



**Trastornos psiquiátricos en niños y
adolescentes víctimas de abuso sexual
en la Región Caribe colombiana entre el
2017 y 2018**

**Palacio Pérez Johana Esther
Salabarría Rosales Maira Ester**

Universidad Simón Bolívar
Programa de Psiquiatría
Barraquilla (Atl), Colombia
2019

Trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes víctimas de abuso sexual en la Región Caribe colombiana entre el 2017 y 2018

Palacio Pérez Johana Esther
Salabarría Rosales Maira Ester

Informe Final de Ejercicio de Investigación:
Proyecto de Investigación

Tutor:

Humberto Molenillo Blanquicet
Md., Esp., Psiquiatría

Henry J Gonzalez Torres
Bio., Esp., Stat., Alp., MSc. Biology (GenPop)

Narledis Nuñez Bravo
Ft., MSc., Fisioterapeuta.

Universidad Simón Bolívar
Programa de Psiquiatría
Barraquilla (Atl.), Colombia

2019

Dedicatoria

A Dios, que nos permitió con su bondad y amor llegar hasta este punto.

A nuestras familias que con mucha paciencia nos tomaron de la mano y nos dieron fortaleza en este camino.

Agradecimientos

Al Dr Fredy Sánchez, que desde el día cero, confió en nosotras, nos tomo de su mano y nos guio durante estos tres años, brindándonos toda su paciencia y su conocimiento con el único fin de desarrollar las habilidades necesarias para lograr ser profesionales de excelencia.

A nuestros padres, esposos e hijos, quienes han comprendido durante este camino nuestra ausencia y nos han llenado de amor en cada instante por muy difíciles que fuese el camino.

Tabla de Contenido

	Pág.
Resumen	VII
Abstract	VIII
Introducción	11
1. Problema de Investigación	13
1.1 Planteamiento del Problema.....	13
1.2 Justificación	16
2. Objetivos	18
2.1 Objetivos específicos	18
3. Marco Teórico	19
3.1 Abuso sexual infantil y adolescente.....	20
3.1.1 Consecuencias a corto y largo plazo.....	27
3.1.2 Consecuencias a corto plazo.....	28
3.1.3 Consecuencias a largo plazo.....	29
3.2 Secuelas psiquiátricas en niños y adolescentes abusados sexualmente.	30
3.3 Marco legal	30
4. Diseño Metodológico	35
4.1 Tipo de Estudio	35
4.2 Área de Estudio	35
4.3 Población y Muestra.....	35
4.4 Instrumento de Captura de Datos.....	36
4.5 Fase de Análisis de Datos	36
4.5.1 Ética de la investigación	36
4.5.2 Operacionalización de las variables	37
5. Resultados y Discusiones	40
6. Conclusiones y Recomendaciones	46
6.1 Conclusiones.....	46
6.2 Recomendaciones.....	46

7. Referencias Bibliográficas	47
A. Anexo.....	55

TABLA DE ANEXOS

ANEXO 1: PRESUPUESTO.....	54
ANEXO 2: CRONOGRAMA.....	54
ANEXO3: COMITÉ DE ETICA.....	55

Resumen

En Colombia el abuso sexual infantil ha venido en aumento, y con ello las patologías mentales que están asociadas a este tipo de evento, en la Región Caribe colombiana los reportes asociadas a esta problemática son pobres.

Objetivo: Relacionar los trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes víctimas de abuso sexual en la Región Caribe Colombiana.

Metodología: Estudio analítico, retrospectivo, cuantitativo de las víctimas de abuso sexual atendidas en servicio de consulta externa de único centro estatal en la Región Caribe colombiana. Se identificaron en las historias clínicas (HC) realizadas por psiquiatría infantil, aquellas en las cuales se encontrare al menos un trastorno psiquiátrico posterior a ser víctimas de abuso sexual. A estas se les caracterizó sociodemográfica y se estableció la relación entre las características del abuso, el vínculo del agresor y el trastorno mental a través de un χ^2 y un Análisis de Correspondencias Simple.

Resultados: Se evaluaron en total 60 HC. El principal grupo de riesgo fueron las niñas en edad adolescente (70%). los trastornos de mayor prevalencia fueron el depresivo (53.3%), Trastorno mixto de ansiedad y depresión (25%) y perturbación en la actividad y atención con un 16%. La edad, sexo, tipo de abuso, cercanía con el abusador y trastorno mental diagnosticado tuvieron una asociación significativa (p-valor < 0.05).

Conclusiones: El abuso sexual es un evento vital que actúa como factor estresor desencadenante de patologías mentales, Los datos evidencia que hay una asociación multifactorial, respondiendo a la naturaleza del abuso.

Palabras clave: Abuso sexual; Infancia y Adolescencia; Depresión; Ansiedad; Psicosis

Abstract

In Colombia, child sexual abuse has been increasing, and with it the mental pathologies that are associated with this type of event, in the Colombian Caribbean Region the reports associated with this problem are poor.-.

Objective: Relate psychiatric disorders in children and adolescents' victims of sexual abuse in the Colombian Caribbean Region.

Methodology: Analytical, retrospective, quantitative study of victims of sexual abuse treated in an outpatient service of the only state center in the Colombian Caribbean Region. They were identified in the medical records (HC) performed by child psychiatry, those in which at least one psychiatric disorder will be found after being victims of sexual abuse. These were characterized as sociodemographic and the relationship between the characteristics of the abuse, the link of the aggressor and the mental disorder was established through a χ^2 and a Simple Correspondence Analysis.

Results: A total of 60 HC was evaluated. The main risk group was adolescent girls (70%). the most prevalent disorders were depressive (53.3%), mixed anxiety and depression disorder (25%) and activity and attention disturbance with 16%. Age, sex, type of abuse, proximity to the abuser and diagnosed mental disorder had a significant association (p-value <0.05).

Conclusions: Sexual abuse is a vital event that acts as a triggering factor for mental pathologies. The data shows that there is a multifactorial association, responding to the nature of the abuse.

Key word: Sexual Abuse; Childhood; Depression; Anxiety; Psychosi

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el abuso sexual infantil (ASI) como “una acción en la cual se involucra a un menor en una actividad sexual que él o ella no comprende completamente, para la que no tiene capacidad de libre consentimiento o su desarrollo evolutivo (biológico, psicológico y social) no está preparado o también que viola las normas o preceptos sociales (...) con el fin de gratificar o satisfacer a la otra persona (o a un tercero)”. La acción abusiva puede ser ejercida tanto por adultos como por otros menores de mayor edad o estado de desarrollo, abarcando el contacto físico (oral-genital, genital-genital, genital-rectal, mano-genital, mano-rectal o mano-senos), forzar al menor a ver la anatomía sexual (exhibicionismo) o pornografía o usarlo en la producción de la mismas (1) y los comentarios o insinuaciones sexuales (2).

El ASI es un problema de salud pública: Según cifras de la OMS, para el 2016, una de cada cinco mujeres y uno de cada trece hombres declara haber sido víctima de ASI (2). De igual forma, Stoltenborgh et al (3) realizaron un meta-análisis estimando una prevalencia mundial de 11,8% (118 por 1.000 niños). Al discriminar la prevalencia según el sexo, fue mayor en niñas (18% frente al 7,6%). Existió también variabilidad geográfica encontrándose la menor prevalencia de ASI en Asia, la mayor para niñas en Australia y en niños en África. Esto refleja posiblemente las diferencias culturales con respecto a la sexualidad. En el caso de los niños, la prevalencia de ASI es más frecuente en países de escasos recursos (4,5). Otro hallazgo interesante fue la gran heterogeneidad de los estudios sobre el tema y

cómo influyen la definición de ASI utilizada y la forma de recoger la información en la prevalencia reportada (6).

El ASI tiene efectos estructurales, funcionales y neuroendocrinos en el cerebro en desarrollo (7): ya que la infancia es una etapa vulnerable a factores estresantes, el ASI es capaz de alterar la plasticidad cerebral desviando el neurodesarrollo y afectando la maduración cerebral del menor, al ocasionar fallos en la neurogénesis, mielinización, sinaptogénesis y poda neuronal; asimismo produciendo daños posteriores en el hipocampo, amígdala, cerebelo, cuerpo caloso, hipotálamo y corteza cerebral (8,9). También se presenta una alteración en el eje hipotalámico-hipofisario-adrenal (10). Por tal motivo, el ASI tiene un impacto negativo en el bienestar psicológico de los niños y en su desarrollo como adultos, asociándose a una variedad de problemas a corto y largo plazo tanto en víctimas masculinas como femeninas (3).

Los niños víctimas de ASI tienen un trastorno del desarrollo biopsicosocial presentando problemas de atención, memoria, lenguaje, desarrollo intelectual, fracaso emocional, y en la esfera emocional, problemas de empatía, tendencia a experimentar emociones negativas, reactividad emocional, mayor percepción de hostilidad en los otros, comportamiento impulsivo y mayor probabilidad de ejercer violencia en la vida adulta (8, 11). Todo lo anterior puede dirigir a psicopatología y morbilidad psiquiátrica (12).

