



VIGILADA MINEDUCACIÓN Res. 12220 de 2016

ENTRE SÍMBOLOS Y ESCUCHA: HERRAMIENTA INTERACTIVA PARA EL ACOMPañAMIENTO INICIAL EN CASOS DE ABUSO SEXUAL INFANTIL

AUTORA

VALENTTINE IDARRAGA MOLANO

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA
FACULTAD DE HUMANIDADES Y CIENCIAS SOCIALES
MAESTRIA EN PSICOLOGIA DE LA SALUD
SANTIAGO DE CALI, 2026

**ENTRE SÍMBOLOS Y ESCUCHA: HERRAMIENTA INTERACTIVA PARA EL
ACOMPañAMIENTO INICIAL EN CASOS DE ABUSO SEXUAL INFANTIL**

AUTORA

VALENTTINE IDARRAGA MOLANO

DIRECTORA

MARÍA CAMILA TAMAYO ISAZIGA, MG.

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA

FACULTAD DE HUMANIDADES Y CIENCIAS SOCIALES

MAESTRIA EN PSICOLOGIA DE LA SALUD

SANTIAGO DE CALI, 2026

ARTICULO 23 de la Resolución
No. 13 del 6 de Julio de 1946,
del Reglamento de la Pontificia
Universidad Javeriana.

“La Universidad no se hace responsable por los conceptos emitidos por sus alumnos en sus trabajos de Tesis. Solo velará porque no se publique nada contrario al dogma y la moral católica y porque las Tesis no contengan ataques o polémicas puramente personales; antes bien, se vea en ellas el anhelo de buscar la Verdad y la Justicia”.

CONTENIDO

Resumen	1
Introducción	3
Etapas del desarrollo en la infancia y adolescencia temprana	13
Abuso Sexual Infantil (ASI)	13
Expresión emocional en niños víctimas de ASI	14
Teorías psicológicas aplicadas al abordaje del ASI	15
Modelo integrativo en salud mental infantil	15
Rol del profesional de la salud en la atención primaria infantil	15
Intervenciones clínicas en el contexto hospitalario	16
Narrativa visual, técnicas de arte y símbolos en el abordaje psicológico infantil	16
Ludoterapia como estrategia para la atención psicológica	17
Diseño y Desarrollo del Producto	18
Consideraciones éticas	22
Pilotaje y Evaluación	24
Implementación y Evaluación Final	33
Documentación y Presentación	43
Socialización del producto	44
Referencias	45

LISTA DE TABLAS

Tabla 1	28
Tabla 2	31
Tabla 3	35
Tabla 4	39
Tabla 5	42
Tabla 6	43

LISTA DE ANEXOS

Anexos

Anexo A: Ruta de atención en caso de malestar emocional.

Anexo B: Consentimiento informado.

Resumen

El abuso sexual infantil (ASI) constituye una problemática de salud pública de alta prevalencia en Colombia, donde entre enero y diciembre de 2025 se registraron 16.533 casos de delitos sexuales, de los cuales el 85% involucró a menores de edad (Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, 2025). La literatura evidencia que, pese a los avances normativos y programáticos, persisten vacíos significativos en la atención primaria: los profesionales de la salud enfrentan inseguridad, falta de capacitación y escasez de herramientas adaptadas al lenguaje emocional infantil para el primer contacto con las víctimas, lo que incrementa el riesgo de revictimización y dificulta la detección temprana. Las estrategias existentes muestran efectividad diferenciada según el contexto, con mayor evidencia en escenarios educativos y terapéuticos especializados, pero con un vacío específico en el ámbito hospitalario durante el acompañamiento inicial.

En respuesta a esta necesidad, el presente trabajo tuvo como objetivo diseñar, pilotear e implementar una herramienta interactiva denominada "Entre símbolos y escucha", acompañada de una guía de apoyo para el acompañamiento inicial, dirigida a profesionales de la salud que realizan el primer contacto con niños y niñas entre los 5 y 10 años víctimas de ASI en contextos hospitalarios.

El proceso se desarrolló en tres fases: diseño de la herramienta con base en fundamentos teóricos del modelo integrativo en salud mental infantil y el enfoque narrativo-simbólico; pilotaje con dos personas vinculadas al contexto hospitalario; e implementación y evaluación final con 5 profesionales especializados en la atención de casos de ASI en distintos niveles de complejidad, incluyendo urgencias, hospitalización y consulta externa.

Los resultados evidenciaron una valoración positiva de la herramienta en términos de claridad, organización, pertinencia y utilidad. Los participantes destacaron que el uso de ilustraciones, escenarios y elementos simbólicos favorece la expresión emocional infantil sin exigir verbalización directa del evento traumático, reduce el riesgo de revictimización y orienta al profesional en la observación de indicadores emocionales y conductuales para la activación de rutas de protección. Como oportunidades de mejora se identificó la necesidad

de fortalecer la representación de emociones según el rango etario y ampliar algunas orientaciones de la guía para facilitar su uso por parte de distintas profesiones de la salud.

Se concluye que "Entre símbolos y escucha" constituye un recurso complementario pertinente y novedoso para el acompañamiento inicial en casos de ASI en el entorno hospitalario, con potencial para fortalecer las prácticas del personal de salud desde un enfoque ético, humanizado y no revictimizante. Se recomienda continuar con procesos de validación con población infantil y ampliar su implementación a otros contextos de atención.

Palabras clave: abuso sexual infantil, herramienta interactiva, acompañamiento inicial, atención primaria en salud, expresión emocional, revictimización.

Introducción

El abuso sexual infantil (ASI) es una de las violencias más traumáticas que puede enfrentar un ser humano en su etapa más vulnerable. La infancia y la adolescencia son etapas fundamentales para la identidad propia, rasgos de personalidad y el desarrollo de las habilidades sociales; todo niño, sin importar su sexo, es vulnerable a ser víctima de un abuso sexual (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2022). Al revisar el estudio de González et al. (2023), se identifica que el silencio que envuelve a las víctimas no solo perpetua el dolor, sino que también impide la detección y atención oportuna, coincido con los autores en que el ASI es una violencia de las más impactantes que deja secuelas psicológicas, neurobiológicas y emocionales que trascienden la infancia.

El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, 2024), advierte que una de cada cinco mujeres y uno de cada once hombres sufren abuso sexual durante su infancia. Se encontró que más de 650 millones de niñas y mujeres, así como también entre 410 millones a 530 millones de niños y hombres en el mundo son víctimas de abuso sexual antes de los 18 años. En América Latina y el Caribe se han reportado que el 18% que equivalen a 45 millones, que han sido víctimas de abuso sexual son menores de edad, convirtiendo esta violencia en una de las formas más comunes de maltrato infantil en la región.

En Colombia, según los datos del Boletín Niños, Niñas y Adolescentes del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (2025; 2026), entre enero y diciembre del 2025 se registraron 16.533 casos de delitos sexuales, de los cuales el 85% involucró a menores de edad. Con el reporte de abril del 2026 se evidencia que entre los cuatro primeros meses del año hubo 4.815 casos de presunto abuso sexual. Siguiendo esta línea, en el Valle del Cauca se evidenció que en el 2025 los resultados arrojaron 1.433 casos de ASI y en lo que va del 2026 se ha registrado 397 casos. En Cali hay un reporte de 770 casos de abuso sexual en el 2025 y en el 2026 se ha registrado 189 casos.

Estas estadísticas representan una violencia que requiere de profesionales preparados para ofrecer acompañamiento integral desde el primer contacto, sin revictimizar, comprendiendo la complejidad emocional de estos procesos.

Al igual que lo plantean Cornejo-Guerra (2024) y Ramírez y Quesada (2021), he aprendido que la primera atención no se reduce a escuchar un relato o llenar un formato, sino más bien es un encuentro humanizado que exige sensibilidad, contención y conocimiento técnico. En ese primer contacto se puede prevenir las conductas autolesivas que presentan las víctimas durante su adolescencia o adultez temprana, la fragmentación emocional y la desconfianza hacia el entorno. Dado lo anterior, considero que la atención integral primaria es un pilar esencial en el abordaje de esta problemática, ya que articula la evaluación inicial, la comprensión del contexto social y la activación de redes de apoyo o rutas de protección vigentes.

Además, desde la psicología, he observado que el entorno hospitalario representa un espacio para detectar signos tempranos, pero también un desafío asociado a que muchos profesionales que realizan este primer acompañamiento (psicólogos, pediatras sociales y trabajadores sociales y neuropsicólogos clínicos) no cuentan con herramientas claras para orientar esa primera atención. Muñoz-Pérez et al. (2023) y Fernández y Nascimento (2024), me recuerdan la importancia de trabajar como un equipo psicosocial, de esta manera se lograría construir un entorno de confianza donde los niños y las niñas puedan expresarse con respeto y seguridad. Al realizar intervención familiar se busca el lograr que estas personas identifiquen signos de alarma de un presunto abuso sexual o violencia infantil, buscando promover sensibilización con el fin de proteger la infancia.

Ahora bien, he comprendido que, si bien el sector salud cumple un papel esencial en la activación de las rutas de atención frente a los casos de ASI, los profesionales enfrentamos grandes desafíos en el primer acercamiento con los niños y las niñas; uno de los principales retos es construir un vínculo de confianza que les permita sentirse seguros para expresar sus emociones. Este encuentro requiere no solo conocimientos técnicos, sino

también humanización para garantizar que no sea revictimizante, sino una oportunidad para brindar contención y protección.

En este contexto, considero fundamental la detección temprana, la evaluación emocional y la comprensión simbólica del trauma, permitiendo actuar con empatía y precisión clínica. Desde esta mirada, la atención integral primaria debe sostenerse en la escucha activa y el reconocimiento del proceso y ritmo del niño o la niña, entiendo que cada gesto o silencio puede abrir una puerta hacia la reparación emocional, Como señalan Charry-Lozano et al. (2022), esta forma de violencia altera de manera profunda la identidad, los vínculos afectivos y la salud mental a lo largo de la vida, me resulta inevitable considerar cómo estas secuelas no solo se manifiestan en el niño o niña, sino también en su núcleo familiar, especialmente cuando el acompañamiento profesional carece de una mirada integral desde la salud.

En la literatura se evidencia avances significativos en la comprensión del ASI, sin embargo, reconozco vacíos estructurales. Bonilla Manguera et al. (2023) enfatizan que, pese a los marcos legales vigentes, las políticas públicas y los programas de prevención multidisciplinarios no siempre logran convertirse en acciones efectivas dentro de las instituciones, los cuales son cruciales para reducir la incidencia del ASI y mejorar la atención a las víctimas, no solo utilizando el abordaje tradicional como modelo de intervención.

He visto como muchos profesionales sienten temor o inseguridad al atender estos casos, una sensación que De Souza Torres et al. (2022) describen como producto de la falta de capacitación continua y del miedo a la “acción con daño” en lugar de ayudar. Como plantea González y Preciado (2024), a pesar de las leyes y directivas vigentes, aún existen fallas en la detección y denuncia, lo que resalta la necesidad de fortalecer la preparación del personal de salud y la implementación de medidas de protección más efectivas. Franco-Carvajal et al. (2020) refieren que, aunque el sector salud y el judicial son esenciales en la activación de rutas, aún se presentan limitaciones frente a la comprensión del abordaje integral; persisten falencias en los procedimientos que buscan prevenir la revictimización, lo

que subraya la importancia de que los profesionales conozcan las rutas de atención y cuenten con criterios éticos claros para documentar o acompañar estos casos, garantizando que los informes clínicos se alineen con un enfoque humanizado, en el que se utilice un lenguaje respetuoso, profesional y no estigmatizante.

Adicional, se identifica una urgencia por desarrollar herramientas que favorezcan la expresión emocional de los niños y las niñas desde una perspectiva interactiva, lúdica, respetuosa y libre de estigmas. Padilla et al. (2020) advierten que la falta de recursos adecuados y factores socioculturales han silenciado especialmente a los niños, lo que explica que el 90% de los casos no sean denunciados, por ello, es indispensable que los distintos contextos (familiar, escolar, comunidad y salud) asuman la responsabilidad compartida de proteger, prevenir, detectar, intervenir y acompañar a estas víctimas de ASI.

Durante la revisión de estrategias y herramientas existentes, encontré enfoques diversos que pueden diferenciarse según su orientación hacia la prevención o la intervención. En el ámbito de la prevención, algunas propuestas incorporan la tecnología e inteligencia artificial para evaluar riesgos (Arias et al., 2024), mientras que otras aplican juegos educativos y pruebas como NOABS (No Al Abuso Sexual) para facilitar la expresión emocional o la detección temprana (García & Losada, 2023). De igual forma, existen metodologías centradas en la capacitación de profesionales y educadores para identificar posibles casos de ASI (Volpato et al., 2024), así como estrategias psicosociales que fortalecen la prevención en instituciones y comunidades, como la Terapia Cognitivo-Conductual como herramienta psicoeducativa (Gómez-Duarte & Contreras-Sierra, 2023).

