucho mayores, lo que permitirá contar con pocas herramientas para afrontarlas.

Finkelhor (2009) refiere que hasta el momento no existen pruebas científicas que estén direccionadas a la implementación de estrategias para prevenir esta problemática, por eso la importancia de continuar investigando para el desarrollo de estas.

Con el fin de determinar su eficacia empírica, es necesario que los programas cuenten con tratamientos que sean beneficiosos, apropiados, rentables y eficaces, es decir sean útiles clínicamente y efectivos tanto para las poblaciones como para sus ambientes (Chambless & Hollon, 1998). Los programas deben ser accesibles a todos los niños y niñas y que sean eficaces en la replicación, apuntando a una mayor calidad (Topping & Barron, 2009).

De igual forma, al realizar programas preventivos de abuso sexual, sería de alguna manera un incentivo y a su vez un sistema de apoyo para la creación o modificación de

leyes dentro del sistema penal colombiano, el cual cuenta con escasas leyes relacionadas con la penalización de la violación de los derechos. Gracias al inicio de investigaciones y desarrollo de programas sobre abuso sexual, con el tiempo se podrían recibir aportes en cuanto a estadísticos en Colombia sobre abuso sexual, lo que consecuentemente servirán de base para nuevas propuestas de derechos y leyes. Hay que tener claro que la única manera de proteger esta población es no vulnerando esas capacidades y por supuesto protegiendo su sexualidad, sus derechos, su autonomía y su libre desarrollo.

Por ejemplo, la ley 1098 de 2006 de Infancia y Adolescencia, tiene como finalidad “garantizar a los niños, a las niñas y a los adolescentes su pleno y armonioso desarrollo para que crezcan en el seno de la familia y de la comunidad, en un ambiente de felicidad, amor y comprensión. Prevalecerá el reconocimiento a la igualdad y la dignidad humana, sin discriminación alguna”. En su artículo 18, Derecho a la Integridad Personal “los niños, las niñas y los adolescentes tienen derecho a ser protegidos contra todas las acciones o conductas que causen muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico. En especial, tienen derecho a la protección contra el maltrato y los abusos de toda índole por parte de sus padres, de sus representantes legales, de las personas responsables de su cuidado y de los miembros de su grupo familiar, escolar y comunitario”.

Existe en Colombia otra ley que protege la integridad de los niños y niñas y es 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”. Define en su artículo 2 que la violencia sexual contra los menores de edad es todo acto sexual ejercido sobre el menor donde hay fuerza, coerción física, psicológica,

emocional y donde hay desigualdad de condiciones entre el agresor y la víctima. Así mismo la ley 1236 de 2008, indica que se comete abuso sexual cuando existe un adulto que accede carnalmente a un niño o niña menor de 14 años.

El Ministerio de Educación (2008) realizó el programa Educación para la Sexualidad y Construcción de la Ciudadanía, el cual fue validado entre el 2006 y 2007, su objetivo está centrado en “generar practicas pedagógicas que propicien el desarrollo de competencias en los estudiantes, para que puedan incorporar en su cotidianidad el ejercicio de los derechos humanos sexuales y reproductivos, y de esa manera tomar decisiones que les permitan vivir una sexualidad sana, plena y responsable, que enriquezca su proyecto de vida y el de los demás”.

Para el año 2013 se reglamenta la ley 1618 del 27 de febrero cuyo objeto es “garantizar y asegurar el ejercicio efectivo de los derechos de las personas con discapacidad, mediante la adopción de medidas de inclusión, acción afirmativa y de ajustes razonables y eliminando toda forma de discriminación por razón de discapacidad, en concordancia con la Ley 1346 de 2009". Es decir que esta ley busca que haya una igualdad de condiciones y oportunidades que las demás personas que no se encuentran en condición de discapacidad y así mismo poder disfrutar de los mismos beneficios.

En este mismo año surge la ley 1620 donde se crea el sistema nacional de convivencia escolar y formación para el ejercicio de los derechos humanos, la educación para la sexualidad y la prevención y mitigación de la violencia escolar, cuyo su fin es promocionar, prevenir, atender y realizar seguimiento a situaciones que afectan la

convivencia escolar y el ejercicio de los derechos humanos sexuales; implementando proyectos pedagógicos que deben ser obligatorios en todas las instituciones educativas.

En la presente investigación el programa a implementar es desarrollado por psicólogos colombianos, denominado PROTÉGEME, cuyo objetivo es prevenir abuso sexual en niños y niñas con discapacidad intelectual leve. En esta investigación se busca realizar la aplicación de la misma con el fin de aportar estadísticos significativos de dicho instrumento, relacionados a su validez dentro de esta población.

Esto ofrecería la oportunidad a otros investigadores de hacer estandarizaciones a nivel regional o nacional, lo cual representaría un gran aporte para la prevención y el futuro de los niños con discapacidad intelectual y el resto de la sociedad; además la importancia de una continuidad de estos programas donde haya intervenciones hacia los menores y así mismo extiendan sus conocimientos y continúen recibiendo más de esta información tan importante para la vida de ellos igual que para la vida de su familia.

Valentino, Comas, Nuttall y Thomas (2013) refieren que estos trabajos de prevención deben realizarse desde la primera infancia debido a su proceso y los cambios de desarrollo que experimentan los menores, dichas intervenciones pueden generar efectos positivos en la calidad de vida y la salud mental no solo de ellos si no de la familia, así mismo disminuir la prevalencia de abuso y negligencia. De ahí parte la importancia que los programas preventivos no solo sean para niños si no para todo el contexto donde se desenvuelva. Rodríguez (2013) indica que los padres que tienen una mayor demostración de empatía con sus hijos y toma de perspectiva, la probabilidad de que el abuso o maltrato

se presente es menor, se convierte en un objetivo importante para los programas que logran prevenir e intervenir el maltrato infantil.

Para finalizar, se evidencia la poca existencia de programas e investigaciones que cumplan con las necesidades de la población infantil, especialmente en temas relacionados con la vulneración de sus derechos y su condición de vida como lo es la discapacidad intelectual, por este motivo y esta preocupación el Programa PROTÉGEME tiene estrategias claras y precisas para prevenir esta problemática, además se convierte en un necesidad de implementación para toda una nación, incluyendo padres, hijos y personas cercanas al niño, niña o adolescente.

### **Marco Teórico**

La violencia en la infancia y adolescencia es una problemática social que afecta al mundo entero y trae consigo graves consecuencias que duran toda la vida; aunque no hay estimaciones fiables de prevalencia mundial acerca de estas acciones, se ha encontrado que muchos países no reportan estos datos debido a los pocos recursos económicos (OMS, 2010). La violencia puede generarse en muchos aspectos tales como la desigualdad, pobreza, robos, homicidios, secuestros, entre otros; generando tensión social. Aspectos que ponen en riesgo los derechos de los menores y afectar su futuro, ya que por esta problemática la puerta queda abierta para el ingreso a pandillas y/o círculos sociales que afecten la sana convivencia y la vida misma, hechos que posiblemente han experimentado y han venido desarrollándose en los sujetos a lo largo de su historia de vida.

Por ejemplo, solo en Centroamérica se institucionalizan por medidas de protección a menores de edad aproximadamente a 5.000 niños, donde está incluida la violencia ejercida en casa como lo es el castigo físico. En los reportes se encuentra que el 70% de niños han sido víctimas de violencia en su hogar (Naciones Unidas, 2012), lo que hoy en día es considerado maltrato infantil.

El maltrato infantil es todo acto violento ejercido por una persona mayor, quien ejerce el “poder” sobre un individuo menor que no tiene capacidad de defenderse y quien no comprende la situación, implica actos reiterados y no ocasionales, es un tipo de violencia que va en contra del desarrollo físico, cognitivo y emocional del niño (Apache, Castaño, Castillo, García, Góngora, Gonzáles, Mahecha & Morales, 2012; Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, 2013).

La Ley 1098 de 2006 de Infancia y Adolescencia define el maltrato infantil como todo aquel acto que genere violencia o agresión sobre el menor sea por parte de padres, representantes legales, o cualquier otra persona, se caracteriza por humillar, abusar física y psicológicamente, omitir, tener negligencia, explotar sexualmente, cometer actos sexuales, entre otros tipos de violencia que afecten el desarrollo físico, emocional, familiar y social.

En conclusión, el maltrato infantil es toda acción u omisión que no es accidental, tiene como fin hacer daño a un niño, niña ya sea de manera física, psicológica, emocional o sexual, por parte de un adulto (cuidador, padres), o menor de la misma edad, que en situaciones de estrés o poco control de impulsos se aprovecha de la ingenuidad, requiere de atención médica, psicológica y legal. Es un acto que violenta los derechos frente a su libertad, dificulta el desarrollo y la integridad. Para ello es importante no solo intervenir en el niño que ha sido maltratado o ha sido sometido a cualquier tipo de violencia si no, debe ser intervenido a través de toda la comunidad con el fin de disminuir factores de riesgo y aumentar factores protectores (Ungar, 2013). La OMS (2010), menciona que un 25 a un 50% de los niños de ambos sexos ha referido algún maltrato físico en su hogar o comunidad y en Colombia según el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (2013) existen 639 casos reportados donde se ha cometido violencia en niños, niñas y adolescentes.

Según Wekerle, Miller, Wolfe, Da y Spindel (2007), el maltrato infantil se categoriza de la siguiente manera:

Abandono: no ofrecimiento de cuidados principales, tales como el alimento, vivienda, vestido, afecto.

Abuso emocional: todo acto violento que genere secuelas psicológicas. Este tipo de abuso que son considerados eventos negativos de la infancia a largo plazo son un factor de riesgo que puede generar síntomas depresivos y síntomas negativos en la adultez (Uhrlass & Gibb, 2007).

Maltrato físico: lesiones en el cuerpo que no son generadas por accidente.

Abuso sexual: contacto sexual, intento o amenaza.

De acuerdo a la presente investigación, el abuso sexual es considerado como aquel daño, maltrato que se le realiza a un niño o niña de manera no accidental por una persona mayor, la cual puede o no ser conocida por el niño. Comprende violación, caricias, contacto genital, interacción con animales de tipo sexual, obligar a que tenga relaciones sexuales con otras personas, voyerismo, explotación sexual y petición sexual (Méndez, Montero & Rojas, 2012), es decir, cualquier contacto sexual inapropiado o forzado según lo percibido por la persona que está siendo obligada; es una actividad que genera placer sexual, estimulación y gratificación a un adulto, donde hace uso de un menor, el adulto aprovecha su condición de superioridad (Pérez, & Mestre, 2013).

Así mismo, Muñoz (2006), refiere que el abuso sexual es aquella situación por la que el adulto pretende satisfacer sus deseos, necesidades sexuales aprovechándose de su poder sobre el menor que aún no comprende lo que está pasando, es decir se encuentra imposibilitado para dar un consentimiento válido de oponerse a esos actos practicados sobre su cuerpo. El concepto de abuso sexual es genérico, comprende las formas de violencia sobre la sexualidad de manera física o moral; física cuando son actos en contra de

una voluntad, es decir acceso carnal o realizar actos sexuales, y moral cuando se priva de la libertad de elegir.

Este tipo de problemática social ocurre con frecuencia en el contexto familiar que es disfuncional, tales como, la separación de padres, psicopatologías familiares y otras formas de abuso físico y negligencia (Pérez, Olfson, Villegas, Morcillo, Wang, & Blanco, 2012). Problemática que constituye un delito en muchos países y a menudo causan daños permanentes e incluso la muerte (Goldman & Grimbeek, 2014).

La American Academy of Pediatrics (1999) explica que el abuso sexual se diferencia del "juego sexual" cuando los niños pequeños que se encuentran en la misma etapa de desarrollo se miran o se tocan sus genitales como una simple curiosidad, es decir un interés que nace y es mutuo; pero si hay presencia de coacción o intrusión del cuerpo es decir un comportamiento abusivo para el niño puede considerarse un comportamiento anormal. Por ejemplo, un niño de 6 años de edad que intenta coaccionar a un niño de 3 años puede estar presentando un comportamiento no común, y puede deberse a la reacción de su propia victimización.

Para concluir la definición de abuso sexual infantil Vilardell, Mohíno, Idiákez y Martí (2006) refieren que hay dos requisitos para que ello se presente: presencia de coacción, es decir el poder que tiene el agresor frente al menor sin consentimiento con el fin de conseguir un contacto sexual y la diferencia de edad significativa entre las dos partes, teniendo en cuenta que el agresor puede ser una persona que no ha alcanzado su mayoría de edad, es decir, la relación en condiciones de igualdad no estarían presentes. El abuso sexual

infantil es un acto sexual impuesto a un niño que carece de desarrollo emocional, madurativo y cognitivo (Topping & Barron, 2009).

El abuso sexual puede considerarse un agente estresor para la niñez, Pereda y Gallardo (2011), mencionan que en estudios realizados sobre maltrato y abuso, se evidencia cambios a nivel neurobiológico cuando se ha vivenciado estrés los cuales pueden ser permanentes o duraderos que resultan en trastornos emocionales o ansiedad, esto se considera grave si se produce en el período de desarrollo del individuo durante la infancia, ya que sus regiones cerebrales son sensibles al estrés y se encuentran en un momento de máxima sensibilidad. Es decir, que este tipo de violencia en los primeros años de vida puede generar graves consecuencias como la inestabilidad emocional, cambios a nivel físico, cognitivo, perceptuales y sociales que pueden perdurar toda la vida si no hay la oportuna y adecuada intervención. La OMS (2010) menciona que aproximadamente un 20% de las mujeres y un 5 a 10% de los hombres durante su historia de vida han sufrido abusos sexuales en la infancia.

Rodríguez (2012) menciona que en América latina, 1 de cada 5 niños son abusados sexualmente por personas cercanas especialmente por algún familiar, donde hay presencia de incesto con un 50% y un 80% por amigos u otros parientes. Así mismo lo menciona Zollner, Fuchs y Fegert (2014) el 80% de los casos de abuso infantil son personas conocidas por el niño y su familia, por este motivo el foco central de la prevención de esta problemática debe ser la familia.

Los efectos del abuso sexual pueden estar relacionados según Navalta, Polcari, Webster, Boghossian y Teicher (2006); Mesa y Moya (2011) a déficit de memoria verbal a

corto plazo, dificultades en la habilidad cognitiva, problemas de atención, problemas de lenguaje, trastorno de aprendizaje, alteraciones en el sistema nervioso central (SNC), sistema endocrino e inmune. Es decir el maltrato, el abuso, el abandono durante la infancia interrumpe el desarrollo cerebral normal y dependiendo de la edad de inicio puede generar modificaciones en la morfología del cerebro, teniendo en cuenta que no todas las personas que sufren estos tipos de maltratos desarrollan estas dificultades. O efectos relacionados a aspectos físicos como la presencia de vulvovaginitis, infección de transmisión sexual, lesiones genito-anales, embarazos no deseados; entre otros, (García, Loredo & Gómez, 2009).

Rodríguez (2012) refiere que las consecuencias del abuso sexual en la infancia pueden perdurar durante el ciclo evolutivo y desarrollarse a largo plazo, lo cual pasa en un 20% de la población abusada, y se pueden agrupar en cinco categorías: problemas emocionales, problemas de relación, problemas funcionales, problemas de adaptación, problemas sexuales y hasta drogodependencia (Pérez, y Mestre, 2013). De acuerdo a lo anterior Pereda (2009) hace una breve explicación de esas categorías:

Problemas emocionales: ansiedad, depresión, baja autoestima y sentimientos de culpa.

Problemas cognitivos y de rendimiento académico: afectación en la capacidad de atención y concentración.

Problemas de relación: Ruptura en las relaciones sociales iguales y adultos.

Problemas funcionales: dificultades en las funciones físicas de la persona abusada tales como los problemas de sueño, la pérdida del control de esfínteres, problemas de

alimentación, problemas de conducta, conductas sexualizadas, conducta disruptiva y agresiva.

De acuerdo a lo anterior, es claro que el abuso sexual afecta todas las áreas del ser humano, es decir, la vida de una persona puede cambiar en un segundo cuando vive situaciones que generan mucho estrés y dolor afectando todas las áreas de ajuste, es una cadena que al no ser atendida a tiempo puede generar consecuencias fatales o de mayor complejidad.

Deza (2005) menciona las causas por las cuales el abusador toma este tipo de comportamiento, las cuales pueden deberse a una “repetición transgeneracional” donde el abusador ha tenido experiencias previas de abuso en su infancia y que pueden estar relacionadas a diferentes enfermedades mentales. Aquí se evidencia que un adulto que abusa sexualmente de un infante o cualquier persona que abuse de otro ser humano se refleja posiblemente en un trastorno mental, de acuerdo a los tres aspectos fundamentales: una experiencia de vida traumática, un desorden en su personalidad, poco control de emociones y comportamientos.

Los tipos de abuso sexual infantil se pueden clasificar de dos maneras: abuso sexual con contacto o sin contacto. El primero, incluye acercamientos de manera física por medio de la boca, pechos, genitales, oral, anal, caricias o estimulación vaginal; donde hay presencia de excitación o satisfacción de parte de la persona que comete el acto. El abuso sexual sin contacto, es una exposición donde el abusador se exhibe con fines insinuantes, se masturba delante del niño o niña, utiliza material pornográfico, espía mientras se viste o se

baña al menor, seduce por medio de comentarios de tipo sexual y realiza llamadas de contenido obsceno y comercializa (Rodríguez, 2003; Runyon, Deblinger & Steer, 2013).

García, Loredó y Gómez (2009) refieren otros dos tipos de abuso, el abuso sexual familiar o incesto, el cual es una de las más comunes ya que se ha reportado en un 65%, el agresor puede ser el padre, padrastro, hermanos, abuelos o primos. El abuso sexual extrafamiliar con un 25 %, se caracteriza porque el agresor es una persona conocida como el amigo de la familia, vecino, sacerdote ó docente, y solo un 10% el agresor es un desconocido.