1. Problema de Investigación

1.1 Planteamiento del Problema

El abuso sexual es cualquier forma de contacto sexual entre dos personas sin el consentimiento de una de ellas, o mediada por un diferencial de poder entre la víctima y el agresor o agresora, sin importar la edad de ambas o sus condiciones socioeconómicas, políticas y culturales , está presente como riesgo en todas las edades de la vida, generando consecuencias importantes en el ámbito de la salud mental en las personas que son víctimas, considerándose una adversidad temprana y con consecuencias altamente negativas para el desarrollo personal y en general como individuo (13).

Maniglio (14), investigador italiano, realizó una serie de revisiones sistemáticas sobre el rol del ASI en la etiología de varios trastornos psiquiátricos concluyendo que es un factor de riesgo para la aparición de depresión, lesiones auto-inflingidas suicidas y no suicidas (7), abuso y dependencia de sustancias (15), trastornos de ansiedad, especialmente desorden de estrés postraumático (16) y trastornos de la conducta (12). Chen et al (17) reportan como resultado de otra revisión sistemática una asociación también con trastornos de la conducta alimentaria y del sueño. Yüce et al (18) reportan desde Turquía, una prevalencia de trastornos psiquiátricos de 75,2% en niños y adolescentes víctimas de ASI, siendo los más frecuentes la depresión mayor (45,9%) y el desorden de estrés post-traumático (31,7%).

Los factores asociados a la aparición de problemas psiquiátricos fueron la ocurrencia de incesto, un asalto físico adicional y un mayor tiempo transcurrido desde el primer abuso hasta la evaluación psiquiátrica. Por otra parte, Arrom et al (19) reportan en adultos con antecedente de ASI que consultaron a un servicio ambulatorio de psiquiatría paraguayo, que el 36,4% tenía trastornos del estado de ánimo, 18,2% de ansiedad, 15,9% de personalidad, 4,5% psicóticos, 13,6% dos o más trastornos, y 6,8% patología dual. En otro estudio paraguayo, se encontraron 388 diagnósticos de trastornos psiquiátricos en 265 niños y adolescente atendidos en un departamento de psiquiatría. La depresión mayor fue el diagnóstico más frecuente, seguido del trastorno general de la personalidad, el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno oposicionista desafiante y trastorno de conducta (20).

En Colombia, de 2014 a 2018, el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses practicó 99.170 valoraciones por presunto delito sexual en menores de 18 años, con una tendencia al ascenso en los últimos dos años (21-23). En 2017 y 2018, respectivamente el 86,83% y 87,72% de todas las valoraciones por delito sexual practicadas correspondieron a niños y adolescentes, siendo las mujeres con mayores casos con un 85,6 % en relación a los varones con un 14,4 % en cuanto a la cercanía del núcleo familiar se determinó que el 78% de los casos corresponde a el núcleo de apoyo primario (21).

A nivel nacional se ha realizado estudios de caracterización, encontrándose en el 87.3% de los pacientes abusados presentaron una alteración en el examen mental, con diagnósticos de trastorno por ansiedad en un 27,5%, trastornos de la conducta con el mismo porcentaje, trastorno depresivo con un 25% y trastorno adaptativo con un 20% (24).

Sin embargo, frente a estos resultados en la Región Caribe Colombiana no se había evaluado los trastornos psiquiátricos en niños víctimas de abuso sexual, el cual es el objetivo principal del presente estudio, se plantea responder la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son los trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes víctimas de abuso sexual en la Región Caribe colombiana entre el 2017 y 2018?

1.2 Justificación

Actualmente la evidencia científica sobre el tema, en la Región Caribe es escasa. Este trabajo contribuiría a resolver este vacío de conocimiento. Determinar la prevalencia de trastornos mentales posterior a ASI, permitirá obtener información local y ajustada a los contextos culturales e ideológicos típicos de esta región, permitiendo marcar un precedente para adelantar estudios de impacto en la salud mental de la víctima de abuso sexual.

La importancia del reconocimiento de la víctima de ASI como de alto riesgo para el desarrollo de trastornos psiquiátricos radica en la posibilidad de prevenirlos o abordarlos de la manera más adecuada. Teniendo en cuenta las secuelas psiquiátricas que produce el ASI en la población infantil y adolescente, se hace imperante fomentar estudios de investigación que fortalezcan las intervenciones para el diagnóstico y tratamiento oportuno, en aras de disminuir las secuelas psiquiátricas. Conociendo las características de los pacientes, se podrán precisar factores susceptibles de intervención y mejorar desenlaces en salud.

Este proyecto le permitiría al Hospital Universitario C.A.R.I. construir protocolos institucionales de manejo contextualizados. De esta manera podrá optimizar la utilización de los recursos y proporcionar un servicio más adecuado a las víctimas de ASI con trastornos psiquiátricos.

El Hospital Universitario C.A.R.I. es una institución con una gran experiencia la atención psiquiátrica. Se atienden un número considerable de pacientes, posibilitando la realización de este estudio. Por otro lado, la ejecución de este trabajo no representa riesgo real ni potencial sobre los pacientes. El método de recolección es documental, no se realizará ninguna intervención o modificación intencionada en los sujetos de estudio. En cambio, es sobre un tema relevante y su realización podría acarrear los beneficios ya descritos.

Este es un trabajo factible, sobre un tema de gran importancia en psiquiatría y su desarrollo permitirá la capacitación y crecimiento de los investigadores y la generación de nuevos proyectos de investigación en salud mental.

2. Objetivos

Analizar los trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes víctimas de abuso sexual en los niños atendidos en la consulta externa de psiquiatría infantil de una institución pública en los años 2017 y 2018.

2.1 Objetivos específicos

- Determinar el trastorno mental más prevalente diagnosticado posterior al abuso sexual en la población estudio
- Establecer la relación entre las características del abuso, el vínculo y el desarrollo del trastorno mental.

3. Marco Teórico

El maltrato infantil es definido por la OMS como el abuso y la desatención hacia los menores de 18 años. Donde se Incluyen todos los tipos de maltrato: Físico, psicológico, negligencia, abuso sexual, desatención, y explotación comercial, ocasionando al niño daño en su salud, su desarrollo o dignidad y poniéndose en riesgo su supervivencia (25). El maltrato infantil es un problema de salud mundial y millones de infantes sufren consecuencias por esto y trastornos de su integridad (25). Están establecidos en la literatura 4 tipos de maltrato, estos son: Maltrato físico, emocional o psicológico, negligencia y abuso sexual, los cuales están definidos como:

- **Maltrato físico:** Es la forma de maltrato infantil no accidental que produce daño físico real o potencial, enfermedad, la muerte de la víctima. Es llevada a cabo por uno de los padres ó ambos, por una persona responsable, en posición de confianza ó de poder sobre el menor. Puede ser ocasionados una ó varias veces (26).
- **Maltrato emocional o psicológico:** El infante carece de un entorno adecuado y contenedor, el cual fomenta el desarrollo de capacidades emocionales y sociales en él. En el niño se produce un ataque al sentido del yo con actos u omisiones por parte de sus tutores, ocasionando trastornos conductuales, emocionales, cognitivos o mentales graves (26).

- **Negligencia:** Es la omisión de proveerle al niño aquello que necesita para desarrollarse sanamente, para su dignidad, supervivencia, como: alimentación, salud, higiene, vivienda, protección, la educación y condiciones de seguridad, que deben ser brindadas por los adultos a cargo.
- **Abuso sexual:** Son aquellas conductas con fines sexuales en las que un menor de edad es utilizado por un adulto u otro menor (26,27).

3.1 Abuso sexual infantil y adolescente

El abuso sexual infantil y adolescente (ASI-A), ha provocado la realización de una serie de estudios desde diferentes enfoques, y a su vez se han planteado diferentes definiciones, no existiendo una definición universal. Por lo tanto “La tarea de encontrar una definición adecuada de abuso sexual es compleja”, para el estudio del tema de la presente investigación se han tenido en cuenta las siguientes conceptualizaciones tal y como lo muestra la Tabla 1.

Tabla 1. Definiciones de abuso sexual y adolescente

Autores	Definiciones
Wekerle, C. Miller, L. Wolfe, D. & Spindel, C. (28)	“Balazo en el aparato psíquico: produce heridas de tal magnitud en el tejido emocional, que hacen muy difícil predecir como cicatrizará el psiquismo y cuáles serán las secuelas”
National Center of Child	Define al ASI como aquellos contactos e interacciones entre un adulto y un niño, en la que el adulto (agresor) usa a este para su propia estimulación sexual. El abuso sexual también puede ser cometido por una persona menor de 18 años, cuando esta es significativamente mayor que el menor- víctima o cuando está en una posición de poder o control sobre el menor.