En el ámbito de la intervención, se encuentran estrategias psicosociales orientadas a la rehabilitación de niños y adolescentes víctimas (Portuondo Kindelán et al., 2022), así como propuestas que trabajan desde las narrativas colectivas que promueven la resignificación del trauma, como las implementadas en Chile (Gutiérrez et al., 2023).

Si bien las estrategias revisadas evidencian avances importantes, su efectividad varía considerablemente según el contexto de aplicación. Las propuestas orientadas a la prevención y la capacitación han mostrado resultados favorables en escenarios educativos

y comunitarios, mientras que las estrategias de intervención y rehabilitación cuentan con mayor respaldo en contextos terapéuticos especializados, una vez la víctima ya se encuentre vinculada a procesos de atención. Sin embargo, se observa un vacío específico en el momento intermedio entre ambos: el primer contacto en el contexto hospitalario, donde el profesional de atención primaria que generalmente no cuenta con una capacitación o una formación especializada en ASI, debe responder de manera inmediata ante una posible revelación, sin disponer de muchas herramientas propias del acompañamiento inicial, ni del tiempo que permite los procesos preventivos. Esta brecha caracteriza de manera específica la necesidad que orienta la presente propuesta: no se trata únicamente de fortalecer la capacitación general del personal de salud, sino de dotar a los profesionales de un recurso interactivo, aplicable en tiempo real durante el primer encuentro, que facilite la escucha y la expresión emocional del niño o la niña sin requerir un entrenamiento clínico avanzado previo.

Desde mi experiencia profesional dentro de los contextos hospitalarios como psicóloga en el acompañamiento a niños, niñas y adolescentes (NNA) víctimas de abuso sexual, he identificado unos aspectos a mejorar en el sector salud durante el primer contacto con la víctimas, dado que este entorno, es en muchos casos, el escenario donde los NNA realizan sus primeras revelaciones de abuso y aun así persiste la falta de guías, protocolos, así como la escasez de herramientas terapéuticas que acompañen y faciliten la narrativa del evento, además, la falta de capacitaciones, el acompañamiento legal y emocional dentro de las instituciones de salud o la limitada visibilización del rol del psicólogo.

Esta ausencia no sólo corresponde a la falta de recursos, sino también a una forma de negligencia institucional y cultural, arraigada en estigmas de género y en la percepción errónea de que los NNA deben ser atendidos de la misma manera que los adultos (). Esta visión homogeneizada impide ofrecer acompañamiento sensible y adaptado a las necesidades emocionales y cognitivas en la infancia, haciendo que estas limitaciones no solo dificultan la atención, sino que puede aumentar el riesgo de revictimización. Como

señala Gómez et al. (2021), la atención no debe enfocarse únicamente en el hecho traumático, sino también en sus secuelas y en la reconstrucción del bienestar psicoemocional del niño o niña y su familia.

Leyendo a Varela et al. (2025), coincido en que ningún abordaje puede limitarse a la esfera individual, sino que también las condiciones familiares, sociales, educativas y culturales deben entenderse como determinantes en la recuperación y bienestar de los NNA, con el fin de poder conocer la vida de la víctima antes del evento y poder brindarle herramientas que favorezcan la continuidad de su desarrollo integral y su participación plena en los distintos entornos de su vida cotidiana.

En el abordaje del ASI, he identificado que uno de los principales riesgos dentro de la atención institucional es la revictimización, entendida como la repetición del daño emocional cuando el niño o la niña es sometida a evaluaciones inadecuadas, interrogatorios reiterados, lenguaje poco sensible o intervenciones que no consideran su etapa evolutiva. Un manejo inapropiado en las fases iniciales de detección puede generar secuelas emocionales adicionales, tales como incremento de la ansiedad, retraimiento, culpa, desconfianza hacia los adultos y resistencia a futuros procesos de ayuda, afectando no solo al niño o niña, sino también a su entorno familiar, escolar, social y cultural (Hailes et al., 2019).

Por ello, la importancia de proponer estrategias innovadoras que integren la participación, la expresión emocional y el uso de recursos simbólicos y visuales como ejes centrales del acompañamiento profesional. Desde la psicología, esta mirada implica entender que no basta con reparar el daño, sino que es necesario prevenir el silencio y favorecer la comunicación desde el primer contacto. Creo que los profesionales que acompañamos estas situaciones debemos actuar no solo con competencia técnica, sino también con una sensibilidad ética y humana que permita reconocer la voz de cada niño y niña, incluso cuando esa voz se expresa a través de un símbolo, un dibujo o un gesto.

Desde esta reflexión, surgió la necesidad de proponer una herramienta interactiva y una guía de apoyo para el acompañamiento inicial, que orienten la atención integral primaria

en el entorno hospitalario a profesionales que acompañan casos de ASI. Puesto que he evidenciado, durante mis intervenciones con pacientes adolescentes y adultos que han sido víctimas de ASI que un abordaje inadecuado de este trauma durante la infancia puede intensificar el impacto del trauma y generar consecuencias emocionales severas, como dificultades en la identidad, la expresión emocional y el desarrollo de vínculos seguros.

Esta necesidad se vuelve aún más evidente cuando se reconocen las brechas históricas en la atención a ciertas poblaciones, particularmente a niños varones, cuya experiencia ha sido de gran medida invisibilizada en los procesos de acompañamiento y detección (Fonseca et al., 2021). En esta misma línea, Piñarete (2020), plantea que el ASI en niños varones continúa siendo un tema invisibilizado debido a los estigmas de género y las barreras institucionales existentes. Sin embargo, extendiendo esta preocupación a niños y niñas en general, ya que las fallas en la articulación entre los sistemas de salud, educación y justicia en Colombia dificultan, en ambos casos, la detección temprana y el acompañamiento emocional adecuado.

Diversas investigaciones señalan que los varones enfrentan mayores dificultades para expresar el trauma, particularmente por los estigmas asociados a la masculinidad, el temor a ser juzgados o que no les crean y la ausencia de espacios adecuados para acoger su experiencia emocional (Fonseca et al., 2021; Jacome & Campodónico, 2024; Machado et al., 2020). Esta invisibilización contribuye a que no reciban atención emocional oportuna y a que el evento permanezca silenciado. Considero que esta brecha justifica la necesidad de desarrollar herramientas que permiten un primer acercamiento humanizado, empático y adaptado a las particularidades de cada niño y niña.

Esta propuesta se fundamentó en el modelo integrativo en salud mental infantil (Schore, 2021), el cual concibe el desarrollo emocional como el resultado de la interacción entre los sistemas biológicos, psicológicos y sociales, resaltando la importancia del vínculo y la regulación emocional como ejes centrales de la recuperación. Desde este enfoque, entiendo que el primer contacto con la víctima no busca solo intervenir terapéuticamente, sino ofrecer una experiencia de seguridad y contención que favorezca la identificación del

evento y la creación de las bases para una atención psicoemocional posterior. Me inspiró en autores como Winnicott (1971) y Heiderscheit (2022), quienes destacan el valor del juego, la narrativa y los símbolos como lenguajes de expresión emocional y conexión con el mundo interno del niño o niña.

El sentido de esta propuesta es el ofrecer a los profesionales un medio que favorezca la escucha emocional y la detección temprana en el entorno hospitalario. A pesar de los avances significativos en la investigación sobre el ASI, he podido constatar que aún persisten vacíos en la forma en que se practica la atención integral a niños y niñas entre los 5 y 10 años. Como lo señalan los autores Stoltenborgh et al. (2011), gran parte de los estudios teóricos y clínicos se han centrado en las niñas como principales víctimas, lo que ha generado un desequilibrio en la comprensión de las implicaciones psicoemocionales que el abuso produce en ambos géneros y el desarrollar estrategias de atención realmente adaptadas a las particularidades de cada niño o niña, especialmente en estas primeras etapas del desarrollo.

Las metodologías tradicionales, centradas especialmente en la verbalización o protocolos estructurados, pueden resultar insuficientes o incluso revictimizantes; me parece importante, como sostiene Schore (2019) y Heiderscheit (2022), el incorporar enfoques participativos y narrativos que reconozcan las múltiples formas de expresión infantil, especialmente aquellas que trascienden el lenguaje verbal como son los dibujos, los símbolos, los gestos o los juegos como lenguajes auténticos del dolor y la resiliencia.

Por esta razón, planteé la pregunta que orientó este trabajo: ¿cómo una herramienta interactiva y guía de apoyo para la intervención inicial puede facilitar en los profesionales de la atención primaria en salud de un hospital de la ciudad de Cali favorecer la escucha emocional y la detección temprana en niños y niñas entre los 5 y 10 años víctimas de abuso sexual?, considerando que los profesionales cuentan con pocos recursos conceptuales, metodológicos y prácticas para el abordaje de estos casos. A partir de esta pregunta, establecí como objetivo general: desarrollar una guía de apoyo para el acompañamiento inicial y una herramienta interactiva dirigida a profesionales de la salud que, desde la

atención integral primaria, facilite la detección temprana y el acompañamiento inicial a niños y niñas entre los 5 y 10 años víctimas de abuso sexual infantil en un hospitalario en Cali. Los objetivos específicos: (a) Elaborar una guía de apoyo para acompañamiento inicial y ficha de observación clínica para intervención inicial en caso de ASI; (b) Construir una herramienta interactiva con estrategias dirigida a los profesionales para acompañar la expresión emocional y la construcción simbólica en casos de ASI; (c) Pilotear la herramienta interactiva con personal de salud que acompañe casos de ASI e; (d) Identificar las fortalezas y limitaciones de la guía de apoyo para el acompañamiento inicial y la herramienta interactiva en la atención de casos de ASI.

Desde mi mirada psicológica, consideré en que la implementación de una herramienta interactiva podría convertirse en un recurso valioso para los profesionales que brindamos atención integral primaria a niños y niñas entre los 5 y 10 años víctimas de abuso sexual. En los primeros encuentros, cuando las palabras resultan insuficientes o amenazantes, los recursos visuales permiten abrir un canal de expresión más seguro y menos invasivo facilitando que los niños y las niñas exterioricen sus emociones y narren su experiencia en un entorno protegido y empático.

Diversos autores, como Cox et al. (2025), señalan que el uso de símbolos, narrativas visuales y materiales expresivos favorecen la manifestación de emociones difíciles de verbalizar, permitiendo procesar el trauma sin exponer directamente al niño a la angustia del recuerdo. Leyendo este aporte comprendo que estos recursos no son un sustituto de la palabra, sino un puente que conecta la vivencia interna con la posibilidad de ser comprendida y contenida por el otro; su incorporación responde a una necesidad ética y emocional de garantizar la seguridad y protección psicológica de los niños y las niñas en el contexto hospitalario. Así, el uso de herramientas simbólicas e interactivas fortalece la capacidad del personal de salud para brindar una atención empática que contribuya a resignificar el trauma.

Siguiendo a Schauer et al. (2017), entiendo que las estrategias exclusivamente verbales pueden resultar insuficientes o incluso revictimizantes en edades tempranas o en

contextos hospitalarios, de ahí la importancia de integrar la narrativa visual, la ludoterapia y la comunicación simbólica como medios terapéuticos seguros.

En este marco, mi propuesta se incorporó dentro de la psicología de la salud, debido a que, durante mi desempeño como psicóloga he aprendido que esta disciplina articula los principios teóricos, técnicas aplicadas y evidencia científica para promover el bienestar integral. Considero que esta propuesta contribuye al sistema de salud y la psicología de la salud al ofrecer un producto que fortalece la atención primaria en el contexto hospitalario, donde he podido constatar que los profesionales contamos con pocos recursos conceptuales, metodológicos y prácticos para el abordaje del ASI desde una mirada integral. Si bien existen lineamientos y políticas vigentes orientadas a la protección y atención de NNA víctimas de abuso sexual, considero que estos presentan vacíos de evidencia aplicada a los contextos diversos del país, particularmente en lo relacionado con herramientas validadas que faciliten el primer contacto entre el profesional de salud y la víctima. En cuanto a los psicólogos de la salud, esta propuesta busca fortalecer nuestras competencias para brindar una escucha emocional sensible y una detección temprana. He aprendido que la atención inicial no reemplaza los procesos terapéuticos posteriores, sino que fortalece el brindar un primer contacto sensible y humanizado.