En relación con lo anterior, y según investigaciones como la que se realizó en Bucaramanga con 175 víctimas de abuso sexual hace tres años, se muestra que los agresores más comunes eran en su mayoría personas conocidos o parientes de la víctima (80%); lo anterior da cuenta de que las personas que abusan sexualmente de los infantes, son generalmente personas allegadas a la familia, que no solo tienen contacto físico con la víctima, si no, también toman otras alternativas de acercamiento como el soborno, desestabilizando su proceso de desarrollo (Ochoa, Arteaga, Contreras & Orozco, 2010).

Echeburúa y Guerricaechevarría (2011) mencionan que cuando el agresor es un miembro de la familia y se ha producido una violación, las consecuencias de la victimización a corto plazo son negativas porque ponen en riesgo el funcionamiento psicológico de la víctima, mientras que las consecuencias a largo plazo tienen una correlación entre el abuso sexual en la infancia y la aparición de alteraciones emocionales o comportamientos sexuales inadaptados en la vida adulta, refieren que un 25% de los niños abusados sexualmente se convierten en abusadores al llegar a la etapa adulta. Hay una

estrecha relación entre el abuso sexual infantil y la aparición a largo plazo de alteraciones emocionales en la adolescencia y la adultez (Sarasua, Zubizarreta, De Corral & Echeburúa, 2013).

En una investigación realizada en la ciudad de México donde estimaron la prevalencia y los factores asociados al abuso sexual en la niñez y adolescencia Chávez, Rivera, Llerenas, Díaz, Leigh y Lazcano (2009) encontraron que este tipo de problemática se presenta desde etapas tempranas teniendo como promedio de edad a los 12 años y la influencia de factores familiares donde hay mayor posibilidad de presentarse abuso, tales como el consumo de alcohol por parte de los padres, la violencia de pareja y violencia intrafamiliar.

El modelo traumatogénico, propuesto por Finkelhor y Browne (1985), explica los cuatro factores que manifiestan el trauma de las personas que han sufrido de agresiones sexuales, los cuales están relacionados con el desarrollo de la sintomatología y desestructuración que sufren las víctimas de abuso, alterando la orientación emocional, cognitiva, autoconcepto y la capacidad afectiva, este modelo es una evaluación más compleja de la posibilidad de traumatismo, permite evaluar la experiencia de abuso en cuatro dimensiones separadas:

*Sexualización traumática:* El abusador le pide reiteradamente a la víctima tener comportamientos sexuales inapropiados y para lo cual, no está al nivel del desarrollo del niño o niña; el rol del agresor con el fin de obtener dicho comportamiento es reforzar, recompensar a la víctima por medio de regalos, atención, afecto o privilegios. De acuerdo a lo anterior, y a este comportamiento por parte de la víctima se puede referir que las

consecuencias pueden estar relacionadas con alteraciones en el desarrollo psicosexual, promiscuidad sexual, conductas compulsivas sexuales, ó, por el contrario, inhibición o rechazo sexual, disfunción sexual y problemas con la identidad sexual.

*Traición:* La víctima de la agresión sexual descubre que el abusador tiene algún vínculo en la familia donde anteriormente ha establecido confianza y dependencia; la persona agredida presenta sentimientos opuestos frente sus cuidadores principales, porque no pudo o no quiere proteger o creerle, es decir que no dio la protección suficiente; lo anterior, puede estar relacionado con la alteración de la vinculación, la alta necesidad de protección, la dependencia emocional y la alta desconfianza y hostilidad.

*Indefensión:* El agresor sexual tiene conductas coercitivas y manipulativas con la víctima, donde obliga a realizar actos sexuales en contra de su voluntad y se aprovecha de que el niño o niña no tiene el control de la situación, dicho escenario se incrementa cuando los niños tienen miedo, no son capaces de hacer nada para defenderse del adulto o entender lo que está pasando, se sienten atrapados y sin salida. Consecuencia de ello puede ser, alta ansiedad, depresión, poco control de situaciones, intentos de suicidio, poca eficacia en habilidades, miedo y conductas violentas.

*Estigmatización:* La connotación negativa que el mismo agresor le trasmite al niño o a la niña como la maldad, la culpa y la vergüenza por medio de la presión que puede tener hacia la víctima de guardar un secreto, mantener este secreto puede aumentar la sensación de estigma, ya que refuerza la sensación de ser diferente, refuerzos que son proporcionados en el contexto familiar o social. Esta estigmación se puede ver aliviada cuando el niño o niña conoce que otros niños también pasaron por la misma situación. Consecuencias como

la baja autoestima, consumo de sustancias psicotrópicas, prostitución y delincuencia (Finkelhor & Browne, 1985; Ibaceta, 2007).

Por otro lado, dado que la investigación está centrada en una población específica que es la de menores en condición de discapacidad, esta condición es entendida como aquella limitación donde la persona no puede ejecutar actividades, ó, tiene restricciones para poder realizarlo, donde hay una gran influencia de factores contextuales como los ambientales y los personales (Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud CIF, 2001). A su vez, la OMS (2011) precisa a la discapacidad como una deficiencia, limitación y restricción de actividades donde hay dificultad de ejecución de acciones y participación de situaciones vitales. Despouy (1993) citado en Zamudio (2001) expone que una persona con discapacidad es aquella que tiene una alteración funcional a nivel físico o mental la cual es permanente y puede durar toda la vida, y que en relación con su edad y su desenvolvimiento social posee dificultades de integración familiar, social, laboral y educacional.

Dentro de la clasificación de la discapacidad podemos encontrar la discapacidad intelectual, para ello, Luckasson, Borthwick, Buntinx, Coulter, Craig, et, al (2002) definen que esta puede comenzar y ser detectada antes de los 18 años y es considerada una de las limitaciones más significativas ya que afecta el área intelectual, las habilidades prácticas, sociales, conceptuales y la adaptación al medio.

Así mismo, la American Psychiatric Association (2014) revela que la discapacidad intelectual comienza durante el período del desarrollo humano afectando el funcionamiento intelectual como el razonamiento, solución de problemas, juicio, planificación y

pensamiento abstracto; deficiencias que solo pueden ser diagnosticadas a partir de evaluaciones clínicas y pruebas de inteligencia estandarizadas. Afecta además, el comportamiento adaptativo relacionado a la comunicación, interacción con las demás personas, actividades de la vida cotidiana, participación social, donde su comportamiento es generalizado a varios contextos como el hogar, la escuela y comunidad, es decir que la discapacidad intelectual perturba el dominio conceptual, social y práctico.

Así mismo, Zamudio (2001), Carulla, Reed, Vaez, Cooper, Martínez, Bertelli, Adnams, Cooray, Deb, Akoury, Chandra, Katz, Kwok, Luckasson, Simeonsson, Walsh, Munir, & Saxena (2011) expresan que, las personas que poseen discapacidad intelectual tienen dificultades a nivel motor, alteraciones en la percepción, dificultad en el procesamiento de la información y memoria, afectación en el lenguaje y razonamiento, dificultad en la comprensión verbal, razonamiento perceptivo, sin embargo, donde afecta y se evidencia en mayor medida es en la conducta social con dificultades en la adaptación al medio y la independencia personal, dificultad para manejar las emociones y las relaciones interpersonales, pero además, se añaden otros factores que mantienen la situación como: las pocas oportunidades de socialización y educación, aspectos socioeconómicos y culturales.

Históricamente, el tema de la discapacidad intelectual fue visto desde una perspectiva mas psicométrica en función a un coeficiente intelectual (CI), a raíz de ello se basaban en una clasificación y a partir de este en un diagnóstico para la persona que poseía esta condición, es decir que la discapacidad intelectual se podía clasificar en grado: leve, moderado, grave y profundo. Leve cuando los niños poseían un CI, entre 50 - 55 y

aproximadamente 70, caracterizados por presentar dificultad en el aprendizaje relacionadas al lenguaje, la expresión de este, la escritura, la lectura y la aritmética, su comunicación es más concreta y sus relaciones sociales son más inmaduras. Las personas que tienen esta dificultad logran tener una independencia como comer, bañarse, vestirse y controlar esfínteres o cualquier otra actividad práctica, aunque requiere del acompañamiento de un adulto; lo anterior, puede estar relacionado con otros trastornos como el autismo o del desarrollo. Moderado, cuando su CI estaba comprendido entre 35-40 a 50-55, caracterizados por no interpretar señales sociales, el aprendizaje es más lento y se requiere de tiempo para que alcancen autonomía en actividades prácticas. Grave, cuando su CI estaba entre 20-25 a 35-40, caracterizados por poca comprensión del lenguaje escrito y hablado y se necesita supervisión constante. Y finalmente, profundo, cuando su CI es inferior a 20 o 25, dependen de los demás para cualquier actividad y sus habilidades conceptuales están centradas más a un mundo físico que simbólico (American Psychiatric Association, 2002, American Psychiatric Association, 2014).

Es importante resaltar que la condición de discapacidad intelectual no solo debe ser vista desde una concepción reduccionista, el concepto ha evolucionado que ya no es considerada un absoluto, es considerada una limitación del funcionamiento humano que afecta la interacción de la persona con su entorno y los apoyos que puede recibir para su mejora individual y su calidad de vida gracias al desarrollo de otras dimensiones denominado modelo multidimensional del funcionamiento humano basado en una noción ecológica. (Navas, Verdugo & Gómez 2008; Schalock, 2013).

El modelo teórico de la discapacidad intelectual propuesta por Luckasson y et al en el 2002, citado en Verdugo (2003) muestran las 5 dimensiones que pueden ser de apoyos para mejorar su funcionamiento individual:

Dimensión I habilidades intelectuales: que por sí sola no indica un diagnóstico, debe cumplirse las 5 dimensiones para considerar una persona con discapacidad intelectual; el CI es la mejor representación del funcionamiento intelectual de la persona (dos desviaciones típicas por debajo de la media).

Dimensión II conducta adaptativa: afectan la vida diaria y presenta dificultad para responder a los cambios y demandas ambientales a nivel conceptual como lo es el lenguaje o escritura; a nivel social, referente a la autoestima, seguimiento instruccional, responsabilidad, interacción con otras personas, y finalmente, práctica como el consumir alimentos, mantenerse aseado, vestido, toma de medicamentos, manejo de dinero o uso de transporte, etc.

Dimensión III participación, interacciones y roles sociales: donde el individuo ejerce un papel para participar en una comunidad, se relaciona con los demás, cumple un rol social y se involucra en altas actividades que la misma sociedad ofrece.

Dimensión IV salud física, salud mental y etiología: los cuales dan una respuesta integrada a una perspectiva de bienestar, sin esto la persona no puede funcionar, participar ni mucho menos generar conductas de protección ni recibir apoyos. La etiología se basa en un concepto multifactorial donde se relacionan factores como el biomédico, social, comportamental y educativo. La salud afecta el resto de las dimensiones si no recibe la atención pertinente.

Dimensión V contexto: ambientes educativos, laborales, vivienda y ocio que permiten el desarrollo de las personas, es decir las condiciones en las que viven diariamente, planteada desde una perspectiva ecológica a partir de tres niveles: microsistema que incluye a la familia y otras personas más próximas. Mesosistema, como la comunidad, centros educativos o apoyos, y Macrosistema tales como la cultura, sociedad e influencias sociopolíticas. Tres niveles que proporcionan oportunidades y generan bienestar.

Luckasson (2002), citado en Navas, Verdugo & Gómez (2008) hacen referencia que para llegar a dar un adecuado concepto de discapacidad intelectual se debe basar no solo en diagnósticos, clasificaciones y planificaciones de apoyos, si no que hay que fundamentarse en análisis competentes, rigurosos y datos basados en observación para evitar rótulos y etiquetas, lo que permitirá generar intervenciones efectivas según la necesidad de cada individuo.

King, Law, King, Rosenbaum, Kertoy y Young (2009), hacen énfasis en las relaciones de apoyo, tal y como lo es la familia y su entorno social ya que ayudan a tener un funcionamiento emocional, comportamental y social apropiado, donde se deben propiciar ambientes domésticos favorables y donde todos los integrantes de la familia participen en las actividades que el niño o niña realice; esto le permitirá un crecimiento y un buen desarrollo psicológico. De acuerdo a lo que refieren estos autores, es fundamental crear ambientes armoniosos donde el niño o la niña puedan sentir un acompañamiento y un soporte, con el fin de que su desarrollo no se vea afectado; para ello hay que tener en cuenta que la familia es el primer sistema de socialización de un menor donde sus áreas afectivas,

intelectuales y sociales se desarrollan, por tal motivo se convierte en el principal círculo de oportunidades para el desarrollo de estas áreas y de próximas habilidades. Cuando hay la existencia de un niño o niña en condición de discapacidad intelectual, la sobreprotección, la carencia de entornos en los que pueda interactuar, impiden que tengan una verdadera vida interpersonal (Ballester, 2005).

Sánchez (2006) refiere que la discapacidad puede convertirse en una agente estresor para la familia y puede desencadenar en rupturas conyugales, creciendo el menor en familias uniparentales, sin embargo, indica que en investigaciones, se ha demostrado que cuando los padres trabajan unidos y afrontan las dificultades, el vínculo de la familia es más fuerte y logran mostrar mejores niveles de ajustes y adaptación para el menor. Con ello se quiere demostrar la importancia del papel de la familia cuando se tiene niños o niñas en condición de discapacidad intelectual ya que su rol es primordial sobre todo en temas relacionados con la educación sexual, gracias a ello se pueden prevenir abusos y maltratos; sin el apoyo, acompañamiento y seguridad para el menor se convertiría en otro factor de vulnerabilidad. Es decir que, la familia, los profesionales y la comunidad deben desempeñar un rol activo para conocer las necesidades de los hijos, trabajar bajo ellas y conseguir los apoyos que logren el buen funcionamiento en todas las áreas de la vida y tenga un mayor impacto a nivel positivo en la calidad de vida, esto es lo que genera inclusión en una sociedad y evita una exposición al abuso. (Verdugo, Ibiariez & Arias, 2007). Si no hay presencia de trabajo con familias de personas en condición de discapacidad y si no hay presencia de un diálogo en las familias frente a los cambios en las

etapas de sexualidad que vive cada ser humano desde su nacimiento, está facilitando al peligro del abuso (Mora & Rodríguez, 2011).

Santiago (2009), refiere que el papel fundamental de la familia es reforzar y ejemplificar la educación sexual, debido a que hay contenidos que en la escuela no se puede explicar y que se necesita de la compañía de los padres, para ello, los padres deben conocer a sus hijos, sus necesidades, condición del niño y maneras de comunicación para que así se genere un clima de confianza y relaciones familiares satisfactorias para su desarrollo.

Finalizando el papel de la familia dentro de la educación sexual, se ha evidenciado una relación directa y marcada entre la discapacidad y el maltrato, Berástegui y Gomez, (2006); Verdugo, Alcedo, Bermejo y Aguado (2002), mencionan que su relación es directa porque el menor es considerado víctima y actor principal del maltrato, y la discapacidad considerada como la consecuencia del maltrato; además, refieren que el abusador siente una gratificación personal porque su rol es de poder, ya sea por su edad, su tamaño, o su rol social.

Couwenhoven (2013) plantea que la frecuencia con la que son presentados los casos de abuso sexual en la población en condición de discapacidad es mucho mayor, comparada con la frecuencia en personas sin discapacidad, debido a que hay factores de riesgo personal en aquellos con discapacidad intelectual donde son más vulnerables al abuso y al maltrato, lo cual puede deberse a la poca información que le puede brindar la escuela, el profesional o la misma comunidad al padre de familia; por la dependencia que se genera de otros cuidadores, quienes prestan atención y apoyo; y por las consecuencias que hay en la sociedad como el aislamiento, rechazo y soledad. Así mismo lo refiere Sánchez,

Molino, Horno y Santos (2002), los niños y niñas con discapacidad sea física, sensorial o psíquica son una de las poblaciones en riesgo de sufrir un abuso sexual.

En ocasiones se piensa que las personas que poseen alguna discapacidad intelectual no corren riesgos de ser agredidas sexualmente, pero son una de las poblaciones más propensas en una relación de 2 a 10 veces más que el resto de la población, por esta razón, es importante tener en cuenta que ellos también tiene derecho a vivir una sexualidad sana donde se le permita conocer, aceptarse, expresarse y respetarse como hombres y mujeres, para que así se permita su desarrollo integral y la inclusión social. El solo hecho de educar a niños, niñas y adolescentes de acuerdo a su ciclo vital y sus necesidades se evita que sus derechos sean vulnerados y a ser abusos por otras personas (Rivera, 2008). Por ejemplo, Suárez y González (2003) mencionan que especialmente las niñas con deficiencia mental son de 4 a 10 veces más vulnerables hacer abusadas sexualmente.

Uno de los indicadores que propician al abuso sexual infantil en niños en condición de discapacidad según la (American Academy of Pediatrics, 2001; citado en Berástegui & Gómez (2006) es que en ocasiones los cuidadores quienes están a cargo del menor cambian con frecuencia, lo que aumenta la posibilidad de ser abusado o maltratado y le es imposible al menor a aprender a discriminar que personas son extrañas y que tipos de contactos físicos no lo son, otros indicadores pueden estar relacionados a la necesidad de atención en cuanto a su higiene personal y cuidado físico.

Sánchez, Molino, Horno y Santos (2002) mencionan que los riesgos para que se produzca un abuso sexual en niños, niñas y adolescentes con discapacidad intelectual se puede definir en tres aspectos: el primero está relacionado en la dificultad de comunicación,

falta de un lenguaje apropiado, lo que no permite la denuncia, dificultades en manejar la distancia social y los afectos generando que el abusador acuse de intentos de seducción. El segundo aspecto, por la educación que reciben de parte de sus cuidadores en cuanto al seguimiento instruccional de un adulto y la dependencia que se genera debido a que muchos de los niños, niñas requieren de asistencia para llevar a cabo funciones, situación que no permite que el niño o niña se oponga al maltrato. Y finalmente el poco conocimiento acerca del tema de sexualidad y las relaciones interpersonales.