Abuse and Neglet

G. Fuentes 2011 (29)	Cuando una persona tiene poder sobre otra cuando le obliga a realizar algo que esta no desea. La persona que posee el poder se encuentra en una situación de superioridad sobre la víctima; impidiendo el uso y goce de su libertad.
Intebi, I. (30)	Se considera abuso sexual infantil a involucrar al niño en actividades sexuales que no llega a comprender totalmente, a las cuales no está en condiciones de dar consentimiento informado, o para las cuales está evolutivamente inmaduro y tampoco puede dar consentimiento, o en actividades sexuales que transgredan las leyes o las restricciones sociales.
Manual Save the children, 2001 (31)	El Abuso Sexual Infantil es una de las formas de maltrato. El manual lo define como “cualquier forma de contacto físico con o sin acceso carnal, con contacto y sin contacto físico realizado sin violencia o intimidación y sin consentimiento. Puede incluir: penetración vaginal, oral y anal. Penetración digital, caricias o proposiciones verbales explicitas”

Fuente: Elaboración propia con base a los autores citados

4.2.3 Tipos de comportamientos sexuales

Los comportamientos sexuales en niños, niñas y adolescentes según varios autores detallan una diversidad de actos que están enmarcados dentro de la categoría de los abusos, así como lo plantea Intebi (30) Es importante destacar que para que ocurran actos abusivos no sólo es por medio del contacto físico, ni mediante la penetración

Existe dos maneras de comportamientos, las cuales son: Por contacto físico y el otro tipo de conducta es sin contacto físico. El comportamiento sexual mediante contacto sexual físico (por debajo ó por encima del vestuario), incluyen: manoseo, tocamiento en las partes íntimas; penetración digital o de objetos, sexo oral,

penetración peneana (coito vaginal, anal). Este tipo de conductas se pueden dar por parte del agresor y más tarde podría darse por parte del menor en posición de victimario hacia otra persona que sea ahora víctima (32).

Los comportamientos sexuales sin contacto físico son: Palabras sexualizadas dirigidas al niño (ya sea en presencia del menor, o por notas, cartas, redes sociales, teléfono, computadoras). Exhibir genitales en frente al niño e incitación a que se desnude o masturbe delante del agresor. Voyeurismo (espiar la intimidad del niño), y mostrarles material pornográficos como; libros, revistas, videos, películas y páginas de internet (32).

Detección del abuso sexual infantil y adolescente

Respecto de la develación del acontecimiento de abuso, fue reportado que un tercio develó el abuso antes de cumplir los 18 años y el promedio de edad en que se develó fue a los 25,9 años. La familia y principalmente la madre es que hace la develación de los hechos de abuso sexual sobre el menor. En el 50% de los casos detectados suele ser por el relato del mismo niño; mientras que el 17% fue por indicios físicos que se descubrió el evento de abuso, por presencia de anomalías en la conducta del menor se dio en un 14%, por indicios socioculturales en 11%, por la preexistencia de un ambiente de abuso en 6% y un 8% corresponde al descubrimiento en el mismo acto (33).

La presencia de signos y síntomas en los menores abusados sexualmente, son reconocidos por los especialistas, con una detección afectación emocional, cognitiva y conductual. El proceso terapéutico, para abordaje y recuperación de la víctima, se realizó varias técnicas. Se hace intervención individual y grupal; es indispensable reconocer las habilidades que el niño(a) tienen, su edad y su desarrollo biopsicosocial (34).

En el abordaje terapéutico se llevan a cabo dos fases; se inicia con la fase de diagnóstico en la que se realiza una entrevista, observación, se aplican pruebas

psicológicas, puede incluir cuentos, proyecciones, en esta primera fase se toma tiempo, para poder explorar sobre la temática que se está tratando. La segunda fase se realiza intervención (34).

Indicadores para su detección

Es necesario que los profesionales tengan la formación adecuada, para que sean detectados los indicadores que llevan a sospechar un presunto ASI, para que identifique las características descritas en el abusador, determine los factores de riesgo y los de protección, y las consecuencias que podría tener (35).

Diversos autores describen dos indicadores de abuso, los indicadores físicos y los psicológicos. Los cuáles están estrechamente vinculados.

Los indicadores Psicológicos: Estos indicadores muestran las diversas reacciones de las víctimas, comprenden conductas agresivas, indicios de actividades sexuales, juegos sexuales inadecuados y continuos, comprensión detallada, no correspondientes a su edad cronológica sobre actos sexuales, dificultad para establecer amistades, desconfianza (sobre todo de las figuras significativas), dificultades en el área escolar (falta de participación, desconcentración, disminución llamativa y brusca del rendimiento académico), fugas del hogar, conductas regresivas, retraimiento entre otros.

Los indicadores físicos: No es habitual que las lesiones físicas en el ASI, por lo que no es muy frecuente hallarlas en el menor abusado. Se clasifican como específicos e inespecíficos, Las específicas que son propias del abuso sexual, presentando signos de lesión en genitales, región anal, sangrados, infecciones localizadas en los genitales, infecciones de transmisión sexual, embarazos (36). Los indicadores inespecíficos, son aquellos signos que pueden estar presentes en otros cuadros de maltrato infantil.

Indicadores comportamentales: Abarca llantos frecuentes, miedo a estar solo/a, cambios bruscos en la conducta, pérdida de apetito, aislamiento, fantasías o

conductas regresivas (chupar dedos, orinarse en la cama), agresividad, autolesiones, entre otras. Además la presencia de conductas hipersexuales como: masturbación, conductas sexuales inapropiadas, actividad sexual precoz; juegos sexuales tempranos, alta curiosidad sexual (37).

4.2.6 Factores de riesgo de las víctimas de abuso sexual

Un factor de riesgo se define como un conjunto de factores que aumentan la probabilidad de aparición de un fenómeno o de una conducta que va a afectar de manera negativa a una persona, un grupo o una comunidad (38). Los factores de riesgo de abuso sexual infantil son los factores que hacen susceptible de sufrir este hecho de abuso sexual por las circunstancias que rodeen al menor en cuanto a su entorno social, familiar y ambiental, además de las características de su personalidad, cuya presencia se relaciona con la probabilidad de aparición de abuso sexual infantil (39).

Tabla 2. Factores de riesgo de abuso sexual infantil

Contexto	Manifestación
Entorno Ambiental	<ul style="list-style-type: none"> • Convivencia múltiple (con tíos, abuelos, primos, etc.) • Convivencia con terceros ajenos a la familia. • Hacinamiento. • Vivienda en refugios, albergues o inquilinatos. • Habitación Compartida por el menor y un tercero. • Cama compartida por el menor y un tercero. • Falta de intimidad para bañarse o vestirse
Interacciones sociales del menor con individuos que evidencian los siguientes patrones de conducta:	
Entorno Social	<ul style="list-style-type: none"> • Comportamientos ambivalentes o confusos • Ofrecimiento de regalos y recompensas al menor • Agresividad (física, verbal, pasiva) • Poca empatía

- Dificultad para entablar y sostener relaciones interpersonales con el sexo opuesto
- Incompetencia social
- Sobrevaloración de la actividad sexual
- Promiscuidad
- Escaso o deficiente control de impulsos
- Actitud indiferente ante lo que no se asocia al machismo
- Inestabilidad con la pareja
- Agresivos con quienes perciben como débiles o indefensos
- Comunicación ambivalente y confusa

Familias multiparentales o reconstruidas:

- Separación de los padres biológicos del menor
- Fallecimiento, incapacidad o ausencia de uno de los progenitores
- Presencia de padrastro o madrastra

Familias monoparentales:

**Entorno
Familiar**

- Dinámica familiar disfuncional
 - Distanciamiento físico y afectivo de alguno de los progenitores
 - Dependencia económica absoluta de la figura paterna
 - Relaciones interpersonales disfuncionales entre la pareja
 - Relación desigual de poder
 - Figura paterna dominante y agresiva
 - Delegación del rol maternal a alguno de los hijos
 - Violencia física o psicológica
 - Figura materna víctima de maltrato
 - Problemas o interrupciones sexuales de la pareja
 - Figura paterna consumidor de alcohol u otras sustancias
 - Figuras paternas y maternas moralistas, y con fuertes convicciones religiosas
-

-
- Figura materna con dificultad para expresar afecto
 - Figura materna que evade los conflictos
 - Figuras maternas deprimidas o frágiles
-

Fuente: Factores de riesgo de abuso sexual infantil 2015 (39)

4.2.7 Perfil y característica de los abusadores sexuales infantiles y adolescentes

En la literatura se distinguen diferentes modelos del perfil del abusador sexual de menores, no siendo un perfil único, se habla de las características comunes y factores asociados en el victimario (40). Al no haber datos específicos, ni típicos de la personalidad de los abusadores, los autores plantean que cualquier persona podría llevar a cabo un abuso sexual en contra de un menor de edad. Es un grupo heterogéneo en el que no existe un características exclusivas, únicas (41).

Finkelhor y Krugman (41) presenta uno de los modelos más aceptados en medio de los diferentes modelos que investigan las causas del abuso sexual infantil. En éste modelo describe cuatro factores de riesgo para el abusador, siendo determinantes para que el abuso sexual se cometa, en la siguiente tabla se hace síntesis de algunos de ellos (42):

Tabla 3. Factores de riesgo para el abusador

Factor	Característica
Motivación del agresor para cometer el abuso	<ul style="list-style-type: none"> • Por repetición transgeneracional de experiencias previas de abuso en la infancia. • Por un componente psicopático de personalidad. • Por trastorno de control de impulsos. • pedófilo exclusivo, por fijación obsesiva con un objeto sexualizado
Habilidad del agresor para	Entre las razones individuales de la desinhibición se encuentran: El alcohol, la psicosis, la senilidad o el fracaso

superar sus propias inhibiciones y miedos. en la represión del incesto dentro de la dinámica familiar. y entre los factores de riesgo al respecto, encontramos la pornografía infantil y la incapacidad de los adultos para identificarse con las necesidades de los niños

Capacidad del agresor para superar las barreras externas o los factores de protección del niño Corresponden a factores de riesgo: La ausencia, enfermedad o distanciamiento de la madre o el hecho de que esté dominada o sea maltratada por su compañero; el aislamiento social de la familia; la existencia de oportunidades de estar a solas con el niño; la falta de vigilancia; etc.