Por lo anterior, la guía de apoyo para el acompañamiento inicial y la herramienta interactiva buscan transformar la manera en que los profesionales abordamos este primer encuentro con las víctimas. Tomando como referencia los planteamientos de Gómez et al. (2021), he comprendido que la atención no puede reducirse al evento traumático o los síntomas visibles, se trata, más bien, de garantizar una escucha cuidadosa, respetuosa y técnicamente fundamentada, donde el profesional actúa como un facilitador del proceso y no como un evaluador distante. Con este primer acercamiento lo que se busca es eliminar los miedos, los sesgos y las inseguridades que muchas veces acompañaba a quienes trabajamos en estos escenarios, de esta manera promover una atención que respete la experiencia de cada niño y niña.

Finalmente, este trabajo de grado se enmarcó dentro del grupo BITACUS (Bienestar, Trabajo, Cultura y Sociedad), en la línea Familias, Género y Sexualidad, donde unos de sus temas de investigación son las violencias basadas en género. Desde allí, busqué aportar una mirada aplicada que articulara la teoría y la práctica, fortaleciendo el papel del profesional como agente de salud y garante de derechos. Me propongo que esta herramienta no solo es de acompañamiento, sino también un acto de compromiso ético frente a la infancia y la responsabilidad social que tenemos quienes acompañamos el dolor con sensibilidad, conocimiento y esperanza.

Ante esta brecha, resultó fundamental un marco teórico que permita comprender el ASI desde una perspectiva amplia, integral, considerando sus efectos multidimensionales, el rol del contexto hospitalario y la pertinencia de modelos y estrategias simbólicas que orienten una atención primaria humanizada y respetuosa.

Etapas del desarrollo en la infancia y adolescencia temprana

La comprensión de las etapas del desarrollo infantil resulta fundamental para el abordaje del ASI dado que las capacidades cognitivas, emocionales y comunicativas varían significativamente según la edad. La OMS (2023) define la infancia como el periodo que abarca desde el nacimiento hasta los 9 años, y la adolescencia temprana entre los 10 y 13 años, etapas caracterizadas por procesos diferenciados de maduración emocional, comprensión simbólica y regulación afectiva.

Durante la primera infancia y la niñez media (5 a 7 años), el pensamiento es predominantemente concreto y simbólico, por lo tanto, la expresión emocional suele manifestarse a través del juego, el dibujo y la narración metafórica. En la niñez intermedia (8 a 10 años), los niños y niñas desarrollan mayores habilidades de identificación emocional y diferenciación entre situaciones seguras e inseguras, aunque aún pueden presentar dificultades para verbalizar experiencias traumáticas de forma directa (UNICEF, 2021).

Abuso Sexual Infantil (ASI)

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022) define el ASI como toda acción de carácter sexual donde se involucre a un niño, niña o adolescente sin su consentimiento,

donde el agresor aprovecha una posición de poder, confianza o autoridad. Esta forma de violencia puede presentarse por medio del contacto físico, la manipulación emocional, la exposición a materiales sexuales (pornografía) o sostener relaciones sexuales al lado del menor y que esta los vea; esto suele ocurrir en espacios cercanos a la víctima, como el hogar, la escuela o círculos familiares. He podido evidenciar, al igual que señalan Stoltenborg et al. (2011), que las consecuencias del abuso son traumáticas, generando alteraciones en la identidad, la autoestima y la capacidad de establecer vínculos afectivos seguros, cuando estos eventos no se abordan de forma oportuna y adecuada, las secuelas pueden persistir en la adultez y manifestarse como trastornos emocionales, consumo de sustancias psicoactivas o conductas suicidas.

Expresión emocional en niños víctimas de ASI

Desde mi práctica profesional, he corroborado que la expresión emocional es un proceso clave para la comprensión del trauma y la recuperación del equilibrio psíquico en la infancia, dado de que es una etapa en la que las emociones organizan la forma en la que el niño o niña se relacionan consigo mismos, con los otros y con su entorno. Terr (1991) señala que el trauma infantil, incluido el abuso sexual, puede afectar la capacidad para identificar, comprender y expresar las emociones, generando inhibición emocional o respuestas desadaptativas que funcionan como mecanismos de protección frente a un entorno que percibe como amenazante. En coherencia con el modelo integrativo en salud mental infantil, desde esta perspectiva, he comprendido que el ASI no solo produce un daño psicológico, sino también una desorganización del sistema nervioso y en la capacidad de autorregulación emocional.

Estas afectaciones emocionales suelen extenderse al ámbito conductual, social y escolar; los niños y las niñas pueden presentar retraimiento, dificultades en la concentración, cambios en el rendimiento académico y problemas en la interacción con pares y adultos, así como respuestas de hiperalerta o evitación ante determinadas situaciones. Deblinger y Heflin (1996) explican que la vergüenza, la culpa y el miedo son

emociones que interfieren en la posibilidad de verbalizar lo ocurrido, por ello, crear entornos seguros y validantes permite activar mecanismos de resiliencia y autorregulación.

Teorías psicológicas aplicadas al abordaje del ASI

En el desarrollo de esta propuesta me basé también en aportes de Winnicott y de la Terapia Cognitivo-Conductual focalizada en el trauma (TCC). Winnicott (1971) destaca la importancia del ambiente facilitador y del juego como medio simbólico para los niños y las niñas, donde puedan expresar emociones profundas en espacios seguros; además, su planteamiento sobre el “self verdadero” y el “falso self” permite comprender cómo las víctimas construyen mecanismos defensivos frente al trauma. Por su parte, la TCC (Beck, 1976; Deblinger et al., 2021) ha mostrado alta eficiencia para abordar secuelas emocionales, al reconocer la interacción entre pensamiento, emoción y conducta para proponer estrategias de afrontamiento y regulación emocional. Aunque mi propuesta no reemplaza procesos terapéuticos, se nutrió de estos marcos para comprender la experiencia traumática y fundamentar la necesidad de un acercamiento inicial sensible y estructurado.

Modelo integrativo en salud mental infantil

El modelo Integrativo en salud mental infantil, planteado por Siegel (2012) y Schore (2019), piensa en el desarrollo emocional como resultado de la interacción entre sistemas biológicos, psicológicos y sociales; este modelo destaca la regulación emocional y el vínculo seguro como ejes centrales para la recuperación.

Rol del profesional de la salud en la atención primaria infantil

Se entiende por profesional de la salud a toda persona con formación técnica, tecnológica o profesional que interviene en la atención primaria de niños y niñas en contextos hospitalarios, incluyendo psicología, medicina, trabajo social, pediatría social, psiquiatría y otras disciplinas afines. Estos profesionales cumplen un rol clave en la detección temprana de situaciones de vulneración, la contención emocional inicial y la activación de rutas institucionales de protección vigentes (Ministerio de Salud y Protección Social, 2022).

Intervenciones clínicas en el contexto hospitalario

Coincido con García y Martínez (2015) en que el contexto hospitalario debe considerarse como un entorno fundamental para la detección temprana de situaciones de riesgo y vulneración de derechos en la infancia, dado que es uno de los primeros espacios de contacto institucional tras la ocurrencia de un abuso o ante la presencia de señales físicas, emocionales o comportamentales sugestivas de presunto abuso. Un abordaje inicial inadecuado, centrado en interrogatorios directos o presiones indebidas, puede intensificar el malestar emocional y reforzar el silencio del niño o la niña, generando revictimizaciones secundarias (Hailes et al., 2019).

He observado que los entornos hospitalarios pueden resultar intimidantes para los niños y las niñas, ya que suelen asociarlos con enfermedad o dolor, dificultando la comunicación espontánea. Por ello, es fundamental adaptar las atenciones primarias a sus necesidades, implementando métodos que promuevan la comunicación de una manera más accesible y menos amenazante (Richardson, 2015; Schore, 2021), permitiendo con estas estrategias reducir la ansiedad, fortalecer el vínculo con el profesional y favorecer la expresión indirecta de experiencias difíciles como lo es un ASI.

Narrativa visual, técnicas de arte y símbolos en el abordaje psicológico infantil

Desde esta necesidad surgió el interés por integrar la narrativa visual y las técnicas simbólicas en los procesos de acompañamiento psicológico infantil. A través de la narrativa visual, los niños y las niñas pueden representar sus emociones y experiencias mediante imágenes, lo que facilita la simbolización de eventos difíciles de expresar verbalmente. Heiderscheit (2022) plantea que este tipo de estrategias se adaptan a las capacidades cognitivas y emocionales de la infancia y resulta especialmente útil en contextos clínicos donde la palabra no es suficiente. En mi experiencia, he corroborado que los recursos visuales permiten un tipo de comunicación más natural y menos invasiva.

Desde la neuropsicología, Schore (2019) explica que los traumas a temprana edad alteran el sistema límbico y la integración entre los hemisferios cerebrales, las técnicas que estimulan el hemisferio derecho como lo son el dibujo, la creación simbólica o las historias

visuales ayudan a procesar el trauma mediante la representación emocional y la imaginación. En este sentido, la técnica de los símbolos combina elementos del juego y la narrativa visual para que los niños y las niñas puedan expresar sus vivencias mediante la representación gráfica. Estas manifestaciones externas actúan como mediadores del discurso emocional, reduciendo la resistencia a hablar de lo ocurrido y facilitando que el profesional identifique signos asociados al abuso.

Considero que estas estrategias, más que terapéuticas, son herramientas de apoyo para la detección y comprensión inicial del caso, contribuyendo a una atención integral primaria más humanizada. Coincido con Richardson (2015) en que los recursos simbólicos permiten al niño o niña mantener cierto control sobre su proceso expresivo, lo cual favorece la confianza y el sentimiento de seguridad durante la atención.

Ludoterapia como estrategia para la atención psicológica

La ludoterapia ha demostrado ser una estrategia efectiva para facilitar la expresión emocional y reducir la ansiedad relacionada con el trauma (Landreth, 2012). El juego, el dibujo y las narrativas simbólicas crean un espacio intermedio donde el niño puede proyectar su mundo interno, comunicar lo que aún no puede decir con palabras, estas dinámicas promueven un acompañamiento empático y seguro, en el que el profesional puede observar sin invadir y acompañar sin presionar. Desde esta perspectiva, he comprendido que la incorporación de lo lúdico e interactivo en una guía de apoyo para el acompañamiento inicial dirigida a profesionales de la salud permite una atención más flexible y respetuosa, que reconoce los ritmos del niño o niña y promueven su participación activa; cuando estas estrategias incluyen símbolos y recursos visuales, amplían las posibilidades de comprensión y detección, brindando a los profesionales una alternativa innovadora y culturalmente sensible para identificar señales de abuso sexual (Heiderscheit, 2022).

Reconozco, además, el desarrollo de la herramienta interactiva y la guía de apoyo para el acompañamiento inicial se llevó a cabo principalmente en el mismo contexto institucional donde actualmente desempeño mis funciones profesionales, lo cual pudo

representar un posible conflicto de interés por mi cercanía con el grupo participante. Para mitigar este riesgo y garantizar la transparencia y objetividad del proceso, mantuve una clara separación entre mis roles laborales y educativos asegurando que la participación fuera totalmente voluntaria, confidencial y libre de cualquier tipo de coerción o influencia. De esta manera, reafirmé mi compromiso ético con la integridad del estudio, el respeto hacia los participantes y la responsabilidad profesional que implica desarrollar este producto en mi propio contexto de práctica.

Diseño y Desarrollo del Producto

Ahora se presenta el proceso de diseño de la herramienta interactiva y la guía de apoyo para el acompañamiento inicial, a partir de los fundamentos teóricos, el análisis del contexto actual y la identificación de las necesidades de los profesionales que intervenimos en la atención primaria de niños y niñas entre los 5 y 10 años víctimas de ASI.

Con base en esta necesidad desarrollé una herramienta interactiva la cual se denominó “Entre símbolos y escucha” y una guía de apoyo para el acompañamiento inicial, destinada a profesionales de la salud que se desempeñan en las áreas de psicología, trabajo social, pediatría social y neuropsicología clínica, quienes suelen realizar el primer contacto con víctimas de ASI. Se buscó que los profesionales puedan complementar sus conocimientos y facilitar la intervención primaria de estos casos donde normalmente se solicita a la víctima relatar el evento, lo cual se debe dar en un entorno seguro y no invasivo, evitando la exposición directa al relato y reduciendo el riesgo a revictimizar, sin sustituir los procesos clínicos o psicoterapéuticos posteriores

Esta idea surgió como una propuesta innovadora frente a los materiales existentes, debido a que mientras entidades como el ICBF (Instituto Colombiano de Bienestar Familiar) y PROMSEX (Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos) han diseñado recursos enfocados en la prevención o en cuestionarios de detección directa. Mi propuesta buscó crear un espacio de comunicación donde el profesional pudiera facilitar, a través de recursos simbólicos, la expresión emocional y la proyección simbólica de

experiencias por parte del niño o la niña y actuar como un apoyo para reforzar o brindar estrategias de afrontamiento relacionadas a reestructuración cognitiva adaptativa.