Para hablar de prevención de esta problemática es necesario devolverse un poco a años anteriores de donde se explique el surgimiento de esta necesidad. Navarro, Torrico y López (2010), refieren que durante los años 80 y 90 se comienza, a hacerse explícitas las problemáticas y las necesidades de la educación sexual en personas en condición de discapacidad y debido a esto aparecen programas donde ofrecían información para prevenir riesgos de conductas sexuales, especialmente de abuso sexual, pero la información era solo teórica y sus aplicaciones no eran existentes. Debido a lo anterior y a partir de esa fecha, se incrementaron los estudios relacionados al tema, sin embargo, en la actualidad siguen siendo escasos los trabajos de intervención que corroboren la eficacia, principalmente en esta población.

Hablar de prevención de ASI es una condición que no debe mirarse de manera aislada, esta problemática se vive en muchos países y en muchas culturas, y lograr prevenirla requiere de un trabajo fuerte para muchos profesionales que se desempeñan en campos sociales y de la salud. Para ello, (MacMillan, MacMillan et al, 1994; citado en

Martínez, 2000) mencionan que el término de prevención de abuso sexual infantil tiene la siguiente clasificación:

Prevencción Primaria: Aplicación de una estrategia o procedimiento dirigido a una población en general con el fin de reducir incidencia en abusos sexuales infantiles.

Prevencción Secundaria: Detección temprana de abuso sexual infantil, de tal manera que se detenga su duración.

Prevencción Terciara: tiene su funcionamiento cuando el abuso sexual ya ha ocurrido y su fin esta en prevencción de una nueva ocurrencia o en prevenir el daño ocasionado.

De acuerdo a lo anterior, Zollner, Fuchs y Fegert (2014), gracias a los programas de prevencción, los niños aprenden a reconocer las situaciones que ponen en peligro su seguridad personal, evitar y escapar, lo que se denomina prevencción conductual; conocer quiénes son los adultos dignos de su confianza y tenerlos disponibles (prevencción estructural) tales como el colegio, profesionales, docentes o familiares.

Martínez (2000), refiere que el objetivo principal de la prevencción del abuso sexual infantil debe estar centrado en darles enseñanza a protegerse y cuidarse de sí mismos y como aspecto fundamental la supervisión de manera constante por parte de los adultos, o como lo refiere Finkelhor (2009) la prevencción de abuso sexual debe estar dirigida a niños, familias, docentes, y profesionales de servicio. Programas que permiten adquirir conocimientos para ayudar a los niños a identificar situaciones que puedan ser dañinas, así mismo, rechazar invitaciones que inciten a realizar actos indebidos, solicitar ayuda cuando se sienta en peligro o el mismo sentimiento de culpa cuando no logra realizar alguna acción

en beneficio de él. Los programas educativos tienen éxito porque además de informar promueven la divulgación a otras personas y lograr cambios.

Couwenhoven (2013) muestra tres tópicos que se deben tener en cuenta a la hora de prevenir abuso sexual: aprendizaje sobre el propio cuerpo, sus derechos y privacidad; comprensión de relaciones y conocimiento en explotación sexual.

Haciendo alusión a lo anterior, Topping y Barron (2009) mencionan otros temas que son fundamentales en la prevención primaria de abuso sexual infantil: reconocimiento del concepto de abuso sexual infantil y su tipología; distinción entre lo apropiado e inapropiado, buenos y malos secretos, decir "no" o evitar contactos no deseados; informar a un adulto; concepto de culpa y finalmente, utilizar estrategias que permitan reducir la probabilidad de ser víctima de abuso.

Este autor además menciona que los programas de prevención del abuso en las instituciones educativas son eficaces si se tiene en cuenta una evaluación de la efectividad cada vez que se realice el programa, preferiblemente que sean sesiones largas y repartidas en varias; incorporar técnicas como el modelado, entrenamiento en habilidades y juegos de roles, simulaciones; contar con la participación de los padres de familia, docentes y otras personas involucradas con el menor y uno de los aspectos más fundamentales tener conocimiento sobre la etapas del desarrollo de los individuos, la cultura y las relaciones familiares de estos.

Para prevenir el ASI hay que además de lo anterior tener en cuenta que la formación psicoeducativa debe partir de los padres, quienes son los encargados de proteger los derechos de los niños; así lo menciona Echeburúa y Guerricaechevarría (2011), los

padres garantizan la seguridad y la protección del menor, refieren además que para continuar previniendo abusos sexuales infantiles en niños que ya han sido abusados y que es clave para aquellos que no lo han sido se debe enseñar al niño a discriminar que es una muestra de cariño y una conducta sexual, identificar que situaciones son peligrosas como el estar con un adulto a solas si un cuidador de confianza o padre de familia, exposición de imágenes de conductas sexuales, enseñar sobre respuesta de “no” para cuando alguna persona le pida algo que atente contra su integridad y a pedir ayuda de manera rápida cuando sienta una situación de peligro, enseñanza en la comprensión del concepto de abuso sexual infantil, quienes pueden y la acción que se debe tomar. Lo anterior, genera seguridad hacia el futuro, y genera mayor control de sus actos.

Así mismo, también lo menciona Del Campo y López (2006), una de las maneras para evitar el abuso sexual en menores es la implementación de programas que generen conocimientos básicos y habilidades de afrontamiento sobre toda la realidad del abuso, donde no haya confusión de terminología como lo es el abuso y violencia física y los lugares donde se puede dar este que no siempre es en sitios solos y oscuros; además de la importancia de hacerle conocer al menor los derechos de la infancia y la vulnerabilidad de riesgos que representa esta población.

Teniendo en cuenta estos aspectos, es claro que estos programas de prevención y especialmente el de la presente investigación pueden generar un impacto positivo en los menores y en las familias; dando como resultados adquisición de conocimientos claros frente a la sexualidad sana, riesgo de abuso sexual, autoestima, autoconocimiento,

autocuidado y mejorando habilidades de afrontamiento, donde crean seguridad de sus actos, mejoran percepción de protección, afrontan problemas, enseñan y ayudan a otros.

De acuerdo a todo lo anterior respecto a la prevención de abuso sexual en niños y a modo de conclusión es que la única manera de prevenir este tipo de problemática es teniendo un cambio en la actitud de las personas, lo cual solo se genera por medio de la educación, donde sus participantes no son pocos si no todos aquellos que interactúen con el menor, especialmente los padres quienes desarrollan habilidades para comprender temas, buscar soluciones, generar propuestas para la reducción y tomar decisiones más adecuadas. Zollner, Fuchs y Fegert (2014) mencionan que la participación de los adultos es importante ya que ellos aprenden la manera de socializar con los menores sobre sexualidad, su desarrollo y emociones, reconocer el comportamiento problemático y reaccionar ante los signos de abuso sexual. En la implementación de programas o intervenciones educativas se puede evidenciar los cambios de actitudes frente a la problemática y generar mayor aprendizaje (Higareda, Higareda, Higareda, Barrera, Gómez, & Benites; 2011).

### **Planteamiento del problema**

Actualmente se encuentra presente en Colombia y en el resto del mundo una constante violencia, maltrato y vulneración a los derechos humanos, donde el niño y su familia no cuentan con las herramientas y recursos necesarios para poder escapar o evitar estas situaciones; problemáticas violentas donde se han alcanzado los niveles más altos de dolor y donde nuestro país no es la excepción.

Según la UNICEF (2006) la violencia contra los niños y las niñas está relacionada con el abuso, maltrato físico y mental, abandono, negligencia, explotación y abuso sexual, presentándose como ambientes más propicios para que se realicen estos actos: la escuela, hogar, trabajos, prisiones y calles, trayendo como consecuencia de ello, la inadecuada salud física y mental y deterioro en habilidades de aprendizaje y socialización, sin embargo, cuando esta violencia se da en niveles graves, podría llevar a la muerte de la víctima. De acuerdo a lo planteado por Pineda, Gutiérrez y Díaz (2011), cada año que transcurre, aproximadamente 155.000 niños menores de 15 años fallecen por motivos de abusos o negligencia por parte de sus cuidadores.

Rodríguez (2003) menciona que el ASI es una de las problemáticas que atentan contra la estabilidad social y mental ya que tiene componentes destructivos, obstaculiza, altera el desarrollo integral de cualquier persona. Es decir, es un problema que no solo encierra a una población en general si no a toda una sociedad; situación que se continuará si no se establecen políticas que contengan castigos penales para aquellos adultos o personas que comenten este tipo de actos o violencia.

De acuerdo a los datos publicados por la UNICEF (2013) donde explica que los niños con alguna discapacidad son más vulnerables a ser abusados sexualmente o a ser violentados, también estipuló que aparentemente el tipo de discapacidad que posea el niño determina la prevalencia o el riesgo de sufrir algún tipo de violencia, ya que se encontró que los niños con discapacidad intelectual presentaban 4,6 veces más posibilidades de ser abusados sexualmente, de ahí la importancia de esta investigación de implementar un programa preventivo dirigido a población con discapacidad intelectual leve, con el fin de no erradicar el problema social completamente porque es claro que no es posible, pero si lograr bajar cifras de violencia hacia los menores con dificultad intelectual; entre mayor sea la prevención, menores las cifras de niños violentados.

En Colombia este tipo de maltrato es alarmante, sus cifras son considerablemente altas, así son descritas por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (2013). Las estadísticas planteadas por dicha entidad muestran que 740 niños y niñas entre los 0 a 17 años de edad durante los meses de enero y marzo de 2013, han sido presuntamente abusados, únicamente en la ciudad de Bogotá; estos datos muestran un incremento de abuso sexual entre los 10 a 14 años (320 casos), seguido de los 5 a 9 años de edad (196 casos), 0 a 4 años de edad (155 casos) y 15 a 17 años (107 casos); donde se encuentra que en la mayoría de los casos el presunto abusador es una persona desconocida, seguido de amigos y parientes como el abuelo, cuñado, vecino y otras personas que comparten el mismo contexto del infante. A comparación del año 2012, más de 10.000 niños fueron abusados sexualmente entre los 0 y 17 años de edad.

De acuerdo a lo planteado anteriormente, es importante resaltar que muchas de estas cifras no incluyen los números totales de niños que han sido abusados, ya que existe la tendencia a no hacer públicas o a demandar este tipo de situaciones, debido a asuntos morales, prejuicios, temores o simplemente desconocimiento de los hechos por parte de los familiares del niño.

Diversos investigadores han tratado de determinar cuáles son las causas o factores que desencadenan el abuso sexual a niños con discapacidad intelectual, sin embargo, Couwenhoven (2013) refiere que hay un riesgo personal o circunstancia específica en las vidas de las personas con discapacidad intelectual que las hacen más vulnerables al abuso, tales como, la escasa información en cuanto a la educación sexual realizada en el grupo de contexto, ya que generalmente son conductas dirigidas a amabilidad y obediencia.

Así mismo, Couwenhoven (2013) describe que las estadísticas de abuso sexual en discapacidad intelectual no son fáciles de encontrar porque generalmente son datos que están reunidos con otros tipos de abuso como el verbal, físico o económico y en ocasiones las personas en esta condición son incluidos en estos datos, a pesar de esto, muestra algunas estadísticas que son generalmente aceptadas: 83% de casos de abuso sexual en mujeres y 32% en hombres, donde considera que las personas que poseen este tipo de condición son abusadas en repetidas ocasiones, y de los cuales sólo se informa el 3% de los abusos ocurridos.

De esta manera se puede determinar que al no intervenir este tipo de problemática la víctima se enfrentará cada vez más a una situación que podrá ir evolucionando y así mismo afectando directamente su vida y la de sus familiares. Es por ello que la situación

ideal es que se desarrollen programas que permitan realizar una prevención de estas situaciones de abuso sexual a todas las personas especialmente a niños y con discapacidad intelectual, porque es claro que es una población vulnerable a esta situación; el fin de estos programas es brindar suficientes herramientas para evitar o en su defecto afrontar este tipo de violencia. De no implementarse estos programas preventivos podría incrementarse el número de casos de abuso sexual en Colombia o cualquier parte del mundo, lo que desencadenaría diversas problemáticas, afectando no sólo a los niños con discapacidad, si no su futuro como adultos, su familia y el resto de la sociedad.

Partiendo de lo planteado y tomando en cuenta que la población de niños y niñas con discapacidad intelectual son los que presentan mayor riesgo de abuso sexual, Verdugo, Alcedo, Bermejo y Aguado (2002), expresan que los niños y niñas con este tipo de condición sufren con mucha mas frecuencia este tipo de abuso, especialmente entre las edades de 6 a 11 años. De acuerdo a esto, el presente estudio está enfocado en la aplicación de un programa de prevención de abuso sexual para niños con discapacidad intelectual leve denominado PROTEGEME. Por tal motivo, la investigación busca responder la siguiente pregunta: ¿Cuál es el efecto del programa PROTEGEME para la prevención del abuso sexual infantil en un grupo de niños entre 8 y 11 años de edad con discapacidad intelectual leve en comparación con otro grupo con las mismas características expuesto al programa de hábitos de vida saludable?

## **Objetivos**

### **Objetivo General**

Determinar el efecto del programa PROTEGEME para la prevención del abuso sexual en niños con discapacidad intelectual leve entre 8 y 11 años de edad.

### **Objetivos Específicos**

Identificar características socio demográficas de un grupo de niños con discapacidad intelectual leve que conforman el grupo experimental y control.

Establecer diferencias significativas en el nivel de conocimiento antes del programa preventivo (pre-test) tanto en el grupo experimental como en el control.

Establecer diferencias significativas en el nivel de conocimiento después del programa preventivo (pos-test) tanto en el grupo experimental como en el control.

## **Variables**

### **Variable Independiente**

Programa “PROTEGEME”: Consta de 11 sesiones, 2 dirigidas a padres de familia y docentes, el restante dirigidas a niños con discapacidad intelectual leve. La aplicación del programa es de manera psicoeducativa y el fin es prevenir el abuso sexual infantil en esta población, las actividades incluidas tanto en el manual del niño como el del facilitador contiene actividades concretas y lúdicas con el fin de facilitar su comprensión y aprendizaje.

### **Variable Dependiente**

Nivel de conocimiento que tienen los niños sobre el abuso sexual entorno al autocuidado, autoprotección, autoayuda y habilidades que permitan generar reacciones adecuadas ante la situación de riesgo de abuso sexual.

### **Control de Variables**

Clark (2002) refiere que para cualquier diseño experimental es importante tener en cuenta la validez interna donde los cambios de la variable dependiente deben obedecer únicamente a los de la variable independiente, para ello se tiene en cuenta las siguientes amenazas o control de variables extrañas representadas en la tabla 1 que pueden perjudicar o modificar los resultados de la investigación, el cual está basado en los criterios de Hernández, Fernández y Baptista (2010):

Tabla 1. *Variables extrañas de la investigación*

<b>Variable</b>	<b>Concepto</b>	<b>Aplicación</b>
<b>Extraña</b>		
<b>Historia</b>	Eventos externos que ocurren e influyen solo a algunos de los participantes. Para ello es necesario que tanto el grupo control como el experimental vivan los mismos eventos.	En la aplicación de ambos programas, PROTEGEME para el grupo experimental y hábitos de vida saludable para el grupo control, la aplicación del pre-test y post-test fue durante el mismo lapso de tiempo para ambos grupos. Además, los niños y niñas no habían recibido programas que tengan como temática central sexualidad y prevención y hábitos de vida saludable. Es decir que, la historia fue controlada al observar que eventos externos pueden afectar a ambos grupos.
<b>Maduración</b>	Los participantes pueden cambiar y afectar los resultados. Para que no se presente esta eventualidad es	La población tiene el mismo nivel de desarrollo cognoscitivo (discapacidad intelectual leve), cuentan con un pensamiento concreto y su edad

---

	necesario que al seleccionar el grupo experimenten cambios similares.	cronológica no es igual a la edad mental. La aplicación del instrumento fue en un mismo periodo de tiempo.
<b>Inestabilidad del ambiente experimental</b>	Las condiciones ambientales donde se lleve a cabo el experimento sean similares en los grupos participantes.	La aplicación de ambos programas fueron en ambientes similares, un salón de clases, brindado por el Centro de educación especial en Soacha Cundinamarca.
<b>Administración de pruebas</b>	La influencia de las respuestas de los participantes antes y después del experimento. Para esto es necesario tener pruebas confiables, no iguales y que se puedan comparar.	El programa fue diseñado por Andrés, Cabanzo y Moreno (2012) desde un modelo cognitivo conductual, es de tipo psicométrico, donde hubo una revisión y validez de contenido basado en criterios de jueces expertos, teóricos y metodológicos. Posteriormente fue realizado un estudio piloto elaborado por Gómez, Triana y Moreno (2013), su objetivo fue evaluar el contenido del Programa de Prevencción de Abuso Sexual PROTÉGEME en población con niños

---

---

		en condición de discapacidad intelectual leve, teniendo en cuenta aspecto metodológico y conceptual.
<b>Instrumentación</b>	La administración de la prueba debe ser igual a todos los participantes.	De acuerdo a su validación tanto el pre-test como el pos-test cuentan con la misma cantidad de preguntas y el mismo contenido.
<b>Selección</b>	Elegir grupos que sean equivalentes	Tanto el grupo experimental como el control tienen discapacidad intelectual leve según el diagnóstico de neuropsicología, pediatría y psicología; reciben educación especial en el mismo centro; tienen el mismo nivel cultural, viven actualmente en el municipio de Soacha Cundinamarca y su nivel socioeconómico es medio bajo.
<b>Mortalidad o mortandad</b>	Es la pérdida de participantes en el estudio, para ello se debe seleccionar un número mayor de sujetos.	Fueron seleccionados 13 niños y niñas con discapacidad intelectual 7 para el grupo experimental y 6 para el grupo control, pero por criterios de inclusión, exclusión se perdieron 5 participantes,

---

---

		quedando en totalidad 8, divididos por mitad para cada grupo.
<b>Conducta del experimentador</b>	Actuar objetivamente en los grupos de experimentación.	La facilitadora, quien aplicó el programa es estudiante de la Especialización en Psicología Clínica de la Niñez y Adolescencia de la Universidad de la Sabana, persona con conocimiento en discapacidad intelectual infantil y en prevención de abuso sexual.
<b>Compensación</b>	Los participantes del grupo de control perciban que no reciben algún tratamiento y esto haga que se afecte los resultados, por eso se debe beneficiar ambos grupos.	Una vez culminado el programa de hábitos de vida saludable para el grupo control se le brindó el programa PROTEGEME.
<b>Difusión de tratamientos</b>	Mantener los grupos separados para que no haya comunicación entre ellos y no afecte los resultados.	La aplicación de ambos programas fue realizado en horarios diferentes con el fin de que los resultados se puedan comparar para su respectivo análisis.