Consecuencias psicológicas del abuso sexual. En la mayoría de los casos, el abuso sexual provoca en las víctimas numerosas secuelas negativas a nivel físico, psicológico y comportamental.

Fuente: El abuso sexual infantil: perfil del abusador, la familia, el niño víctima y consecuencias psíquicas del abuso (42)

Dos características más comunes a tener en cuenta son el género y la edad. Lo referente al género, en todos los estudios se evidencia que los agresores son en su mayoría varones entre el 90% al 95% (43). Casi siempre son mayores que el abusado, no tienen ninguna empatía con los niños y no consideran creen que lo que están haciendo este mal. El consumo de alcohol u otras drogas van a intensificar la escasa conciencia sobre sus malas acciones (44). En las edades medias de los 30 a los 50 años es que se exterioriza con mayor frecuencia estos acontecimientos de abuso sexual (45). Los ancianos generalmente no cometen este tipo de actos (44).

3.1.1 Consecuencias a corto y largo plazo

El abuso sexual en menores de edad es una experiencia traumática que le ocasiona importantes secuelas las cuales son varias. No se habla de un síndrome como tal,

porque signos y síntomas varían, teniendo en cuenta los diferentes factores que pueden influir en las manifestación clínicas de un síntoma específico, además por los genéticos, familiares, sociales y otras experiencias vividas posteriormente (46).

Las consecuencias que se derivan del abuso sexual en menores de edad se podrían clasificar en las que se observan a corto plazo ó las que se manifiestan a largo plazo, teniendo en cuenta a su vez el área que se vea afectada, ya sean de carácter físico, psicológico, mental, social o sexual. Se prefirió utilizar la primera clasificación descrita, debido a que en muchas ocasiones la sintomatología observada se podría corresponder a otro tipo de maltrato, por ejemplo manifestaciones física de un problema psicológico,

3.1.2 Consecuencias a corto plazo

El abuso sexual en ocasiones ocurre concomitante con otros tipos de violencia, por lo que, se pueden observar lesiones físicas, como hematomas, quemaduras o fracturas. Seldes et al (47) observaron que, de 39 niños abusados sexualmente, 51% presentaron lesiones vaginales, 20,5% manifestaciones cutáneas, 7,6% lesiones anales, 7,6% osteoarticulares, 2,5% bucales y en un 10,8% no se encontraron lesiones aparentes. Lesiones genitales y anales en mujeres menores de 21 años, sólo el 25% se debieron a abuso sexual; por lo que se hace necesario realizar un diagnóstico diferencial con variaciones anatómicas normales, con los accidentes de tránsito o las lesiones debidas a juegos o caídas u otras etiologías (47-49).

Existen también las consecuencias de embarazo, contraer enfermedades de transmisión sexual (ETS), En un estudio en niños con sospecha de abuso sexual, se determinó la presencia de gonorrea en 1,8%, Chlamydia trachomatis en 1,6%, Trichomonas vaginalis en 0,7% y ningún caso de sífilis o VIH; además observaron

colonización bacteriana por *Gardnerella vaginalis* en 24% de los casos y *Enterobacter* bacterias en 41,3% (50).

3.1.3 Consecuencias a largo plazo

Conforme pasa el tiempo pueden existir manifestaciones que se evidencian o empeoran posterior al abuso sexual, (50-52) y que perduran por mucho tiempo o de por vida. Las siguientes son las secuelas a largo plazo que pueden adquirir las víctimas:

A nivel social se ha observado: Predisposición por inicio de consumo de sustancias psicoactivas, padeciendo luego alcoholismo, tabaquismo, drogadicción, prostitución, delincuencia, fuga del hogar, fracaso y deserción escolar, desempleo, adolescente en embarazo, embarazos no deseados, conflictos familiares, dificultad para establecer relaciones interpersonales y altas tasas de separación y divorcio (46,48, 50)

Se presentan problemas de salud física como síncope crónico, dolores crónicos, síndrome de hiperventilación crónico, trastorno convulsivo refractario, enfermedad coronaria, cáncer, obesidad, enfermedades reumatológicas, úlceras gástricas, patología pulmonar y neurológica (41, 53,54).

Se presentan disfunción sexual asociadas a dispareunia, anorgasmia, insatisfacción sexual, dificultad para excitarse sexualmente, vaginismo, disfunción eréctil, trastornos de la eyaculación.

En la esfera psicoemocional se pueden desarrollar secuelas a nivel mental como son Trastornos Mentales. Los menores abusados tienen mayor vulnerabilidad de enfermar con depresión, ansiedad, trastorno de estrés postraumático, gestos e intentos suicidas, suicidio como tal, baja autoestima, enuresis, encopresis, trastornos de la conducta alimentaria, trastornos del sueño, labilidad emocional, agresividad, conducta antisocial en la adultez temprana, esquizofrenia, trastorno

bipolar, trastornos somatomorfos, déficit de atención e hiperactividad y problemas de memoria, aprendizaje; Estas patologías cambios que pueden ser explicados por las disregulaciones neurobioquímicas antes mencionadas (42, 45,46,48,50,54,55)

3.2 Secuelas psiquiátricas en niños y adolescentes abusados sexualmente.

Algunos aspectos que han motivado el interés de la psiquiatría actual por problemática del abuso sexual se relaciona con la psicopatología que se desencadena, presentándose también en pacientes de edad adulta y que han tenido antecedentes traumáticos infantiles, conocidos también como adversidades tempranas. Siendo muy frecuente los trastornos afectivos, trastornos ansiosos, trastornos alimentarios, trastornos por somatización y trastornos de personalidad (55).

También se presentan trastornos por estrés postraumático (45). A esto se suma el hallazgo frecuente en las consultas en servicios de medicina general, de urgencias, consulta externa por cuadros clínicos de colon irritable, cefaleas y síntomas ginecológicos (31,56). Finalmente, no se deben dejar de lado los riesgos de lesiones, infecciones de trasmisión sexual, aumento del consumo de sustancias, embarazos no deseados, abortos y otras repercusiones que se pueden presentar (45).

3.3 Marco legal

Colombia cuenta desde hace más de veinte años con avances normativos y de política pública que reflejan una nueva perspectiva en torno al reconocimiento y la garantía de los derechos de los niños, niñas y adolescentes como sujetos prevalentes de derechos, y que reafirman las responsabilidades del estado, la

sociedad y la familia en su realización. Así mismo, se encuentran los tratados y convenios internacionales suscritos por Colombia en materia de protección de los niños, niñas y adolescentes, como la convención sobre los derechos del niño aprobada por el congreso de la república mediante la ley 12 de 1991, en sus artículos 19 y 34 requiere de los estados parte adoptar todas las medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas apropiadas para proteger al niño contra toda forma de explotación, entre ellas, el abuso sexual. A continuación, se hace referencia de la normatividad internacional y nacional

Tabla 1. Marco normativo nacional protección de los niños, niñas y adolescentes

INSTRUMENTO JURÍDICO NACIONAL	DESCRIPCIÓN
CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA 1991	El Artículo 44 y 45. Establece los derechos fundamentales de los niños y niñas, como también la protección de aquellas formas de violencia y vulneraciones entre las que se encuentran la “violencia física o moral, secuestro, venta, abuso sexual, explotación laboral o económica y trabajos riesgosos”, entre otros. Así mismo, los adolescentes “tienen derecho a la protección y a la formación integral”
LEY 679 DE 2001	"por medio de la cual se expide un estatuto para prevenir y contrarrestar la explotación, la pornografía y el turismo sexual con menores, en desarrollo del artículo 44 de la constitución";
LEY 747 DE 2002:	"por medio de la cual se hacen unas reformas y adiciones al código penal (ley 599 de 2 000), se crea el tipo penal de trata de personas y se dictan otras disposiciones"
LEY 800 DE 2003	"por medio de la cual se aprueban la convención de las naciones unidas contra la delincuencia organizada transnacional y el protocolo para prevenir, reprimir y sancionar la trata de personas, especialmente mujeres y

	niños, que complementa la convención de las naciones unidas contra la delincuencia organizada transnacional, adoptados por la asamblea general de las naciones unidas el 15 de noviembre de 2000";
LEY 906 DE 2004	"por medio de la cual se expide el código de procedimiento penal",
LEY 985 DE 2005	"por medio de la cual se adoptan medidas contra la trata de personas y normas para la atención y protección de las víctimas de la misma".
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 de la cual se modifican algunos artículos del código penal relativos a delitos de abuso sexual";
LEY 1257 DE 2008:	"dicta normas para prevenir, erradicar y sancionar toda forma de violencia contra las mujeres, se reforman los códigos penal, de procedimiento penal y la ley 294 de 1996. violencia sexual discriminada por género",
LEY 1336 DE 2009	"por medio de la cual se adiciona y robustece la ley 679 de 2001, de lucha contra la explotación, la pornografía y el turismo sexual con niños, niñas y adolescentes"
LEY 1329 DE 2009	"por medio de la cual se modifica el título IV de la ley 599 de 2000 y se dictan otras disposiciones para contrarrestar la explotación sexual comercial de niños, niñas y adolescentes";
LEY 1453 DEL 24 DE 2011	: "por medio de la cual se reforma el código penal, el código de procedimiento penal, el código de infancia y adolescencia, las reglas sobre extinción de dominio y se dictan otras disposiciones en materia de seguridad. se crean los delitos de tráfico de niños, niñas y adolescentes (art. 188c) y uso de menores de edad para la comisión de delitos (art. 188d)"