El enfoque lúdico-interactivo de esta herramienta responde a la comprensión de que el lenguaje emocional de la infancia no siempre es verbal y que los símbolos, las figuras o las historias permiten exteriorizar emociones de forma más natural y segura. Tal como la plantea Landreth (2012), el juego y el uso de representaciones simbólicas funcionan como el medio más accesible para que los niños y las niñas expresen experiencias internas que no pueden verbalizar directamente.

En este sentido, el uso de ilustraciones es útil no solo con fines terapéuticos, sino también como recursos de acompañamiento emocional y detección inicial. Estas ayudan al profesional a identificar indicadores de malestar, establecer vínculos de confianza y reconocer la necesidad de activar rutas de protección vigentes o, en su defecto, remitir a especialistas en caso tal que sea necesario, así como a psicoterapia individual y familiar para la reparación emocional, la recuperación del bienestar y el fortalecimiento de recursos.

Para iniciar el diseño de la herramienta interactiva, prioricé la adaptación cultural y contextual. Las ilustraciones, los colores y las metáforas visuales fueron pensadas a partir de la realidad de los niños y las niñas del Valle del Cauca, integrando entornos cotidianos como el hogar, la escuela, los parques, los bosques o el hospital, con el fin de favorecer la conexión emocional y la comprensión simbólica. Además, las imágenes incluidas fueron seleccionadas teniendo en cuenta la edad y el nivel de desarrollo de los niños y las niñas, procurando que su representación fuera clara, comprensible y adecuada para la población infantil. Aunque se incorporan algunas escenas relacionadas con las situaciones abordadas, estas se presentan de manera cuidada y adaptada al contexto terapéutico, evitando representaciones revictimizantes o excesivamente explícitas. De igual manera, se integran símbolos positivos que evocan seguridad, acompañamiento y esperanza, los cuales funcionan como metáforas que fortalecen el sentido de confianza y autocuidado.

El proceso de diseño inició con la conceptualización de la herramienta interactiva, partiendo desde tres principios fundamentales: (a) facilitar un acompañamiento respetuoso y

humanizado; (b) favorecer la observación e identificación inicial de expresiones emocionales o conductuales que orientaran al profesional sobre posibles necesidades de protección y apoyo y; (c) promover un abordaje integral desde la salud sin revictimizar al niño o la niña. A partir de estos ejes, estructuré un material en grupos de fichas que conformaron el recurso: historia, emociones, situaciones, recursos de apoyo y acción; cada grupo cumple una función específica dentro del acompañamiento, pero su uso es flexible para el profesional y se adapta al ritmo tanto de los profesionales como de cada niño o niña teniendo en cuenta su disposición emocional.

El recurso está compuesto primero por una herramienta interactiva la cual contiene: **1** manual para el manejo de la herramienta; **14** cartas de situaciones seguras; **30** cartas de situaciones sospechosas; **7** muñecos de las emociones elaborados en técnica de crochet, diseñados para facilitar la identificación y representación de las emociones por parte de los niños y las niñas durante la construcción de la narrativa simbólica; **10** cartas con escenarios comunes plasmados en imágenes de mayor tamaño, con el fin de que el niño o la niña pueda ubicar sobre ellas las cartas situacionales; **1** tablero donde se representa dos caminos que funcionan como guía visual para que puedan organizar los escenarios y facilitar la construcción de la historia sin distractores visuales. Asimismo, se incorporaron **4** tarjetas con preguntas orientadoras y recomendaciones adaptadas a la edad del niño o la niña.

Durante la etapa del prototipado, busqué imágenes inspiradas en lo espontáneo y expresivo propio de los dibujos infantiles, logrando un equilibrio entre sencillez y significado simbólico; cada figura representa un diseño claro y reconocible, evitando cualquier estímulo visual que pueda resultar amenazante.

El proceso de selección de las imágenes implicó varias etapas de revisión y ajuste. En una primera versión, se exploraron distintos estilos gráficos, evaluando su claridad, su adecuación al rango etario de 5 a 10 años y su coherencia con el enfoque simbólico y no revictimizante de la herramienta. Las imágenes fueron seleccionadas con base en criterios como la simplicidad visual, la representación cultural y contextual propia del Valle del

Cauca, la ausencia de elementos amenazantes o explícitos, y la capacidad de cada ilustración para evocar emociones o situaciones cotidianas de manera comprensible para la población infantil. El formato final adoptado fue el de tarjetas o fichas ilustradas de tamaño manejable, pensadas para que los niños y las niñas pudieran manipularlas, clasificarlas y combinarlas de manera activa durante la interacción con el profesional. En cuanto a la evaluación de contenido por expertos previa al pilotaje, esta no fue realizada. Dado que la línea de trabajo de grado no lo requería de manera formal, la selección y validación inicial de las imágenes se fundamentó en mi experiencia clínica con población infantil en contextos tanto verbales como lúdicos, así como en los criterios teóricos del enfoque narrativo-simbólico y del desarrollo infantil que orientaron el diseño de la herramienta. Esta decisión constituye una limitación reconocida del proceso, y se recomienda que en fases futuras se incorpore la evaluación de contenido por parte de expertos en desarrollo infantil, psicología clínica y diseño gráfico adaptado a la infancia.

Como segundo complemento de este recurso, elaboré una guía de apoyo para el acompañamiento inicial dirigida a profesionales de la salud que realicen este primer acompañamiento. En esta guía se describieron los principios éticos, metodológicos y comunicativos que orientan el uso del material, así como las recomendaciones para facilitar la interacción con el niño o la niña. Entre los aspectos centrales se destacan el mantener una escucha activa y sin juicio, garantizar la confidencialidad, respetar los ritmos de cada niño y niña, actuar conforme los protocolos de protección vigentes a nivel institucional y nacional. Por último, una ficha de observación, pensada para que el profesional de la salud pueda registrar la intervención en jornadas de salud.

La dinámica de uso consiste en orientar a los profesionales para que durante su intervención puedan invitar al niño o la niña a la construcción una historia mediante el uso de fichas simbólicas, seleccionando y combinando los símbolos. A través de esta narración, el profesional puede observar cómo se representan las emociones, los vínculos y las situaciones que emergen. Este proceso permite el detectar posibles señales de alertas

emocionales o comportamentales asociados a un ASI, sin que el niño o la niña se sientan forzados a hablar de su experiencia.

El objetivo de la herramienta interactiva no fue diagnosticar, sino proporcionar un espacio de expresión segura que permitiera un acercamiento al evento traumático, orientando al profesional hacia una comprensión más integral del estado emocional del niño o la niña y facilitando la activación oportuna de las rutas de atención, evitando la revictimización. La propuesta también incorporó elementos de interactividad guiada permitiendo al profesional adaptar el uso del recurso teniendo en cuenta la edad, la disposición emocional y el contexto institucional; donde el niño pueda clasificar las fichas, dramatizar escenas o crear nuevas combinaciones, reforzando así la comunicación simbólica y la autorregulación emocional. Estos momentos de juego y exploración se convirtieron en oportunidades para fortalecer la confianza y promover la resiliencia desde un enfoque humanizado y ético.

El desarrollo de “Entre símbolos y escucha: herramienta interactiva para acompañamiento inicial en casos de abuso sexual infantil” se enmarcó en mi compromiso con la promoción del bienestar emocional infantil y con el fortalecimiento de las prácticas profesionales en salud mental desde un enfoque integrativo.

Consideraciones éticas

Este estudio se acogió a la Resolución 8430 de 1993, que regula la investigación en salud en Colombia, clasificándose como una investigación de riesgo mínimo, dado que los participantes directos son profesionales de la salud (psicólogos, trabajadores sociales y pediatras sociales). Asimismo, se fundamentó en la Ley 1090 de 2006, que orienta el ejercicio ético de la psicología y exige garantizar la dignidad, privacidad y confidencialidad de quienes participan; pese a que el tema de ASI puede generar sensibilidad emocional, se informó previamente a los profesionales sobre los posibles riesgos asociados a su participación y se dispuso de una ruta de atención en caso de malestar emocional (Anexo A), donde se brindó una contención emocional inicial y posteriormente una remisión al programa de psicología institucional para trabajadores del hospital.

De igual forma, el estudio se rigió por lo establecido en la Ley 1098 de 2006 (Código de Infancia y Adolescencia,), la cual reconoce a los niños y las niñas como sujetos de derechos y asigna a los profesionales de la salud una responsabilidad ética y legal en la protección integral, la detección de situaciones de vulnerabilidad y el reporte oportuno de presuntos casos de abuso sexual. En este sentido, la herramienta propuesta no reemplaza ni interfiere con las rutas institucionales, sino que se articula a ellas, reforzando el deber de los profesionales de actuar con diligencia, confidencialidad y responsabilidad frente a la información recibida, priorizando siempre el interés superior del niño o la niña.

Todos los participantes firmaron un consentimiento informado (Anexo B), en el cual se explican los objetivos del estudio, la voluntariedad de participación, el manejo confidencial de la información y el derecho a retirarse en cualquier momento sin repercusiones laborales. Los datos recolectados fueron tratados de forma anónima y utilizada únicamente con fines académicos. Aunque la herramienta se orienta al acompañamiento de niños y niñas en contexto hospitalario, su implementación debe ajustarse estrictamente a los protocolos institucionales de protección y activación de rutas vigentes. Por último, el proyecto fue presentado para evaluación y aprobación del Comité de Ética e Investigación de la Pontificia Universidad Javeriana Cali antes de su aplicación.

Este proceso de diseño me permite reafirmar que la creación de herramientas para la atención a los niños y las niñas entre los 5 y 10 años que han vivido experiencia de abuso sexual implica una profunda responsabilidad ética. Cada símbolo, cada forma y cada palabra fueron pensados en proteger su dignidad, para darles voz incluso cuando el silencio es su refugio y para ofrecer a los profesionales una forma distinta de acercarse desde la sensibilidad, el conocimiento y la escucha genuina.

Asimismo, teniendo en cuenta que el trabajo de grado corresponde al desarrollo de un producto de innovación (herramienta interactiva) y una guía de apoyo para el acompañamiento inicial donde se implementó los componentes metodológicos, visuales y narrativos, se diligenció el Acta de propiedad intelectual, en la cual se reconoce la titularidad y originalidad de los materiales desarrollados. Este documento establece que los

contenidos, los recursos gráficos, las dinámicas y las orientaciones metodológicas hacen parte de una creación intelectual de carácter académico, respetando las disposiciones institucionales y la normativa vigente frente a los derechos de autor y propiedad intelectual.

Pilotaje y Evaluación

Es importante señalar que el proceso de pilotaje e implementación de la herramienta se realizó exclusivamente con personal de la salud que han apoyado casos de abuso sexual a NNA, con el propósito de evaluar la comprensión, aplicabilidad y pertinencia del recurso dentro del contexto de la atención primaria, sin realizar intervenciones directas con niños o niñas.

Dado que esta propuesta se enmarcó en una línea de trabajo de grado emergente, para la cual no se identifican muchos antecedentes metodológicos consolidados respecto al proceso de validación previa de herramientas similares, la fase de pilotaje fue incorporada como un ajuste metodológico posterior a la revisión inicial del proyecto. En este sentido, se seleccionaron dos participantes (trabajadora social y practicante de psicología) pertenecientes al equipo de atención primaria en salud del hospital donde se proyectó la implementación de la herramienta, con el fin de realizar una primera aproximación a su comprensión, claridad y aplicabilidad.

El pilotaje de la herramienta interactiva “Entre símbolos y escucha” y la guía de apoyo para el acompañamiento inicial, se desarrolló en un entorno controlado con un grupo piloto conformado por dos personas de la salud con experiencias en contextos hospitalarios, quienes en ocasiones se vinculan a la atención de niños y niñas víctimas de abuso sexual. Participaron un practicante de psicología de octavo semestre de una universidad privada, vinculado a los servicios de urgencias adultos y pediátricas, y una trabajadora social con aproximadamente cuatro años de experiencia en el servicio de urgencias adultos, que además ha brindado atención de manera temporal en urgencias pediátricas. Estos perfiles permitieron contar con una mirada interdisciplinaria para la evaluación de la herramienta en contextos de atención inicial.

