



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
Área de la Salud Humana
Carrera de Psicología Clínica

NIVEL DE PREGRADO

TÍTULO

“ALTERACIONES DEL ESTADO DE ÁNIMO Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN VÍCTIMAS DE ABUSO SEXUAL DE 7 A 17 AÑOS DE EDAD, QUE ACUDEN A LA UNIDAD DE ATENCIÓN Y PERITAJE INTEGRAL DE LA FISCALÍA PROVINCIAL DE LOJA, PERIODO 2015 – 2016.”

Tesis previa a la obtención del título de Psicóloga Clínica

AUTORA

VANESSA ROMINA PINEDA ROJAS

DIRECTORA

DRA. MARÍA SUSANA GONZALEZ GARCÍA, MG. SC.

2016

LOJA - ECUADOR

CERTIFICACIÓN

Loja, 30 de noviembre de 2016


Dra. María Susana González García, Mg. Sc

DIRECTORA DE TESIS

CERTIFICA:

Que el trabajo de investigación de tesis titulado: **"ALTERACIONES DEL ESTADO DE ÁNIMO Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN VÍCTIMAS DE ABUSO SEXUAL DE 7 A 17 AÑOS DE EDAD, QUE ACUDEN A LA UNIDAD DE ATENCIÓN Y PERITAJE INTEGRAL DE LA FISCALÍA PROVINCIAL DE LOJA, PERIODO 2015 – 2016."**, realizado por la estudiante, Vanessa Romina Pineda Rojas, ha sido elaborado bajo mi dirección, el mismo que se encuentra dentro de los procedimientos legales que exige la institución. Por lo que autorizo se presentación ante el organismo competente para que le dé el trámite correspondiente.

Atentamente



Dra. María Susana González García, Mg. Sc


DIRECTORA DE TESIS

AUTORÍA

Yo, VANESSA ROMINA PINEDA ROJAS, declaro ser la autora del presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales, por el contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el Repositorio Institucional – Biblioteca Virtual

- **AUTOR:** VANESSA ROMINA PINEDA ROJAS

- **FIRMA:** 

- **NÚMERO DE CÉDULA:** 1104241144

- **FECHA:** 30 de noviembre de 2016

CARTA DE AUTORIZACIÓN

Yo, Vanessa Romina Pineda Rojas, declaro ser el autor de la tesis titulada **ALTERACIONES DEL ESTADO DE ANIMO Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN VÍCTIMAS DE ABUSO SEXUAL DE 7 A 17 AÑOS DE EDAD, QUE ACUDEN A LA UNIDAD DE ATENCIÓN Y PERITAJE INTEGRAL DE LA FÍSCALIA PROVINCIAL DE LOJA, PERIODO 2015 – 2016**, como requisito para optar el Grado de Psicóloga Clínica, autorizo al sistema bibliotecario de la Universidad Nacional del Loja para que con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad Nacional de Loja, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repertorio Digital Institucional.

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDI, en las redes de información del país y del exterior, con los cuales tenga convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia de la tesis que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los 30 días del mes de Noviembre del 2016.

Firma: 

Autor: Vanessa Romina Pineda Rojas

Cédula N°: 1104241144

Dirección: Av. Pío Jaramillo 19 – 37 y Chile

Correo electrónico:

Telf.: 2575037

Celular: 0959471543

DATOS COMPLEMENTARIOS

Directora de tesis: Dra. María Susana González García, Mg. Sc.

TRIBUNAL DE GRADO:

Dr. Fernando Patricio Aguirre Aguirre, Mg. Sc.

Dr. Germán Alejandro Vélez Reyes, Mg. Sc.

Dr. Efraín Fernando Muñoz Silva, Mg. Sc.

DEDICATORIA

“El futuro de los niños es siempre hoy. Mañana será tarde.”

Gabriela Mistral

A mis padres Roque y Carmen Luisa, por ser mi pilar, por su amor incondicional, por su lucha, y por apoyarme en cada decisión, por confiar en mí, cuidarme siempre.

A mi hijo José Nicolás lo más importante de mi existencia, por ser mi fuente de inspiración que con su amor impulsa a superarme cada día.

A mis Hermanos y sobrinos, quienes han estado presentes a mi lado brindándome cariño y apoyo durante mis estudios.

A mis demás familiares con quienes hemos estado unidos en los momentos gratos y difíciles de nuestras vidas, y han sido quienes me han alentado para seguir adelante y cumplir mis objetivos.

AGRADECIMIENTO

A Dios por concederme salud y fortaleza, por dirigir mis pasos y permitir alcanzar estos logros que son resultado de su amor y ayuda infinita, por guiarme a ser cada día mejor ser humano.

A mis adorados padres e hijo, porque todo se los debo a ellos, por brindarme cada día su amor, tiempo, confianza y paciencia que inspira a seguir adelante por eso mi gran afecto hacia ustedes.

A la Universidad Nacional de Loja, y a la Carrera de Psicología Clínica quienes han aportado conocimientos durante el trayecto académico y han inculcando valores para el ejercicio profesional.

Así mismo reconocer el esfuerzo de la Dra. Susana González, por la dedicación en la asesoría de esta investigación, a la Psic. Cli. Stefany Arévalo y Psic. Cli. Luis Miguel Farfán quienes han aportado desinteresadamente sus conocimientos para la elaboración de este estudio.

A la Fiscalía Provincial de Loja por brindar la apertura para elaborar el presente proyecto, en especial a los psicólogos: Dra. Ana Samaniego B., Psi. Cli. Paola Bustamante S. y Psic. Cli. Jorge Sánchez C. quienes estuvieron prestos a la ayuda al brindar las facilidades y su valiosa colaboración

Del mismo modo quiero plasmar mi total gratitud a los niños y adolescentes participantes de la investigación los cuales facilitaron el proceso de evaluación.

Finalmente dar las gracias a Vladimir Placencia por el amor, apoyo brindado y el tiempo compartido, ya que de un modo u otro ha respaldado este esfuerzo.

Con todo mi cariño esta tesis se los dedico a ustedes.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

PORTADA.....	i
CERTIFICACIÓN	ii
AUTORÍA.....	iii
CARTA DE AUTORIZACIÓN.....	iv
DEDICATORIA.....	v
AGRADECIMIENTO.....	vi
ÍNDICE DE CONTENIDOS	vii
a) TÍTULO	1
b) RESUMEN.....	2
ABSTRACT	3
c) INTRODUCCIÓN	4
d) REVISIÓN DE LITERATURA.....	8
1. NIÑEZ Y ADOLESCENCIA.....	8
1.1. Definiciones.....	8
1.2. Teorías del desarrollo.	9
1.2.1. Teoría Psicoanalítica, Berger, K. S. (2007)	10
1.2.2. Teoría Psicosocial Berger, K. S. (2007)	11
1.2.3. Teoría Conductista. Berger, K. S. (2007)	12
1.2.4. Teoría Cognitiva. Berger, K. S. (2007).....	12
2. ABUSO SEXUAL.....	13
2.1. Definiciones.....	13
2.2. Tipos de abuso sexual.....	15
2.3. Fases del Abuso Sexual.	16
2.3.1. Fase de preparación.....	17
2.3.2. Fase de interacción sexual propiamente dicha.	18
2.3.3. Fase de develamiento.	19
2.3.4. Fase de reacción al develamiento.	20
2.4. Factores de Riesgo para el abuso sexual.	20
2.4.1. Desarrollo del individuo Save The Children (2001).....	21
2.4.2. Microsistema.....	21
2.4.3. Exosistema.	21

2.4.4. Macrosistema.....	21
3. ALTERACIONES DEL ESTADO DE ÁNIMO.....	22
3.1. Generalidades.....	22
3.2. Ansiedad.....	24
3.2.1. Definiciones.....	24
3.2.2. Psicopatología de la ansiedad.....	25
3.3. Depresión.....	28
3.3.1. Psicopatología de la depresión.....	28
4. AFRONTAMIENTO.....	32
4.1. Definición.....	32
4.2. Tipos de Afrontamiento.....	33
4.2.1. Teoría del Afrontamiento de Érica Frydemberg.....	33
4.3. Afrontamiento y desarrollo.....	35
4.3.1. Afrontamiento en la niñez.....	35
4.3.2. Afrontamiento en la adolescencia.....	37
5. MARCO JURÍDICO, ASPECTOS PENALES Y PROTECCIONALES.....	37
5.1. Delito de abuso sexual.....	38
5.2. Delito de Violación.....	38
5.3. Protección de niños, niñas y adolescentes víctimas de delitos sexuales.....	40
e) MATERIALES Y MÉTODOS.....	42
f) RESULTADOS.....	53
g) DISCUSIÓN.....	68
h) CONCLUSIONES.....	73
i) RECOMENDACIONES.....	74
Plan psicoterapéutico dirigido a las víctimas de abuso sexual de 7 a 17 años de edad con el fin de orientar y brindar, habilidades y herramientas que permitan el empleo de estrategias de afrontamiento adecuadas para dicha problemática.....	75
J) BIBLIOGRAFÍA.....	99
K) ANEXOS.....	102

a) TÍTULO

“ALTERACIONES DEL ESTADO DE ÁNIMO Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN VÍCTIMAS DE ABUSO SEXUAL DE 7 A 17 AÑOS DE EDAD, QUE ACUDEN A LA UNIDAD DE ATENCIÓN Y PERITAJE INTEGRAL DE LA FISCALÍA PROVINCIAL DE LOJA, PERIODO 2015 – 2016.”

b) RESUMEN

El abuso sexual es una forma de maltrato infantil, que atenta contra el bienestar físico, emocional y mental de los niños y adolescentes, por ello la presente investigación tuvo como objetivo, Determinar las alteraciones del estado de ánimo y estrategias de afrontamiento en víctimas de abuso sexual de 7 a 17 años de edad, que acuden a la Unidad de Atención y Peritaje Integral de la Fiscalía Provincial de Loja, periodo 2015 – 2016. La investigación fue de tipo descriptiva de corte transversal con un enfoque cuanti-cualitativo, para ello se utilizó la aplicación del Inventario de Depresión Infantil, Inventario de Depresión de Beck, Ansiedad Infantil de Spence, y Escala de Afrontamiento Adaptada para niños y Adolescentes. La población se estableció en la Unidad de Atención y Peritaje Integral de la Fiscalía Provincial de Loja, quedando la muestra delimitada en 70 víctimas de abuso sexual. Los resultados arrojan que en la Segunda Infancia el 27% presentan depresión; un 45% presentan ansiedad; siendo el estilo de afrontamiento productivo de mayor uso en un 73%. En la Pre-adolescencia el 45% presentan depresión, en lo referente a los niveles de ansiedad el 68% presentan ansiedad, por lo que el 39% de las víctimas usan el estilo de afrontamiento improductivo. Finalmente en la Adolescencia Media se puede evidenciar que el 86% depresión, mientras que en los niveles de ansiedad el 93% presentan ansiedad, evidenciando que el 82% de las mismas usan el estilo de afrontamiento improductivo. Por lo que se concluye que los niveles ansiosos- depresivos en las víctimas de abuso sexual y el uso de estrategias improductivas en su mayoría validan la creación e implementación de una propuesta psicoterapéutica dirigida a la población de mayor afectación.