---

## **Método**

### **Diseño**

El presente estudio se desarrolla con un diseño cuasi-experimental de pre-prueba, post-prueba y grupo control, el cual lo define Hernández, Fernández y Baptista (2010) como la manipulación deliberada de al menos una variable independiente en este caso la aplicación del programa PROTEGEME, con el fin de poder observar su efecto, es decir la variable dependiente, los sujetos no son asignados de manera aleatoria o al azar. El fin, es asignar a los participantes a dos situaciones experimentales, un grupo recibe el programa PROTEGEME, denominado grupo experimental y el otro grupo no recibiría el programa; por el contrario toman el de hábitos de vida saludable. Participantes que también requieren del programa preventivo, cumpliendo los mismos criterios de entrada para que así las comparaciones puedan ser lo más equivalentes posible (Broc, 2010). A estos participantes se les informó que por razones de la investigación ellos recibirían el programa de prevención de abuso sexual infantil en un segundo momento (Arias, Franco & Salvador, 2010).

Para llevar a cabo la selección de los participantes se realizó por medio de la muestra de casos típicos donde no todos tuvieron la misma probabilidad de ser elegidos si no que la decisión fue tomada por la investigadora para poder recolectar los datos de manera cuidadosa y controlada ya que cumplen con ciertas características de acuerdo al objetivo de la investigación (Hernández, Fernández & Baptista, 2010). Los participantes no fueron seleccionados de manera aleatoria, si no que fueron seleccionados de manera

deliberada de acuerdo a la disponibilidad tanto de la investigadora como de los padres de familia y sus hijos y de acuerdo al diagnóstico dado por profesionales de la salud, donde especifican la discapacidad intelectual leve.

### **Participantes**

En el estudio participaron 6 niños y 2 niñas con discapacidad intelectual leve, con sus respectivos padres y docentes; cuatro de ellos para el grupo experimental y cuatro para el grupo control (ver figura 1), actualmente reciben tratamiento en educación especial en Soacha Cundinamarca, sus edades están comprendidas entre los 8 y 12 años, uno de 8 años, cinco de 11 años y dos de 12 años (ver figura 2), residen actualmente en el municipio de Soacha Cundinamarca y su nivel socioeconómico es medio bajo. Para la selección de los participantes se tuvieron en cuenta los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

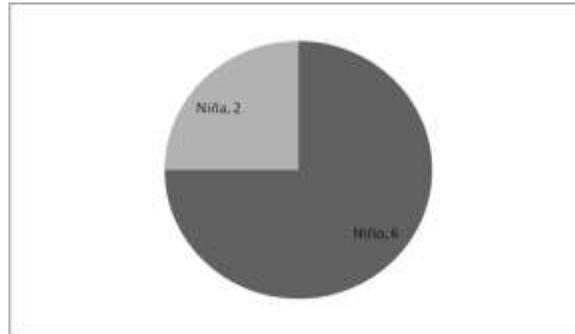
Criterios de inclusión:

Tener un certificado de la Eps, psicología, neuropsicología, donde se confirme la discapacidad intelectual leve, o el informe de evaluación del coeficiente intelectual que esté por debajo de 70 (Apéndice A).

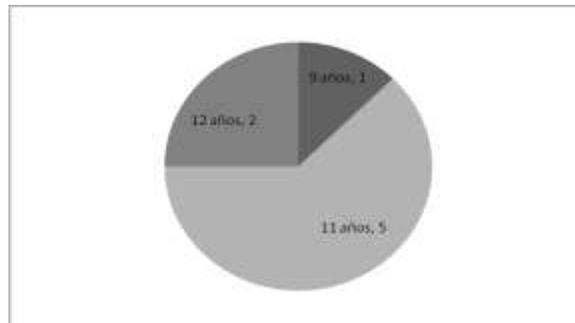
Criterios de exclusión

De los 13 niños seleccionados y que actualmente reciben tratamiento en un Centro de educación especial, tres de ellos no cumplieron con el criterio de inclusión porque en la evaluación del CI su puntaje estaba por encima de 71 y sus diagnósticos estaban relacionados con problemas de aprendizaje no especificados y dos participantes tenían un

puntaje por debajo de 35, lo que comprende una discapacidad intelectual moderada según la American Psychiatric Association (2014).



*Figura 1.* Género de los participantes



*Figura 2.* Edades de los participantes

### **Instrumento**

En esta investigación se hizo uso del programa PROTEGEME, según Gómez, Triana & Moreno (2013) es un programa que tiene fin de prevenir el abuso sexual infantil dirigida a población con discapacidad intelectual leve; proyecto que surgió por la necesidad de generar prevención frente a este tipo de violencia. Consta de 2 programas divididos en 11 sesiones, la primera dirigida al terapeuta quien aplica el programa, 9 sesiones para niños y niñas y dos para padres de familia y docentes; el segundo programa denominado “manual del niño”, brinda psicoeducación sexual de autocuidado, consta de 34 páginas donde se

muestra el desarrollo de cada una de las sesiones propuestas en el programa y se aplica de la siguiente manera:

Sesión 1: Presentación del Programa, dirigida a padres, docentes y niños.

Sesión 2. “conociendo Protégeme y quienes me acompañan en el proceso”, dirigida a niños, consta de tres actividades: 1. Quienes somos tu y yo; 2. Quien es mi familia; 3. Evaluando mis conocimientos sobre abuso sexual donde se aplica el pre test de conocimiento a niños.

Sesión 3. “Conociendo y cuidando mi cuerpo”, dirigida a niños, consta de dos actividades: 1. Reconociéndome; 2. Mis partes privadas y públicas.

Sesión 4. “Las caricias y los secretos”, dirigida a niños, consta de cuatro actividades: 1. El detective y el mensajero; 2. Hermosas oportunidades para demostrar amor y respeto; 3. Cómo me siento; 4. Puedo decir No.

Sesión 5. “Cuéntamelo, no me voy a enojar contigo”, dirigida a niños, consta de solo una actividad: lo callo o lo cuento.

Sesión 6. Dirigida a padres y docentes. Consta de tres actividades: 1. Conociendo nuestras percepciones y expectativas; 2. Hablemos de cómo esto nos hace sentir; 3. Entrando en materia.

Sesión 7. “Conociendo mis espacios y apoyándome en quienes más amo”, dirigida a niños, consta de una actividad: mi red de seguridad y mi espacio personal.

Sesión 8. “Aunque me guste no siempre es bueno”, dirigida a niños, consta de una actividad: los sobornos y los regalos.

Sesión 9. “Estos son mis derechos”, dirigida a niños, consta de dos actividades: 1. Conociendo mis derechos; 2. Jugando a aprender.

Sesión 10. “Lo que aprendiste”, dirigida a niños. Aplicación de Post test de conocimiento a niños. (Apéndice B)

Sesión 11. “evaluando lo aprendido”, dirigida a padres y docentes.

En el Apéndice B se puede observar la plantilla del pre-test y del pos-test; para su respectiva calificación se realizó la sumatoria teniendo en cuenta que cada respuesta correcta que el niño daba su valor era igual a 1.

### **Procedimiento**

Fase 1: Solicitud a la institución el permiso de llevar a cabo la investigación (Apéndice C).

Fase 2: Aprobada la investigación, se le pidió a la Coordinadora una lista de niños entre las edades de 8 a 11 años que tengan discapacidad intelectual leve con el fin de convocarlos para la investigación. Una vez explicada el fin de la investigación a los padres de familia se les solicito diligenciar el consentimiento informado (Apéndice D).

Fase 3: Se procedió a realizar la aplicación del programa PROTEGEME al grupo experimental; mientras que en el grupo control se aplicó el taller de hábitos de vida saludable.

Fase 4: Una vez aplicado el taller de hábitos de vida saludable al grupo control y la respectiva aplicación del instrumento, este fue expuesto al programa PROTEGEME.

Fase 5: Elaboración de los análisis de resultados, discusión y conclusiones de la investigación.

### **Consideraciones Éticas**

De acuerdo al proyecto de investigación donde su población a estudiar son seres humanos, según lo que refiere la ley 1090 de 2006 en el artículo 9, investigación con seres humanos “la decisión de acometer una investigación descansa sobre el juicio que hace cada psicólogo sobre cómo contribuir mejor al desarrollo de la Psicología y al bienestar humano. Tomada la decisión, para desarrollar la investigación el psicólogo considera las diferentes alternativas hacia las cuales puede dirigir los esfuerzos y los recursos. Sobre la base de esta consideración, el psicólogo aborda la investigación respetando la dignidad y el bienestar de las personas que participan y con pleno conocimiento de las normas legales y de los estándares profesionales que regulan la conducta de la investigación con participantes humanos”.

Atendiendo además al artículo 1 sobre la profesión del psicólogo de acuerdo a un proceso investigativo “fundamenta sus conocimientos y los aplica en forma válida, ética y responsable en favor de los individuos, los grupos y las organizaciones, en los distintos ámbitos de la vida individual y social, al aporte de conocimientos, técnicas y procedimientos para crear condiciones que contribuyan al bienestar de los individuos y al desarrollo de la comunidad, de los grupos y las organizaciones para una mejor calidad de vida”.

El fin de la investigación es prevenir ASI en niños con discapacidad intelectual leve lo que contribuye a aportarle a la profesión y al bienestar del ser humano, todo bajo la norma que globaliza a nivel profesional, constitucional y tomando en cuenta el artículo 6 de esta misma ley, que refiere el bienestar del usuario como un eje central donde “los

psicólogos respetarán la integridad y protegerán el bienestar de las personas y de los grupos con los cuales trabajan”, añadiendo lo que refiere el artículo 52, “cuando se trabaja con menores de edad y personas en condición de discapacidad, se debe hacer firmar el consentimiento del representante legal del participante”, donde se le explica el objetivo de la investigación, la confidencialidad de los datos personales y sus respectivos resultados (Apéndice D).

Otro de los aspectos pertinentes a trabajar con seres humanos están mencionados en los artículos 49 y 50 “los profesionales de la psicología dedicados a la investigación son responsables de los temas de estudio, la metodología usada en la investigación y los materiales empleados en la misma, del análisis de sus conclusiones y resultados, así como de su divulgación y pautas para su correcta utilización. Para ello se hará entrega una vez finalizada la investigación los resultados al Centro de Educación Especial para su pleno conocimiento. “Los profesionales de la psicología al planear o llevar a cabo investigaciones científicas, deberán basarse en principios éticos de respeto y dignidad, lo mismo que salvaguardar el bienestar y los derechos de los participantes”. Tanto al grupo experimental quien recibió el programa de prevención y al grupo control el de hábitos de vida saludable y que luego de la finalización de este último se les brindó el programa de prevención, los participantes de ambos grupos fueron tratados con respeto y dignidad todo en pro de buscar el bienestar y continuar rescatando sus derechos.

Finalmente y de acuerdo a la investigación y el programa de prevención PROTEGEME y sus resultados, siguiendo la norma de esta ley el artículo 55 menciona que “los profesionales que adelanten investigaciones de carácter científico deberán abstenerse

de aceptar presiones o condiciones que limiten la objetividad de su criterio u obedezcan a intereses que ocasionen distorsiones o que pretendan darle uso indebido a los hallazgos”. Al finalizar el proceso de aplicación de los programas a cada padre de familia se les dio la respectiva retroalimentación del proceso realizado con sus respectivas recomendaciones.

## **Resultados**

A continuación se muestran los resultados del pre-test y del pos-test aplicado al grupo experimental quien estuvo expuesto al programa PROTEGEME y al grupo control quien recibió otro programa diferente denominado hábitos de vida saludable.

Se aplicó la prueba pre-test a un total de 8 niños y niñas, 4 niños para el grupo experimental y 2 niños, 2 niñas para el grupo control, obteniendo los siguientes resultados:

En la tabla 2 se puede apreciar los resultados del pre-test aplicado al grupo experimental y al grupo control con la respectiva respuesta correcta del instrumento, para ello se hizo uso de la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney que permite comparar dos muestras independientes; los resultados indican que durante la pre-prueba, donde se espera que no hayan diferencias significativas entre ambos grupos, es decir que tengan el mismo nivel de conocimiento antes de la aplicación del programa PROTEGEME para el grupo experimental y el de hábitos de vida saludable para el grupo en comparación, se puede observar que en la aplicación de esta pre-prueba no se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos.

Tabla 2. Diferencias significativas entre el pre-test del grupo experimental y control

	Respuest a correcta	Grupo				U de Mann- Whitney Aproximació n Z	Sig
		Experimental		Control			
		No	Si	No	Si		
		Recuento	Recuento	Recuento	Recuento		
<b>It1 pre</b>	No	1	3	1	3	,000	<b>1,000</b>
<b>It2 pre</b>	Si	1	3	1	3	,000	<b>1,000</b>
It3 pre	Si	2	2	3	1	-,683	<b>,686</b>
It4 pre	No	3	1	4	0	-1,000	<b>,686</b>
It5 pre	Si	3	1	1	3	-1,323	<b>,343</b>
It6 pre	Si	1	3	2	2	-,683	<b>,686</b>
It7 pre	No	2	2	3	1	-,683	<b>,686</b>
It8 pre	No	1	3	3	1	-1,323	<b>,343</b>
<b>It9 pre</b>	Si	0	4	0	4	,000	<b>1,000</b>
<b>It10 pre</b>	Si	3	1	3	1	,000	<b>1,000</b>
It11 pre	No	1	3	2	2	-,683	<b>,686</b>
It12 pre	No	3	1	2	2	-,683	<b>,686</b>
<b>It13 pre</b>	No	3	1	3	1	,000	<b>1,000</b>
It14 pre	No	3	1	3	1	,000	<b>1,000</b>
It15 pre	No	1	3	2	2	-,683	<b>,686</b>
It16 pre	No	3	1	2	2	-,683	<b>,686</b>
It17 pre	No	4	0	3	1	-1,000	<b>,686</b>
<b>It18 pre</b>	No	3	1	3	1	,000	<b>1,000</b>

En esta misma tabla se puede estimar que los ítems 1, 2, 9, 10, 13 y 18, tienen respuestas similares, lo que indica que no hay diferencia entre las respuestas de los cuatro niños de cada grupo. Los ítems del instrumento restantes muestran que sus respuestas son invertidas sin mostrar alguna diferencia. Lo que quiere decir que ambos grupos tienen respuestas similares antes de la intervención del Programa PROTEGEME y antes del taller de hábitos de vida saludable.

En cuanto a la diferencia de la prueba pos-test en ambos grupos, la tabla 3 muestra que los ítems 1 y 12 tienen una mayor tendencia al cambio, estas respuestas son el cambio más importante en cuanto al nivel de conocimiento en los dos grupos. En el ítem 4, 7 y 9

las respuestas en ambos grupos no variaron, fueron respuestas iguales; mientras que el ítem 3, 6,11 y 15 sus cambios fueron de menor medida.

Tabla 3. *Diferencias significativas entre el pos-test del grupo experimental y control.*

	Respuesta correcta	Grupo Experimental		Grupo Control		Z	Sig
		No Recuento	Si Recuento	No Recuento	Si Recuento		
<b>it1 post</b>	No	4	0	1	3	<b>-2,049</b>	<b>,114</b>
it2 post	Si	0	4	1	3	-1,000	,686
it3 post	Si	0	4	2	2	-1,528	,343
it4 post	No	4	0	4	0	,000	1,000
it5 post	Si	0	4	1	3	-1,000	,686
it6 post	Si	0	4	2	2	-1,528	,343
it7 post	No	2	2	2	2	,000	1,000
it8 post	No	4	0	3	1	-1,000	,686
it9 post	Si	0	4	0	4	,000	1,000
it10 post	Si	1	3	2	2	-,683	,686
it11 post	No	2	2	0	4	-1,528	,343
<b>it12 post</b>	No	4	0	1	3	<b>-2,049</b>	<b>,114</b>
it13 post	No	4	0	3	1	-1,000	,686
it14 post	No	4	0	3	1	-1,000	,686
it15 post	No	4	0	2	2	-1,528	,343
it16 post	No	4	0	3	1	-1,000	,686
it17 post	No	4	0	3	1	-1,000	,686
it18 post	No	4	0	3	1	-1,000	,686

Por el tamaño reducido de los grupos no se obtiene significancia estadística de las diferencias observadas, sin embargo, a nivel clínico se aprecia que hubo una mejoría en el conocimiento del abuso sexual infantil. Lo anterior indica que los resultados del grupo experimental y comparándolo con las respuesta adecuadas del instrumento, el programa PROTEGEME tuvo eficacia en los cuatro niños pertenecientes a este grupo quienes

estuvieron sometidos a él, mientras que el grupo control sus respuestas no variaron demasiado.