Durante esta fase, los participantes exploraron la estructura de la herramienta y la guía, incluyendo las instrucciones que orienta el uso del material, las imágenes simbólicas, las cuales algunas representaban emociones como primer momento de la interacción, y los escenarios narrativos. Asimismo, se socializó la guía de apoyo para el acompañamiento inicial y ficha observacional profesional para el acompañamiento en posibles casos de ASI.

El pilotaje permitió observar la comprensión del material por parte de los participantes, así como recoger comentarios, sugerencias orientadas a evaluar la claridad, la pertinencia, la utilidad y la aplicabilidad del recurso dentro del contexto de atención primaria en salud. La retroalimentación obtenida fue registrada y posteriormente analizada con el fin de identificar fortalezas, posibles limitaciones y oportunidades de mejora en el diseño de la herramienta.

Esta fase tuvo como propósitos: (a) analizar la comprensión de los participantes frente a la estructura y funcionamiento de la herramienta y guía de apoyo para el acompañamiento inicial, (b) identificar la percepción de utilidad del producto en el acompañamiento inicial de casos de ASI, (c) recoger sugerencias orientadas a fortalecer la guía de apoyo para el acompañamiento inicial y los componentes simbólicos de la herramienta interactiva y, (d) reconocer posibles limitaciones para su aplicabilidad en contextos institucionales de salud y comunitarios.

Los resultados del pilotaje evidenciaron una valoración positiva por parte de los participantes, quienes destacaron la pertinencia del recurso como una herramienta de apoyo para facilitar la exploración emocional del trauma en la infancia mediante estrategias simbólicas y narrativas. Ambos señalaron que el uso de ilustraciones, escenarios y elementos simbólicos permiten generar un espacio de interacción seguro y menos revictimizante para los niños y las niñas, favoreciendo la expresión emocional sin exigir una verbalización directa de experiencias traumáticas. Estas percepciones resuenan con lo planteado por Cox et al. (2025) y Schore (2019), quienes sostienen que los recursos visuales y simbólicos constituyen un puente entre la vivencia interna del niño o la niña y su posibilidad de comunicación, especialmente cuando el lenguaje verbal resulta insuficiente o

amenazante. Desde mi experiencia como psicóloga en contextos hospitalarios, he podido constatar precisamente esto: los niños y las niñas no siempre encuentran en las palabras el medio para acercarse a lo vivido, y forzar esta verbalización en el primer contacto puede revictimizar en lugar de contener.

Así mismo, se reconoció que la herramienta interactiva puede apoyar al personal de salud, particularmente en el área de psicología, en la observación de indicadores emocionales o conductuales que orienten la activación de rutas de protección cuando sea necesario. Las fortalezas identificadas durante esta fase (ver tabla 1) evidenciaron, a partir de los relatos de los participantes, que la herramienta presenta una estructura clara, organizada y adaptable a distintos contextos de atención. De igual manera, los profesionales resaltaron que el uso de recursos simbólicos, narrativos y visuales facilita la expresión emocional de los niños y las niñas de una manera menos invasiva y revictimizante, favoreciendo procesos de acompañamiento más sensibles y acordes con el lenguaje emocional de la infancia. Asimismo, se destacó la utilidad de la guía de apoyo para el acompañamiento inicial y de las preguntas orientadoras como recursos que brindan mayor seguridad y orientación a los profesionales durante el abordaje inicial de estos casos.

Este último hallazgo resulta especialmente significativo si se considera que, como señalan De Souza Torres et al. (2022) y Franco-Carvajal et al. (2020), una de las barreras más frecuentes en la atención inicial del ASI es precisamente la inseguridad del profesional frente a cómo actuar sin causar daño adicional. Que los participantes del pilotaje reportaran mayor seguridad y orientación a partir del uso de la guía evidencia que la propuesta responde de manera directa a esa necesidad documentada en la literatura, y que no se trata únicamente de una herramienta para los niños y las niñas, sino también un recurso que acompaña y fortalece al profesional en uno de los momentos más exigentes de su práctica clínica.

En términos generales, los participantes consideraron que la herramienta constituye un recurso complementario pertinente en procesos de atención primaria, especialmente en contextos hospitalarios donde el primer contacto con víctimas de ASI requiere estrategias

sensibles y respetuosas. No obstante, durante el pilotaje también se identificaron algunas oportunidades de mejora relacionadas con la necesidad de fortalecer la identificación y representación de las emociones teniendo en cuenta el rango etario de los niños y las niñas, así como ampliar ciertas orientaciones de la guía de apoyo para el acompañamiento inicial facilitando su implementación en diferentes profesiones de la salud. En este sentido, en la Tabla 2 se sintetizan los aspectos que requieren fortalecimiento o ajustes para orientar la mejora de la herramienta interactiva y guía de apoyo para el acompañamiento inicial, incluyendo fragmentos de las percepciones de los participantes.

Estas oportunidades de mejora me llevaron a reflexionar sobre algo que la literatura también ha señalado: el rango etario no es un dato secundario en el diseño de herramientas para la infancia. Como plantea la OMS (2023) y se desarrolla en el marco teórico de este trabajo, las capacidades cognitivas, emocionales y comunicativas varían significativamente entre los 5 y los 10 años, por lo que una representación visual que resulta clara para un niño de 8 años puede ser abstracta o confusa para uno de 5. Este ajuste no implicó modificar la estructura conceptual de la herramienta, sino afinar su lenguaje visual para que sea verdaderamente accesible a toda la población a la que está destinada.

Tabla 1

Fortalezas identificadas durante el proceso de pilotaje de la herramienta interactiva y la guía de apoyo para el acompañamiento inicial.

Componentes	Descripción	Percepción de los participantes
Claridad y comprensión del material	Los participantes identificaron que la herramienta presenta una estructura organizada y comprensible para orientar el acompañamiento inicial de niños y niñas.	Participante 1: “No, mira que no, pues yo la veo bien, como que pues sí se prestan para armar historias y para que el niño como que se exprese todo en lo que siente”.
Uso de recursos simbólicos y narrativos	Los profesionales consideraron que las imágenes y escenarios favorecen la expresión emocional infantil mediante formas de comunicación menos invasivas.	Participante 2: “No, me parece chévere, muy asertivo (...) y con lo de las figuras, si estamos hablando, pues que son niños, son importantes porque pues son imágenes con las cuales podemos encontrar una forma de llegar a donde queremos, algo ilustrativo”.
Adaptabilidad en distintos contextos de atención	Los profesionales reconocieron que la herramienta puede implementarse tanto en escenarios hospitalarios como extramurales o jornadas de salud.	Participante 1: “Mira, que yo siento que está bien porque como que brinda las dos opciones de hacer o sin o con. Entonces como que se facilita mucho, digamos, en algunos contextos que no se tengan tanto tiempo para aplicar”.
Pertinencia de la guía de apoyo para el acompañamiento inicial	Los participantes consideraron que la guía de apoyo para el acompañamiento inicial proporciona orientaciones claras y útiles para la atención inicial de niños y niñas víctimas de ASI.	Participante 2: “No le modificaría nada (...) deja la libertad de que se expresen, no de pronto como presionarlo, sino que él dentro de sus capacidades que tenga permitirle sea poco o sea mucho la información que se pueda obtener”.

Componentes	Descripción	Percepción de los participantes
Utilidad de las preguntas orientadoras	Los profesionales identificaron que las preguntas orientadoras facilitan el acercamiento inicial y la exploración emocional respetando el ritmo del niño o niña.	Participante 2: “Todos los niños como no van a hablar de una vez lo que está sucediendo, pues hay que empezar como por los laditos qué está pasando, qué siente esta persona, qué pasa aquí, sí, como intentándolo ingresar al juego”.
Flexibilidad en la aplicación	Se reconoció la importancia de que la herramienta pudiera utilizarse de forma parcial o adaptada según el contexto institucional y el tiempo disponible.	Participante 1: “Brinda las dos opciones de hacer o sin o con [el juego] (...) en algunos contextos no se tiene tanto tiempo”.
Apoyo para profesionales con poca experiencia en atención infantil	Los participantes señalaron que la guía y la herramienta pueden disminuir la inseguridad de algunos profesionales frente al abordaje de estos casos.	Participante 2: “Hay muchos profesionales que sienten temor de atender este tipo de casos por el tema de que es un niño.
Organización de la ficha observacional	Los participantes destacaron que la ficha observacional facilita el registro estructurado de la información obtenida durante la intervención.	Participante 1: “Está bastante práctico, porque pues digamos que uno rellena todo. Está muy bien como desglosado”.

Nota: Elaboración propia.

Tabla 2

Oportunidades de mejora identificados durante el proceso de pilotaje de la herramienta interactiva y la guía de apoyo para el acompañamiento inicial.

Componentes	Observación	Percepción de los participantes	Ajuste realizado
Comprensión visual de algunas imágenes	Se identificó la necesidad de fortalecer la claridad visual de algunas ilustraciones para facilitar su comprensión en niños y niñas menores.	Participante 1: “Me gustaría como las imágenes grandes (...) de pronto explicarlas mejor al niño, porque en el caso de los niños más pequeños se les hace difícil entender el contexto de cada imagen”.	Se reorganizaron algunas imágenes y se fortaleció la claridad visual de ciertos elementos simbólicos para facilitar su comprensión según el rango etario.
Orientaciones para el uso del material	Se identificó la necesidad de ampliar algunas explicaciones relacionadas con el manejo del material y la presentación de las ilustraciones.	Participante 2: “No siempre el niño lo va a contar rápido (...) la guía te expresa ¿si la intervención es larga, si la intervención es corta?”.	Se ampliaron algunas orientaciones metodológicas dentro de las instrucciones y guía de apoyo para el acompañamiento inicial
Adecuación de los espacios de aplicación	Los participantes señalaron que algunos contextos institucionales pueden presentar limitaciones físicas para la implementación del recurso.	Participante 2: “A veces el espacio que se tiene en la institución no es el mejor (...) pero es importante tratar al máximo de buscar un lugar seguro y tranquilo”.	Se incorporaron recomendaciones adicionales sobre adaptación del espacio terapéutico según las posibilidades institucionales.

Componentes	Observación	Percepción de los participantes	Ajuste realizado
Manejo del material cuando el niño no desea jugar	Se sugirió aclarar qué hacer con el material si el niño o niña rechaza inicialmente el uso de la herramienta interactiva.	Participante 2: “Si yo saco el material y el niño en el momento no lo quiere usar (...) entonces ahí cómo sería?”.	Se agregó dentro de la guía la indicación de retirar el material cuando el niño no desee utilizarlo, evitando distracciones o presión durante la intervención.
Necesidad de fortalecer el componente emocional	Los participantes resaltaron la importancia de enfatizar la validación emocional y la construcción de confianza durante la intervención.	Participante 2: “Lo más importante es brindarle esa confianza y seguridad (...) porque si yo no le brindo esa confianza definitivamente no va a contar absolutamente nada”.	Se reforzaron en la guía de apoyo para el acompañamiento inicial las orientaciones relacionadas con escucha activa, validación emocional y creación de espacios seguros.

Nota: Elaboración propia.

A partir de la retroalimentación, se realizaron ajustes menores en la organización y distribución de la herramienta interactiva, así como en la claridad de algunas instrucciones incluidas en la guía de uso y la guía de apoyo para el acompañamiento inicial, con el fin de optimizar la comprensión del recurso por parte de los profesionales y fortalecer su aplicabilidad en escenarios de atención en salud.

El proceso de pilotaje permitió realizar un primer acercamiento a su aplicabilidad dentro del contexto de la atención primaria en salud. Partiendo de la revisión y retroalimentación proporcionada por los profesionales participantes, fue posible identificar las fortalezas y algunas oportunidades de mejora de la herramienta interactiva “Entre símbolos y escucha”, lo que aportó a fortalecer la claridad metodológica y la organización de los componentes del material. Por último, los resultados evidenciaron que el uso de elementos simbólicos, narrativos y lúdicos constituye una estrategia pertinente para facilitar la exploración emocional en la infancia, especialmente en contextos donde el abordaje inicial de posibles situaciones de abuso sexual requiere humanización, escucha activa y prácticas orientadas a evitar la revictimización.

De esta manera, la retroalimentación permitió reconocer la importancia de continuar fortaleciendo las orientaciones metodológicas para el uso del material y considerar posibles ajustes que favorezcan su implementación en distintos contextos (hospitalarios, educativos e institucionales). En general, el pilotaje permitió validar preliminarmente la pertinencia de “Entre símbolos y escucha” como una herramienta de apoyo para profesionales de la salud en procesos de atención inicial frente a casos de ASI, integrando el enfoque simbólico, la sensibilidad ética y la promoción del bienestar emocional en la infancia.