Palabras Clave: Abuso sexual, ansiedad, depresión, estrategias de afrontamiento, niñez y adolescencia.

ABSTRACT

Sexual abuse is a form of child abuse that undermines the physical, emotional and mental wellness of children and adolescents. Therefore, the present research is aimed at determining the mood alterations and confronting strategies to cope with victims of sexual abuse from 7 to 17 years of age, who attend to the Unit of Attention and Comprehensive Assessment of the Provincial Prosecutor of Loja, period 2015 - 2016. The research was descriptive of a cross-sectional type with a quantitative-qualitative approach, for which it was used The application of the Child Depression Inventory, Beck Depression Inventory, Spence Infant Anxiety, and Adaptive Coping Scale for Children and Adolescents. The population was established in the Unit of Attention and Integral Evaluation of the Provincial Prosecutor of Loja, being the sample delimited in 70 victims of sexual abuse. The results show that in Second Childhood 27% manifest depression; 45% have anxiety; being the style of productive confrontation of greater use in a 73%. In the pre-adolescence 45% present depression, in terms of anxiety levels, 68% have anxiety, and 39% of the victims use the unproductive confronting style. Finally, in the middle adolescence, it can be seen that 86% present depression, whereas in anxiety levels, 93%, proving that 82% of them use the style of confronting unproductive. Hence, it is concluded that anxiety-depressive levels in the victims of sexual abuse and the use of unproductive strategies mostly validate the creation and implementation of a psychotherapeutic proposal aimed at the most affected population.

Key words: sexual abuse, anxiety, depression, confronting strategies, childhood and adolescence.

c) INTRODUCCIÓN

El abuso sexual, dentro del ámbito mundial y local, está, y ha estado presente durante mucho tiempo, por lo que dentro de la legislación de nuestro país, se encuentra tipificado dentro de los delitos contra la integridad sexual y reproductiva.

Según National Center of Child Abuse and Neglect (1978), menciona: “El Abuso Sexual se define como contactos e interacciones entre un niño y un adulto, cuando el adulto (agresor) usa al niño para estimularse sexualmente él mismo, al niño o a otra persona. El abuso sexual puede ser también cometido por una persona menor de 18 años, cuándo esta es significativamente mayor que el niño (víctima) o cuando el agresor está en una posición de poder o control sobre otro.”

La Unicef, en la Guía Clínica de Atención de Niños, Niñas y adolescentes Víctimas de Abuso Sexual (2011) señala la variabilidad de las experiencias que conllevan la categoría de abuso sexual y los distintos contextos en los cuales éste se produce, determinan diversos niveles de impacto en las víctimas. De esta forma, la sintomatología presentada tiende a ser distinta de un niño, niña o adolescente a otro. Algunos de ellos podrían presentar sintomatología grave e inmediata, mientras que otros podrían presentar sintomatología sólo en el largo plazo. Las consecuencias dependerán, por lo tanto, de la edad, el desarrollo cognitivo y emocional, el daño físico producido, los factores resilientes, la cultura en la cual se encuentra inserto el niño, niña o adolescente, la relación con el perpetrador, la cronicidad del abuso, la tipología de éste, la sensación asociada de temor y culpabilidad, la utilización de amenazas o soborno, la pesquisa temprana, la reacción del adulto no abusador ante la revelación y el tratamiento proporcionado a las víctimas. Sin embargo, algunas de estas evidencias señalan que el riesgo de presentar en la vida adulta síntomas depresivos o ansiosos, algún intento de suicidio, abuso de alcohol o síndrome de estrés postraumático, es cerca de tres veces mayor en niños, niñas o adolescentes víctimas de abuso que en la población no abusada.

(pág. 21)

Irene Intebi (2012) explica que debido a la limitación de las habilidades cognitivas específicas de cierta fase del desarrollo, un niño/a puede ver limitada la posibilidad de apreciar la victimización que ha padecido. Cuando los/as niños/as son muy pequeños/as, la manera en que perciben las experiencias traumáticas va a depender no tanto de las características objetivas de las mismas, sino de la forma en que sus padres las hayan registrado y/o “filtrado”. Con lo cual, la inmadurez evolutiva no entrañará necesariamente mayor impacto traumático. Sin embargo, hay que tener presente que un niño puede no comprender en detalle las situaciones traumáticas debido a la carencia de habilidades cognitivas pero que, una vez que las adquiere, puede entender sus consecuencias. (Estrategias y modalidades de intervención en abuso sexual infantil intrafamiliar, pág. 111)

En cuanto al afrontamiento, considerándola como otra variable de estudio; Pelechano (1993), detalla que el afrontamiento es un aspecto muy relevante del funcionamiento personal y se divide en estilos y estrategias de afrontamiento, dichos conceptos son complementarios. Los primeros son predisposiciones personales para hacer frente a diversas situaciones, son estables temporal y situacionalmente y consistentes, y determinan el uso de ciertas estrategias. Las estrategias son procesos concretos y específicos que se utilizan en cada contexto y pueden ser cambiantes, dependiendo de las condiciones desencadenantes, la estrategia presenta ventajas, como su modificabilidad y mayor capacidad predictiva, convirtiéndose en más atractiva desde la perspectiva de la intervención. (Pelechano V., V, Matud, P., y de Miguel A., pág. 11)

En beneficio de aportar y dar solución a la problemática expuesta, se desarrolló el presente trabajo denominado **“ALTERACIONES DEL ESTADO DE ÁNIMO Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN VÍCTIMAS DE ABUSO SEXUAL DE 7 A 17 AÑOS DE EDAD, QUE ACUDEN A LA UNIDAD DE ATENCIÓN Y PERITAJE INTEGRAL DE LA FISCALÍA PROVINCIAL DE LOJA, PERIODO 2015 – 2016.”**

Para su desarrollo se planteó el siguiente objetivo general: Determinar las alteraciones del estado de ánimo y estrategias de afrontamiento en víctimas de abuso sexual de 7 a 17 años de edad, que acuden a la Unidad de Atención y Peritaje Integral de la Fiscalía Provincial de Loja, periodo 2015 – 2016, y a su vez se formularon los siguientes objetivos específicos: Identificar el número de víctimas de abuso sexual de 7 a 17 años de edad, que acuden a la Unidad de Atención y Peritaje Integral de la Fiscalía Provincial De Loja durante los meses de Abril a Julio 2016, Descubrir las alteraciones del estado de ánimo; y Elaborar un Plan Psicoterapéutico dirigido a las víctimas de Abuso Sexual con el fin de orientar y brindar, habilidades y herramientas que permitan el empleo de estrategias de afrontamiento adecuadas para dicha problemática.

Para ello la metodología utilizada en este estudio fue de tipo descriptivo el cual buscó especificar las características demográficas de la población investigada, además de pretender medir las variables entre sí como es el caso del abuso sexual, y las alteraciones del estado de ánimo (ansiedad y depresión), y las estrategias de afrontamiento empleadas. El enfoque de la investigación fue cuanti - cualitativo, cuantitativo ya que este permitió utilizar la recolección de datos mediante el número de víctimas de abuso sexual que acuden a la Unidad de Atención y Peritaje Integral en un periodo de abril a julio y el uso de análisis estadístico por medio de la tabulación de los resultados obtenidos, al ser cualitativa permitió realizar un proceso inductivo, el mismo que favoreció para explorar y describir el fenómeno en estudio, identificando cada una de las alteraciones presentadas, así como las estrategias de afrontamiento utilizadas, de la misma manera para mediante el análisis de la problemática, y en la elaboración de conclusiones y recomendaciones.

Los instrumentos a utilizar fueron: el consentimiento informado previo a la aplicación de los demás reactivos, los mismos que fueron aplicados a los representantes legales de los menores, seguido de los test psicológicos aplicados de la siguiente manera. Inventario de Depresión Infantil (CDI) a la población que corresponde a 70 personas de 7 a 15 años, Inventario de Depresión de Beck dirigido

a las personas en edades comprendidas entre 16 y 17 años, Ansiedad Infantil de Spence, y la Escala de Afrontamiento Adaptada (ACS), el primero dirigido a la población infantil y el segundo a los adolescentes. En la muestra participaron 70 víctimas de abuso sexual que acudieron a la valoración psicológica pericial en la Fiscalía Provincial de Loja, equivalente a 31 niños y 39 adolescentes.

El componente teórico forma parte de un aspecto importante para el desarrollo de la investigación, el mismo estuvo conformado por cinco capítulos clasificados de la siguiente manera: el primero denominado Niñez y Adolescencia en el cual se detalla definiciones, y teorías del desarrollo; el segundo capítulo titulado Abuso Sexual el mismo que abarca definiciones, tipologías del abuso sexual, fases, y factores de riesgo; el tercer capítulo denominado Alteraciones del Estado de Ánimo en el que incluye subtemas como generalidades, definiciones y psicopatología de ansiedad y depresión; el cuarto capítulo llamado Afrontamiento en el cual se puntualizan definiciones, tipos de afrontamiento, estilos y estrategias de afrontamiento, así como afrontamiento en cada etapa de desarrollo y factores moduladores; finalmente en el quinto capítulo se denomina Marco Jurídico Aspectos Penales y Proteccionales, en el cual se puntualiza los artículos según el Código Orgánico Integral Penal del Ecuador, así como las medidas de protección y amparo.