LEY 1652 DE 2013	"por medio de la cual se dictan disposiciones acerca de la entrevista y el testimonio en procesos penales de niños, niñas y adolescentes víctimas de delitos contra la libertad, integridad y formación sexuales";
LEY 1719 DE	2014 "por la cual se modifican algunos artículos de las leyes 599 de 2000, 906 de 2004 y se adoptan medidas para garantizar el acceso a la justicia de las víctimas de violencia sexual, en especial la violencia sexual con ocasión del conflicto armado, y se dictan otras disposiciones"

Fuente: Adaptado de informe de información legal y política para la niñez y adolescencia víctima de abuso sexual, Cancillería Colombiana – 2018 (57,58)

Ahora bien, en el marco de la legislación colombiana se han desarrollado Políticas, tales como:

Tabla 2 Políticas nacionales a favor de la niñez en Colombia

Política Nacional	Descripción
Política Nacional de Construcción de Paz Y Convivencia Familiar 2005 - 2015 "Haz Paz"	Tiene como propósito principal prevenir y atender la violencia intrafamiliar mediante una estrategia intersectorial dirigida a apoyar a los individuos, las familias y las comunidades, en el marco de su misión: Transmitir principios y valores de convivencia y dotar a los núcleos básicos familiares de instrumentos para resolver los conflictos de manera pacífica
La Política Nacional de Salud Sexual Y Reproductiva:	Promueve el ejercicio de los derechos sexuales de toda la población, con especial énfasis en la reducción de los factores de vulnerabilidad y los comportamientos de riesgo, el estímulo de los factores protectores y la atención a los grupos con necesidades específicas ²
Política Pública Colombiana de Lucha Contra la Trata De Personas:	Está orientada a la adopción de medidas que permitan prevenir el fenómeno, brindar protección y asistencia para garantizar el respeto a los derechos humanos de todas las víctimas o posibles víctimas de la trata de personas, tanto en territorio nacional, como en el exterior, fortalecer las acciones de

persecución a organizaciones criminales, la investigación, judicialización y sanción del delito³

Estrategia Nacional Integral De Lucha Contra la Trata de Personas 2014-2018:

Adoptar medidas de prevención, protección y asistencia necesarias para garantizar el respeto de los derechos humanos de las personas víctimas de la trata de personas, tanto residentes o trasladadas en el territorio nacional, como los colombianos en el exterior y fortalecer las acciones del Estado frente al delito

FUENTE: Adaptado de informe de información legal y política para la niñez y adolescencia víctima de abuso sexual, cancillería colombiana – 2018(57,58)

4. Diseño Metodológico

4.1 Tipo de Estudio

Retrospectivo de tipo analítico.

4.2 Área de Estudio

Servicio Consulta Externa de Psiquiatría Infantil del hospital CARI

4.3 Población y Muestra

La población de la presente investigación está compuesta por todos los Niños y adolescentes entre los 6-18 años atendidos en la consulta externa de psiquiatría infantil en hospital universitario cari mental, en el año 2017 Y 2018.

Se revisaron 4409 historias clínicas (hc) pertenecientes al servicio Consulta Externa de Psiquiatría Infantil del único centro de remisión gubernamental de la Región Caribe Colombiana. Se catalogaron y clasificaron las historias clínicas de acuerdo al tipo de remisión y se escogieron solo aquellas con reporte de abuso sexual (n: 74); de estas últimas, se descartaron las que reportaron un diagnóstico previo de enfermedad mental y/o daño neurológico, así como aquellas cuya edad fuese menor a 5 años al momentos del estudio (n:11), obteniendo un total de 63 pacientes, de los cuales 3 no presentaron hasta el momento de la revisión de las historias clínicas diagnóstico de patología mental. .

Criterio de Inclusión

- Niños entre los 6-18 años atendidos en hospital un universitario cari, sede mental, con diagnóstico principal de abuso sexual.

Criterio de Exclusión

- Niños menores de 5 años mayores de 18 años.
- Niños con diagnóstico previo de trastorno mental
- Niños con diagnóstico previo de daño neurológico.

4.4 Instrumento de Captura de Datos

Historias clínicas suministradas y aprobadas por El hospital universitario CARI

4.5 Fase de Análisis de Datos

Los datos fueron expresados en frecuencia absolutas y/o porcentajes. Para evaluar la asociación univariada entre los trastornos mentales y cada las características de diagnóstico se utilizó un χ^2 ; la asociación multivariada se realizó con un Análisis de Correspondencias Simple con una elipse al 95% de confianza. El análisis estadístico fue realizado en el paquete estadístico R Project (Anexo1 ,2)

4.5.1 Ética de la investigación

Este estudio fue realizado de acuerdo a la Declaración de Helsinki. El mismo fue aprobado por el Comité de Bioética de Hospital Universitario C.A.R.I. sede Mental de Barranquilla, Colombia. El cual dio su consentimiento para la revisión de las Historias clínicas y garantizó la confidencialidad de las identidades de los pacientes (anexo3)

4.5.2 Operacionalización de las variables

Tabla 6. Operacionalización de las variables

Variable	Definición	Tipo	Categorías	Rango
Edad	Se define como el tiempo vivido una persona en años , que tiene inicio desde su fecha de nacimiento (59)	Cuantitativa continua	No aplica	5-18
Sexo	Es la condición que está ligada a la función reproductora biológica distinguiéndose en hembra o macho(60)	Cualitativa nominal categórica	1- Femenino 2- Masculino	1-2
Trastorno depresivo mayor	Es la presencia o persistencia durante 2 semanas o más de los siguientes síntomas: durante la mayor parte del día animo disminuido, perdida o interés disminuido casi todos los días a actividades que antes generaban placer, que se asocian con cambios en el peso sin cambios significativos, en la dieta., cambio del patrón de sueño, cambios motores, sensación de casación, ideas de minusvalía, concentración alterada, dificultad para esta y/o pensamientos	Cualitativa nominal categórica	0- No 1- Sí	0-1

	relacionados con la muerte(61)			
Perturbación de la actividad y de la atención	Se caracteriza por la presencia de inatención que interfiere significativamente con desarrollo de actividades diarias, y tiene como característica principal fallar en la atención a detalles, cuando se le habla parece no escuchar, no acata instrucciones y no logra finalizar sus obligaciones, constante distracción con estímulos pequeños, olvidos frecuentes de las actividades cotidianas. (61)	Cualitativa nominal categórica	0- No 1- Sí	0-1
Esquizofrenia	Trastorno el cual se caracteriza por alteración en percepción, pensamiento y emociones(61)	Cualitativa nominal categórica	0- No 1- Sí	0-1
Trastorno mixto de ansiedad y depresión	Trastorno el cual se caracteriza por la presencia de síntomas depresivo con la presencia de síntomas ansiosos, sin la predominancia clara o intensidad, para poder categorizarlo como un	Cualitativa nominal categórica	0- No 1- Sí	0-1

	trastorno de ansiedad o depresión(61)			
--	--	--	--	--

Fuente: Elaboración propia

5. Resultados y Discusiones

Se e evaluaron 74 pacientes con diagnóstico de abuso sexual, de los cuales el 81% cumplieron criterio de inclusión, para un total 60 pacientes. En su mayoría mujeres (70%), de estas, 11 fueron infantes (6 - 11 años) y 31 adolescentes (12-18 años); en el caso de los hombres (30%), 10 fueron infantes y 8 adolescentes. Totalizando 21 (35%) Infantes y 39 (65%) Adolescentes, hubo diferencias significativas entre la proporción de los rangos etario ($p < 0.05$).

El 88,3% de los pacientes fueron diagnosticados con Problemas relacionados con el abuso sexual del niño por persona dentro del grupo de apoyo primario (Z614) y 11,7% con Problemas relacionados con el abuso sexual del niño por persona ajena al grupo de apoyo primario (Z615), evidenciándose una marcada tendencia a ser alguien cercano al paciente ($p < .05$). Al relacionar los diagnósticos Z614 y Z615 con el sexo, no se encontró relación que determinara alguna asociación entre los mismos ($p > 0.05$).

Tabla 7. Trastornos mentales desarrollados en infantes y adolescentes víctimas de abuso sexual de acuerdo a Características de manejo.