Implementación y Evaluación Final

Posterior al proceso de pilotaje y una vez realizado los ajustes se realiza la implementación de la herramienta interactiva “Entre símbolos y escucha” a tres psicólogas, una de ellas en formación quienes tienen experiencia en la atención de población víctima de diferentes formas de violencia, lo que permitió una valoración de la herramienta y guía de apoyo para el acompañamiento inicial desde múltiples contextos de intervención. Participo

una psicóloga clínica con un año de experiencia en el área hospitalaria y ocasionalmente brinda asistencia a los servicios de urgencias; otra psicóloga clínica con experiencia en la atención de pacientes víctimas de violencia social y lesiones personales; una practicante de psicología de octavo semestre vinculada a la atención de víctimas de violencia de género. Esta composición del grupo facilitó una valoración de la herramienta desde diversos contextos de intervención y las diferentes formas de violencia abordadas en la práctica profesional.

En esta fase se buscó presentar la versión ajustada de la herramienta interactiva y evaluar su aplicabilidad práctica desde la perspectiva de los profesionales de salud. La implementación permitió analizar el grado de novedad de la herramienta, su utilidad y su pertinencia como recurso de apoyo en espacios de acompañamiento inicial en casos de ASI teniendo en cuenta los ajustes previos.

La implementación de la herramienta interactiva “Entre símbolos y escucha” y la guía de apoyo para el acompañamiento inicial en una versión ajustada permitió confirmar la comprensión general del recurso por parte de los profesionales participantes, así como su coherencia con el propósito de apoyar los procesos de acompañamiento inicial en contextos de atención infantil. En términos generales, los participantes resaltaron positivamente la utilidad del material como estrategia para favorecer la expresión emocional y facilitar el acercamiento inicial como los niños y niñas desde una perspectiva humanizada, destacando la flexibilidad de la herramienta y la pertinencia de los recursos simbólicos. Aunque no identifiqué cambios sustanciales en la estructura conceptual de la herramienta, sí surgieron algunas oportunidades de mejora relacionadas principalmente con aspectos visuales y algunos metodológicos (ver tabla 3). Entre estos, la necesidad de fortalecer la representación gráfica de las emociones para los niños y las niñas más pequeños, implementar imágenes más concretas y comprensibles en concordancia al rango etario, ampliar ciertas representaciones simbólicas, ajustes que permitieron mejorar la calidad visual, la comprensión interdisciplinaria y la adaptabilidad del recurso durante su implementación.

Tabla 3

Hallazgos identificados durante la implementación y evaluación final de la herramienta interactiva y guía de apoyo para el acompañamiento inicial.

Componentes	Observación	Percepción de los participantes	Ajuste realizado
Representación visual de emociones	Algunos participantes señalaron la necesidad de fortalecer el reconocimiento emocional en niños y niñas más pequeños.	Participante 3: “De pronto los niños chiquitos más que todo... como saber identificar y nombrar las emociones, tener una regletica con caritas, como para que tú le digas qué te hace sentir”.	Se consideró incorporar apoyos visuales complementarios para favorecer la identificación emocional según el rango etario.
Interpretación de imágenes simbólicas	Se identificó la necesidad de que algunas imágenes fueran más concretas para facilitar la comprensión en niños pequeños.	Participante 4: “Hay cosas que son muy simbólicas, pero ya ver la imagen un poco más concreta de pronto facilita a los niños expresar lo que están viendo”.	Se reorganizaron y ajustaron algunas ilustraciones para hacerlas visualmente más claras, manteniendo el enfoque simbólico.
Inclusión de nuevas representaciones visuales	Los participantes sugirieron incorporar imágenes relacionadas con pesadillas, miedo o besos forzados.	Participante 4: “Podríamos implementar una imagen donde se vea alguien durmiendo, teniendo como una pesadilla”. / “Algo que refleje como besos, porque acá solo tenemos como tocamiento”.	Se añadieron nuevas ilustraciones asociadas a sueños, miedo, límites corporales y expresiones afectivas ambiguas.

Componentes	Observación	Percepción de los participantes	Ajuste realizado
Claridad metodológica de las preguntas orientadoras	Se sugirió aclarar que las preguntas son flexibles y pueden adaptarse al lenguaje del niño o la niña.	Participante 5: “Hay que informar de que son solamente guías, que puedes cambiar las palabras”.	Se amplió la explicación metodológica dentro de la guía para indicar que las preguntas funcionan como orientación y no como un guion rígido.
Organización de la ficha observacional	Algunos profesionales sugirieron especificar mejor algunos apartados de la ficha de observación clínica.	Participante 5: “También se pueden colocar las acciones del niño... si empieza a jalar el cabello, yo lo registraría aquí”.	Se reorganizaron ciertos apartados y se añadieron espacios para registrar conductas relevantes observadas durante la intervención.
Comprensión interdisciplinaria de la guía de apoyo para el acompañamiento inicial	Se identificó la necesidad de ampliar ejemplos para profesionales diferentes al área de psicología.	Participante 4: “También podría ser importante el trabajo interdisciplinario... cómo nos articulamos para no revictimizar”.	Se fortalecieron las explicaciones sobre trabajo interdisciplinario y recursos simbólicos dentro de la guía de apoyo para el acompañamiento inicial.

Nota: Elaboración propia.

Estos hallazgos me generaron una reflexión que considero importante compartir: el hecho de que profesionales con experiencia en distintos tipos de violencia (no exclusivamente ASI) comprendieran la herramienta y la valoraran como pertinente sugiere que su potencial de uso puede trascender el contexto para el que fue diseñada inicialmente. No obstante, esta posibilidad también implica una responsabilidad ética fundamental que Gómez et al. (2021) ya habían advertido: el riesgo de que una herramienta de acompañamiento inicial sea utilizada con fines distintos a los propuestos, como la evaluación diagnóstica o la recolección de evidencia forense. Por ello, la guía de apoyo enfatiza de manera explícita que "Entre símbolos y escucha" es un recurso de acompañamiento emocional y detección temprana, no un instrumento de evaluación ni un sustituto de los procesos terapéuticos posteriores.

Durante esta fase, una vez incorporados los ajustes derivados del pilotaje y la implementación inicial, el material fue presentado nuevamente a dos profesionales de la salud, de las áreas de psicología y pediatría social, con el propósito de obtener una valoración para la versión final de la herramienta por parte de profesionales con experiencia especializada en la atención de casos de ASI en distintos niveles de complejidad, incluyendo urgencias, hospitalización y consulta externa (proceso psicoterapéutico). Se socializó la estructura final de la herramienta, sus componentes, las instrucciones para su uso y la guía de apoyo para el acompañamiento inicial, permitiendo que las participantes exploraran el material y evaluaran su organización, funcionalidad y coherencia con los objetivos propuestos. Las participantes fueron, una psicóloga clínica que se desempeña en consulta externa, atendiendo a NNA víctimas de violencias intrafamiliares, negligencias y abuso sexual; y una profesional en pediatría social encargada de la atención de casos de violencia infantil en el ámbito hospitalaria, incluyendo servicios de urgencias y consulta externa.

A partir de la retroalimentación obtenida, se identificaron los aportes de la herramienta interactiva y la guía de apoyo para el acompañamiento inicial (ver tabla 4), especialmente relacionados con la claridad y organización del material, la utilidad del

enfoque simbólico y narrativo para favorecer la expresión emocional infantil y la posibilidad de generar procesos de acompañamiento inicial menos revictimizantes y más sensibles a las necesidades de los niños y las niñas. De igual manera, surgieron recomendaciones generales orientadas al fortalecimiento y futuras aplicaciones en contextos de atención infantil (ver tabla 5), en las cuales se identificó la necesidad de continuar fortaleciendo la formación o capacitación profesional, adaptar el material al nivel de neurodesarrollo infantil, reducir algunos estímulos visuales y mantener el uso ético de la herramienta como estrategias de acompañamiento inicial y no como recurso forense o diagnóstico.

Que profesionales especializadas en ASI, con trayectoria tanto en urgencias como en psicoterapia, validaran positivamente la herramienta y al mismo tiempo recomendaran fortalecer la capacitación profesional como condición para su uso, confirma algo que he sostenido desde el inicio de esta propuesta: la herramienta no reemplaza al profesional ni a su formación, sino que la potencia. Como señalan Schauer et al. (2017), ningún recurso simbólico o narrativo opera en el vacío; su efectividad depende de quién lo usa, cómo lo usa y en qué momento del proceso de atención se incorpora. Esta articulación entre herramienta y competencia profesional es, a mi juicio, uno de los aportes más relevantes de esta propuesta.

Los ajustes derivados de esta fase estuvieron dirigidos principalmente al fortalecimiento de aspectos visuales y de organización del material, sin modificar los principios metodológicos ni la estructura conceptual de la propuesta. De esta manera, la evaluación final permitió consolidar la versión definitiva de la herramienta interactiva y de la guía de apoyo para el acompañamiento inicial.

Tabla 4

Aportes identificados durante la implementación y evaluación final de la herramienta interactiva y guía de apoyo para el acompañamiento inicial

Componentes	Descripción	Percepción de los participantes
Claridad y organización del material	Los profesionales consideraron que la estructura final de la herramienta facilitó la comprensión de sus componentes y orientó adecuadamente su aplicación en contextos de atención inicial.	Participante 6: “Las imágenes son bien nutridas, o sea, van acorde a las emociones, al contexto, a los lugares, a las personas”. Participante 7: “Yo creo que esta es muy clara para los profesionales”. / “Vas paso a paso y explicas cuál es el objetivo de cada paso”.
Utilidad profesional en contextos de atención inicial	Los participantes señalaron que la herramienta favorece procesos de acompañamiento inicial más accesibles y sensibles frente al abordaje del ASI.	Participante 5: “Con estas pacientes es muy difícil establecer contacto verbal... entonces con este juego es mucho más fácil”. Participante 7: “Y al hacer un juego, es menos revictimizante”. / “Esto me parece fenomenal, fenomenal el tema”.
Valor del enfoque simbólico y narrativo	Los profesionales destacaron que las imágenes y escenarios permiten que el niño o la niña expresen experiencias difíciles sin necesidad de verbalizarlas directamente.	Participante 6: “Es también un juego que está muy orientado a poder escuchar el relato del niño que pueda acompañar la imagen frente a la interpretación que le da”. Participante 7: “A través de las figuras los niños hablan mejor en tercera persona”.

Componentes	Descripción	Percepción de los participantes
Adaptabilidad a diferentes contextos	Se reconoció positivamente la inclusión de escenarios rurales y urbanos, favoreciendo la identificación de distintos entornos de vida infantil.	Participante 4: “Me parece chévere que sea incluido como la zona rural”. Participante 5: “Me encanta que pienses en zonas rurales”.
Apoyo al cierre emocional de la intervención	Los profesionales identificaron que el recurso facilita transiciones menos invasivas después de la revelación emocional.	Participante 6: “Súper importante que el cierre se dé precisamente con algo que genere como una emoción, aparentemente placentera, de calma, de paz”. Participante 7: “Todo lo que uno haga al inicio son acciones con daño... pero tomarlo de la forma menos revictimizante y más centrado en esa particularidad de ese niño es una acción con menos daño posible”.
Pertinencia de la ficha observacional	Los participantes consideraron útil contar con un formato de registro para intervenciones extramurales o escenarios sin acceso a historia clínica institucional.	Participante 3: “Esto también se puede presentar en una jornada extramural”. Participante 5: “Me encanta que pienses en zonas rurales... eso también nos podría ayudar”.
Aporte de la guía de apoyo para el acompañamiento inicial	La guía fue valorada como un complemento útil para orientar a profesionales frente al acompañamiento ético y sensible de estos casos.	Participante 5: “Siento que es una guía muy completa para una persona que atiende este tipo de casos”. Participante 6: “Me parece súper apropiado que en cada apartado esté la pregunta que hacer y que tú lo puedas explicar”. / “Qué bueno que hay un apartado de actividades complementarias”. / Participante 7: “Me gustan y creo que son claras y concretas”.

Componentes	Descripción	Percepción de los participantes
Reconocimiento del juego como estrategia de seguridad emocional	Los profesionales identificaron el juego como una herramienta que favorece la generación de confianza y seguridad durante la intervención.	Participante 6: “La herramienta del juego siempre va a ser muy apropiada para estos espacios, generarles seguridad”. / “Podemos comenzar con lo seguro para engancharle y darle como más seguridad al niño”.
<i>Nota:</i> Elaboración propia.		