Por lo tanto los resultados indican que en la Segunda Infancia el 27% presentan depresión; un 45% presentan ansiedad; siendo el estilo de afrontamiento productivo de mayor uso en un 73%. En la Pre-adolescencia el 45% presentan depresión, en lo referente a los niveles de ansiedad el 68% presentan ansiedad, por lo que el 39% de las víctimas usan el estilo de afrontamiento improductivo. Finalmente en la Adolescencia Media se puede evidenciar que el 86% manifiestan depresión, mientras que el 93% presentan ansiedad, evidenciando que el 82% de las mismas usan el estilo de afrontamiento improductivo.

d) REVISIÓN DE LITERATURA

1. NIÑEZ Y ADOLESCENCIA.

1.1. Definiciones.

Existen diversos conceptos referentes a la niñez, a continuación mencionaremos los siguientes:

- La Convención sobre los Derechos del Niño, UNICEF (1989), refiere: “Se entiende por niño, todo ser humano menor de dieciocho años de edad, salvo que, en virtud de la ley que le sea aplicable, haya alcanzado antes la mayoría de edad.” (Derechos de los Niños, niñas y adolescentes , 2004)
- Otro concepto de niñez es el que menciona el Código de la Niñez y Adolescencia del Ecuador, (2005) Art. 4.-: “Niño o niña es la persona que no ha cumplido doce años de edad. (Congreso Nacional, 2014, pág. 2)
- Elbi Morla Báez, (2002) detalla: “La primera infancia comprende desde el nacimiento hasta los tres años, es un periodo de crecimiento muy rápido y de riesgo, la segunda infancia o intermedia, comprende desde los tres años hasta el inicio de la pubertad, durante este periodo la velocidad de crecimiento es constante.” (Crecimiento y desarrollo desde la niñez hasta la adolescencia, pág. 52)

Al hablar de adolescencia, pues se conoce que esta etapa ha sido considerada como un periodo de cambios, por lo que señalaremos algunas definiciones:

- La Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de Salud en el Plan de acción de salud y desarrollo en la adolescente de las Américas. (2000): “Delimita cronológicamente entre los 10 y 19 años, aunque actualmente diferencia tres períodos, que la extienden hasta los 24 años. Pre-adolescencia o temprana de 10 a 14 años,

correspondiente a la pubertad, adolescencia media o propiamente dicha, de 14 a 18 años, y adolescencia tardía de 19 a 24 años.”

- Según el Código de la Niñez y Adolescencia del Ecuador, (2005) Art. 4.- señala: “Adolescente es la persona de ambos sexos entre doce y dieciocho años de edad.” (Congreso Nacional, 2014)
- La UNICEF (2011), refiere: “Definir la adolescencia con precisión es problemático por varias razones. Primero, se sabe que de la madurez física, emocional y cognitiva, entre otros factores, depende la manera en que cada individuo experimenta este período de la vida. Hacer referencia al comienzo de la pubertad, que podría considerarse una línea de demarcación entre la infancia y la adolescencia, no resuelve el problema. La pubertad empieza en momentos sumamente distintos para las niñas y los niños, y entre personas del mismo género. En las niñas se inicia, como promedio, entre 12 y 18 meses antes que en los niños. Las niñas tienen su primera menstruación generalmente a los 12 años. En los niños, la primera eyaculación ocurre generalmente hacia los 13 años.” (UNICEF, Derechos de los Niños, niñas y adolescentes , 2004)

1.2. Teorías del desarrollo.

En relación al tema a abordar a continuación Craig, Grace J. y Baucum Don (2009) menciona que:

El desarrollo comienza con la concepción y se prolonga durante toda la vida; de manera arbitraria, a veces lo dividimos en etapas para contar con puntos de referencia. Pero el ciclo vital toma tantos derroteros como personas hay en el mundo. Todo ser humano se desarrolla en forma única en el seno de su contexto o de su ambiente. Es to quiere decir que los cambios que ocurren durante el

ciclo vital “Se deben a una combinación de factores biológicos, psicológicos, sociales, históricos y evolutivos, así como al momento de su aparición en la vida del individuo” (Featherman, 1983).

A continuación analizaremos las diversas teorías de desarrollo, citadas por Berger, K. S. (2007) en el libro de Psicología del Desarrollo Infancia y Adolescencia.

1.2.1. Teoría Psicoanalítica.

Los impulsos y motivaciones internas, muchos de ellos irracionales y originados en la niñez y el inconsciente (oculto en la conciencia) constituyen un fundamento de la teoría psicoanalítica, considera estos impulsos y motivaciones como base de las etapas del desarrollo y afirma que cada una de esas etapas se construye sobre la anterior.

- **Etapa oral (0 a 1 año):** la boca, la lengua, las encías son el centro de las sensaciones placenteras en el cuerpo del bebe, y la succión y alimentación son las actividades más estimulantes.
- **Etapa anal (1 a 3 años):** el ano es el centro de las sensaciones placenteras en el cuerpo del bebé y el entrenamiento para el control de esfínteres es la actividad más importante.
- **Etapa fálica (3 a 6 años):** el falo o el pene es la parte más importante del niño y el placer deriva de la estimulación genital, los varones están orgullosos de sus penes y las niñas se preguntan porque ellas no tienen uno.
- **Latencia (6 a 11 años):** no es una etapa es un intervalo durante el cual las necesidades sexuales se aquietan y los niños emplean toda su energía psíquica para las actividades convencionales como las tareas escolares y deportes.
- **Etapa genital (Adolescencia):** los genitales constituyen el centro de las sensaciones placenteras y los jóvenes buscan la estimulación sexual y la satisfacción sexual en relaciones heterosexuales.

- **Adulthood:** Freud creía que la etapa genital perdura en la adultez. Y era objetivo de una vida saludable “amar y trabajar”.

1.2.2. Teoría Psicosocial

Erikson describió ocho estadios evolutivos, cada uno caracterizado por una dificultad concreta o crisis del desarrollo, mencionado dos polos en cada etapa, las primeras cinco etapas están relacionadas con lo que postuló Freud. En la teoría de Erikson, la resolución de cada crisis depende de la interacción entre el individuo y el entorno social. A continuación describiremos estas etapas:

- **Confianza versus desconfianza (0 a 1 año):** los bebés aprenden a confiar en quienes se ocuparan de sus necesidades básicas de alimentación, afecto, aseo, contacto físico o aprenden a no tener confianza en el cuidado que los demás pueden brindar.
- **Autonomía versus vergüenza y duda (1 a 3 años):** los niños aprenden a ser autosuficientes en muchas actividades como controlar esfínteres, alimentarse, caminar, explorar y hablar, o bien aprenden a dudar de sus propias habilidades.
- **Iniciativa versus culpa (3 a 6 años):** los niños quieren aprenden a imitar actividades típicas de los adultos o bien pueden temer los límites expuestos por sus padres y sentir culpa.
- **Laboriosidad versus inferioridad (6 a 11 años):** los niños pueden aprender activamente a ser competentes y productivos en el dominio de nuevas habilidades, o bien pueden sentirse inferiores o incapaces de hacer algo bien.
- **Identidad versus confusión de roles (adolescencia):** el adolescente intenta saber quién es para ello establece identidades sexual, política y profesional o se siente confundido respecto de los roles que deben desempeñar.
- **Intimidad versus aislamiento (juventud):** los adultos jóvenes buscan compañía y el amor de otra persona o bien se aísla de los demás porque teme el rechazo o desilusión.

- **Generatividad versus estancamiento (adultos):** en la adultez mediana colaboran con la generación siguiente a través del trabajo significativo, actividades creativas o crianza de los hijos, o bien se estancan.
- **Integridad versus desesperación (vejez):** los adultos mayores tratan de encontrar sentido a sus vidas considerando la vida como un todo significativo, o bien desesperándose ante los objetivos nunca alcanzados. (ibídem)

1.2.3. Teoría Conductista

La segunda gran teoría surgió como oposición directa al énfasis que habían puesto el psicoanálisis en los impulsos ocultos e inconscientes, el problema era que los impulsos no podían estudiarse o cuantificarse. A comienzos del siglo XX John Watson, expuso que para la psicología fuera considerada una ciencia, los psicólogos debían examinar solo lo que pudiesen ver y medir: conducta, y no los pensamientos e impulsos ocultos. Para todos los individuos de todas las edades, desde el recién nacido hasta el octogenario, los conductistas describen las leyes naturales que gobiernan el modo de las acciones simples y las respuestas del entorno configuran las habilidades más complejas como leer un libro o preparar la cena. Los teóricos del aprendizaje consideran que el desarrollo se produce a partir de los pequeños incrementos, como los cambios son acumulativos los conductistas a diferencia de Freud y Erikson no describen etapas específicas.

1.2.4. Teoría Cognitiva

Esta gran teoría enfatiza la estructura y desarrollo de los procesos de pensamiento. Según esta doctrina nuestros pensamientos y expectativas afectan a nuestras actitudes, creencias, valores, supuestos y acciones. Jean Piaget fue el precursor de estas teorías, comenzando su interés en los procesos de pensamiento humano, a partir de su trabajo Piaget desarrollo su tesis de que el modo

de pensar en los niños cambia en el tiempo y experiencias y estos influyen sobre la conducta y sostuvo que el desarrollo cognitivo se produce en cuatro periodos o etapas principales:

- Sensoriomotor (0 a 2 años): el niño utiliza los sentidos y habilidades motoras para entender el mundo. El aprendizaje es activo, no hay pensamiento conceptual o reflexivo
- Preoperacional (2 a 6 años): el niño usa su pensamiento simbólico, que incluye el lenguaje para entender el mundo. El pensamiento es egocéntrico y eso hace que el niño entienda el mundo desde su propia perspectiva.
- Operacional concreto (6 a 11 años): el niño entiende y aplica operaciones o principios lógicos para interpretar las experiencias en forma objetiva y racional. Su pensamiento se encuentra limitado a lo que puede ver, oír, tocar y experimentar personalmente.
- Operacional formal (a partir de 12 años): el adolescente y adulto son capaces de pensar acerca de abstracciones y conceptos hipotéticos y razonar en forma analítica y no solo emocionalmente. Pueden incluso pensar en forma lógica ante hechos que nunca experimentaron. (ibídem)

2. ABUSO SEXUAL.

2.1. Definiciones.

- Según National Center of Child Abuse and Neglect (1978), menciona: “El Abuso Sexual se define como contactos e interacciones entre un niño y un adulto cuando el adulto (agresor) usa al niño para estimularse sexualmente él mismo, al niño o a otra persona. El abuso sexual puede ser también cometido por una persona menor de 18 años cuando esta es significativamente mayor que el niño (víctima) o cuando el agresor está en una posición de poder o control sobre otro.” (Save The Children , 2001, pág. 14)

- Organización de las Naciones Unidas (2015) en Boletín del Secretario General sobre medidas especiales de protección contra la explotación y el abuso sexuales señala: “El abuso sexual se refiere a toda intrusión física cometida o amenaza de intrusión física de carácter sexual, ya sea por la fuerza, en condiciones de desigualdad o con coacción.” (Organización de las Naciones Unidas, Asamblea General, 13 de febrero 2015)
- Según el Código Orgánico Integral Penal del Ecuador (2014), en el Artículo 170.- define como abuso sexual: “La persona que, en contra de la voluntad de otra, ejecute sobre ella o la obligue a ejecutar sobre sí misma u otra persona, un acto de naturaleza sexual, sin que exista penetración o acceso carnal, será sancionada con pena privativa de libertad de tres a cinco años. Cuando la víctima sea menor de catorce años de edad o con discapacidad; cuando la persona no tenga capacidad para comprender el significado del hecho o por cualquier causa no pueda resistirlo; o si la víctima, como consecuencia de la infracción, sufra una lesión física o daño psicológico permanente o contraiga una enfermedad grave o mortal, será sancionada con pena privativa de libertad de cinco a siete años.” (Código Orgánico Integral Penal, 2014, pág. 35)

Save the Children (2011), en su Manual de formación para profesionales destaca la existencia de los siguientes criterios para hablar de abuso sexual:

Coerción: El agresor utiliza la situación de poder que tiene para interactuar sexualmente con el menor.