La tabla 4 refleja la diferencia entre la pre-prueba y la pos-prueba de ambos grupos para lo cual se hizo uso de la prueba Wilcoxon con el fin de comparar dos muestras relacionadas y determinar si existen diferencias entre ellos. En el ítem 1, 5, 8, 15, se pueden evidenciar estas diferencias. En los ítems 9 y 17 las respuestas fueron iguales, lo cual probablemente se puede deber a que hay un conocimiento previo frente al autocuidado del cuerpo en ambos grupos. En el grupo control se puede evidenciar que las respuestas de los niños son similares en ambas pruebas, sin embargo en el ítem 11 dos niños cambiaron su respuesta entre las dos pruebas frente al intercambio de caricias.

Tabla 4. *Diferencias entre el pre-test y el pos-test en ambos grupos*

	Experimental		Control	
	Z	Sig. asintót. (bilateral)	Z	Sig. asintót. (bilateral)
it1 post - It1 pre	<b>-1,732*</b>	<b>,083</b>	,000	1,000
it2 post - It2 pre	-1,000	,317	,000	1,000
it3 post - It3 pre	-1,414	,157	-1,000	,317
it4 post - It4 pre	-1,000	,317	,000	1,000
it5 post - It5 pre	<b>-1,732*</b>	<b>,083</b>	,000	1,000
it6 post - It6 pre	-1,000	,317	,000	1,000
it7 post - It7 pre	,000	1,000	-1,000	,317
it8 post - It8 pre	<b>-1,732*</b>	<b>,083</b>	,000	1,000
it9 post - It9 pre	,000	1,000	,000	1,000
it10 post - It10 pre	-1,414	,157	-1,000	,317
it11 post - It11 pre	-,577	,564	-1,414	,157
it12 post - It12 pre	-1,000	,317	-1,000	,317
it13 post - It13 pre	-1,000	,317	,000	1,000
it14 post - It14 pre	-1,000	,317	,000	1,000
it15 post - It15 pre	<b>-1,732*</b>	<b>,083</b>	,000	1,000
it16 post - It16 pre	-1,000	,317	-1,000	,317
it17 post - It17 pre	,000	1,000	,000	1,000
it18 post - It18 pre	-1,000	,317	,000	1,000

En la tabla 5 se evidencia la diferencia entre el grupo experimental y el grupo control, los resultados con la prueba de Wilcoxon muestran que el grupo a quien fue sometido el programa PROTEGEME aunque no fue significativo a un 95% de confianza por el tamaño de la muestra, el resultado .068 refleja una tendencia al cambio, a diferencia del grupo de comparación (.705), donde se evidencia de una manera más clara que no se encuentran diferencias significativas.

Tabla 5. *Diferencias entre el grupo experimental y control*

<b>Estadísticos de contraste<sup>c</sup></b>		
Grupo		post - pre
Experimental	Z	-1,826 <sup>a</sup>
	Sig. asintót. (bilateral)	<b>,068</b>
Control	Z	-,378 <sup>b</sup>
	Sig. asintót. (bilateral)	<b>,705</b>

a. Basado en los rangos negativos.  
b. Basado en los rangos positivos.  
c. Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon

A continuación, en la tabla 6 se puede observar las respuestas acertadas de los ocho niños en cuanto a la pre-prueba y la pos-prueba respecto a los 18 ítems del instrumento. En el grupo experimental después de la intervención del programa PROTEGEME, los cuatro niños respondieron de manera adecuada en los ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 12, 13, 14, 15, 16 y 18.

Tabla 6. Comparación de las respuestas acertadas entre la pre-prueba y la pos-prueba

	G. experimental		G.control	
	Pre (rta correcta)	Pos (rta correcta)	Pre (rta correcta)	Pos (rta correcta)
<b>It-1</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	1	1
<b>It-2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	3	3
<b>It-3</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	1	2
<b>It-4</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	4	4
<b>It-5</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	3	3
<b>It-6</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	2	2
It-7	2	2	3	2
<b>it-8</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	3	3
It-9	4	4	4	4
It-10	1	3	1	2
It-11	1	2	2	0
<b>It-12</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	2	1
<b>It-13</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	3	3
<b>It-14</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	3	3
<b>It-15</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	2	2
<b>It-16</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	2	3
It-17	4	4	3	3
<b>It-18</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	3	3

La anterior tabla explica que el nivel de conocimiento de este grupo de niños mejoró frente a las temáticas expuestas en el programa tales como: los secretos no siempre deben guardarse, tanto los niños como las niñas tienen igual de derechos como los adultos, está bien decir no cuando un adulto pide algo que no está bien, no siempre que se habla de abuso sexual quiere decir que le pegan, está bien decir no y marcharse si alguien lo toca de

manera que no le gusta y que además de eso se lo contaría a alguien, el no dejarse sobornar, que no siempre que un niño es abusado sexualmente es porque se ha portado mal, ninguna persona sea conocida o desconocida puede abusar de él, el no sentir culpa cuando alguien toca partes de su cuerpo, que los abusos sexuales no ocurren en sitios solos y oscuros, que no siempre se debe hacer lo que el adulto pide, y finalmente, comprendieron que los abusos sexuales suceden en ambos géneros.

Para concluir los resultados, y para mostrar la eficacia del tratamiento en el grupo experimental la figura 3 refleja los puntajes globales que cada niño respondió tanto en el grupo experimental como en el de comparación. El participante uno perteneciente al grupo experimental tuvo un puntaje en el pre-test de 11 y en el pos-test obtuvo 17, es decir aumentó su nivel de conocimiento. El sujeto dos tuvo un puntaje de 12 y subió en el pos-test a 17, El niño tres obtuvo en el pre-test un puntaje de 6 y aumentó en el pos-test a 16 puntos, es decir fue el niño que a comparación de los demás obtuvo un cambio significativo. Finalmente, el participante cuatro obtuvo un puntaje de 13 antes de la implementación del programa y después de este obtuvo un aumento a 17 puntos.

En cuanto al grupo control el participante cinco antes del pre-test tuvo un puntaje de 11 y bajó a 10 en el pos-test, es decir cambió la respuesta en el pos-test. El sujeto seis en la pre-prueba tuvo un puntaje 12 y en la pos-prueba tuvo un puntaje de 14, cambio dos respuestas después de la implementación del programa de hábitos. El sujeto siete en el pre-test tuvo un puntaje de 9 y en el pos-test disminuyó un punto. Y para terminar el sujeto ocho en la pre-prueba tuvo un puntaje de 13 y también disminuyó un punto en el pos-test.

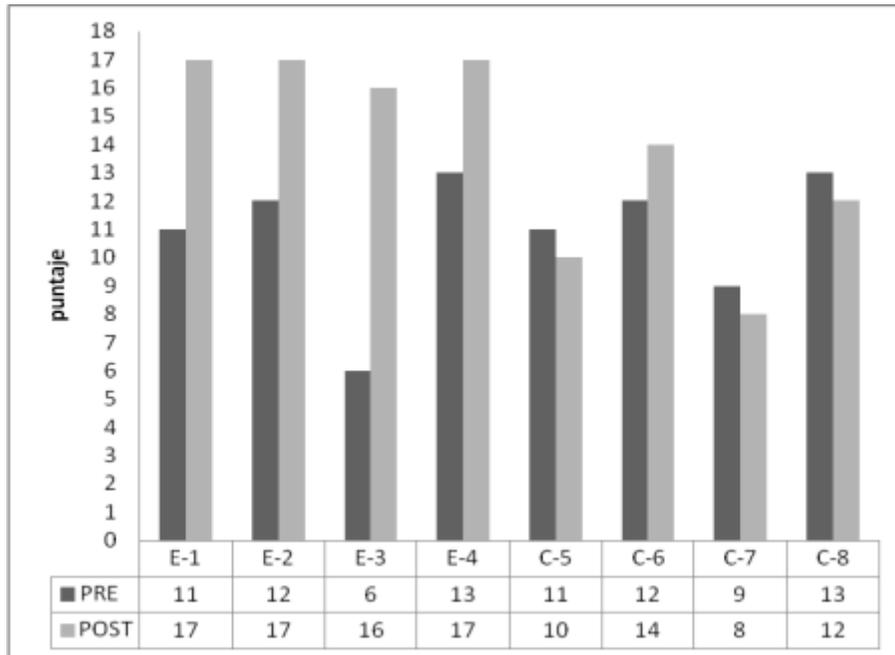


Figura 3. Puntajes globales de la pre-prueba y pos-prueba por sujeto

## **Discusión**

El objetivo de la presente investigación fue determinar el efecto del programa PROTEGEME para la prevención del abuso sexual en niños con discapacidad intelectual leve entre 8 y 11 años de edad, quienes reciben diversos tratamientos en el Centro de Educación Especial en Soacha Cundinamarca, el objetivo de la investigación se logró ya que se pudieron determinar las diferencias existentes, obteniendo como resultado eficacia en el programa implementado.

El programa se caracteriza por tener técnicas y materiales que son adecuados para este tipo de población debido a que sus necesidades educativas son especiales, requieren de la compañía de personas expertas en el tema y de contenidos que sean concretos ya que la discapacidad intelectual se caracteriza por tener un deterioro en las habilidades y funciones cognitivas afectando el razonamiento y el procesamiento de la información, tienen dificultades en la comprensión verbal, memoria de trabajo, velocidad de procesamiento, y generación de aprendizaje, incluyendo el conocimiento académico y práctico, dificultad en la conducta adaptativa y manejo del comportamiento, emociones y relaciones interpersonales, como también mantener la motivación en el proceso de aprendizaje (Carulla, et al).

Esta población fue seleccionada debido a que Verdugo, Alcedo, Bermejo & Aguado (2002) refieren que son una de las más vulnerables al abuso sexual, especialmente entre las edades de 6 a 11 años. Al investigar datos estadísticos en Colombia el Instituto Colombiano de Bienestar Infantil (2012) refiere que durante el año 2011 fueron

denunciados 3.676 casos por delito sexual entre los 5 y 9 años de edad y 5.330 entre las edades de 10 a 14 años y en solo el primer semestre del 2012 se han reportado 6.568 casos.

El programa PROTEGEME, consta de 11 sesiones, 2 dirigidas a los padres de familia y docentes (sesión 1 y 6), donde se les explica los objetivos del programa, el concepto de abuso sexual infantil por medio de un video “tengo un problema”, estadísticas actuales de la problemática social y preguntas reflexivas; para ello es importante destacar que Echeburúa y Guerricaechevarría (2011), refieren que para garantizar que los programas de prevención de abuso sean eficaces tanto los padres como los docentes deben participar, ya que garantizan la seguridad y la protección. Así lo refiere Santiago (2009), donde la familia ejemplifica y refuerza los temas de educación sexual generando un clima de confianza y relaciones familiares gratificantes que aporten a su desarrollo.

Las otras sesiones están dirigidas a los niños, con temas centrados al reconocimiento del cuerpo, sus redes de apoyo, caricias y secretos, decir “no”, concepto de culpa, red de seguridad y espacio personal, diferencias entre soborno y regalo y conocimiento de los derechos del menor. Además Couwenhoven (2013) y Topping y Barron (2009) mencionan que las temáticas principales que convienen tener en los programas de prevención deben estar relacionadas al cuerpo, sus derechos, privacidad, relaciones familiares y sociales y conocimiento sobre otros tipos de abuso, distinción entre lo apropiado e inapropiado, distinción entre los buenos y malos secretos, decir "no" o evitar contactos no deseados e informar a un adulto.

De acuerdo a los resultados, donde se busca hallar las diferencias entre el pre-test de ambos grupos, estos mostraron que no hay diferencias entre el experimental y el control,

es decir, los ocho niños que participaron en la investigación tenían el mismo nivel de conocimiento frente a la temática del ASI antes de los dos programas PROTEGEME para el grupo experimental y hábitos de vida saludable para el grupo control.

Después de la intervención del programa PROTEGEME se hallaron cambios frente al nivel de conocimiento de los cuatro niños del grupo experimental, en comparación con el grupo control, especialmente en las temáticas referente a los secretos (sesión 4 y 5), donde tienen claro que no siempre estos se deben guardar ya que hay secretos que son buenos mantenerlos en silencio, pero otros que hay que hablarlos con un adulto. Con respecto a lo anterior Mendoza (2009) explica que los niños deben identificar los buenos secretos de los malos, romper el silencio cuando se considere y avisar a un adulto lo más pronto posible cuando se está en peligro. En el programa de manera lúdica y por medio de un juego “el detective y el mensajero” y situaciones cotidianas, se les explicaba el concepto de secreto y con materiales como tarjetas de colores donde el amarillo era “aceptar y guardar el secreto” y el rojo era “decir no y pedir ayuda” los niños identificaban los secretos que debían guardarse o los secretos que debían comentar.

Además de lo anterior, estos mismos niños aprendieron después del programa sobre las caricias buenas y malas, que a veces está bien decir no a un adulto cuando le piden algo que no está bien, como también que cuando se habla de ASI no quiere decir que le pegan; es decir diferencian el concepto de abuso sexual que puede darse con contacto físico por medio de parte genital, anal o bucal o sin contacto físico donde se usa al menor como objeto de estimulación sexual (Echeburúa & Corral, 2006) y golpes de un adulto cuando se refiere a actos violentos por parte de una persona que tiene superioridad y se

aprovecha de su indefensión (UNICEF,2009). Los niños y niñas tienen mayor contacto físico con sus cuidadores principales por este motivo en ocasiones les es difícil establecer un frontera entre su cuerpo y el cuerpo de otro individuo lo que puede desencadenar una problemática mayor referente al maltrato o abuso sexual, lo que indica la importancia de abordar la temática del propio espacio personal y el respeto por el espacio del otro.

Otras de las temáticas donde hubo un cambio de conocimiento positivo en los niños es que consideran que cualquier niño puede ser abusado sexualmente no simplemente porque se ha portado mal; frente a lo anterior Vallejo y Córdoba (2012) explican que el abuso sexual afecta a niños de cualquier género, es decir no discrimina raza, tamaño, edad o estrato socio-económico y por ende no discrimina si su comportamiento ha sido bueno o malo.

Los niños del grupo experimental también obtuvieron otro cambio frente a la temática de los sobornos y los regalos (sesión 8), gracias a la actividad desarrollada en la sesión ya que fue de manera lúdica donde se les explicaba a los niños en primera instancia el concepto de regalo y soborno y por medio juegos donde cada uno tenía una señal o dibujo debían identificar de acuerdo al caso presentado si era soborno o regalo. Los participantes desarrollaron habilidades para identificar que algunas personas pueden causar daño por medio de engaños, conocer el hecho de que sí está bien decir no y marcharse si alguien los toca de manera que nos les gusta, el no dejarse sobornar si es el caso que un amigo les dice que no será más el amigo si no le da el último dulce; de acuerdo a esto la literatura demuestra que el soborno es una de las estrategias más usadas por el abusador para obtener gratificación sexual y porque es la más funcional sobre todo con los niños

pequeños (Cortés, Cantón & Cantón, 2010); además, comprendieron que los abusos sexuales no solo ocurren en sitios alejados y oscuros. Esto mismo lo menciona Del Campo y López (2006), los menores deben ser educados frente a los lugares en donde se puede cometer este delito, lugares que no siempre son sitios aislados, solos y oscuros.

En cuanto a los derechos que tenemos todos los seres humanos (sesión 9) después de la intervención del programa los niños adquirieron el conocimiento de que tienen igual de derechos como los adultos, los cuales estuvieron plasmados en el manual del niño que se le entregó a cada participante: identidad, igualdad, protección, salud, atención, educación, amparo, ayuda, buen trato y fraternidad fueron las temáticas trabajadas en la actividad (Andrés y Cabanzo, 2013).

Los cuatro niños del grupo experimental adquirieron conocimiento frente a que si alguien los toca de forma que no les gusta o piensan que está mal se lo contarían a alguien, lo que indica que ninguna persona tiene derecho a tocar sus partes privadas o públicas donde ellos no se sientan a gusto (sesión 3), durante el programa comprendieron que el médico es el único que lo puede hacer solo si es necesario y para lo cual debe estar presente un adulto, especialmente la madre o el padre (Andrés y Cabanzo, 2013), red de apoyo que los niños lograron identificar durante todos los encuentros por medio de dibujos de las personas más importantes en su vida y a la cual le confiarían sus asuntos, como también identificar que personas deben estar alejados de ellos cuando no se sienten a gusto.

No hay diferencias de ambos grupos en cuanto al conocimiento frente a la pertenencia del cuerpo, tienen claro que el cuerpo es de su propiedad y les pertenece, conocimiento que pudo haber sido adquirido ya sea por parte de los padres o docentes. Esta

es una manera de lograr prevención de abuso sexual infantil, conseguir incrementar la comunicación asertiva entre padres e hijos, docentes y generar mayor autoconfianza permite que no hayan riesgos para el menor (Del Campo & López, 2006). Así también lo mencionan Verdugo, Ibiariz y Arias (2007) la familia, los profesionales y la comunidad tienen un rol activo e importante cuando se habla de sexualidad ya que son los proveedores de apoyos y del buen funcionamiento de la vida social, afectiva, personal o laboral, gracias al apoyo se puede lograr una inclusión social. Si no existiese esa confianza y ese diálogo permanente facilitaría a la exposición al abuso del menor (Mora & Rodríguez, 2011).

En cuanto al conocimiento de que las personas que abusan de los niños y las niñas son siempre adultas, se evidencia que después de la intervención en los dos grupos no hubo cambios de respuestas, dos niños del grupo experimental consideran que solo los adultos cometen este tipo de actos, lo que indica que el conocimiento no fue bien comprendido, sin embargo después de evidenciar este resultado en la pos-prueba se le indica a los menores que el abuso sexual puede ser cometido por una persona cercana a su edad o mayor que él, lo anterior es consistente con la literatura donde la American Academy of Pediatrics (1999) refiere que es común que los niños que se encuentran en la misma etapa de desarrollo se miren o toquen sus partes privadas por curiosidad, lo que no es aceptable o común es que una persona sea de la misma edad o adulta realice un acto de coacción contra el menor, donde no interesa si es un familiar o desconocido.