Tabla 5

Recomendaciones generales para futuras aplicaciones de la herramienta interactiva y guía de apoyo para el acompañamiento inicial

Componentes	Descripción	Percepción de los participantes
Capacitación profesional	Fortalecer espacios de formación sobre acompañamiento inicial, comunicación sensible y uso de recursos simbólicos en la atención infantil.	Participante 4: “Muchos profesionales tienen temor de atender este tipo de casos”. Participante 6: “Siempre quede claro que es no es forenses”.
Uso ético de la herramienta	Mantener el uso del recurso como estrategia de apoyo y acompañamiento inicial, evitando fines diagnósticos o investigativos.	Participante 3: “Muchas veces uno como profesional no sabe cómo intervenir o cómo preguntar sin revictimizar”. Participante 7: “No usar palabras que el niño no use durante la intervención”.
Proyección y sostenibilidad	Favorecer la difusión de la herramienta en contextos hospitalarios, comunitarios y extramurales orientados a la atención infantil.	Participante 5: “Ojalá algún día esté en una institución y lo utilicen”.
Adecuación al neurodesarrollo y rango etario	Adaptar las imágenes, preguntas y recursos según el nivel de desarrollo cognitivo y emocional de los niños y niñas.	Participante 6: “Pienso que en términos del desarrollo lo buscaríamos como algo de temprana edad”. Participante 7: “Tienen que ser cosas muy concretas”.
Organización visual y reducción de estímulos	Disminuir la cantidad de fichas y estímulos visuales para favorecer la atención y comprensión infantil durante la intervención.	Participante 7: “Que sea una cosa que no tenga mucho estímulo visual”.

Nota: Elaboración propia.

Documentación y Presentación

Como parte del proceso de desarrollo de la herramienta interactiva “Entre símbolos y escucha”, se elaboró un conjunto de documentos que orientan el uso adecuado de la herramienta, comprender su estructura y finalidad. Entre los materiales desarrollados se encuentran las instrucciones para el manejo de la herramienta interactiva, material visual de la herramienta, las tarjetas con preguntas orientadoras diferenciadas por rango etario, estrategias de cierre terapéutico y recomendaciones. De igual manera, se incluyó la guía de apoyo para el acompañamiento inicial, en la cual se describen los principios éticos, conceptuales y metodológicos, junto con una ficha de observación profesional para el registro de las intervenciones.

Por último, en el marco del desarrollo de la herramienta interactiva “Entre símbolos y escucha”, además de los aspectos conceptuales y metodológicos, se llevó un control de los recursos empleados durante el proceso de diseño, pilotaje e implementación. Para garantizar transparencia y coherencia en la gestión del proyecto, elabore una Tabla de Gastos (Tabla 6), donde se registra los insumos, materiales y recursos utilizados. Este documento complementa la presentación del trabajo, pues permite evidenciar la planificación financiera y administrativa que acompaña esta propuesta.

Tabla 6

Gastos del Proyecto

Rubro / Ítem	Cantidad	Valor total
Impresión de la herramienta interactiva (prototipo)	1 unidad	\$ 50.000
Fotocopias consentimientos informados y formatos (prototipo)	6 unidades	\$ 9.000
Diseño e ilustración de la herramienta interactiva	1 servicio	\$ 150.000
Muñecos de emociones	7 unidades	\$ 200.000
Impresión de la herramienta interactiva (final)	1 unidad	\$ 450.000
Fotocopias de formatos	8 unidades	\$ 10.000
TOTAL GASTOS		\$869.000

Nota: Elaboración propia.

En conjunto, estos documentos conforman el manual de uso de la herramienta interactiva, permitiendo que pueda ser comprendida, replicada y utilizada por profesionales interesados en incorporar estrategias simbólicas y lúdicas dentro de los procesos de acompañamiento inicial en contexto de vulneración de derechos en la infancia asociados al ASI.

Socialización del producto

En este espacio se tuvo como propósito socializar la estructura, los objetivos y la dinámica de uso de la herramienta interactiva y guía de apoyo para el acompañamiento inicial a profesionales del área de psicología de un Hospital de la Ciudad de Cali. La socialización se realizó en función de dar a conocer los resultados obtenidos durante la fase de pilotaje e implementación y evaluación final, mostrando la herramienta interactiva final con los ajustes realizados. Los profesionales destacaron la pertinencia de contar con una herramienta interactiva y simbólica que facilite la expresión emocional de los niños y las niñas en un entorno hospitalario, resaltando que la herramienta aporta claridad y confianza en el acompañamiento inicial.

Este espacio permitió ampliar el conocimiento de la herramienta interactiva y guía de apoyo para el acompañamiento inicial dentro del contexto institucional, se buscó promover el interés por el uso de estrategias simbólicas y lúdicas como recursos complementarios en la atención de la infancia asociados a la vulneración de derechos asociados al ASI. Asimismo, este proceso favoreció la difusión de la herramienta y guía dentro en el ámbito hospitalario y académico, consolidando su utilidad práctica y su impacto en futuras aplicaciones. Esta actividad de socialización se realizó con fines académicos y de divulgación de la herramienta interactiva y la guía de apoyo para el acompañamiento inicial, sin constituir un proceso de evaluación formal dentro del producto de innovación.

Referencias

- Arias, J. H. S., Baquero, J. F. C. y Calderón, J. A. F. (2024). Propuesta de herramienta tecnológica para la prevención y predicción del abuso sexual en niños. *Revista de Ingeniería Matemáticas y Ciencias de la Información*, 11(22).
<https://doi.org/10.21017/rimci.1094>
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and emotional disorders*. International Universities Press.
- Chams, M. M., Barceló, J. A., Álzate, I. A., Charris, J. O. y Rodríguez, D. L. M. (2023). Abuso sexual en niños, niñas y adolescentes: factores de riesgo y sintomatología. *Psicogente*, 26(50). <https://doi.org/10.17081/psico.26.50.6438>
- Charry-Lozano, L., Pinzón-Fernández, M. V., Muñoz-Otero, D. F., Becerra-González, N., Montero-Molina, D. S. y Luna-Samboní, D. S. (2022). Consecuencias neurobiológicas del abuso sexual en la infancia: revisión de literatura. *Entramado*, 18(2). <https://doi.org/10.18041/1900-3803/entramado.2.7808>
- Cornejo-Guerra, N. (2024). Conductas autolíticas suicidas y no suicidas en víctimas de violencia sexual infantil. *Apuntes de psicología*, 42(1).
<https://doi.org/10.55414/ap.v42i1.1542>
- Cox, S., Parkinson, S., Herbert, J., Tucker, E., Octoman, O. y Bromfield, L. (2025). Trauma-focused cognitive behavioral therapy for children and young people who have experienced forms of child maltreatment other than child sexual abuse: A review of the evidence. *Children And Youth Services Review*, 170, 108159.
<https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2025.108159>
- De Souza Torres, M., De Freitas, C. P. P. y Habigzang, L. F. (2022). Atitudes e tomada de decisão de profissionais na avaliação de situações de abuso sexual. *Psico*, 53(1), e38930. <https://doi.org/10.15448/1980-8623.2022.1.38930>
- Deblinger, E. y Heflin, A. H. (1996). Treating sexually abused children and their non-offending parents: A cognitive behavioral approach. Sage Publications, Inc.
<https://psycnet.apa.org/record/1996-98952-000>

- Deblinger, E., Mannarino, A. P., Cohen, J. A., Runyon, M. K. y Steer, R. A. (2021). Trauma-focused cognitive behavioral therapy for children: impact of the trauma narrative and treatment length. *Depress Anxiety* 28(1). 67-75. [10.1002/da.20744](https://doi.org/10.1002/da.20744)
- Del Tránsito Bonilla Manguera, M., Galindo-Buitrago, J. I. y Barbosa, W. G. J. (2023). Violencia sexual en el departamento del Huila (Colombia): un problema de salud pública, 2016-2020. *Salud Uninorte*, 39(2), 477-497.
<https://doi.org/10.14482/sun.39.02.720.493>
- Fernandes, M., & Nascimento, P. (2024). Prevenção do abuso sexual infantil em idade pré-escolar: Que programas, que estratégias. *EduSer*, 16(2).
<https://doi.org/10.34620/eduser.v16i2.293>
- Fonseca, B. P., Mahecha, V. M. y González, L. P. (2021). Niños y adolescentes hombres víctimas de violencia sexual - Una realidad en Colombia [Trabajo de Grado de 2021, Universidad Cooperativa de Colombia]. Repositorio Institucional.
<https://hdl.handle.net/20.500.12494/36386>
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF]. (2021). *Desarrollo y participación de los adolescentes*. <https://www.unicef.org/adolescence>
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF]. (2024). *Violencia sexual contra niñas, niños y adolescentes en América Latina y el Caribe*.
<https://www.unicef.org/es/comunicados-prensa/mas-370-millones-ninas-mujeres-mundo-sometidas-violaciones-abusos-sexuales-infancia>
- Franco-Carvajal, B., Granada-Jiménez, V. y Heredia-Quintana, D. (2020). Entrevista forense y revictimización: un análisis psicojurídico. *Revista de Psicología GEPU*, 11 (2), 15-34. <https://hdl.handle.net/10893/22007>
- García, L. B. y Losada, A. V. (2023). Vulnerability to child sexual abuse: NOABS tool. *Quaderns de Psicologia*, 25(1), e1742. <https://doi.org/10.5565/rev/qpsicologia.1742>
- Gómez-Duarte, S. V. y Contreras-Sierra, A. L. (2023). Las TIC como herramientas pedagógicas para la educación sexual infantil en escenarios no convencionales. *Nodos y Nudos*, 8(55), 45-53. <https://doi.org/10.17227/nyn.vol8.num55-20274>

- Gómez, C., Lama, X. y Capella, C. (2021). Psicoterapia y Superación de Agresiones Sexuales: Mensajes de Niños/as y Adolescentes a Pares y Psicoterapeutas. *Psykhē (Santiago)*, 30(2). <https://doi.org/10.7764/psykhe.2019.22385>
- González, C. M. M. y Preciado, A. C. (2024). El abuso sexual: retos y desafíos en materia jurídica y psicológica. *CES Derecho*, 15(3), 1-3. <https://doi.org/10.21615/cesder.7776>
- González, M., García, M., Pedrosa, T. y Contreras, L. (2023). Violencias sexuales, trauma psíquico y reparación: Editorial. *Psicoperspectivas Individuo y Sociedad*, 22(3). <https://doi.org/10.5027/psicoperspectivas-vol22-issue3-fulltext-3096>
- Gutiérrez, V. F., Rodríguez, A. P., Paredes, A. C. V. y Gallego, D. J. L. (2023). Dispositivos Creativos Colaborativos para la resignificación del abuso sexual. *Psicoperspectivas Individuo y Sociedad*, 22(3). <https://doi.org/10.5027/psicoperspectivas-vol22-issue3-fulltext-2943>
- Hailes H. P., Danese A. y Fazel, S. (2019). Long-term outcomes of childhood sexual abuse: an umbrella review. *The Lancet Psychiatry*, 6(10), 830-839. [10.1016/S2215-0366\(19\)30286-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30286-X)
- Heiderscheit, A. (2022). Trauma and expressive arts therapy: Brain, body & imagination in the healing process. *Music Therapy Perspectives*, 40(1), 117-119. <https://doi.org/10.1093/mtp/miac008>
- Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. (2024). *Boletín Niños, Niñas y Adolescentes agosto de 2024*. https://www.medicinalegal.gov.co/documents/20143/1003447/Boletin_NNA_agosto_2024.pdf
- Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. (2025). *Boletín Niños, Niñas y Adolescentes enero de 2025*. https://www.medicinalegal.gov.co/documents/20143/1162329/Boletin_NNA_enero_2025.pdf
- Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. (2025). *Boletín Niños, Niñas y Adolescentes abril de 2026*.

https://www.medicinalegal.gov.co/documents/20143/1274032/Boletin_NNA_abril_2026.pdf

Jacome, M. y Campodónico, N. (2024). Eficacia de terapia cognitiva conductual focalizada en el trauma aplicada en abuso sexual infantil: revisión sistemática. *Perspectivas Metodológicas*, 24. <https://doi.org/10.18294/pm.2024.4513>

Landreth, G. L. (2012). Play therapy: The art of the relationship (3rd ed.). *Routledge*.
<https://doi.org/10.4324/9780203835159>

Ley 1090 de 2006. (2006). Congreso de la República. Diario oficial No 46.383.

http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1090_2006.html

Ley 1098 de 2006 (2006). Gestor Normativo. (s. f.). Función Pública.