Asimetría de edad: El agresor es significativamente mayor que la víctima, no necesariamente mayor de edad. “En realidad, esta asimetría de edad determina muchas otras asimetrías: asimetría anatómica, asimetría en el desarrollo y especificación del deseo sexual (que no se especifica ni se consolida hasta la adolescencia), asimetría de afectos sexuales (el fenómeno de la atracción en pre

púberes tiene menos connotaciones sexuales), asimetría en las habilidades sociales, asimetría en el experiencia sexual. Por todo ello, ante una diferencia de edad significativa no se garantiza la verdadera libertad de decisión. Esta asimetría representa en sí misma una coerción. Es fundamental no concebir el abuso sexual como una cuestión únicamente concerniente a la sexualidad del individuo, sino como un abuso de poder fruto de esa asimetría. Una persona tiene poder sobre otra cuando le obliga a realizar algo que ésta no deseaba, sea cual sea el medio que utilice para ello: la amenaza, la fuerza física, el chantaje. La persona con poder está en una situación de superioridad sobre la víctima que impide a ésta el uso y disfrute de su libertad. En este caso, la coerción se produce por la existencia de amenazas o porque hay seducción, pero la diferencia de edad puede ser mínima o inexistente. Aun así, se consideraría abuso sexual. (Save The Children, 2001, pág. 17)

2.2. Tipos de abuso sexual.

Viviano T. (2012), En el Programa Nacional contra la violencia familiar y sexual hace la siguiente clasificación en relación a los tipos de abuso sexual:

Generalmente se asocia el abuso sexual únicamente con la violación sexual, esto no es correcto ya que existen muchas modalidades de abuso sexual. Se pueden clasificar en abusos con contacto físico y sin contacto físico.

2.2.1. Abuso sexual con contacto físico

El contacto físico abusivo se puede dar de las siguientes maneras: Contactos bucales en zonas genitales u otras vinculadas a la actividad sexual y que suelen estar cubiertas por la ropa (pecho, vientre, pelvis y glúteos). Estos contactos pueden incluir besos y otras formas de gratificación oral como lamer o morder. Caricias, frotamientos o tocamientos de las zonas del cuerpo ya señaladas, con la finalidad de excitarse o explorar el cuerpo del o la menor de edad. Esto incluye la estimulación de los órganos sexuales del niño o niña. Igualmente, los frotamientos que la persona

abusadora efectúa “como por descuido”, o aprovechando situaciones en donde el cuerpo de la o el menor de edad es accesible, por ejemplo al pasar por un lugar estrecho, cuando se está en el microbús, cuando se comparte la misma cama, y aprovechando situaciones de expresión de afecto. Realización del acto sexual o coito, lo cual se denomina violación sexual. Esto puede darse mediante la penetración del pene en la vagina o en el ano. Incluye también la penetración con otras partes del cuerpo (los dedos) o con objetos. El denominado sexo oral también se ha definido como una modalidad de violación sexual, el sexo interfemoral que consiste en la realización del acto sexual sin penetración. El órgano sexual masculino se excita por frotamiento entre las piernas de la o el menor de edad. Algunos abusadores suelen recurrir a este acto y evitar la penetración que tiene penas de cárcel más severas (ibídem)

2.2.2. Abuso sexual sin contacto físico

Existen otras formas de abuso sexual en las que no hay contacto físico. Suelen acompañar o servir de antesala para el contacto físico posterior: Espiar al niño, niña o adolescente cuando se viste, exponer los genitales ante el o la menor de edad o masturbarse delante de él o ella, utilizarle para elaborar material pornográfico, tomarles fotos o filmarles desnudo, hacer que vea pornografía, incitación, por parte de la persona abusadora, a que el niño, niña o adolescente toque sus genitales, incitar la sexualidad del menor de edad mediante conversaciones e imágenes de contenido sexual a través del chat, correo electrónico, redes sociales entre otros. (Viviano, 2012)

2.3. Fases del Abuso Sexual.

Sandra Baita y Paula Moreno (2015) explica que el Abuso sexual se da en el marco de un proceso particular de vinculación. No se podría entender nunca la dinámica abusiva si el abuso sexual se pensara como un hecho aislado, único, accidental. El abuso sexual se desarrolla a lo largo de un tiempo a través de una vinculación progresiva cuya finalidad última es el acceso al cuerpo del niño.

Suzanne Sgroi (1982) describe el abuso sexual en etapas bien diferenciadas:

2.3.1. Fase de preparación.

El primer eslabón en este proceso está dado por el vínculo de confianza, y muchas veces de cariño, que une al niño con el adulto. La posición de autoridad del adulto le agrega un elemento fundamental y necesario para hacer del sometimiento una realidad. Sobre la base de la relación del niño con el ofensor, este último irá creando la red en la que el niño quedará atrapado. Para que esta vinculación se afiance y fortalezca cada vez más, el ofensor pone en juego diversas maniobras psicológicas; una muy habitual es el favoritismo. Es común que el ofensor haga sentir al niño que es especial y que ambos comparten un vínculo especial. El niño o adolescente comienza a recibir premios, regalos, privilegios y permisos. Las prácticas de favoritismo producen mucha confusión y ambivalencia en los niños, niñas y adolescentes, ya que por un lado desean que el abuso cese, pero por otro lado temen y sufren de solo pensar que pueden ser despojados de ese lugar de cariño y de los beneficios de la relación. Otras de las estrategias en esta primera etapa es la de alienación, la cual consiste en lograr que, a raíz de las prácticas de favoritismo y de esta vinculación especial, el niño o niña quede aislado del resto de los miembros familiares. Con el objetivo de evaluar la viabilidad de continuar y progresar en la intrusividad de sus conductas, sin riesgo de ser descubierto, el ofensor deberá revisar estas estrategias una y otra vez. Durante esta etapa aparecen las primeras distorsiones cognitivas que el ofensor utilizará para retroalimentar su accionar y para eventualmente justificar su conducta: si la niña no se queja o no se resiste, el abusador lo entenderá como que ella acepta o en ocasiones la víctima es quien lo provoca. Como parte de la preparación, en esta etapa el ofensor va seleccionando el momento del día propicio y el lugar para llevar a cabo las conductas sexuales. Muchas veces se eligen momentos en los que el otro progenitor o los hermanos están fuera de la casa o en situaciones como por ejemplo, durante la noche, mientras la madre duerme.

2.3.2. Fase de interacción sexual propiamente dicha.

Durante esta fase se desarrolla el contacto concreto con el cuerpo del niño, niña o adolescente a través de las diversas conductas. Los primeros contactos suelen ser fugaces, de poco nivel de intrusividad (es decir, ningún abuso sexual comienza con una penetración), y el tiempo que pueda pasar entre un tipo de contacto y otro de mayor intrusividad no es estático ni predecible. Algunos ofensores sexuales no llegan nunca al estadio de la relación sexual completa, lo cual no hace la conducta menos abusiva. Es posible que algunos de esos contactos fugaces se hayan dado ya durante la fase de preparación, para chequear la permeabilidad o resistencia del niño, y durante esta fase ese mismo contacto puede prolongarse, aumentar la frecuencia o progresar. Para cuando esta fase se encuentra plenamente instalada, el ofensor sexual sabe que puede avanzar, aquí cobra fuerza un componente fundamental de las situaciones de abuso sexual: la imposición del secreto, el cual sella el pacto de silencio que el abusador necesita para poder continuar con su conducta. El secreto es uno de los motivos que impiden al niño, niña o adolescente el develamiento de estas situaciones, a la vez que ayuda a mantener la homeostasis familiar. Una de las primeras cuestiones que el secreto elimina es la responsabilidad: el abusador convence al niño de que, a partir de ahora, todo lo que suceda será responsabilidad de la víctima, no del victimario. A la vez, permite que la actividad sexual prosiga y se repita. El ofensor sexual logra que el niño mantenga el secreto a través de diversas estrategias. Una puede ser convencerlo de que la actividad es especial, única, y por tanto solo ellos dos pueden compartirla y saber de ella. Finalmente el ofensor puede también utilizar amenazas explícitas “Nadie va a creerte”, “Te voy a matar a vos y a tu mamá/hermanos”, etc. o implícitas que consisten en conductas del ofensor que por sí solas representan para el niño un peligro y lo atemorizan para conseguir el silencio infantil. Por otro lado, en algunos casos las amenazas del ofensor terminan por cumplirse en la realidad (por ejemplo, si el relato infantil no es creído, o si por la falta de apoyo materno el niño, niña o adolescente debe ser separado de su familia

entera y alojado en una institución), lo cual abona el ambiente propicio para la retractación, esto es, que el niño se desdiga de sus dichos iniciales para conservar el statu quo y detener la cadena de consecuencias negativas.

2.3.3. Fase de develamiento.

Tal como se ha descrito, el secreto cumple varias funciones: ayuda a mantener la homeostasis familiar, evita la crisis del develamiento (para la familia, para el niño víctima y para el ofensor sexual), y además protege al ofensor de las consecuencias de sus acciones. Por tanto, este continúa manipulando desde el poder que le otorgan su lugar y las estrategias implementadas, a la vez que responsabiliza al niño por las conductas sexuales inapropiadas en las que lo involucró. Sin embargo, a pesar de estas estrategias, existe la posibilidad de que el abuso sexual sea develado. El develamiento puede ser accidental (por ejemplo, que el ofensor sea sorprendido por otro adulto, o bien que el niño presente alguna lastimadura producto de la actividad sexual, alguna enfermedad de transmisión sexual o un embarazo) o intencional, este último se da cuando la niña toma la decisión de relatar lo que está viviendo, motivada por alguna circunstancia puntual; por ejemplo, el temor a quedar embarazada. Este relato puede estar dirigido al adulto no ofensor de la familia o a alguien por fuera del círculo familiar, como, por ejemplo, un docente. Los niños pequeños muchas veces relatan las situaciones de abuso como juegos que realizan con el adulto, sin tener la noción de que son conductas abusivas. En estos casos no existe un motivo para el develamiento, por lo que solo queda la posibilidad del develamiento accidental. También es posible que el niño revele el abuso sexual cuando percibe que ya no hay riesgo o que este ha disminuido; por ejemplo, luego de un divorcio.