Relacionado con lo anterior, Vilardell, Mohíno, Idiakez & Martí (2006) refieren que hay abuso cuando no hay un consentimiento del parte del menor con el fin de conseguir un contacto sexual; por ejemplo, García, Loredó y Gómez (2009) muestran que el 65% de

los casos ha sido por personas cercanas a la edad del menor abusado y que generalmente son familiares.

En cuanto al conocimiento de que los adultos quieren, miman y consienten a la mayoría de los niños y las niñas (sesión 4), se evidenció que la comprensión de esta pregunta no fue fácil para la población debido que ellos tienen claro que los adultos realizan estos actos y que es un comportamiento normal, después de la intervención del programa dos niños consideraron que no siempre hay caricias buenas, en ocasiones hay caricias que son incómodas, lo que incrementa el riesgo de exposición a abuso, esto mismo lo menciona Andrés y Cabanzo (2013), donde explican que si alguna caricia brindada al menor es incómoda o molesta esta debe ser rechazada, por tal motivo es importante reconocer las caricias y las razones por las cuales algunas personas, sean familiares o amigos pueden tener gestos de cariño. Por el contrario, en el grupo control todos los niños opinaron que esas acciones son positivas, teniendo un conocimiento errado frente a las caricias que se pueden permitir.

Los niños en el grupo experimental adquirieron el conocimiento de que cualquier persona que quieran, sea familiar o amigo, no puede abusar de él o un amigo. Rodríguez (2012) refiere que solo en América latina, hay un 80% de casos denunciados donde los abusos sexuales son cometidos por amigos u otros parientes. También este grupo de niños tienen claro que si alguien los toca de manera que nos les gusta, ellos no tienen la culpa.

Los participantes del grupo experimental cuentan con el conocimiento de que si un adulto le dice que tiene que hacer algo, él no siempre lo tiene hacer; cuentan con el aprendizaje de que los adultos en ocasiones piden cosas donde ellos no se sienten cómodos

y donde están vulnerando su integridad y derechos. Cuentan además con el conocimiento de que no se deben dejar tocar por un adulto les guste o no y que el abuso no solo le sucede al género femenino. Higareda, Higareda, Higareda, Barrera, Gómez y Benites (2011) mencionan que el abuso sexual infantil se presenta aproximadamente 150 millones en niñas y 73 millones de niños antes de cumplir los 18 años; lo que significa que aunque se presenta de mayor cantidad en niñas, los niños también son víctimas de esta problemática.

### **Conclusiones**

El programa de prevención de abuso sexual infantil PROTEGEME dirigido a niños con discapacidad intelectual leve, a pesar de la muestra tan pequeña por la poca disponibilidad de la población y la dificultad para conseguirla, tiene un impacto positivo en los cuatro niños pertenecientes al grupo experimental, donde se logró que el grado de conocimiento aumentara en todos los ítems del instrumento después de dicha intervención; se espera que en el grupo control el cual se aplicó el programa de hábitos de vida saludable y que luego fue aplicado el programa PROTEGEME, también los niños y las niñas hayan adquirido el conocimiento de manera clara ya que durante la aplicación del instrumento se encuentran niños que no tienen nivel de conocimiento acertado con respecto a la problemática y están expuestos a presuntos abusos sexuales.

Al comparar el grupo experimental con el grupo control se confirma que el programa es eficaz para prevenir el abuso sexual infantil en este tipo de población, gracias a

las investigaciones realizadas anteriores a esta como la de Andrés, Cabanzo y Moreno (2013), Gómez, Triana y Moreno (2013).

Lo anterior indica que el programa PROTEGEME al ser validado a nivel metodológico y de contenido, y al ser piloteado, cuenta con los parámetros establecidos para considerarse un programa preventivo eficaz, porque parten de una necesidad y están dirigidas a una población en especial que padecen de esta problemática donde precisan su edad, sexo y condición, cuentan con objetivos claros y temáticas en cada sesión, permiten la participación de padres y docentes, contiene tiempos determinados, tiene antecedentes, justificación, prioridades de intervención, marco estratégico, marco de acción, aspectos institucionales y recursos a utilizar. En conclusión el programa es coherente con la fundamentación teórica, empírica y metodológica (Moreno & Utria, 2011). Todos los beneficios observados se deben a los efectos del tratamiento ya que fue realizado con métodos fiables para justificar una confianza en los datos (Chambless & Hollon, 1998).

### **Sugerencias**

Este tipo de programas deben continuar siendo de gran utilidad para futuras investigaciones, especialmente en temáticas relacionadas al maltrato infantil y al abuso sexual, lo que permitirá generar medidas de prevención y detección temprana a esta problemática y proponer alternativas de solución, ya que es uno de los primeros programas a nivel nacional que trabaja con las características de esta población. Así mismo, es importante continuar con la validación de programas preventivos porque se puede disminuir la incidencia de esta problemática especialmente en edades tempranas donde la

participación no solo sea de los niños y niñas, si no de los padres y docentes con el fin de que no se convierta en un factor mantenedor.

Una de las limitaciones encontradas en la investigación fue la disponibilidad de la población ya que los niños que participaron se encuentran en colegios y horarios distintos, y acuden a sus terapias al Centro de educación especial de acuerdo a su disponibilidad, por tal motivo, los horarios para la aplicación del programa se acomodaron de acuerdo al tiempo libre de los menores, se sugiere replicar dicha herramienta a una población de mayor cantidad de niños en esta condición ya que la réplica proporciona cierta protección contra un sesgo (Chambless & Hollon, 1998), con el fin de que se evidencie aún mejor la eficacia, se propone que el programa sea aplicado en un colegio por la jornadas escolares que manejan ya que son continuas.

La ejecución del programa PROTEGEME se realizó en varias etapas donde la primera fue la validación de contenido, la segunda fue el desarrollo del pilotaje y esta última, el efecto del programa con la población; es claro que los resultados y los datos obtenidos no alcanzan a tener una mayor generalización, sin embargo, se sugiere la continuación del programa y el seguimiento después de su aplicación para conseguir los resultados esperados y así mismo evidenciar la efectividad en la población.

### Referencias

- American Academy of Pediatrics. Committee on Child Abuse and Neglect (1999).  
Guidelines for the Evaluation of Sexual Abuse of Children: Subject Review.  
*Official Journal of the American Academy of Pediatrics, 103, 1, 186-191.*
- American Psychiatric Association. (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV*. Barcelona: MASSON S. A
- American Psychiatric Association (2014). Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5. American Psychiatric Publishing: London
- Andrés, D. & Cabanzo, D. (2013). Protégeme Cartilla de prevención de abuso sexual para niños con discapacidad cognitiva leve. *Universidad de la Sabana.*
- Andrés, D. Cabanzo, D. Moreno, J. (2012). Programa de prevención de abuso sexual para niños con discapacidad cognitiva leve. *Informe de investigación*. Tesis no publicada. *Universidad de la Sabana.*
- Apache, N. Castaño, J. Castillo, C. García, A. Góngora, H. Gonzáles, S. Mahecha, M. & Morales, R. (2012). Maltrato infantil según la escala de estrategias de resolución de conflictos (ctspc), en población escolarizada de la ciudad de Manizales (Colombia), 2011. *Archivos de Medicina Colombia, 12,1, 31-45.*
- Arias, M., Franco, C., & Salvador, M. (2010). Efectos de un programa de meditación (mindfulness) en la medida de la alexitimia y las habilidades sociales. *Psicothema, 22, 3, 369-375.*
- Ballester, E. (2005). El desarrollo de la sexualidad en la deficiencia mental. *Revista Interuniversitaria de Formación de Profesorado, 19, 3, 327-343.*

- Berástegui, P., & Gómez, B. (2006). Los menores con discapacidad como víctimas de maltrato infantil: una revisión. *Intervención Psicosocial*, 15, 3, 293-306.
- Broc, M. (2010). Estudio investigación valorativa de la eficacia del Programa de Refuerzo, Orientación y Apoyo (PROA) en alumnos de Educación Secundaria Obligatoria. *Revista de Educación*, 352, 405-429.
- Carulla, L. Reed, G. Vaez, L. Cooper, S. Martínez, R. Bertelli, M. Adnams, C. Cooray, S. Deb, S. Akoury, L. Chandra, S. Katz, G. Kwok, H. Luckasson, R. Simeonsson, R. Walsh, C. Munir, K. & Saxena, S. (2011). Intellectual developmental disorders: towards a new name, definition and framework for “mental retardation/intellectual disability” in ICD-11. *World Psychiatry*, 10, 175-180.
- Chambless, D., & Hollon, S. (1998). Defining Empirically Supported Therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 1, 7-18.
- Chávez, R., Rivera, L., Llerenas, A., Díaz, E., Leigh, B., & Lazcano, E. (2009). Factores del abuso sexual en la niñez y la adolescencia en estudiantes de Morelos, México. *Revista Salud Pública*, 43, 3, 506- 14.
- Clark, D. (2002). Investigación cuantitativa en psicología del diseño experimental al reporte de investigación. Universidad Iberoamericana. Oxford
- Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF) (2001). Tomado de <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/oms-clasificacion-02.pdf>. Recuperado el 19 de Junio de 2013.

- Cortés, M. Cantón, J. & Cantón, D. (2010). Naturaleza de los abusos sexuales a menores y consecuencias en la salud mental de las víctimas. *Gaceta Sanitaria*, 25, 2, 157-165.
- Couwenhoven, T. (2013). La educación sexual es la prevención del abuso sexual. *Revista Síndrome de Down*, 30(1), 10-14.
- Del Campo, A. López, F. (2006). Evaluación de un Programa de Prevención de Abusos Sexuales a Menores en Educación Primaria. *Psicothema*, 18,1,1-8.
- Deza, S. (2005). Factores protectores en la prevención del abuso sexual infantil. *Revista de Psicología*, 11,19-24.
- Echeburúa, E., & De Corral, P. (2006). Secuelas emocionales en víctimas de abuso sexual en la infancia. *Catedrático de Psicología Clínica*, 12, 43-44.
- Echeburúa, E., & Guerricaechevarría, C. (2011). Tratamiento psicológico de las víctimas de abuso sexual infantil intrafamiliar: un enfoque integrador. *Psicología Conductual*, 19, 2, 469-486.
- Finkelhor, D. (2009). The Prevention of Childhood Sexual Abuse. *The Future of Children*, 19, 2, 169-194.
- Finkelhor, D., & Browne, A. (1985). The Traumatic Impact of Child Sexual Abuse: A Conceptualization. *American Journal of Orthopsychiatry*, 55, 4, 530-541.
- García, C., Loredó, A., & Gómez, M. (2009). *Guía para la atención del abuso sexual infantil*. *Acta Pediátrica*, 30, 2, 94-103.

- Goldman, J., & Grimbeek, P. (2014). Child Sexual Abuse and Mandatory Reporting Intervention Preservice Content Preferred by Student Teachers. *Journal of Child Sexual Abuse, 23, 1, 1-16.*
- Gómez, S. Triana, Y. & Moreno, J. (2013). Estudio piloto de un programa de prevención de abuso sexual en un grupo de niños con discapacidad intelectual leve. *Informe de investigación.* Tesis no publicada. *Universidad de la Sabana.*
- Hernández, M., Fernández, C., & Baptista, P. (2010). *Metodología de la Investigación.* México: Mc. Graw Hill.
- Higareda, M. Higareda, E. Higareda, I. Barrera, J. Gómez, M. & Benites, V. (2011). Aptitud de padres para prevenir abuso sexual en menores después de una intervención educativa participativa. *Salud pública de México, 53, 2, 134-140.*
- Horno, P. Nájuez, A. & Molino, C. (2001). Abuso sexual infantil: manual de formación para profesionales. *Save the children.* Recuperado el 1 de septiembre de 2014 de <http://www.savethechildren.es/docs/Ficheros/91/Manual.pdf>.
- Ibaceta, F. (2007). Agresión sexual en la infancia y viaje al futuro: clínica y psicoterapia en la edad adulta. *Terapia Psicológica, 25, 2, 189-198.*
- Instituto Colombiano de Bienestar Infantil (2012). Observatorio del bienestar de la niñez. Protegiendo a la niñez de la violencia sexual. N°2. Recuperado el 27 de junio de 2014 en <http://www.icbf.gov.co/portal/page/portal/PortalICBF/Bienestar/Programas/ObservatorioBienestar/Boletines/OBSERVATORIO%20DE%20LANI%C3%91EZn2.pdf>

Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (2013). Violencia contra niños, niñas y adolescentes en la 2013la Regional Bogotá. Enero abril 2013. Recuperado el 7 de Agosto de 2013 en

<http://www.medicinalegal.gov.co/index.php/estadisticas/bol>.

King, G., Law, M., King, S., Rosenbaum, P., Kertoy, M., & Young, N. (2009). Un Modelo Conceptual de los Factores que Afectan a la Participación de las Actividades de Ocio y Recreo de Niños con Discapacidades. *Revista Española sobre Discapacidad Intelectual*, 23, 1, 63-90.

Ley 1090 de 2006. Por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología, se dicta el Código Deontológico y Bioético y otras disposiciones. Congreso De La República.

Ley 1098 de 2006, Noviembre 8. Código de infancia y Adolescencia, Congreso de Colombia.

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.

Ley 1236 de 2008. "Por medio del cual se modifican algunos artículos del Código Penal relativos a delitos de abuso sexual". Congreso de Colombia.

Ley 1618 del 27 de febrero de 2013. "Por medio de la cual se establecen las disposiciones para garantizar el pleno ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad". Congreso de Colombia.

Ley 1620 del 15 de marzo de 2013. “Por la cual se crea el Sistema Nacional de Convivencia Escolar y Formación para el Ejercicio de los Derechos Humanos, la Educación para la Sexualidad y la Prevención y Mitigación de la Violencia Escolar”. Congreso de la República.

Luckasson, R., Borthwick-Duffy, S., Buntinx, W., Coulter, D., Craig, M., Reeve, A., Schalock, R., Snell, M., Spitalnik, D., Spreat, S., Tassé, M. (2002). *Mental retardation: Definition, classification, and systems of supports*. Washington DC: American Association on Mental Retardation.

<http://books.google.com.co/books?hl=es&lr=&id=i7tG2lD4vCwC&oi=fnd&pg=PA1&dq=Mental+Retardation.++Definition,+classification+and+systems+of++sup+ports&ots=l4Jx1gJJSg&sig=nmKXaicc3DZp3-pb4z0jLkdXccc#v=onepage&q=Mental%20Retardation.%20%20Definition%20%20classification%20and%20systems%20of%20%20supports&f=false>

Martínez, J. (2000). Prevención de abuso sexual infantil: análisis críticos de los programas educativos. *Psyche*, 9, 2, 63-74.

Mebarak, M., Martínez, M., Sánchez, A., & Lozano, J. (2010). Una revisión acerca de la sintomatología del abuso sexual infantil. *Psicología desde el Caribe*, 25, 128-154.

Méndez, R. Montero, L. & Rojas, M. (2012). Abuso sexual infantil: la potencia de los enfoques preventivos. *Revistas la Salle*, 17,1 49-58.

Mendoza, B. (2009). Taller para la Detección de Casos de Abuso Sexual Infantil en Niños de Educación Básica. *Psicología Iberoamericana*, 17, 1, 24-37.

- Mesa, P., & Moya, L. (2011). Neurobiología del maltrato infantil: el 'ciclo de la violencia'. *Revista de Neurología*, 52, 8, 489-503.
- Ministerio de Educación (2008). Programa Educación para la Sexualidad y Construcción de la Ciudadanía. Recuperado el 27 de Enero de 2014 de <http://www.mineducacion.gov.co/1621/w3-article-172102.html>.
- Mora, C. & Rodríguez, M. (2011). Sexualidad, discapacidad y una Población inesperada. Un tema cada día menos controversial. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*. 14, 3, 27,36.
- Moreno, J. Utria, E. (2011). Caracterización de los programas de tratamiento cognitivo-conductual para el manejo de problemas de comportamiento en niños y adolescentes realizados en Bogotá entre 2002 y 2008. *Psicología desde el Caribe. Universidad del Norte*, 28, 39-76.
- Muñoz, J. (2006). *Niños, niñas y adolescentes víctimas de abuso sexual*. Bogotá: Ediprime LTDA.
- Naciones Unidas (2012). Estado de situación de los países de Centroamérica, México, Cuba, y República Dominicana en relación con la violencia contra los niños, niñas y adolescentes en seguimiento al Estudio de Naciones Unidas sobre la Violencia contra los Niños. Recuperado el 14 de enero de 2014 de [http://srsg.violenceagainstchildren.org/sites/default/files/political\\_declarations/Mapo\\_Centroamericano\\_Violencia\\_contra\\_la\\_Ninez\\_2012%20Version%20WEB.pdf](http://srsg.violenceagainstchildren.org/sites/default/files/political_declarations/Mapo_Centroamericano_Violencia_contra_la_Ninez_2012%20Version%20WEB.pdf)

- Navalta, C., Polcari, A., Webster, D., Boghossian, A., & Teicher, M. (2006). Effects of childhood sexual abuse on neuropsychological and cognitive function in college women. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 18, 45- 53.
- Navarro, Y. Torrico, E. & López. M. (2010). Programa de intervención psicosexual en personas con discapacidad intelectual. *Educación y Diversidad*, 4, 2, 75-92.
- Navas, P. Verdugo, M. & Gómez, L. (2008). Diagnóstico y clasificación en discapacidad Intelectual. *Intervención Psicosocial*, 17, 2, 143-152.
- Ochoa, M., Arteaga, J., Contreras, L., & Orozco, C. (2010). Estrés postraumático y abuso sexual: Estudio descriptivo en víctimas denunciantes, Bucaramanga 2007-2008. *Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud [online]*.42, 1, 25-33.
- Organización Mundial de la Salud OMS (2010). Maltrato infantil. Recuperado el 11 de diciembre de 2013, de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/es/>
- Organización Mundial de la Salud (2011). Discapacidades. Recuperado el 27 de Enero de 2014 de <http://www.who.int/topics/disabilities/es/>.
- Pereda, N. (2009). Consecuencias psicológicas iniciales del abuso Sexual Infantil. *Papeles del Psicólogo*.30, 2, 135-144.
- Pereda, N., & Gallardo, D. (2011). Revisión sistemática de las consecuencias neurobiológicas del abuso sexual infantil. *Grup de Recerca en Victimització Infantil i Adolescent (GReVIA), Grup d'Estudis Avancats en Violència (GEAV), Facultat de Psicologia, Universitat de Barcelona, España*. 25, 3, 233-239.
- Pérez. F., & Mestre, M. (2013). Abuso sexual en la infancia y la drogodependencia en la edad adulta. *Papeles del Psicólogo*, 34, 2, 144-149.