<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=22106>

Machado, D. C. M., Coll, E. A. J. y Gutiérrez-Carvajal, O. I. (2020). Intervención psicológica del abuso sexual en niños: Revisión sistemática. *Revista Iberoamericana de Psicología*, 12(3), 71-80. <https://doi.org/10.33881/2027-1786.rip.12308>

Ministerio de Salud de Colombia. (1993). *Resolución 8430 de 1993: Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud*.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2022). *Lineamientos para la atención integral en salud a víctimas de violencia sexual*.

<https://minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/MODELO%20DE%20ATENCION%20A%20VICTIMAS%20DE%20VIOLENCIA%20SEXUAL.pdf>

Muñoz-Pérez, C. E., Hidalgo, L. B. N., Sepúlveda, C. C., Gabriel-Vacher, N., Huber, M. O. y Anich, N. A. (2023). Relación terapéutica inicial en agresión sexual infantil: Perspectivas de niñas, niños y sus terapeutas. *Psicoperspectivas Individuo y Sociedad*, 22(3). <https://doi.org/10.5027/psicoperspectivas-vol22-issue3-fulltext-2972>

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2022). *Child maltreatment*.

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2023). *Adolescent health*.

<https://www.who.int/health-topics/adolescent-health>

Padilla, A. M. I., Ramírez, R. o. L. y Gómez, Y. C. P. (2020). Desarrollo normativo y de política pública contra el abuso sexual infantil en Colombia. *Pensamiento Americano*, 13(26), 139-152. <https://doi.org/10.21803/penamer.13.26.426>

Piñarete, Z. R. M. (2020). Análisis de la violencia sexual infantil en Colombia. En J. M. Garcés. (1 ed. Vol. 2) *Avances en investigación científica* (pp. 707-728). Corporación Universitaria Autónoma de Nariño, Colombia.

https://aunarcali.edu.co/web/administrator/modelos/informacion_institucionales/documento%20editorial/libro_2_tomo2_ciencias_economicas_sociales.pdf

Portuondo Kindelán, D., Pérez Salina, L. T., Texidó Odio, A. y Portuondo Puig, M. (2022). Propuesta de estrategia interventiva para rehabilitar a menores víctimas de abuso sexual. Evaluación psicosocial. *Santiago*, 159, 69–84.

<https://santiago.uo.edu.cu/index.php/stgo/article/view/5524/5086>

Ramírez, M. R. y Quesada, L. R. (2021). El abuso sexual en la infancia y sus secuelas.

MEDISAN, 25(4), 1001-1011. <https://medisan.sld.cu/index.php/san/article/view/3445>

Resolución 8430 de 1993. [Ministerio de Salud]. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. 4 de octubre de 1993.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/lists/bibliotecadigital/ride/de/dij/resolucion-8430-de-1993.pdf>

Richardson, C. (2015). Expressive Arts Therapy for Traumatized Children and Adolescents: A Four-Phase Model (1st ed.). *Routledge*. <https://doi.org/10.4324/9781315817859>

Schauer, M., Neuner, F. y Elbert, T. (2017). Narrative Exposure Therapy for Children and Adolescents (KIDNET). En *Evidence-based treatments for trauma related disorders*

in children and adolescents (pp. 227-250). https://doi.org/10.1007/978-3-319-46138-0_11

Schore, A. N. (2019). *Right brain psychotherapy*. W. W. Norton & Company.

Schore, A. N. (2021). *The Development of the Unconscious Mind: Neuropsychoanalytic Perspectives on Emotional Regulation, Trauma, and Attachment*. W. W. Norton & Company.

Siegel, D. J. (2012). *The developing mind: How relationships and the brain interact to shape who we are* (2nd ed.). The Guilford Press.

Stoltenborgh, M., Van IJzendoorn, M. H., Euser, E. M. y Bakermans-Kranenburg, M. J. (2011). A Global Perspective on Child Sexual Abuse: Meta-Analysis of Prevalence Around the World. *Child Maltreatment*, 16(2), 79-101. <https://doi.org/10.1177/1077559511403920>

Terr, L. C. (1991). Childhood traumas: an outline and overview. *American Journal Of Psychiatry*, 148(1), 10-20. <https://doi.org/10.1176/ajp.148.1.10>

Varela, M. T., Uribe, A. M. & Rubio, D. C. (2025). Health Promotion and Disease Prevention in Latin America. En A. Urzúa y Y. Rosa-Rodríguez (eds.), *Handbook of Latin American Health Psychology*, (pp. 117-134). Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-031-84433-1_6

Volpato, A. F. C., Rodrigues, L. G., Rodrigues, P. A., Da Silva Vier, R. F. y Pacheco, S. (2024). Desenvolvimento da metodologia “com meu corpo não se brinca”, para identificação de abuso sexual nas escolas de ponta grossa. *Revista Foco*, 17(3), e4658. <https://doi.org/10.54751/revistafoco.v17n3-091>

Winnicott, D. W. (1971). *Playing and reality*. Routledge.

Anexos

Anexo A: Ruta de atención en caso de malestar emocional.

Este proyecto no contempla intervenciones clínicas directa y no implica riesgos físicos para los participantes. Sin embargo, debido a que la temática abordada se relaciona con situaciones de alta sensibilidad como lo es el abuso sexual infantil (ASI), es posible que durante la participación algunos profesionales experimenten incomodidad o malestar emocional. Con el fin de salvaguardar la integridad, el bienestar emocional y los derechos de los participantes, se establece la siguiente ruta de atención:

1. Identificación del malestar:

Si durante o después de la participación el profesional manifiesta incomodidad emocional, malestar psicológico o desea interrumpir su participación, podrá hacerlo en cualquier momento, sin necesidad de justificación y sin que ello implique alguna consecuencia.

2. Contención emocional inicial:

Si durante la participación se manifiesta malestar emocional, la investigadora brindará una contención emocional básica, basada en la escucha activa, la validación emocional y una breve orientación frente a qué pasos puede seguir y que estén encaminados a su bienestar emocional. Esta contención no constituye intervención clínica ni psicoterapia, y se realiza conforme a los límites éticos del rol investigativo.

3. Autogestión del cuidado emocional:

En caso de persistir la incomodidad, el participante será invitado a identificar y activar, de manera autónoma, sus propios recursos de apoyo, tales como redes personales, espacios de autocuidado o servicios de salud.

4. Orientación a servicios de apoyo y remisión en caso de crisis:

En caso de que el participante identifique la necesidad de apoyo psicológico adicional, será orientado a los servicios de salud a los que tenga acceso, tales como:

- Su Entidad Promotora de Salud (EPS).
- Línea 106 – atención en salud mental.
- Línea 1412 – orientación en salud mental del Ministerio de Salud.

Adicional, en caso de que el malestar reportado siguiere una afectación significativa, el participante será redireccionado al servicio de bienestar o apoyo psicológico disponibles en el lugar de trabajo.

5. Registro y confidencialidad:

Cualquier manifestación de malestar será manejada de manera confidencial. No se registrará información clínica, ni se reportará casos a entidades externas, dado que el estudio no implica detección de eventos de notificación obligatoria.

Anexo B: Consentimiento informado.

Pontificia Universidad Javeriana Cali
Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales
Maestría en Psicología de la Salud

Fecha: ____ / ____ / 2026

Título del proyecto: Entre símbolos y escucha: acompañamiento profesional en la atención primaria del abuso sexual infantil

Investigadora: Valenttine Idarraga Molano

Directora: Mg. María Camila Tamayo Isaziga

Lugar de desarrollo del estudio: Hospital Universitario del Valle “Evaristo García” E.S.E., Cali, Colombia

Usted está siendo invitado a participar en el proyecto “Entre símbolos y escucha” el cual busca desarrollar y validar una **herramienta interactiva y guía de apoyo para intervención inicial para profesionales de la salud**, orientada a fortalecer la detección temprana y el acompañamiento inicial a niños y niñas entre los 5 y 10 años víctimas de abuso sexual infantil en el entorno hospitalario.

Es importante que lea esta información con calma. Puede hacer todas las preguntas que considere necesarias y su participación es voluntaria.

Objetivo del estudio

Identificar las fortalezas y limitaciones en los abordajes actuales frente al abuso sexual infantil.

Validar una herramienta interactiva y guía de apoyo para profesionales de la salud, la cual busca facilitar la expresión emocional y la comprensión empática durante el primer contacto con las víctimas, sin sustituir procesos terapéuticos posteriores.

Promover una atención humanizada y no revictimizante en el primer contacto asistencial.

Criterios de selección

Usted ha sido invitado porque es profesional de la salud vinculado(a) al Hospital Universitario del Valle “Evaristo García” E.S.E., Cali, Colombia.

Tiene experiencia o ha participado en la atención inicial a población infantil en situación de víctima por abuso sexual.

La selección se realizó de manera justa, equitativa y sin discriminación, considerando únicamente los criterios profesionales relacionados con el propósito del estudio.

Procedimiento

La participación consiste en colaborar con las siguientes actividades:

- Revisión y validación de la guía de apoyo para el acompañamiento inicial y de la herramienta interactiva diseñada.
- Aportes cualitativos sobre la aplicabilidad y pertinencia del material propuesto.
- Participar en una entrevista individual de discusión.

Cada encuentro tendrá una duración aproximada de 1 hora y treinta minutos; se llevará a cabo en un espacio institucional previamente acordado. Con autorización previa, la sesión podrá ser grabada en audio para garantizar la fidelidad de la información.

Riesgos y beneficios

Riesgos: No existen riesgos físicos. Puede generar incomodidad emocional al reflexionar sobre experiencias de atención a víctimas. La participación no implica evaluación de desempeño profesional ni afectará su vínculo laboral con la institución.

Medidas para reducir riesgos: Usted podrá negarse a responder cualquier pregunta, En caso de presentarse malestar significativo, se suspenderá la sesión y se ofrecerá orientación psicológica de contención inicial y, si usted lo desea, se activará la ruta Institucional del Hospital Universitario del Valle “Evaristo García” E.S.E., Cali, Colombia para acompañamiento profesional.

Beneficios: Contribuir al desarrollo de herramientas clínicas que fortalezcan la capacidad de los equipos de salud para brindar una atención sensible, ética y humanizada en casos de abuso sexual infantil. Participar en el desarrollo de conocimiento científico en psicología de la salud. No existe compensación económica.

Confidencialidad y manejo de información

Toda la información recolectada será tratada con estricta confidencialidad. Los participantes serán identificados mediante códigos o seudónimos.

Los datos se utilizarán únicamente con fines académicos, en trabajo de grado, publicaciones científicas, presentaciones en eventos académicos e informes institucionales. Adicionalmente, podrán ser reutilizados en futuras investigaciones relacionadas con la misma línea del proyecto académico, manteniendo siempre el anonimato y la confidencialidad.

Las grabaciones, transcripciones o registros se conservarán en archivos protegidos bajo custodia de la investigadora en computador personal protegido con contraseña, archivos digitales con contraseña, acceso restringido a los documentos. La información será almacenada por un periodo máximo de 5 años posteriores a la finalización del proyecto, según lineamientos académicos.

La investigación cumple con la **Ley 1581 de 2012 de Protección de Datos Personales** y las normas éticas del **Comité de Ética e Investigación de la Pontificia Universidad Javeriana Cali**.

Voluntariedad y derecho al retiro

La participación es completamente voluntaria. El profesional puede retirarse del estudio en cualquier momento sin que esto implique perjuicio alguno. No existe compensación económica ni obligación derivada de su participación.

Cláusula de confidencialidad

Como participante de mi trabajo de grafo, me comprometo a mantener la reserva de la información institucional o sensible que pueda conocer durante el desarrollo de la entrevista, y a no divulgar contenidos específicos del material evaluado sin autorización de la investigadora, incluso después de mi participación, a fin de proteger la integridad y confidencialidad de todos los involucrados.

Consentimiento

Declaro que he leído y comprendido la información anterior, que he tenido oportunidad de realizar preguntas, autorizo el uso de mis datos personales para los fines descritos y que participé de manera voluntaria en este trabajo de grado.

Nombre del participante: _____

Cargo o rol institucional: _____

Firma: _____

C.C.: _____

Nombre de la investigadora: Valentine Idarraga Molano

Firma: _____

Contacto

Investigadora: Valentine Idarraga Molano

Correo: valentine1124@javerianacali.edu.co

Teléfono: 311 691 2010

Directora: Mg. María Camila Tamayo Isaziga

Si considera que durante su participación se ha vulnerado sus derechos, preste alguna queja o desea realizar alguna consulta independientemente sobre los aspectos éticos del estudio, puede comunicarse directamente con el:

Comité de Ética en Investigación (CEI)

Pontificia Universidad Javeriana Cali

Correo: eticainstitucional@javerianacali.edu.co