Característica de Manejo	Nivel	Tipo de Trastorno					TOTAL
		F322	F412	F900	F208	F323	
Sexo	Hombre	5	2	9	1	1	18
	Mujer	27	13	1	1	0	42
Rango Etario	Infancia	4	9	8	0	0	21

	Adolescencia	28	6	2	2	1	39
Tipo de Abusador	de Z614	28	12	10	2	1	53
	Z615	4	3	0	0	0	7
Tipo de Abuso	Penetración	18	5	0	1	1	25
	Toqueteos	14	10	10	1	0	35

Fuentes Datos:

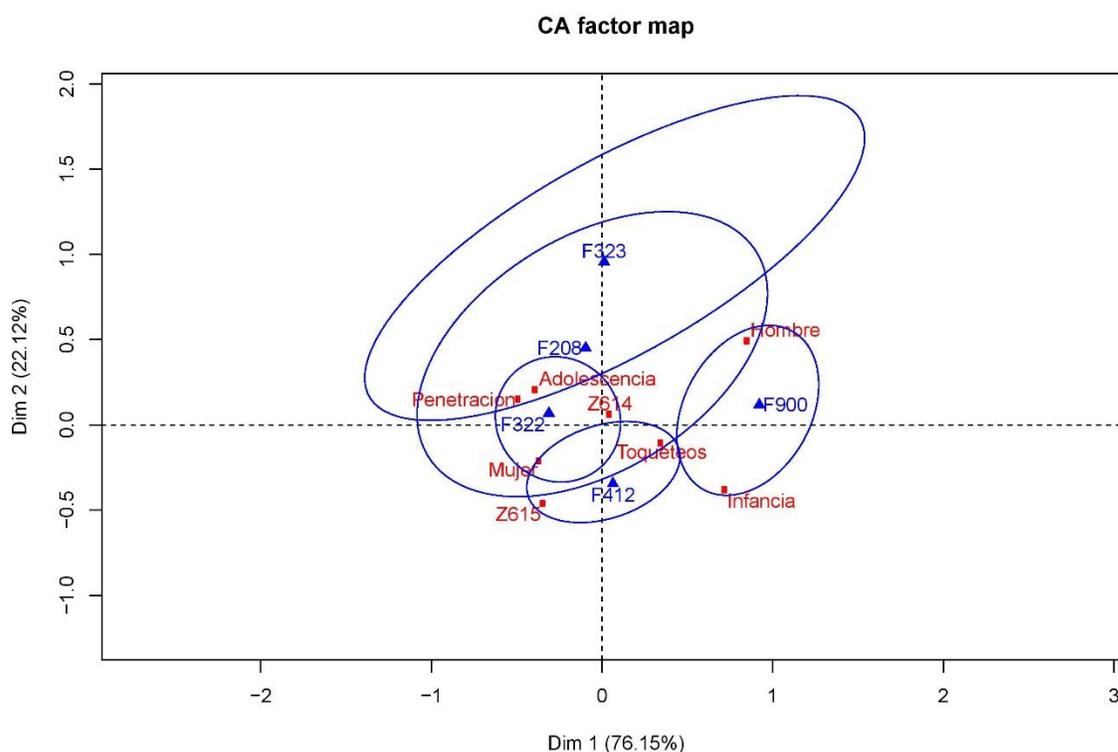
Z614: Problemas relacionados con el abuso sexual del niño por persona dentro del grupo de apoyo primario; **Z615:** Problemas relacionados con el abuso sexual del niño por persona ajena al grupo de apoyo primario; **F322:** Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos; **F412:** Trastorno mixto de ansiedad y depresión; **F900:** Perturbación de la actividad y de la atención; **F208:** Otras esquizofrenias; **F323:** Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos; **NS:** No significativo estadísticamente

El trastorno mental de mayor frecuencia fue el Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos (F322), con un 53%, seguido del Trastorno mixto de ansiedad y depresión (F412), con un 25%. Al hacer un CrossTab entre los diagnósticos de Trastornos Mentales con la Cercanía del abusador al grupo de apoyo primario, se pudo observar que aquellas personas que desarrollaron Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos con Problemas relacionados con el abuso sexual del niño por persona dentro del grupo de apoyo primario (Z614) representaron el 87,5% de este diagnóstico (F322).

Los trastornos mentales Perturbación de la actividad y de la atención (F900), Otras esquizofrenias (F208) y Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos (F323), fueron exclusivos de hallazgo para Problemas relacionados con el abuso sexual del niño por persona dentro del grupo de apoyo primario (Z615).

Para los rangos etarios el Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos (F322) fue el predominante para los adolescentes mientras que el Trastorno mixto de ansiedad y depresión (F412) fue para los Infantes, sin embargo, solo el primero mostró una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0.05$).

Ilustración 1 Análisis de Correspondencia (IC 95%) de los Trastornos mentales desarrollados en infantes y adolescentes víctimas de abuso sexual de acuerdo a Características de manejo.



El Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos (F322) aglomeró cuatro características de manejo, siendo estas: Adolescencia, Mujer, Problemas relacionados con el abuso sexual del niño por persona dentro del grupo de apoyo primario (Z614) y Penetración. Seguido por Trastorno mixto de ansiedad y depresión (F412) que aglomeró Toqueteos, Mujer y Problemas relacionados con el abuso

sexual del niño por persona ajena al grupo de apoyo primario (Z615). El Perturbación de la actividad y de la atención (F900) fue característico para Hombre e Infancia. AC indicó una interacción entre todas las características de manejo, relaciones de primer orden (directa: compartir al menos un nivel de una característica) o de segundo (indirecta: compartir la intersección de los intervalos de confianza).

Discusión

El abuso sexual infantil y adolescente incluye cualquier actividad de tipo sexual con un niño donde no hay consentimiento o éste no puede ser dado. Incluye los contactos sexuales que se producen a través del uso de la fuerza o la amenaza de su uso, independientemente de la edad de los participantes, así como todos los contactos sexuales entre un adulto y un niño, independientemente de si hay un engaño o no, o si el niño entiende la naturaleza sexual de la actividad (1, 2, 11). Este estudio es uno de los primeros reportes a la fecha en la Región Caribe colombiana sobre los trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes víctimas de abuso sexual. La prevalencia del abuso sexual a nivel mundial varía ampliamente debido a las diferencias legales de cada uno de los países, por lo cual resultan complejas las comparaciones.

Sin embargo, en relación a los trastornos mentales en víctimas de abuso sexual, en este estudio encontramos que el 95.2 % de los pacientes evaluados tenían una alteración en su salud mental, cifras que no se alejan en las encontradas en otras investigaciones siendo de 89% (23), 80% (63). El valor de la prevalencia con respecto a las mujeres es similar en reportes estatales del orden nacional y a nivel internacional, así como el tipo de agresor, el cual es cercano al grupo familiar primario.

En cuanto a los trastornos mentales en víctimas de abuso sexual, se encontró que el trastorno de mayor prevalencia fue el depresivo con un 53.3% seguido por el trastorno mixto de ansiedad y depresión con un 25%, perturbación en la actividad y atención con un 16% y siendo otras esquizofrenias y depresión con síntomas psicóticos los de menor prevalencia con un 3.3% y un 1.6% respectivamente, concordando con estudios en relación a la mayor prevalencia del trastorno depresivo (14-25), con variabilidad de porcentajes en los otros trastornos (61), sin embargo, estando dentro de los más diagnosticados. Asimismo, este estudio concuerda en que los trastornos que presentan síntomas psicóticos tienden a tener un baja prevalencia, sin embargo, es conexo con otros trastornos mentales empeorando así su pronóstico a largo plazo (64).

También se encontraron asociaciones importantes entre variables como la edad, sexo, tipo de abuso, cercanía con el abusador y trastorno mental diagnosticado (p -valor <0.05), con los siguientes hallazgos: El trastorno depresivo moderado se relaciona de forma equitativa con el tipo de abuso toqueteo y penetración, siendo más frecuente en mujeres, adolescentes y con un abusador dentro de grupo de apoyo primario; en cuanto al trastorno mixto de ansiedad y depresión, este está más relacionado con los toqueteos en mujeres en la infancia y con un tipo de abusador tanto por dentro como por fuera de su grupo de apoyo primario; por otra parte, el trastorno de perturbación de la actividad y la atención está más relacionado con toqueteos en hombres en su infancia, con abusador dentro de su grupo primario de apoyo lo cual se correlaciona con muchas publicaciones de otros autores, donde guarda relación de manera significativa y directa con el trastorno de conducta a nivel univariado o multivariado, incluso después de controlar una variedad de variables sociodemográficas, familiares y clínicas (13).

Llama la atención la correlación entre el diagnóstico de otras esquizofrenias con el abuso sexual tipo penetración y adolescencia, en abusador dentro del grupo

primario de apoyo, al igual del trastorno depresivo con síntomas psicóticos, relación que esta descrita en otros estudios, tomando el abuso sexual como un evento vital que actuaría como factor estresor desencadenante de patología mental grave, sin embargo, no hay datos claros para realizar una adecuada asociación, teniendo en cuenta la naturaleza multifactorial (65).

Se puede señalar que ningún individuo está preparado para ser víctima del abuso sexual, en relación a los niños y adolescentes se considera que es un evento vital, marcándolos de forma negativa a corto y a largo plazo, llegando a afectar de forma significativa a lo largo de sus vidas, en la esfera psicológico, bilógico y social. Este estudio mostró prevalencia similar a estudios descritos por otros autores a nivel nacional como internacional que permiten evidenciar que el abuso sexual en niños y adolescentes es un factor que predispone a patologías mentales.