2.3.4. Fase de reacción al develamiento.

El develamiento del abuso sexual desata una crisis en el seno de la familia, tanto si ha sido cometido por un miembro de esta como por alguien externo, aunque la intensidad de la crisis y las formas de resolverla probablemente sean muy distintas en cada caso.

La crisis familiar se puede desencadenar por: Temor al cumplimiento de las amenazas del ofensor; incredulidad ante el relato infantil, temor a la pérdida del bienestar material; temor al involucramiento con el sistema legal; pérdida de la ilusión familiar; pérdida de lazos familiares (por ejemplo, cuando el abusador es un abuelo o un tío y se teme perder el contacto con el resto de la familia extensa); idea de daño permanente. Las distintas presiones a las que el niño se ve sometido y los temores que esto genera, así como la clara percepción de que no hay salida posible, favorecen las condiciones para una posible retractación, que se da cuando el niño se desdice de lo relatado inicialmente. Esta es una fase represiva caracterizada por el conjunto de comportamientos y discursos que tienden a neutralizar los efectos de la divulgación. La retractación se da cuando la familia o el adulto que debería funcionar protegiendo a la víctima no le cree, la víctima percibe que las amenazas podrían llevarse efectivamente a cabo, el adulto que debería funcionar protegiendo a la víctima le dice que no debe contar lo que sucedió fuera del ámbito de la familia inmediata, que es el ámbito en el cual se resolverá todo ya sea por temor la madre a perder su familia, o a su esposo, o que teme por el futuro económico de la familia, puede incitar al niño a desdecirse de su relato original. (págs. 56-64)

2.4. Factores de Riesgo para el abuso sexual.

Bringiotti, (1999) “explica que factores de riesgo son aquellas variables que incrementan la posibilidad de que determinado evento suceda”

2.4.1. Desarrollo del individuo

Introversión, discapacidad física/ psíquica, historia previa de abuso, baja autoestima, pobres habilidades de comunicación y resolución de problemas, falta de asertividad y sumisión, ser mujer, desconocimiento sobre la sexualidad, ser hijo no deseado, trastornos congénitos, nacimiento prematuro, bajo peso al nacer, falta de habilidades de autodefensa.

2.4.2. Microsistema.

Trastornos físicos/ psíquicos (ansiedad y depresión incluidas) de algún miembro de la familia, drogodependencias de algún miembro de la familia, familia monoparental, madre joven, historia familiar de abuso, falta de afectividad en la infancia de los padres, desarmonía familiar, ausencia de vínculos afectivos, abandono familiar, elevado tamaño familiar.

2.4.3. Exosistema.

Dificultades en el acceso a recursos sociales y económicos, insatisfacción laboral, aislamiento social.

2.4.4. Macrosistema.

Alta criminalidad, baja cobertura servicios sociales, alta frecuencia desempleo, marginalidad, inhibición social a la hora de la denuncia, fácil acceso a la pornografía infantil, políticas discriminatorias, falta de relación afectiva entre los hombres y los niños durante la crianza, procedimiento penal exclusivamente protector de los derechos del agresor. Aceptación castigo corporal, valoración del niño como propiedad de los padres, la familia como un ámbito de privacidad aislado, concepción del niño como proyecto de persona, no como persona, tolerancia con todas las formas de maltrato infantil, negación de la sexualidad infantil, mito de la familia feliz, sexismo: fomento de la idea de poder y discriminación, subcultura patriarcal. (págs. 33-35)

3. ALTERACIONES DEL ESTADO DE ÁNIMO.

3.1. Generalidades.

Es importante detallar que existen diferentes patologías o alteraciones emocionales producto de un abuso sexual, ya que al ser esta un forma grave de maltrato, se puede considerar como un factor de vulnerabilidad o de riesgo para que el sujeto víctima de esta situación pueda desencadenar el desarrollo de alguna patología. Por lo tanto se mencionarán algunos autores que hablan sobre esta temática.

Según la Unicef, en la Guía Clínica atención de niños, niñas y adolescentes Víctimas de Abuso Sexual (2011) en relación a las consecuencias que produce el abuso sexual señala lo siguiente:

La variabilidad de las experiencias que conllevan la categoría de abuso sexual y los distintos contextos en los cuales éste se produce, determinan diversos niveles de impacto en las víctimas. De esta forma, la sintomatología presentada tiende a ser distinta de un niño, niña o adolescente a otro. Algunos de ellos podrían presentar sintomatología grave e inmediata, mientras que otros podrían presentan sintomatología sólo en el largo plazo. Las consecuencias dependerán, por lo tanto, de la edad, el desarrollo cognitivo y emocional, el daño físico producido, los factores resilientes, la cultura en la cual se encuentra inserto el niño, niña o adolescente, la relación con el perpetrador, la cronicidad del abuso, la tipología de éste, la sensación asociada de temor y culpabilidad, la utilización de amenazas o soborno, la pesquisa temprana, la reacción del adulto no abusador ante la revelación y el tratamiento proporcionado a las víctimas. El sexo y edad del agresor/a no presenta relación con la severidad de las consecuencias en los niños, niñas o adolescentes. Existen pocos estudios prospectivos, o de casos y controles, que intenten establecer una relación a largo plazo entre el abuso sexual infantil y otros trastornos neuropsiquiátricos. Sin embargo, algunas de estas evidencias señalan que el riesgo de presentar en la vida adulta síntomas depresivos o ansiosos, algún intento de suicidio, abuso de alcohol o Síndrome de Stress

Postrumático, es cerca de tres veces mayor en niños, niñas o adolescentes víctimas de abuso que en la población no abusada. Los factores asociados a un peor pronóstico corresponden a: abuso con violencia, formas “intrusivas” de abuso (penetración), cronicidad de abuso y cercanía del perpetrador.

E. Echeburúa y P. de Corral (2006) detalla lo siguiente en relación a las Secuelas emocionales en víctimas de abuso sexual:

Al menos un 80% de las víctimas sufren consecuencias psicológicas negativas. El alcance del impacto psicológico va a depender del grado de culpabilización del niño por parte de los padres, así como de las estrategias de afrontamiento de que disponga la víctima. En general, las niñas tienden a presentar reacciones ansioso-depresivas; los niños, fracaso escolar y dificultades inespecíficas de socialización, así como comportamientos sexuales agresivos. Respecto a la edad, los niños muy pequeños (en la etapa de preescolar), al contar con un repertorio limitado de recursos psicológicos, pueden mostrar estrategias de negación de lo ocurrido. En los niños un poco mayores (en la etapa escolar) son más frecuentes los sentimientos de culpa y de vergüenza ante el suceso. El abuso sexual presenta una especial gravedad en la adolescencia porque se puede intentar el coito, existe un riesgo real de embarazo y la adolescente toma conciencia del alcance de la relación incestuosa. . (pág. 78)

La Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de Salud, (2013) menciona, los datos indican que los supervivientes masculinos y femeninos de violencia sexual pueden sufrir consecuencias conductuales, sociales y de salud mental similares, no obstante, las niñas y las mujeres soportan la carga más abrumadora de traumatismos y enfermedades resultantes de la violencia y la coacción sexuales, no solo porque constituyen la gran mayoría de las víctimas sino también porque son vulnerables a consecuencias para la salud sexual y reproductiva, como embarazos no deseados, abortos inseguros y un riesgo mayor de contraer infecciones de

transmisión sexual, inclusive la infección por el VIH, durante el coito vaginal. Aun así, es importante observar que los hombres también son vulnerables a la infección por el VIH en casos de violación. Como ejemplos de consecuencias de la violencia y la coacción sexuales para la salud de las mujeres en el ámbito de salud mental destaca: Depresión, Trastorno por estrés postraumático, Ansiedad, Dificultades del sueño, síntomas somáticos, comportamiento suicida, trastorno de pánico. En el ámbito Conductual: Comportamiento de alto riesgo (por ejemplo, relaciones sexuales sin protección, iniciación sexual consensual temprana, múltiples compañeros íntimos, abuso del alcohol y otras drogas), riesgo mayor de perpetrar (los hombres) o de sufrir (las mujeres) violencia sexual posteriormente. (Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de Salud, 2013)

Por lo tanto a continuación mencionaremos específicamente a las alteraciones relacionadas con el estado de ánimo que se encuentran en estudio como es la depresión y ansiedad producto del abuso sexual.

3.2. Ansiedad.

3.2.1. Definiciones.

Según la Ministerio de Sanidad y Consumo de España (2006), detalla el siguiente concepto: La ansiedad puede definirse como una anticipación de un daño o desgracia futuros, acompañada de un sentimiento de disforia (desagradable) y/o de síntomas somáticos de tensión. El objetivo del daño anticipado puede ser interno o externo. Es una señal de alerta que advierte sobre un peligro inminente y permite a la persona que adopte las medidas necesarias para enfrentarse a una amenaza. Es importante entender la ansiedad como una sensación o un estado emocional normal ante determinadas situaciones y que constituye una respuesta habitual a diferentes situaciones cotidianas estresantes. Así, cierto grado de ansiedad es incluso deseable para el manejo normal de las exigencias del día a día. Tan sólo cuando sobrepasa cierta intensidad o supera la capacidad

adaptativa de la persona, es cuando la ansiedad se convierte en patológica, provocando malestar significativo con síntomas que afectan tanto al plano físico, como al psicológico y conductual. Los trastornos de ansiedad como tal son un grupo de enfermedades caracterizadas por la presencia de preocupación, miedo o temor excesivo, tensión o activación que provoca un malestar notable o un deterioro clínicamente significativo de la actividad del individuo (págs. 33 - 34)

Síntomas físicos.

Vegetativos: sudoración, sequedad de boca, mareo, inestabilidad, **Neuromusculares:** temblor, tensión muscular, cefaleas, parestesias. **Cardiovasculares:** palpitaciones, taquicardias, dolor precordial, **Respiratorios:** disnea Dificultad de concentración, quejas de pérdida de memoria. **Digestivos:** náuseas, vómitos, dispepsia, diarrea, estreñimiento, aerofagia, meteorismo, **Genitourinarios:** micción frecuente, problemas de la esfera sexual

Síntomas psicológicos y conductuales.