- Pérez, G., Olfson, M., Villegas, L., Morcillo, C., Wang, S., & Blanco, C. (2013). Prevalence and correlates of child sexual abuse: a national study. *Comprehensive Psychiatry, 54*, 16–27.
- Pineda, E., Gutiérrez, E., & Díaz, M. (2011). Estrategia educativa para el control y prevención del maltrato infantil dirigida a padres de niños con síndrome de Down. *Revista Cubana de Pediatría, 83*(1), 22- 33.
- Policía Nacional dirección de protección y servicios especiales. (2013). Recuperado el 4 de septiembre de 2014 en [http://www.policia.gov.co/portal/page/portal/UNIDADES\\_POLICIALES/Direcciones\\_tipo\\_Operativas/Direccion\\_Servicios\\_Especializados/area\\_infancia\\_adolescencia/red\\_educadores/herramientas/VIOLENCIA%20SEXUAL%20E%20INTRAFAAMILIAR.pdf](http://www.policia.gov.co/portal/page/portal/UNIDADES_POLICIALES/Direcciones_tipo_Operativas/Direccion_Servicios_Especializados/area_infancia_adolescencia/red_educadores/herramientas/VIOLENCIA%20SEXUAL%20E%20INTRAFAAMILIAR.pdf).
- Rivera, P. (2008). Sexualidad de los niños, niñas y jóvenes con discapacidad. *Revista Educación, 32, 1*, 157-170.
- Rodríguez, C. (2013). Analog of parental empathy: Association with physical child abuse risk and punishment intention. *Child Abuse & Neglect, 37*, 493– 499.
- Rodríguez, L. (2003). Intervención interdisciplinaria en casos de abuso sexual infantil. *Universitas Psicología, 2, 1*, 57-70.
- Rodríguez, Y. (2012). Consecuencias psicológicas del abuso sexual infantil. *Revista científica Eureka, 9, 58, 68*.

- Runyon, K., Deblinger, E., & Steer, R. (2013). PTSD symptom cluster profiles of youth who have experienced sexual or physical abuse. *Child Abuse & Neglect*, 38, 84–90.
- Sánchez, P. (2006). Discapacidad, familia y logro escolar. *Revista Iberoamericana de Educación*. 40, 2-10.
- Sánchez, J. Molino, C. Horno, P. & Santos, A. (2002). Niños y niñas víctimas de abuso sexual y el procedimiento judicial. Informe nacional. Save the children. Recuperado el 24 de agosto de 2014 de <http://resourcecentre.savethechildren.se/sites/default/files/documents/1284.pdf>
- Santiago, M. (2009). Investigación documental sobre sexualidad y adolescencia: recomendaciones para los padres y maestros de adolescentes con discapacidades. Tesis no publicada para la obtención del grado de maestría en educación con especialidad en educación especial. Universidad metropolitana
- Sarasua, B., Zubizarreta, I., De Corral, P., & Echeburúa, E. (2013). Tratamiento psicológico de mujeres adultas víctimas de abuso sexual en la infancia: resultados a largo plazo. *Anales de Psicología*, 29, 1, 29-37.
- Schalock, R. (2009). La nueva definición de discapacidad intelectual, apoyos individuales y resultados personales. *Revista Española sobre Discapacidad Intelectual*, 40, 1, 22-39.
- Suárez, M., & González, F. (2003). Estadísticas y trascendencia de la violencia sexual en menores. *Cuadernos de Medicina Forense*, 32, 49-62.

- Thomas, R., & Herschell, A. (2013). Parent–child interaction therapy: A manualized intervention for the therapeutic child welfare sector. *Child Abuse & Neglect, 37*, 578– 584.
- Topping, K., & Barron, I. (2009). School-based child sexual abuse prevention programs: A review of effectiveness. *Review of Educational Research, 79*, 1, 431-463.
- UNICEF. (2006). La violencia contra los niños y niñas. Disponible en [http://www.unicef.org/spanish/protection/files/La\\_violencia\\_contra.pdf](http://www.unicef.org/spanish/protection/files/La_violencia_contra.pdf)
- UNICEF. (2009). Maltrato infantil: una dolorosa realidad puertas adentro. Disponible en [http://www.unicef.org/lac/Boletin-Desafios9-CEPAL-UNICEF\(2\).pdf](http://www.unicef.org/lac/Boletin-Desafios9-CEPAL-UNICEF(2).pdf)
- UNICEF. (2013). Estado mundial de la infancia 2013. Niños y niñas con discapacidad. Disponible en [http://www.unicef.org/spanish/sowc2013/files/SPANISH\\_SOWC2013\\_Lo\\_res.pdf](http://www.unicef.org/spanish/sowc2013/files/SPANISH_SOWC2013_Lo_res.pdf)
- Ungar, M. (2013). Resilience after maltreatment: The importance of social services as facilitators of positive adaptation. *Child Abuse & Neglect, 37*, 110–115.
- Uhrlass, D., & Gibb, B. (2007). Childhood emotional maltreatment and the stress generation model of depression. *Journal of Social and Clinical Psychology, 26*, 1, 119-130.
- Valentino, K., Comas, M., Nuttall, A., & Thomas, T. (2013). Training maltreating parents in elaborative and emotion-rich reminiscing with their preschool-aged children. *Child Abuse & Neglect, 37*, 585– 595.
- Vallejo, A., & Córdoba, M. (2012). Abuso sexual: tratamientos y atención. *Revista de Psicología, 30*, 1, 19-46.

- Verdugo, M. (2003). Análisis de la definición de discapacidad intelectual de la asociación americana sobre retraso mental de 2002. *Siglo cero*, 34, 1-26.
- Verdugo, M., Alcedo, M., Bermejo, B., & Aguado, A. (2002). El abuso sexual en personas con discapacidad cognitiva. *Psicothema*, 14, 124,129.
- Verdugo, M. Ibiariez, A. & Arias, B. (2007). La escala de intensidad de apoyos (SIS), adaptación inicial al contexto español y análisis de sus propiedades psicométricas. *Revista española sobre discapacidad intelectual*, 38,2, 5-16.
- Vilardell, J., Mohíno, S., Idiákez, I., & Martí, G. (2006). Abuso Sexual en Menores. *Medicina Clínica*, 126, 6, 223,231.
- Wekerle, C., Miller, A., Wolfe, Da., & Spindel, C. (2007). *Maltrato infantil*. Manual México: Moderno.
- Zamudio, M. (2001). La prevención sexual infantil y la discapacidad intelectual. *Archivos hispanoamericanos de sexología*. 6, 2,116-131.
- Zollner, H., Fuchs, K., & Fegert, J. (2014). Prevention of sexual abuse: improved information is crucial. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 8, 5, 1-9.

**Apéndice A**

**Certificados médicos grupo experimental**

 **FUNDACION LIGA CENTRAL CONTRA LA EPILEPSIA**  
Calle 35 No. 17-48 - PBX 245 57 17 - APTDO. AEREO 058717  
www.epilepsia.org - E-mail: licce@epilepsia.org

Fecha: 14-04-2014. Historia No. \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

R./ Se certifica.

Paciente con diagnósticos:

- Retardo mental leve
- Epilepsia focal sintomática.
- Hipotonía.

Paciente requiere continuar  
en intervención por T. Lenguaje  
y T. Ocupacional,

  
Laura V. Gilio M.D.  
Neurología  
5/2014

  
**Los Libertadores**  
 Fundación Universitaria

ESCALA VERBAL	P.T.	C.I.E.	C.I.O.
Información	1		
Semejanzas	3		
Aritmética	3		
Vocabulario	6		
Comprensión	5		
<b>Suma de la escala</b>	<b>18</b>	<b>60</b>	
ESCALA DE EJECUCIÓN			
Figuras incompletas	7		
Ordenación de dibujos	7		
Diseños con cubos	7		
Claves	2		
Composición de objetos	4		
<b>Suma de las escalas</b>	<b>27</b>	<b>70</b>	
<b>Total escala</b>			<b>63</b>

De acuerdo a los resultados obtenidos, la prueba señala que en la escala verbal el puntaje remite a un promedio muy bajo, mientras que en la escala de ejecución el puntaje remite a un promedio que si bien es bajo, no lo es tanto como el de la escala verbal. La escala total señala un promedio muy bajo en su C.I. Analizando estos resultados puede verse que la escala de ejecución se está diez puntos por encima de la escala verbal, lo cual indica que existe una diferencia en la forma como se comporta el proceso de percepción y el procesamiento de la información, entendiéndose que el proceso de percepción es la capacidad que tiene el cerebro para recibir los estímulos externos y el de información cómo responde a los estímulos exteriores que dan respuesta a los aprendizajes. Puede decirse que la capacidad está por encima de los logros. Sin embargo, los resultados obtenidos por estas dos escalas llevaron a la aplicación de la prueba del BENDER, para precisar el diagnóstico.

Los resultados de la prueba del BENDER indican que [redacted] se encuentra con una edad perceptual que está seis meses por debajo de su edad cronológica. Este resultado indica además que puede existir la posibilidad de una lesión neurológica que está afectando fundamentalmente los canales de expresión basados en la percepción. No de otra manera se explica que todas las deficiencias que tiene [redacted] se refieran a este aspecto, como se pudo establecer en la prueba del A.B.C, donde la gran deficiencia está en la memoria motora; las pruebas de ejecución que implican movimientos y expresión en el Test WISC, y lo establecido en los resultados del BENDER.

Estos resultados llevan a la conclusión de que las deficiencias para los puntajes bajos están dados por los canales de expresión y las implicaciones que conllevan a la escolaridad ya que tanto la lectura y la escritura, que son la base de todos los aprendizajes, están seriamente afectados.

16 No. 63A - 68 / Bogotá D.C. Colombia  
 (71) 254 47 50 - 254 47 97  
 www.libertadores.edu.co

  
**CEBE**  
 Centro de Estudios de la Base del Cerebro

**Praxias:**

En cuanto a las habilidades viso-construccionales se observan fallas importantes, debido a las alteraciones gnósicas, las cuales inciden en baja calidad grafomotora. Aun no hay integración funcional del proceso gnósico y práxico. Igualmente se observan fallas en coordinación viso - motora lo cual incide en la calidad de las ejecuciones y agilidad grafomotora, especialmente en la escritura. En su desempeño viso espacial, se observan fallas severas, lo cual se ve reflejado en el inadecuado manejo del espacio de la hoja, letra asimétrica y bajo respeto por los límites.

**CONCLUSIONES:**

La paciente presenta unos resultados globales y específicos por debajo de la media, con un CI de 70 sin presencia de diferencias significativas entre cada una de las subescalas verbal y manipulativa, fallas en procesos gnósicos (visuales, auditivos, espaciales y táctiles) y práxicos íntimamente relacionados en el aprendizaje de la lecto-escritura que se encuentra significativamente alterada; estas alteraciones podrían estar asociadas a malformación arterio venosa del tálamo? O existe la posibilidad de un defecto cognitivo de base comorbido?

**RECOMENDACIONES**

Iniciar rehabilitación en procesos gnósicos y práxicos por neuropsicología.

Realizar evaluación e intervención en fonaudiología, terapia ocupacional y física para mantenimiento de habilidades motoras finas y gruesas además de una evaluación específica por el área del lenguaje.

Asesoría a sus padres para manejo conductual que ayude a de   una adecuada integración escolar y social.

Este informe no es un documento legal, se entrega a la madre por solicitud del colegio.

  
Adriana Guerrero Sánchez  
T.P 30296599  
Practicante de Neuropsicología  
Universidad de San Buenaventura

  
Maribel Motta  
Supervisora de prácticas  
Neuropsicología

 <b>FUNDACION LIGA CENTRAL CONTRA LA EPILEPSIA</b> MEMBRO DE LA L.A.E. - L.B.E. - L.C.E. Calle 36 No 17-48 Tel: 2465717 - 2660700 Fax: 2677440 Santafé de Bogotá, D.E. Colombia Personería Jurídica No. 4800-80 - Apartado Aéreo No. 008717	
Historia : <b>0067366</b>	Documento de Identidad : <b>TI- [REDACTED]</b>
Paciente: [REDACTED]	Estado Civil <b>S</b> Sexo <b>M</b>
Fecha Nac <b>Martes 17 de Julio de 2001</b>	Edad <b>9 A. 8 M. 29 D</b>
Dirección [REDACTED]	Telefono [REDACTED] Departamento <b>11</b> Municipio <b>008</b>
Entidad Af. <b>LIGA CENTRAL CONTRA LA EPILEPSIA</b>	Tipo Vinculación [REDACTED] Ocupación <b>ESTUDIANTE</b>
Nombre Acudiente [REDACTED]	Dirección [REDACTED] Depto <b>11</b> Munic <b>008</b>
Telefono [REDACTED] Telefono [REDACTED]	Nombre Acompañante <b>MARIA RAMIREZ</b>
<b>APOYO TERAPEUTICO</b>	
<b>FECHA</b>	Martes 12 de Abril de 2011 11:52 AM
<b>AUTORIZACION ENTIDAD:</b>	
<b>MOTIVO DE LA CONSULTA</b>	VALORACIÓN PSICOLOGÍA
<b>ENFERMEDAD ACTUAL</b>	EVALUACIÓN COEFICIENTE INTELECTUAL
<b>TIPO DE EXAMEN</b>	PSICOLOGIA
<b>PSICOLOGIA</b>	
<b>NOMBRE PROFESIONAL</b>	USCATEGUI DACCARETT OLGA LUCIA
<b>-REGISTRO PROFESIONAL</b>	100319
<b>FECHA DE EVALUACION</b>	30-03-11
<b>ESCOLARIDAD</b>	3 de primaria
<b>REMITIDO POR</b>	doctor Victor Rozo, Neuropediatra.
<b>PRUEBA APLICADA</b>	Escala Wechsler de Inteligencia para Niños IV
<b>RESULTADOS EVALUACION</b>	<p>1. PERFIL INTELECTUAL: WISC-IV (Escala Wechsler de Inteligencia para Niños IV). El niño tiene un puntaje de 54, Coeficiente Intelectual Total entre el rango déficit leve. Tiene fortaleza en Memoria de Trabajo (IMT 68, rango déficit leve) con dificultades para para recordar y organizar secuencias numéricas. El indice de Razonamiento Perceptual (IRP 63) presenta compromiso en manipulación simple, en percepción y en pensamiento lógico, con baja capacidad en categorización. En Velocidad de Procesamiento (IVP 62) muestra déficit leve en tareas de copia y discriminación visual entre signos escritos. En la subescala de Comprensión Verbal (ICV 59) no tiene fluidez en vocabulario y se ubica con un puntaje inferior a la media en comprensión de situaciones sociales.</p> <p>ESCALA DE MADURACIÓN DE BENDER: muestra una edad mental inferior a los 5 años respecto a las destrezas de visocoordinación. Frecuentemente rota las imagenes de la evaluación y deforma sus componentes.</p> <p>GOODENOUGH: tiene una edad mental de 6 años, en procesos de conceptualización. Esto indica desfase de 3 años 8 meses en relación con su edad cronologica.</p> <p>2. PERFIL COMPORTAMENTAL: No hace contingente seguimiento instruccional. No muestra habilidades sociales. Asiste a consulta con tía en segundo grado por parte de madre, desde los dos meses de vida esta bajo su custodia y no tiene contacto con los padres biologicos.</p> <p>3. PERFIL SOCIO-EMOCIONAL: Baja tolerancia a la frustración.</p> <p>4. CONCEPTO: Tiene un Coeficiente intelectual entre el rango de déficit cognitivo leve (CIT 54), con fortaleza en Memoria de trabajo, sin embargo tiene periodos atencionales que no son funcionales. Hay mayor compromiso en Comprensión verbal, donde no tiene habilidades en expresión verbal o en comprensión de instrucciones.</p> <p>5. SUGERENCIAS: Se recomienda sea incluido en un sistema escolar adecuado para sus</p>

## Certificados médicos grupo control

**INFORME PSICOLÓGICO**

  
**Los Libertadores**  
Fundación Universitaria

Nombre:   
 Fecha De Nacimiento: 30 de Abril de 2002  
 Edad: 9 Años  
 Escolaridad: 2ª Primaria  
 Fecha De Evaluación: 08 de Noviembre de 2011  
 Motivo De Evaluación: Evaluación de Nivel y Funcionamiento Intelectual.  
 Prueba Psicológica: Wisc-R

Para responder al motivo de consulta se aplicó la prueba WISC-R- Español (Escala de Inteligencia Revisada para el Nivel Escolar), cuya finalidad es medir la capacidad de resolver problemas en dos escalas: Escala verbal y Escala de ejecución.

La escala verbal contiene mediciones sobre Información, Vocabulario, Aritmética, Semejanzas, comprensión de situaciones y retención de dígitos; esta escala corresponde al procesamiento de información con base en los conocimientos que tiene el niño dada por factores educativos y de comunicación cultural.