Los trastornos del estado de ánimo, las mujeres y los abusadores dentro del grupo familiar primario, presentaron una prevalencia similar a nivel nacional e internacional descrita por otros autores. Es necesario realización de nuevas investigaciones que permitan ampliar el conocimiento en relación a esta problemática y poder realizar intervención temprana, así mismo establecer políticas o endurecimiento de estas con el fin de prevenir el incremento de las cifras de abuso sexual.

6. Conclusiones y Recomendaciones

6.1 Conclusiones

- Esta investigación permitirá servir como línea primaria para la realización de investigaciones nuevas, que contribuirán con la ampliación del conocimiento.
- Esta investigación presentó prevalencia similar a la descrita por diversos autores, tanto a nivel nacional como internacional.
- El principal grupo de riesgo fueron las niñas.
- El abuso sexual es un evento vital que actúa como factor estresor desencadenante de patologías mentales, Los datos evidencia que hay una asociación multifactorial, respondiendo a la naturaleza del abuso.

6.2 Recomendaciones

Teniendo en cuenta que esta investigación es un punto de partida en la región Caribe y que en Colombia el abuso sexual infantil ha venido en aumento y los reportes asociadas a esta problemática son pobres, se invita a la realización de mas estudios que permitan conocer de forma amplia la distribución de las variables, para poder evaluar si estas siguen correspondiendo a la información descrita a nivel mundial.

7. Referencias Bibliográficas

1. Franco A. Abuso sexual infantil : perspectiva clínica y dilemas ético-legales. Rev Colomb Psiquiatr. 2015;45(1):51-58. doi:10.1016/j.rcp.2015.07.003
2. General M, San U, Costa J. Abuso sexual en el paciente pediátrico Sexual abuse in the pediatric patient. 2019;36(1).
3. Stoltenborgh M, Ijzendoorn MH Van, Euser EM, Bakermans KMJ. A Global Perspective on Child Sexual Abuse : Meta-Analysis of Prevalence Around the World. 2011. doi:10.1177/1077559511403920
4. Matta Oshima KM, Jonson-Reid M, Seay KD. The influence of childhood sexual abuse on adolescent outcomes: the roles of gender, poverty, and revictimization. J Child Sex Abus. 2014;23(4):367-386. doi:10.1080/10538712.2014.896845
5. Bower C. The relationship between child abuse and poverty. Agenda. 2003;17(56):84-87. doi:10.1080/10130950.2003.9676025
6. Mathews B, Collin-Vézina D. Child Sexual Abuse: Toward a Conceptual Model and Definition. Trauma Violence Abuse. 2019;20(2):131-148. doi:10.1177/1524838017738726
7. Maniglio R. The role of child sexual abuse in the etiology of suicide and non-suicidal self-injury. 2011:30-41. doi:10.1111/j.1600-0447.2010.01612.x
8. Amores VA, Mateos MR. Revisión de la neuropsicología del maltrato infantil: la neurobiología y el perfil neuropsicológico de las víctimas de abusos en la infancia. Psicología Educativa. Psicol Educ. 2017;23(2):81-88. doi:10.1016/j.pse.2017.05.006

9. Blanco L, Nydegger LA, Camarillo G, Trinidad DR, Schramm E, Ames SL. Neurological changes in brain structure and functions among individuals with a history of childhood sexual abuse: A review. *Neurosci Biobehav Rev.* 2015;57:63-69. doi:10.1016/j.neubiorev.2015.07.013
10. Shrivastava AK, Karia SB, Sonavane SS, Sousa AA De. Child sexual abuse and the development of psychiatric disorders: a neurobiological trajectory of pathogenesis. 2019;26(1):4-12. doi:10.4103/ipj.ipj
11. Weniger G, Lange C, Sachsse U, Irle E. Amygdala and hippocampal volumes and cognition in adult survivors of childhood abuse with dissociative disorders. *Acta Psychiatr Scand.* 2008;118(4):281-290. doi:10.1111/j.1600-0447.2008.01246.x
12. Maniglio R. Prevalence of Sexual Abuse Among Children with Conduct Disorder: A Systematic Review. *Clin Child Fam Psychol Rev.* 2014;17(3):268-282. doi:10.1007/s10567-013-0161-z
13. Palacios J. El abuso sexual a niñas, niños y adolescentes: un secreto familiar, un problema social. *Rev Electron Educ.* 2008;12:99–111.
14. Maniglio R. Child sexual abuse in the etiology of depression: A systematic review of reviews. *Depress Anxiety.* 2010;27(7):631-642. doi:10.1002/da.20687
15. Maniglio R. The Role of Child Sexual Abuse in the Etiology of Substance-Related Disorders. *J Addict Dis.* 2011;30(3):216-228. doi:10.1080/10550887.2011.581987
16. Maniglio R. Child Sexual Abuse in the Etiology of Anxiety Disorders. *Trauma, Violence, Abus.* 2013;14(2):96-112. doi:10.1177/1524838012470032
17. Chen LP, Murad MH, Paras ML, et al. Sexual Abuse and Lifetime Diagnosis of Psychiatric Disorders: Systematic Review and Meta-analysis. *Mayo Clin Proc.* 2008;85(7):618-629. doi:10.4065/mcp.2009.0583

18. Yuce M, Karabekiroglu K, Yildirim Z, et al. The Psychiatric Consequences of Child and Adolescent Sexual Abuse. *Noro Psikiyatr Ars.* 2015;52(4):393-399. doi:10.5152/npa.2015.7472
19. Arrom Suhurt CH, Fresco Arrom M del P, Arrom Suhurt CM, et al. Trastornos mentales en hombres y mujeres expuestos a abuso sexual en la infancia. *Memorias del Inst Investig en Ciencias la Salud.* 2015;13(3):17-23. doi:10.18004/Mem.iics/1812-9528/2015.013(03)17-023
20. Fariña R, Caballero D, Morán F, et al. Epidemiología de los trastornos mentales en niños y adolescentes: un estudio del Departamento de Psiquiatría de la Infancia y la Adolescencia del Hospital de Clínicas, Universidad Nacional de Asunción, Paraguay. *Med Clínica y Soc.* 2018;1(3):192-200.
21. Instituto Colombiano de Medicina Legal y Ciencias Forenses. *Forensis - Datos para la vida.* *Forensis.* 2017;19:563.
22. Instituto Colombiano de Medicina Legal y Ciencias Forenses. *Forensis - Datos para la vida.* *Forensis.* 2016;18:649.
23. Instituto Colombiano de Medicina Legal y Ciencias Forenses. *Forensis - Datos para la vida.* *Forensis.* 2018;20:434.
24. Dallos AM, Pinzón AA, Barrera GC, Mujica RJ, Meneses SY. Impacto de la violencia sexual en la salud mental de las víctimas en Bucaramanga, Colombia. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2008;37(1):56-65.
25. Soriano FF. Promoción del buen trato y prevención del maltrato en la infancia en el ámbito de la atención primaria de salud. *Rev Pediatría Atención Primaria* [Internet]. 2015;11(41):121. Available from: http://scielo.isciii.es/pdf/pap/v11n41/8_previnfad.pdf

26. Alejandra D, Llaguno M. El maltrato infantil: características clínicas usuales. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM* 2013;56:5–10.
27. Salud OM para la. Maltrato infantil [Internet]. 2014. p. 75. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/es>.
28. Cantón CD, Rosario M. Consecuencias del abuso sexual infantil : una revisión de las variables intervinientes Introducción. *An Psicol.* 2015;31:552–61.
29. Fuentes G. Abuso sexual infantil intrafamiliar. El abordaje desde el Trabajo Social y la necesidad de una mirada interdisciplinaria. [Internet]. 2011. Available from: <https://www.margen.org/suscri/margen64/fuentes.pdf>
30. Intebi I. Definiciones y efectos del abuso sexual infantil; la complejidad del diagnóstico. Ediciones Granica SA, editor. Argentina.; 2011.
31. Orjuela L, Bartolomé V. Violencia sexual contra los niños y las niñas. Abuso y explotación sexual infantil. SAVE THE CHILDREN ESPAÑA 2012.
32. Pelaia A. Ofensores sexuales infantiles. Universidad del Aconcagua; 2010.
33. Gómez E, Cifuentes B. Características asociadas al abuso sexual infantil en un programa de intervención especializada en Santiago de Chile Characteristics associated to child sexual abuse in a specialized intervention program from Santiago , Chile. *Summa Psicológica UST*, 2010;7(1):91–104.
34. Velázquez V, Guzmán D, Gpe L, Villanueva G, Rica UDC, et al. Abuso sexual infantil , técnicas básicas para su atención child sexual abuse , basic techniques for its attention. 2013;92(1):131-139
35. Oviedo C. Guía “pautas de actuación para los profesionales de los centros de menores ante situaciones de abuso sexual”. . Recuperado de: [Internet]. Consejería de Bienestar Social e Igualdad. 2009.

Available from:
<http://observatoriodelainfanciadeasturias.es/documentos/f02072015083318.pdf>

36. Recoba B. El rol de la familia ante el descubrimiento y sus posibles consecuencias. [Internet]. Universidad de la República, Facultad de Psicología; 2016.