Preocupación, sensación de agobio, aprensión Miedo a perder el control, a volverse loco o sensación de muerte inminente, Inhibición o bloqueo psicomotor Obsesiones o compulsiones, Irritabilidad, inquietud, desasosiego, Conductas de evitación de determinadas situaciones. (Ministerio de Sanidad y Consumo , 2006, pág. 31)

3.2.2. Psicopatología de la ansiedad.

Para conocer los trastornos de ansiedad vamos a recurrir al Manual de Criterios Diagnósticos y Estadísticos de los Trastornos Mentales DSM-IV TR, la última edición de la clasificación de trastornos mentales de la Asociación de Psiquiatría Americana. En esta sección se describen los siguientes trastornos de ansiedad: trastornos de angustia sin agorafobia, trastorno de angustia con agorafobia, agorafobia sin historia de trastorno de angustia, fobia específica, fobia social, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno por estrés postraumático, trastorno por estrés agudo, trastorno de

ansiedad generalizada, trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica, trastorno de ansiedad inducido por sustancias y trastorno de ansiedad no especificado.

En el contexto de todos estos trastornos pueden aparecer crisis de angustia y agorafobia, de ahí que los criterios para el diagnóstico de estas dos entidades se expongan por separado al principio de esta sección.

- **Crisis de angustia** (*panic attack*) se caracteriza por la aparición súbita de síntomas de aprensión, miedo pavoroso o terror, acompañados habitualmente de sensación de muerte inminente. Durante estas crisis también aparecen síntomas como falta de aliento, palpitaciones, opresión o malestar torácico, sensación de atragantamiento o asfixia y miedo a «volverse loco» o perder el control.
- **Agorafobia** se caracteriza por la aparición de ansiedad o comportamiento de evitación en lugares o situaciones donde escapar puede resultar difícil (o embarazoso), o bien donde sea imposible encontrar ayuda en el caso de que aparezca en ese momento una crisis de angustia o síntomas similares a la angustia.
- **Trastorno de angustia sin agorafobia** se caracteriza por crisis de angustia recidivantes e inesperadas que causan un estado de permanente preocupación al paciente. El **trastorno de angustia con agorafobia** se caracteriza por crisis de angustia y agorafobia de carácter recidivante e inesperado.
- **Agorafobia sin historia de trastorno de angustia** se caracteriza por la presencia de agorafobia y síntomas similares a la angustia en un individuo sin antecedentes de crisis de angustia inesperadas.

- **Fobia específica** se caracteriza por la presencia de ansiedad clínicamente significativa como respuesta a la exposición a situaciones u objetos específicos temidos, lo que suele dar lugar a comportamientos de evitación.
- **Fobia social** se caracteriza por la presencia de ansiedad clínicamente significativa como respuesta a ciertas situaciones sociales o actuaciones en público del propio individuo, lo que suele dar lugar a comportamientos de evitación.
- **Trastorno obsesivo-compulsivo** se caracteriza por obsesiones (que causan ansiedad y malestar significativos) y/o compulsiones (cuyo propósito es neutralizar dicha ansiedad).
- **Trastorno por estrés postraumático** se caracteriza por la reexperimentación de acontecimientos altamente traumáticos, síntomas debidos al aumento de la activación (*arousal*) y comportamiento de evitación de los estímulos relacionados con el trauma.
- **Trastorno por estrés agudo** se caracteriza por síntomas parecidos al trastorno por estrés postraumático que aparecen inmediatamente después de un acontecimiento altamente traumático.
- **Trastorno de ansiedad generalizada** se caracteriza por la presencia de ansiedad y preocupaciones de carácter excesivo y persistente durante al menos 6 meses. El trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica se caracteriza por síntomas prominentes de ansiedad que se consideran secundarios a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad subyacente.
- **Trastorno de ansiedad inducido por sustancias** se caracteriza por síntomas prominentes de ansiedad que se consideran secundarios a los efectos fisiológicos directos de una droga, fármaco o tóxico.

- **Trastorno de ansiedad no especificado** se ha incluido en esta sección con el objetivo de poder acoger aquellos trastornos que se caracterizan por ansiedad o evitación fóbica prominentes, que no reúnen los criterios diagnósticos de los trastornos de ansiedad específicos ya mencionados (bien síntomas de ansiedad sobre los que se dispone de una información inadecuada o contradictoria). Debido a que el trastorno por ansiedad de separación (que se caracteriza por la aparición de ansiedad coincidiendo con la separación de las figuras paternas) suele aparecer en la infancia, se incluye en la sección «Otros trastornos de la infancia, la niñez o la adolescencia» (v. pág. 116). La evitación fóbica que se limita exclusivamente al contacto sexual genital con parejas sexuales se denomina trastorno por aversión al sexo y se encuentra recogido en la sección «Trastornos sexuales y de la identidad sexual» (DSM-IV-TR, págs. 401- 402)

3.3. Depresión.

La Organización Mundial de la Salud (2012), explica:

La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.

La depresión puede llegar a hacerse crónica o recurrente y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria. En su forma más grave, puede conducir al suicidio. Si es leve, se puede tratar sin necesidad de medicamentos, pero cuando tiene carácter moderado o grave se pueden necesitar medicamentos y psicoterapia profesional.

3.3.1. Psicopatología de la depresión.

Según Clasificación internacional de enfermedades, décima versión destaca:

En los episodios depresivos típicos el enfermo que las padece sufre un humor depresivo, una pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, una disminución de su vitalidad que

lleva a una reducción de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado, que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo. También son manifestaciones de los episodios depresivos:

- a) La disminución de la atención y concentración.
- b) La pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad.
- c) Las ideas de culpa y de ser inútil (incluso en los episodios leves).
- d) Una perspectiva sombría del futuro.
- e) Los pensamientos y actos suicidas o de autoagresiones.
- f) Los trastornos del sueño.
- g) La pérdida del apetito.

La depresión del estado de ánimo varía escasamente de un día para otro y no suele responder a cambios ambientales, aunque puede presentar variaciones circadianas características. La presentación clínica puede ser distinta en cada episodio y en cada individuo. Las formas atípicas son particularmente frecuentes en la adolescencia. En algunos casos, la ansiedad, el malestar y la agitación psicomotriz pueden predominar sobre la depresión. La alteración del estado de ánimo puede estar enmascarada por otros síntomas, tales como irritabilidad, consumo excesivo de alcohol, comportamiento histriónico, exacerbación de fobias o síntomas obsesivos preexistentes o por preocupaciones hipocondriacas. Para el diagnóstico de episodio depresivo de cualquiera de los tres niveles de gravedad habitualmente se requiere una duración de al menos dos semanas, aunque períodos más cortos pueden ser aceptados si los síntomas son excepcionalmente graves o de comienzo brusco.

Alguno de los síntomas anteriores puede ser muy destacados y adquirir un significado clínico especial. Los ejemplos más típicos de estos síntomas "somáticos" son: pérdida del interés o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras, pérdida de reactividad emocional a acontecimientos y circunstancias ambientales placenteras, despertarse por la mañana

dos o más horas antes de lo habitual, empeoramiento matutino del humor depresivo, presencia objetiva de inhibición o agitación psicomotrices claras, pérdida marcada de la libido.

3.3.1.1. Episodio depresivo leve (F32.0)

Ánimo depresivo, la pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, y el aumento de la fatigabilidad suelen considerarse como los síntomas más típicos de la depresión, y al menos dos de estos tres deben estar presentes para hacer un diagnóstico definitivo, además de al menos dos del resto de los síntomas enumerados anteriormente. Ninguno de los síntomas debe estar presente en un grado intenso. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas. Un enfermo con un episodio depresivo leve, suele encontrarse afectado por los síntomas y tiene alguna dificultad para llevar a cabo su actividad laboral y social, aunque es probable que no las deje por completo.

Se puede utilizar un quinto carácter para especificar la presencia de síntomas somáticos:

F32.00 Sin síndrome somático: Se satisfacen totalmente las pautas de episodio depresivo leve y están presentes pocos síndrome somático o ninguno.

F32.01 Con síndrome somático: Se satisfacen las pautas de episodio depresivo leve y también están presentes cuatro o más de los síndromes somáticos (si están presentes sólo dos o tres, pero son de una gravedad excepcional, puede estar justificado utilizar esta categoría).

3.3.1.2. Episodio depresivo moderado (F32.1)

Pautas para el diagnóstico.

Deben estar presentes al menos dos de los tres síntomas más típicos descritos para episodio depresivo leve (F32.0) así como al menos tres (y preferiblemente cuatro) de los demás síntomas. Es probable que varios de los síntomas se presenten en grado intenso, aunque esto no es esencial si son muchos los síntomas presentes. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas. Un enfermo con un episodio depresivo moderado suele tener grandes dificultades para poder continuar desarrollando su actividad social, laboral o doméstica.

Se puede utilizar un quinto carácter para especificar la presencia de síndrome somático:

F32.10 Sin síndrome somático: Se satisfacen totalmente las pautas de episodio depresivo moderado y no están presentes síndromes somáticos.

F32.11 Con síndrome somático: Se satisfacen totalmente las pautas de episodio depresivo moderado y están también presentes cuatro o más del síndrome somático.

3.3.1.3. Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos (F32.2)

Durante un episodio depresivo grave, el enfermo suele presentar una considerable angustia o agitación, a menos que la inhibición sea una característica marcada. Es probable que la pérdida de estimación de sí mismo, los sentimientos de inutilidad o de culpa sean importantes, y el riesgo de suicidio es importante en los casos particularmente graves. Se presupone que los síntomas somáticos están presentes casi siempre durante un episodio depresivo grave.

Pautas para el diagnóstico.

Deben estar presentes los tres síntomas típicos del episodio depresivo leve y moderado, y además por lo menos cuatro de los demás síntomas, los cuales deben ser de intensidad grave. Sin embargo, si están presentes síntomas importantes como la agitación o la inhibición psicomotrices, el enfermo puede estar poco dispuesto o ser incapaz de describir muchos síntomas con detalle. En estos casos está justificada una evaluación global de la gravedad del episodio. El episodio depresivo debe durar normalmente al menos dos semanas, pero si los síntomas son particularmente graves y de inicio muy rápido puede estar justificado hacer el diagnóstico con una duración menor de dos semanas. Durante un episodio depresivo grave no es probable que el enfermo sea capaz de continuar con su actividad laboral, social o doméstica más allá de un grado muy limitado.