La escala de ejecución comprende, mediciones de composición de objetos, claves y laberintos; esta escala mide procesos de percepción y expresión visual-motora en pruebas de diseño con cubos, figuras incompletas, ordenación de dibujos y velocidad de expresión sobre la base de un estímulo.

Los resultados obtenidos por  A en la prueba de Inteligencia WISC-R- Español, se establecen de la siguiente manera:

ESCALA VERBAL.	Puntaje Normalizado	CI Escala	CI Total
Información	1		
Semejanzas	6		
Aritmética	5		
Vocabulario	5		
Comprensión	5		
(Retención de Dígitos)	(3)		
<b>Suma de la escala</b>	<b>21</b>	<b>64</b>	
<b>ESCALA DE EJECUCIÓN</b>			
Figuras Incompletas	10		
Ordenación de dibujos	2		
Diseño con cubos	5		
Composición de objetos	7		
Claves	3		
(Laberintos)	(1)		
<b>Suma de la escala</b>	<b>27</b>	<b>71</b>	
<b>Suma de las escalas</b>	<b>48</b>		<b>63</b>

Carretera 16 No. 63A - 68 / Bogotá D.C. Colombia  
 Tel. (571) 254 47 50 - 254 47 97  
[www.ulibertadores.edu.co](http://www.ulibertadores.edu.co)


**FUNDACIÓN LISA CENTRAL CONTRA LA EPILEPSIA**  
 MEMBRO DE LA ILAE - IEE - LICE  
 Calle Central 887, Distrito de San Juan de los Rios, Provincia de Guayas  
 Teléfono: (091) 261 41 41 - 261 41 42  
 E-mail: [lisacentral@lisa.org.ec](mailto:lisacentral@lisa.org.ec)

**INFORME DE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA**

Nombre: [REDACTED]  
 Edad: 6 años, 6 meses  
 HC: [REDACTED]  
 Fecha del Informe: 16 de febrero de 2017

**MOTIVO DE CONSULTA:** Remite psicóloga (Lilina Carval para evaluación Coeficiente Intelectual)

**OBSERVACIONES SOBRE SU COMPORTAMIENTO DURANTE PROCESOS DE EVALUACION:**  
 Se presentó como un niño inquieto, respuestas impulsivas, no hace caso, hace distracción de atención negativa, existe inmadurez motora gruesa y fina que no permite organiza postura y períodos de atención.

**PRUEBA APLICADAS:**

- Escala de inteligencia WISC-III

**RESULTADOS DE LAS PRUEBAS APLICADAS:**

- En la prueba WISC-III de inteligencia para niños de Wechsler- Tercera edición obtuvo las siguientes puntuaciones

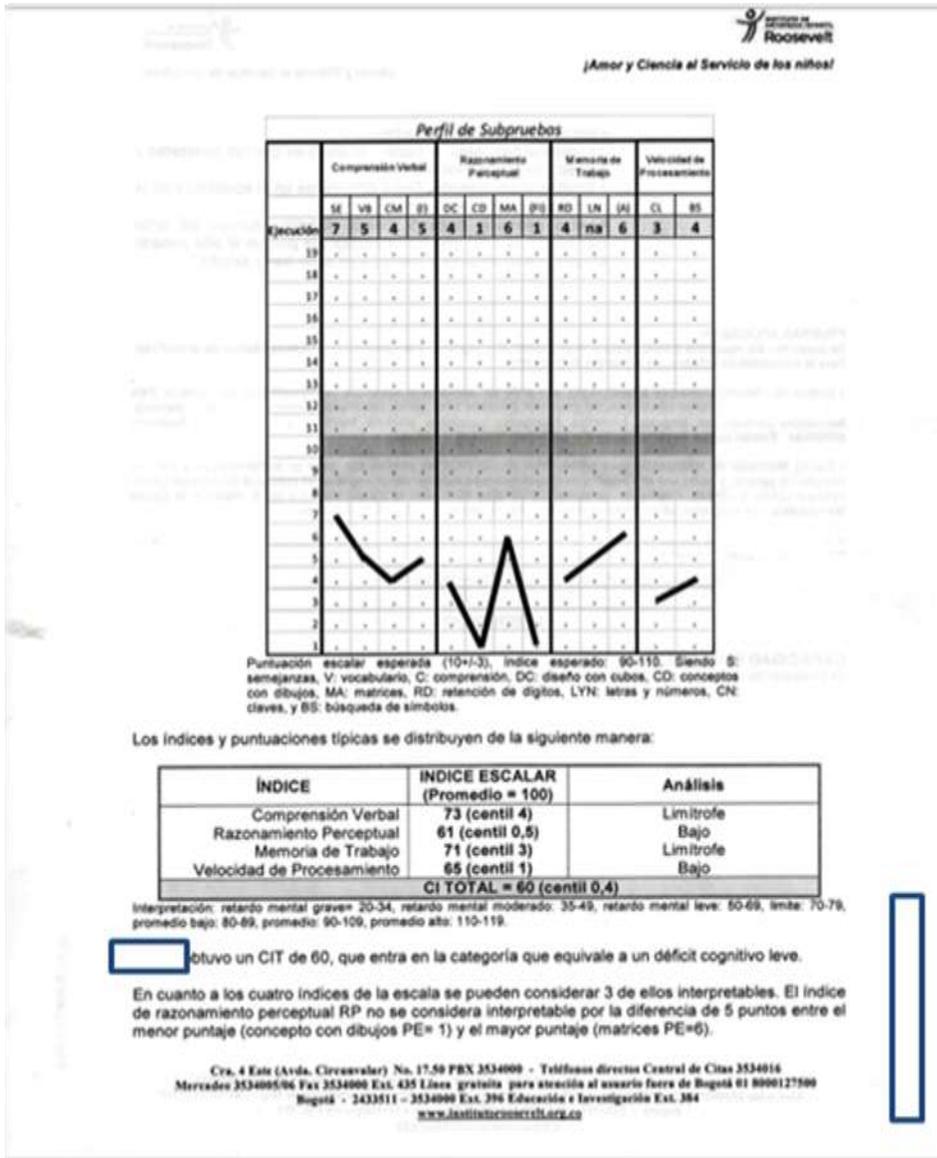
CI Verbal.....	83 norma bajo
CI Ejecutivo.....	66 deficiente leve
CI Total.....	73 en el límite
• Índice de Comprensión Verbal.....	92 normal
• Índice de Organización Perceptual.....	71 límite
• Índice de Ausencia a la Distractibilidad.....	61 deficiente leve

**CONCLUSIONES:** De acuerdo con los resultados obtenidos, [REDACTED] es un niño con un funcionamiento intelectual "que impresiona" en un rango límite, el aspecto comporta mental contamina la prueba de forma importante, pues presenta conducta opositora, que no permite su colaboración, se evidenció caída en subpruebas de ejecución, adicional a esto hubo resistencia y actitud negativista ante las subpruebas, su actitud mejoró en las subpruebas verbal, tanto así que en la subprueba de vocabulario obtuvo un puntaje de 19, que es la puntuación escalar máxima a obtener y que habla de "Factor de Inteligencia General" y que sugiere excelentes habilidades para los aprendizajes.

**IDX:**

- Capacidad cognitiva en el límite
- Trastorno Opositor Desafiante.
- Cuadro dispraxico que altera procesos atencionales y procesos lecto-escritos.
- Búsqueda de atención negativa.

Psicóloga Dra. Gloria Amparo Alfaro  
 Página 1 de 2



ANEXO TECNICO No. 3  
MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL  
SERVICIO DE AUTORIZACIONES DE SERVICIOS DE SALUD

F-FAC-Tr-47-V0

NUMERO DE ATENCION		FECHA		HORA	
		08 02 2013			
INFORMACION DEL PRESTADOR					
E.S.E HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS/ 257004005801 NT X 832000760-8					
Telefono	091	7309230	Direccion Prestador CALLE 13 No 10-48		
o	Indicativo	Numero	Departamento	CUNDINAMARCA	Municipio
			2	5	
ENTIDAD A LA QUE SE LE INFORMA (PAGADOR)					
Capitcom.					
DATOS DEL PACIENTE					
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre	2do Nombre
Fecha de Nacimiento					
Tarjeta de Identidad		Adulto sin Identificación		Documento de Identidad	
Cedula de Ciudadania		Menor sin Identificación		Registro civil	
				Cedula de extranjeria	
				Pasaporte	
Direccion Residencia Habitual					
			Depto.	Municipio	
Telefono/ Celular		Correo Electronico			
Cobertura en Salud					
Regimen Contributivo		Regimen Subsidiado Parcial		Poblacion Pobre no Asegurada sin SISBEN	
Regimen Subsidiado Total		Poblacion Pobre no Asegurada con SISBEN		Desolazado	
				Plan Adicional de Salud	
				Otro	
INFORMACION DE ATENCION Y SERVICIOS SOLICITADOS					
Origen de Atencion			Tipo de Servicio Solicitado		Prioridad de la atencion
Enfermedad General		Accidente de Trabajo		Evento Catastrof	
Enfermedad Profesional		Accidente de Transito		Posterior a la Atencion Inicial de Urgencias	
				Servicios Electivos	
Ubicación del Paciente al Momento de la Solicitud de la Autorización					
Consulta Externa		Hospitalización		Servicio	
Urgencias		Ambulatorio		Cama	
				pediatrica	
Manejo Integral Según Guía de:					
CODIGOS CUPS		CANTIDAD	DESCRIPCION		
1		1	Laboración por terapia ocupacional		
2			# 10 sesiones.		
3					
4					
5					
JUSTIFICACION CLINICA					
Impresión Diagnostica					
Diagnostico Principal	Codigo CIE10	Descripcion			
	F70.1	Trastorno del aprendizaje R.M.I.lev.			
Diagnostico Relacionado 1					
Diagnostico Relacionado 2					
Diagnostico Relacionado 3					
INFORMACION DE LA PERSONA QUE INFORMA					
Nombre de quien Informa		Telefono		Indicativo	
				Serial	
				Extencion	
Cargo o Actividad		Telefono Celular:			
MEDICO		FIRMA			
N° RM					

**Apéndice B****Plantilla de respuesta Instrumento****CUESTIONARIO SOBRE CONOCIMIENTOS**

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

El siguiente cuestionario tiene como fin identificar tus conocimientos. Recuerda que no hay respuestas buenas, ni malas, marca con una X, la respuesta que consideras verdadera.

n°	PREGUNTA		
1	Los secretos siempre deben guardarse	SI	<del>NO</del>
2	Los niños y las niñas también tienen derecho como los adultos	<del>SI</del>	NO
3	A veces está bien decir no a un adulto cuando te pide algo que no está bien.	<del>SI</del>	NO
4	Cuando hablas de abuso sexual quiere decir que te pegan	SI	<del>NO</del>
5	Está bien decir no y marcharse si alguien te toca de forma que no te gusta.	<del>SI</del>	NO
6	Si alguien te toca de forma que no te gusta o piensas que está mal lo contarías a alguien.	<del>SI</del>	NO
7	Las personas que abusan de los niños y las niñas son siempre son adultas.	SI	<del>NO</del>
8	Si tu amigo te dice que no será más tu amigo si no le das tu ultimo dulce se lo darías	SI	<del>NO</del>
9	Tu cuerpo es tuyo y te pertenece.	<del>SI</del>	NO
10	Los niños y las niñas mayores que tú, también pueden abusar de los más pequeños.	<del>SI</del>	NO

11	Los adultos quieren, miman y consienten a la mayoría de los niños y las niñas y niñas.	SI	<del>NO</del>
12	Si alguien abusa de un niño es porque se ha portado mal.	SI	<del>NO</del>
13	Cualquier persona que tú quieres sea familiar o amigo puede abusar de ti o de un amigo.	SI	<del>NO</del>
14	Si alguien te toca de una manera que no te gusta, tú tienes la culpa.	SI	<del>NO</del>
15	Los abusos sexuales solo pueden ocurrir en sitios alejados y oscuros.	SI	<del>NO</del>
16	Si un adulto te dice que tienes que hacer algo tú siempre lo tienes que hacer.	SI	<del>NO</del>
17	Tú tienes que dejarte tocar por un adulto te gusto o no.	SI	<del>NO</del>
18	Solo los abusos sexuales le pasan a las niñas	SI	<del>NO</del>

## Apéndice C

### Solicitud Centro de Educación Especial

ALCALDÍA MUNICIPAL DE SOACHA  
SECRETARÍA PARA EL DESARROLLO SOCIAL  
Y PARTICIPACIÓN COMUNITARIA

**CENTRO DE ATENCIÓN PARA NIÑOS, NIÑAS, JÓVENES Y  
ADULTOS CON DISCAPACIDAD "CADIS"**

Soacha, 21 de Mayo de 2014

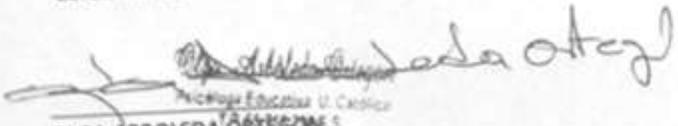
Señores,  
UNIVERSIDAD DE LA SABANA  
Facultad de Psicología  
Especialización en Psicología Clínica de la Niñez y Adolescencia  
Chía, Cundinamarca

**Asunto:** Autorización Aplicación programa PROTEGEME

El Centro de Atención para Niños y Jóvenes en Condición de Discapacidad de Soacha (CADIS), certifica que la estudiante Lilia Zarela Pinilla Cueva, identificada con C.C. 1.031.126.018, quien está realizando su proyecto de grado en la Especialización en Psicología Clínica de la Niñez y Adolescencia de la Universidad de la Sabana, aplicó el programa PROTEGEME de prevención primaria de abuso sexual en niños y niñas con discapacidad cognitiva leve, con el previo consentimiento de los padres de familia y del centro de atención.

Agradecemos su atención,

Cordialmente

  
Psicóloga Educativa U. Calles  
**OLGA ARBOLEDA ORTEGA S.**  
PROFESIONAL ESPECIALIZADO - CADIS.

## Apéndice D



### CONSENTIMIENTO INFORMADO

El siguiente programa a aplicar denominado **PROTEGEME** hace parte del trabajo de grado de la Psicóloga Lilia Zarela Pinilla Cueva, estudiante de la Especialización en Psicología Clínica de la Niñez y Adolescencia de la Universidad de la Sabana. Dicha investigación pertenece al Grupo Procesos Psicológicos y Contexto Social de la Facultad de Psicología, bajo la dirección del Docente Jaime Humberto Moreno, Magíster en Psicología con Énfasis en Clínica de la Universidad Católica de Colombia. El objetivo del programa es desarrollar en niños y niñas con discapacidad intelectual leve, conocimientos y habilidades de afrontamiento para la prevención del abuso sexual con apoyo de los padres, cuidadores y los profesores. Los resultados de la investigación van a ser publicados en revistas científicas manteniendo la total confidencialidad de los participantes.

La participación es de manera voluntaria, si en algún momento usted decide retirarse o retirar a su hijo/a, no habrá ningún problema con la Universidad o la Institución donde se encuentra en este momento.

La institución educativa no tiene responsabilidad alguna en la investigación ya que solo nos brindó el espacio, el contacto con usted y su hijo para poder llevarlo a cabo.

Si su decisión es que usted y su hijo participe en la aplicación del Programa **PROTEGEME**, por favor escriba en los espacios indicados a continuación:

Yo \_\_\_\_\_ identificado con cédula de ciudadanía \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ autorizo la participación de mi hijo/a \_\_\_\_\_ en la aplicación del Programa PROTEGEME con el fin de desarrollar conocimientos y habilidades de afrontamiento para la prevención del abuso sexual. He sido informado del propósito de la investigación y el ejercicio que se llevará a cabo y que la información recolectada solo será con fines académicos y mantenida en confidencialidad.

Se firma a los \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma Padre/Madre de familia

\_\_\_\_\_  
Firma de la investigadora



## CONSENTIMIENTO INFORMADO

El siguiente programa a aplicar denominado **HABITOS DE VIDA SALUDABLE** hace parte del trabajo de grado de la Psicóloga Lilia Zarela Pinilla Cueva, estudiante de la Especialización en Psicología Clínica de la Niñez y Adolescencia de la Universidad de la Sabana. Dicha investigación pertenece al Grupo Procesos Psicológicos y Contexto Social de la Facultad de Psicología, bajo la dirección del Docente Jaime Humberto Moreno, Magíster en Psicología con Énfasis en Clínica de la Universidad Católica de Colombia. El objetivo del programa es desarrollar en niños y niñas con discapacidad intelectual leve, conocimientos y habilidades para los hábitos de vida saludable con apoyo de los padres, cuidadores y los profesores. Los resultados de la investigación van a ser publicados en revistas científicas manteniendo la total confidencialidad de los participantes.

La participación es de manera voluntaria, si en algún momento usted decide retirarse o retirar a su hijo/a, no habrá ningún problema con la Universidad o la Institución donde se encuentra en este momento.

La institución educativa no tiene responsabilidad alguna en la investigación ya que solo nos brindó el espacio, el contacto con usted y su hijo para poder llevarlo a cabo.

Si su decisión es que usted y su hijo participe en la aplicación del Programa HABITOS DE VIDA SALUDABLE, por favor escriba en los espacios indicados a continuación:

Yo \_\_\_\_\_ identificado con cédula de ciudadanía \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ autorizo la participación de mi hijo/a \_\_\_\_\_ en la aplicación del Programa HABITOS DE VIDA SALUDABLE con el fin de desarrollar conocimientos y

habilidades de hábitos de vida saludable. He sido informado del propósito de la investigación y el ejercicio que se llevará a cabo y que la información recolectada solo será con fines académicos y mantenida en confidencialidad.

Se firma a los \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

---

Firma Padre/Madre de familia

---

Firma de la investigadora

Apéndice E

Programa Protégeme\*

\*Archivo adjunto en CD

Apéndice F

Manual del niño\*

\*Archivo adjunto en CD