Available from: http://sifp1.psico.edu.uy/sites/default/files/Trabajos_finales/Archivos/tfg_8.pdf

37. Pereda N. Consecuencias iniciales del abuso sexual infantil. Papeles del psicólogo. 2009;30(2):135–144. Available from:
<http://www.redalyc.org/pdf/778/77811726004.pdf>

38. Canda F. Diccionario de pedagogía y psicología. Madri: Cultural s.a; 2000.

39. Apraez-villamarin GE. Factores de riesgo de abuso sexual infantil. 1 Instituto Nac Med Leg Cali, Colomb. 2015;2(1):87.

40. Rodríguez- Padilla A., Baquero- Cantor L. Abusadores sexuales. [Internet]. Psicología Forense. 2014.:157

Available from: <http://psicojuridicaforense.blogspot.com.uy/2014/06/abusadores-sexuales.html>

41. N. Evelyn, Kahan E. Abuso Sexual Infantil : sus consecuencias a corto y largo plazo. Universidad de la República Oriental del Uruguay. 2017.

42. Villanueva I. El abuso sexual infantil: perfil del abusador, la familia, el niño víctima y consecuencias psíquicas del abuso. Psicogente. 2013;16(30):124–37.

43. Larrota R. , Rangel K. El agresor sexual: Aproximación teórica a su caracterización. Inf Psicológicos. 2013;13(2):103–120.

44. Figuero, C.R., Ortiz M.R. El abuso sexual infantil. Bol pediátr. 2005; 45(3): 3–16.
45. Echebùra E, Corral P. Secuelas emocionales en víctimas de abuso sexual en la infancia . Cuad Med Forens. 2006; 12: 75–82.
- 46 Pereda N., Gallardo D., Revisión sistemática de las consecuencias neurobiológicas del abuso sexual infantil. Gac Sanit. 2011 May-June; 25(3): 233–239.
47. Seldes, J.J., Ziperovich, V., Viota, A. y Leiva F. Maltrato infantil. Experiencia de un abordaje interdisciplinario. Arch Argent Pediatr. 2008; 106(6): 499–504.
48. Corwin, D.L. y Keeshin BR. Estimating Present and Future Damages Following Child Maltreatment. Child Adolesc Psychiatr Clin North Am. 2011 July; 20(3): 505–518.
49. Jones, J.G. y Worthington T. Genital and Anal Injuries Requiring Surgical Repair in Females Less Than 21 Years of Age. I, 21,. Pediatr Adolesc Gynecol. 2008 August; (21): 207–211.
50. Kohlberger, P. y Bancher-Todesca D. Bacterial Colonization In Suspected Sexually Abused Children. J Pediatr Adolesc Gynecol. 2007 October; 20(59): 289–292.
51. Symes L. Abuse Across the Lifespan: Prevalence, Risk, and Protective Factors. Nurs Clin Nort Am. 2011; 46(4): 391–411.
52. Irish, L., Kobayashi, I. y Delahanty DL. Long-term Physical Health Consequences of Childhood Sexual Abuse: A Meta-Analytic Review. J Pediatr Psychol. 2010 June; 35(5): 450–461.

53. Corwin, D.L. y Keeshin BR. Estimating Present and Future Damages Following Child Maltreatment. *Child Adolesc Psychiatr Clin North Am.* 2011 July; 20(3): 505–518.
54. Greydanus, D.E. y Omar H. Sexuality Issues and Gynecologic Care of Adolescents with Developmental Disabilities. *Pediatr Clin North Am.* 2008 December; 55(6): 1315–1335.
55. Rojas JAM, Silva YRM, et al. Impacto de la violencia sexual en la salud mental de las víctimas en Bucaramanga. *RCP.* 2008; 37(1): 56–65.
56. UNICEF. La situación de los niños, niñas y adolescentes en Colombia. 2017.
57. Informe de información legal y política para la niñez y adolescencia víctima de abuso sexual, Cancillería Colombiana. 2018.
58. Familiar B. Derecho del Bienestar Familiar [LEY_1878_2018]. 2018; 5: 1-11.
59. Diccionario de la lengua española. 22.a ed.. Madrid, España. 2001.
60. Hort, S. E., Yang, Y. C., & Jenkins, T. M. Sex, gender, genetics, and health. *AJPH.* 2013 October 1;103 Suppl 1(Suppl 1): S93-101.
61. Kupfer, D. J., Regier, D. A., Arango López, C., Ayuso-Mateos, J. L., Vieta Pascual, E., & Bagney Lifante, A. (2014). *DSM-5:Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.* 5a ed. Madrid. Editorial Médica Panamericana. 2014.
62. Echeburúa E, Corral P. Secuelas emocionales en víctimas de abuso sexual en la infancia . *Cuad Med Forense.* 2006; 43(44): 75-82.
63. Rodríguez-López Y, Aguiar-Gigato BA, Garcia-Alvarez I. Consecuencias Psicológicas del Abuso Sexual Infantil. *Eureka.* 2012; 9(1): 58-68.
64. Rees S, Simpson L, McCormack CA, Moussa B, Amanatidis S. Believe

#metoo: sexual violence and interpersonal disclosure experiences among women attending a sexual assault service in Australia: A mixed-methods study. *BMJ Open*. 2019;9(7): e026773. doi:10.1136/bmjopen-2018-026773

65. Popovic D, Schmitt A, Kaurani L, et al. Childhood Trauma in Schizophrenia: Current Findings and Research Perspectives. *Front Neurosci*. 2019 March 13;1-14. [doi:10.3389/fnins.2019.00274](https://doi.org/10.3389/fnins.2019.00274)

A. Anexo

1. PRESUPUESTO

Anexo1. Presupuesto

RECURSO/ELEMENTO	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
FOTOCOPIAS E IMPRESIONES	50	100	5000
TRANSPORTE	-----	-----	400.000
ASESORIA ESTADISTICA	-----	2'500.000	2.100.000
TELEFONÍA	-----	-----	100.000
INTERNET (HORA)	100	2000	200.000
IMPREVISTO	-----	-----	50.000
COSTO TOTAL			2.855.000

Fuente: elaboración propia

2. CRONOGRAMA

Anexo2. Cronograma

ACTIVIDADES	1er Trim 2018	2do Trim 2018	3er Trim 2018	4rto Trim 2018	1er Trim 2019	2do Trim 2019	3er Trim 2019	4rto Trim 2019
Título de Tesis	X	X						
Planteamiento del problema		X						
Bibliografía		X	X	X	X			

Realización de objetivos			X					
Elaboración del marco teórico			X	X	X	X		
Aplicación de instrumentos					X	X		
Procesamiento de información					X	X	X	
Correcciones y Asesoría						X	X	X
Análisis e interpretación de Datos							X	X
Presentación del trabajo final								X

3. COMITÉ DE ETICA

Anexo3. Comité de etica



COMITÉ DE ETICA

Barranquilla 12 de Agosto de 2019

Doctores

NARLEDIS NUÑEZ

Jefa de Investigaciones
Universidad Simón Bolívar
Barranquilla DEIF

ASUNTO : "PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PREVALENCIA DE TRASTORNOS PSIQUIATRICOS PRODUCTO DEL ABUSO SEXUAL EN NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES ATENDIDOS EN LA CONSULTA EXTERNA DE PSIQUIATRIA INFANTOJUVENIL EN UNA INSTITUCION DE SALUD PUBLICA EN LA CIUDAD DE BARRANQUILLA"

Respetada Doctora, Cordial saludo

En reunión de Comité de Ética del Hospital efectuado en el día 24 de Julio de 2019, con previo aval de Comité de Docencia e Investigación del Hospital, los estudiantes **JOHANA ESTHER PALACIO PEREZ** con C.C. No. 22.867.832 Y **MAIRA ESTER SALABARRIA ROSALES** con c.c. No. 1.063.277.175 presentaron el Proyecto de Investigación "PREVALENCIA DE TRASTORNOS PSIQUIATRICOS PRODUCTO DEL ABUSO SEXUAL EN NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES ATENDIDOS EN LA CONSULTA EXTERNA DE PSIQUIATRIA INFANTOJUVENIL EN UNA INSTITUCION DE SALUD PUBLICA EN LA CIUDAD DE BARRANQUILLA", como se registra en el acta del comité de Ética.

Luego de la presentación se decidió la autorización para ejecutar el Proyecto de Investigación, teniendo en cuenta entre otras variables:

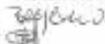
Se ajusta a las normas y criterios éticos establecidos en la normatividad vigente
Describe de manera satisfactoria la forma de proteger los derechos y beneficios de los pacientes
Describe la presentación de criterios de inclusión y exclusión

Se da como recomendación, mantener periódicamente informado al Comité de Ética del Hospital Universitario CARI ESE a través del Comité de Docencia Institucional de los avances de la Investigación en aras de garantizar los derechos de los pacientes, así como de la presentación de informe final del proyecto.

Atentamente,


LUZ STELLA MARIJARIÉS IGLESIAS
Presidente Comité de Ética
Hospital Universitario CARI ESE

C.C. Comité de Docencia e Investigación



Alta Complejidad Calle 57 No. 25 - 289 - PBX: 2200000 - FAX: 2200002
Neurociencias Kiva, 24 No. 530 - 80 - PBX: 2792613-28 - FAX: 2792618
www.hospitaluniversitycari.gov.co - Barranquilla - Atlántico