3.3.1.4. Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos (F32.3)

Episodio depresivo grave que satisface las pautas establecidas en F32.2, y en el cual están presentes además ideas delirantes, alucinaciones o estupor depresivo. Las ideas delirantes suelen

incluir temas de pecado, de ruina o de catástrofes inminentes de los que el enfermo se siente responsable. Las alucinaciones auditivas u olfatorias suelen ser en forma de voces difamatorias o acusatorias o de olores a podrido o carne en descomposición. La inhibición psicomotriz grave puede progresar hasta el estupor. Las alucinaciones o ideas delirantes pueden especificarse como congruentes o no congruentes con el estado de ánimo (págs. 152-162)

4. AFRONTAMIENTO.

4.1. Definición.

- Lazarus y Folkman (1980) definen el afrontamiento como los esfuerzos cognitivos conductuales continuamente cambiantes que realiza el sujeto para manejar las demandas internas y/o externas, que exigen un ajuste o adaptación del individuo. El afrontamiento estaría determinado por la persona, el ambiente y por su interacción. (Frydenberg 1997, en González, et al., 2002).
- Stone y cols, (1998), definen al afrontamiento como: “Una serie de pensamientos y acciones que capacitan a las personas para manejar situaciones difíciles. Consiste por lo tanto en un proceso de esfuerzos dirigidos a manejar del mejor modo posible (reduciendo, minimizando, tolerando o controlando), las demandas internas y ambientales.” (Vázquez Valverde, 2000, pág. 406)
- Según Pelechano V. (2000), El afrontamiento es un aspecto muy relevante del funcionamiento personal y se divide en estilos y estrategias de afrontamiento, dichos conceptos son complementarios. Los primeros son predisposiciones personales para hacer frente a diversas situaciones, son estables temporal y situacionalmente y consistentes, y determinan el uso de ciertas estrategias. Las estrategias son procesos concretos y

específicos que se utilizan en cada contexto y pueden ser cambiantes, dependiendo de las condiciones desencadenantes. La estrategia presenta ventajas, como su modificabilidad y mayor capacidad predictiva, convirtiéndose en más atractiva desde la perspectiva de la intervención. Factores personales, como relaciones de pareja estables y la presencia de hijos, se han asociado con una mejor aplicación de las estrategias de afrontamiento. (Ana Sepúlveda V., Ana Romero G., Leonel Jaramillo V., 2012)

4.2. Tipos de Afrontamiento.

4.2.1. Teoría del Afrontamiento de Érica Frydemberg.

E. Frydemberg (1989) enuncia la existencia de dos tipos de afrontamiento: General (modo en que se enfrenta cualquier situación) y Específico (forma de enfrentar una situación particular). De ahí que, al elaborar su instrumento de evaluación de las estrategias, busque medir los dos componentes por separado (parte 1 y 2). Luego de atravesar por diferentes fases del desarrollo de la prueba, Frydemberg (1989) elaboró el instrumento agrupados en 18 escalas, que reflejan 18 estrategias de afrontamiento, son:

- **Buscar Apoyo Social:** Consiste en compartir el problema con los demás y conseguir ayuda.
- **Centrarse en Resolver el Problema:** Se dirige a abordar el problema sistemáticamente, teniendo en cuenta distintos puntos de vista para alcanzar la solución.
- **Esforzarse y Tener Éxito:** Son las conductas de trabajo e implicación personal.
- **Preocuparse:** Se refiere al temor por el futuro o a la preocupación por la felicidad posterior.
- **Invertir en Amigos Íntimos:** Esfuerzo por comprometerse en alguna relación personal íntima.
- **Buscar Pertenencia:** Preocupación o interés en las relaciones con los demás, y específicamente por lo que los otros piensan de uno.

- **Hacerse Ilusiones:** Se refiere a las expectativas de que todo tendrá un final feliz.
- **Falta de Afrontamiento:** Es la incapacidad para enfrentar el problema y la tendencia a desarrollar síntomas psicosomáticos.
- **Reducción de la Tensión:** Intento de sentirse mejor mediante acciones que reduzcan la tensión.
- **Acción Social:** Consiste en dar a conocer a otros la preocupación que se tiene y buscar apoyo organizando actividades como reuniones, peticiones, etc.
- **Ignorar el Problema:** Esfuerzo consciente por negar o desentenderse del problema.
- **Autoinculparse:** El sujeto se ve a sí mismo como el culpable de su dificultad.
- **Reservarlo Para Sí:** El sujeto tiende a aislarse y a impedir que otros conozcan su preocupación.
- **Apoyo Espiritual:** Tendencia a rezar y creer en la ayuda de Dios o de un líder espiritual frente a los problemas.
- **Fijarse en lo Positivo:** Visión optimista de la situación presente y tendencia a ver el lado bueno de las cosas y sentirse afortunado.
- **Buscar Ayuda Profesional:** Uso de consejeros profesionales como maestros o psicólogos.
- **Distracciones relajantes:** Situaciones de ocio y relajantes como la lectura o la televisión.
- **Distracciones Físicas:** Dedicación al deporte, el esfuerzo físico y a mantenerse en forma.

Compas (1988), y Frydemberg y Lewis (1991), consideran que las estrategias pueden ser agrupadas de manera tal que conforman tres estilos de afrontamiento, los que representan aspectos funcionales y disfuncionales. Estos son:

Estilo dirigido a solucionar el problema (consiste en trabajar para resolver la situación problemática, manteniéndose optimista y relajado durante el proceso. Abarca las siguientes

estrategias: concentrarse en resolver el problema, esforzarse y tener éxito, Fijarse en lo positivo, diversiones relajantes y distracción física).

Estilo de afrontamiento en relación con los demás (consiste en acercarse a otros para obtener apoyo. Abarca las siguientes estrategias: apoyo social, amigos íntimos, buscar pertenencia, acción social, apoyo espiritual y buscar apoyo profesional).

Estilo improductivo (se trata de una combinación de estrategias improductivas de evitación que muestra una incapacidad empírica para afrontar los problemas. Abarca las siguientes estrategias: preocuparse, hacerse ilusiones, no afrontamiento, reducción de tensión, ignorar el problema, autoinculparse y reservarlo para sí). (Salotti, Febrero 2006, págs. 15-17)

4.3. Afrontamiento y desarrollo.

Al igual que la edad y el desarrollo ligado a ella influye en la interpretación del estímulo estresante y en la respuesta que se ofrece, también modula e influye en el tipo de afrontamiento posible a utilizar, a continuación mencionaremos como las diferentes etapas evolutivas podrían influir en el uso de estilos de afrontamientos adecuados.

4.3.1. Afrontamiento en la niñez.

Todos los educadores saben que los niños pequeños no pueden afrontar la situación y el temor como los mayores o los adolescentes, debido a sus limitaciones cognitivas, emocionales y sociales, pero también saben que existen fuertes diferencias interindividuales, es decir que independientemente del techo que supone la edad, se puede observar estilos más o menos hábiles de afrontamiento en los niños pequeños. Los modos como los niños de edad preescolar se enfrentan en las situaciones estresantes han sido relativamente estudiados. En general los niños de 4 a 6 años siempre que pueden, evitan las situaciones estresantes que implican dolor. En la medida que no pueden evitarlas porque los padres les obligan (ir al dentista) pondrán en marcha estrategias como emplear imágenes mentales para distraerse. Pero a esta edad muestra estrategias principalmente

centradas en el problema y apenas muestran estrategias dirigidas a disminuir o eliminar el malestar o miedo que experimentan. Esto mismo sucede cuando los problemas aparecen en las relaciones con los otros niños. Los estudios muestran que en esta edad se emplean modos de afrontamiento orientados a solucionar los problemas y no estrategias centradas en la emoción. En concreto emplean estrategias directas de solución de problemas, buscan ayuda a sus padres u otros niños para solucionar directamente el problema y tienden a defender la propia posición con estrategias no agresivas (resistencia activa). También tienen a evitar las situaciones problemáticas. En la edad escolar los estudios muestran que los niños y niñas tienden a emplear tanto estrategias de afrontamiento directamente a solucionar el problema, como estrategias de evitación. No obstante a diferencia de los más pequeños a esta edad comienza a hacer uso de estrategias dirigidas a reducir o aliviar la emoción negativa que experimentan como por ejemplo hablarse a sí mismo de forma positiva, también comienzan a emplear estrategias de afrontamiento cognitivas (análisis del problema, elaboración de soluciones, anticipación de consecuencias, previsión de obstáculos, reestructuración mental de la situación para percibirla positivamente, distraerse mentalmente). Los niños de edad escolar no buscan tanto apoyo en los adultos como los preescolares, en las cuestiones relacionadas con problemas en las relaciones con el grupo de compañeros suelen buscar el apoyo de los compañeros antes que los padres. También hay una disminución en el uso de estrategias basadas en huir o evitar situaciones estresantes o escapar de ellas, más propias de preescolares. Hablando de las estrategias asociadas a ciertas situaciones a partir de estudios realizados y de la experiencia clínica, los niños utilizan estrategias basadas máximamente en la acomodación a la situaciones para enfrentarse a estresores médicos o conflictos de autoridad y en cambio utilizan estrategias de afrontamiento del problema para manejar estresores específicos como la pérdida de un amigo, las dificultades académicas o como iguales. (Torres, 2003, págs. 39-40)

4.3.2. Afrontamiento en la adolescencia.

La adolescencia es una etapa que presenta diversas tareas que podrían convertirse en fuentes de estrés como los problemas vinculados al colegio, incertidumbre respecto al futuro, dificultades familiares, presión social, problemas relacionados al uso del tiempo libre, a las relaciones amorosas y a problemas relacionados a sí mismos. Castro de la Mata (1998), Martínez y Morote y Montenegro (2001). En Casaretto et al., (2003). El comportamiento adolescente se encuentra inscrito dentro de un conjunto de tareas de desarrollo cuyo logro supone bienestar subjetivo y salud mental. Frydenberg (1997) señala que muchas conductas de riesgo como consumo de drogas, promiscuidad sexual, violencia y trastornos de la alimentación responden a la incapacidad de algunos adolescentes afrontar sus preocupaciones. Aunque la mayoría de los esfuerzos en la conceptualización, la evaluación e investigación de afrontamiento se ha llevado a cabo en poblaciones adultas. El desarrollo de diversos estilos de afrontamiento durante la adolescencia también varía según el género y parece estar influenciado por los patrones de socialización a los que nos vemos expuestos desde pequeños. En el caso de las mujeres se produce mayor apertura social y familiar hacia la expresión de sentimientos y comunicación, y uso de fantasía frente a los problemas, por el contrario los varones la inhibición de sus emociones es incentivada así como el desarrollo de su autonomía incrementando el uso de estrategias evitativas de afrontamiento (Carmen Solís Manrique y Anthony Vidal Miranda, 2006, págs. 37-38)

5. MARCO JURÍDICO, ASPECTOS PENALES Y PROTECCIONALES

UNICEF (2006) menciona:

El respeto y la garantía de los derechos de las niñas, niños y adolescentes en el marco del nuevo paradigma de la doctrina de la protección integral, sustentada esencialmente en la Convención de los Derechos del Niño (1989), sus Protocolos Facultativos y en otros Instrumentos Jurídicos

Internacionales de derechos humanos, adoptados por todos los países de América Latina y El Caribe, ha marcado un hito histórico que demanda que todos los Estados asuman con una nueva visión y responsabilidad los compromisos que este marco jurídico demanda. Marco jurídico que para ser realidad debe de traducirse en políticas de Estado, con sus correspondientes programas, objetivos y metas con horizontes concretos en el tiempo, incluyendo la correspondiente asignación de recursos, de manera que efectivamente las niñas, niños y las personas adolescentes logren contar con oportunidades y condiciones que les permita lograr un desarrollo integral y una vida plena, libre de exclusiones, discriminaciones e inequidades. (UNICEF, 2006)

5.1. Delito de abuso sexual.

En el Código Orgánico Integral Penal Ecuatoriano, se encuentran tipificados los siguientes delitos los cuales se mencionaran a continuación:

Artículo 170.- Abuso sexual.- La persona que, en contra de la voluntad de otra, ejecute sobre ella o la obligue a ejecutar sobre sí misma u otra persona, un acto de naturaleza sexual, sin que exista penetración o acceso carnal, será sancionada con pena privativa de libertad de tres a cinco años. Cuando la víctima sea menor de catorce años de edad o con discapacidad; cuando la persona no tenga capacidad para comprender el significado del hecho o por cualquier causa no pueda resistirlo; o si la víctima, como consecuencia de la infracción, sufra una lesión física o daño psicológico permanente o contraiga una enfermedad grave o mortal, será sancionada con pena privativa de libertad de cinco a siete años. Si la víctima es menor de seis años, se sancionará con pena privativa de libertad de siete a diez años.

5.2. Delito de Violación.

Artículo 171.- Violación.- Es violación el acceso carnal, con introducción total o parcial del miembro viril, por vía oral, anal o vaginal; o la introducción, por vía vaginal o anal, de objetos, dedos u órganos distintos al miembro viril, a una persona de cualquier sexo. Quien la comete, será

sancionado con pena privativa de libertad de diecinueve a veintidós años en cualquiera de los siguientes casos:

1. Cuando la víctima se halle privada de la razón o del sentido, o cuando por enfermedad o por discapacidad no pudiera resistirse.
2. Cuando se use violencia, amenaza o intimidación.
3. Cuando la víctima sea menor de catorce años.

Se sancionará con el máximo de la pena prevista en el primer inciso, cuando:

1. La víctima, como consecuencia de la infracción, sufre una lesión física o daño psicológico permanente.
2. La víctima, como consecuencia de la infracción, contrae una enfermedad grave o mortal.
3. La víctima es menor de diez años.
4. La o el agresor es tutora o tutor, representante legal, curadora o curador o cualquier persona del entorno íntimo de la familia o del entorno de la víctima, ministro de culto o profesional de la educación o de la salud o cualquier persona que tenga el deber de custodia sobre la víctima.
5. La o el agresor es ascendiente o descendente o colateral hasta el cuarto grado de consanguinidad o segundo de afinidad.
6. La víctima se encuentre bajo el cuidado de la o el agresor por cualquier motivo. En todos los casos, si se produce la muerte de la víctima se sancionará con pena privativa de libertad de veintidós a veintiséis años.” (Ministerio de Justicia, Derechos Humanos y Cultos, 2014, págs. 76 - 77)

5.3. Protección de niños, niñas y adolescentes víctimas de delitos sexuales.

Uno de los fines esenciales de la intervención en atención de los niños, niñas y adolescentes víctimas de delitos sexuales debe ser la protección.

Entre los derechos humanos, violencia de género y violencia sexual señala de forma expresa y clara, reconociendo los derechos de las víctimas según: Art. 78.- Las víctimas de infracciones penales gozarán de protección especial, se les garantizará su no revictimización, particularmente en la obtención y valoración de las pruebas, y se las protegerá de cualquier amenaza u otras formas de intimidación. Se adoptarán mecanismos para una reparación integral que incluirá, sin dilaciones, el conocimiento de la verdad de los hechos y la restitución, indemnización, rehabilitación, garantía de no repetición y satisfacción del derecho violado. Se establecerá un sistema de protección y asistencia a víctimas, testigos y participantes procesales.” (UNICEF, Ministerio de Inclusion Económica y Social, 2012)

Dentro del Código de la Niñez y Adolescencia, señala en el Art. 79 medidas de protección para los casos previstos en este título y sin perjuicio de las medidas generales de protección previstas en este Código y más leyes, las autoridades administrativas y judiciales competentes ordenaran una o más de las siguientes medidas:

- Allanamiento del lugar donde se encuentre el niño, niña o adolescente, víctima de la práctica ilícita, para su inmediata recuperación. Esta medida solo podrá ser decretada por el Juez de la Niñez y Adolescencia, quien dispondrá de inmediato y sin formalidad alguna;
- Custodia familiar o acogimiento institucional;
- Inserción del niño, niña o adolescente y su familia en un programa de protección y atención;

- Concesión de boletas de auxilio a favor del niño, niña o adolescente, en contra de la persona agresora:
- Amonestación al agresor;
- Inserción del agresor en un programa de atención especializada;
- Orden de salida del agresor de la vivienda, si su convivencia con la víctima implica un riesgo para la seguridad física, psicológica o sexual de ésta última; y de reingreso de la víctima si fuere el caso;
- Prohibición al agresor de acercarse a la víctima o mantener cualquier tipo de contacto con ella;
- Prohibición del agresor de proferir amenazas, en forma directa o indirecta contra la víctima o sus parientes;
- Suspensión del agresor en las tareas o funciones que desempeña;
- Suspensión del funcionamiento de la entidad o establecimiento donde se produjo el maltrato institucional, mientras duren las condiciones que justifican la medida;
- Participación del agresor o del personal de la institución en la que se haya producido el maltrato institucional, en talleres, cursos modalidades de eventos formativos; y,
- Seguimiento por parte de los equipos de trabajo social, para verificar la rectificación de las conductas de maltrato.” (Congreso Nacional, 2014)

e) MATERIALES Y MÉTODOS.

El presente trabajo investigativo fue de tipo descriptivo el cual buscó especificar las propiedades del grupo de estudio, con el propósito de establecer las características demográficas de la población investigada, además este pretende medir el grado de relación y la manera cómo interactúan dos o más variables entre sí como es el caso del abuso sexual, las alteraciones del estado ánimo (ansiedad y depresión) así como las estrategias de afrontamiento empleadas.

El enfoque de la investigación fue cuanti - cualitativo, cuantitativo ya que este consiste en utilizar la recolección de datos mediante el número de víctimas de abuso sexual que acuden a la Unidad de Atención y Peritaje Integral y el análisis estadístico por medio de la tabulación de los resultados obtenidos.

Además al ser cualitativa la cual consiste en realizar un proceso inductivo, es decir que se explorará y describirá el fenómeno en estudio en este caso mediante la identificación de alteraciones del estado de ánimo que presenta la población a estudiar, y las estrategias de afrontamiento utilizadas por cada víctima.

Asimismo, es un diseño de investigación de corte transversal o sincrónica pues los datos se recolectarán en un periodo determinado específicamente en los meses de abril a julio de 2016.

POBLACIÓN

Área De Estudio

El trabajo investigativo se realizó en la Unidad de Atención y Peritaje Integral de la Fiscalía Provincial de Loja

Universo y Muestra

El Universo del presente trabajo corresponde a las 70 víctimas que acuden para Valoración psicológica pericial solicitados por los fiscales por los delitos de abuso sexual

Muestra

En este caso estuvo conformada por 70 Víctimas de Abuso Sexual de 7 a 17 años de edad, que acuden a la Unidad de Atención y Peritaje Integral de la Fiscalía Provincial de Loja en el periodo 2015 - 2016

Criterios de inclusión

- Conformado por las Víctimas de Abuso Sexual de 7 a 17 años de edad que acuden a la Evaluación psicológica pericial en la Unidad de Atención y Peritaje Integral.
- Representantes legales de los menores para previo consentimiento y autorización de la aplicación de reactivos psicológicos

Criterios de exclusión

- Niños y adolescentes cuyos padres no firmaron el consentimiento para la aplicación de los reactivos psicológicos.

INSTRUMENTOS

- **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Descripción: Es la aceptación por parte de un enfermo competente de un procedimiento diagnóstico o terapéutico después de tener la información adecuada para implicarse libremente en la decisión clínica. Los requisitos básicos son: libertad, competencia e información suficiente. (Sociedad Ecuatoriano de Bioética.)

Objetivo: el cual estuvo dirigido a los padres de familia o responsables legales de las 70 víctimas de abuso sexual de entre 7 a 17 años de edad, que acuden a la Unidad de Atención y Peritaje Integral de la Fiscalía Provincial de Loja con el fin de obtener la previa autorización de trabajar con dicha población.

- **INVENTARIO DE DEPRESIÓN INFANTIL (CDI)**

Descripción: “Es uno de los instrumentos más utilizados y mejor aceptados por todos los expertos en depresión infantil, ya que ha demostrado un comportamiento muy sólido desde el punto de vista psicométrico y gran utilidad para los fines clínicos. Consta de 27 ítems, cada uno de ellos enunciado en tres frases que recogen la distinta intensidad o frecuencia de su presencia en el niño o adolescente, por lo que a efectos de duración es como si la prueba tuviese 81 elementos. El contenido de los ítems cubre la mayor parte de los criterios para el diagnóstico de la depresión infantil y sobre las escalas que lo constituyen. El CDI evalúa dos escalas: **Disforia** (humor depresivo, tristeza, preocupación, etc.) y **Autoestima negativa** (juicios de ineficacia, fealdad, maldad, etc.) y proporciona una puntuación total de depresión. Puede ser contestado directamente por los niños evaluados, como autoinforme, o pueden contestarlo adultos de referencia como el padre, la madre, profesores, enfermeras o cuidadores. La prueba puede ser aplicada individual o colectivamente con población de niños entre 7 y 15 años.

La obtenida mediante el método de las dos mitades es de 0,79
Cada ítem se valora con una escala de 0 a 2 puntos. 0: intensidad o frecuencia baja, 1: intensidad o frecuencia media, 2: intensidad o frecuencia alta. Puntuación total Depresión = PT escala Disforia + PT escala Autoestima Negativa. Mide niveles desde sin sintomatología depresiva, depresión leve y depresión severa.” (Kovacs, 2011)

Objetivo: El presente test psicológico estuvo dirigido a las víctimas de Abuso Sexual de 7 a 15 años de edad que acuden a la Unidad de Atención y Peritaje Integral de la Fiscalía Provincial de Loja para poder identificar depresión

- **INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK**

Autores: Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J y Erbauhg J.

Descripción: El Inventario de Depresión, más conocido por Inventario de Beck debido a su creador Aaron T. Beck y colegas, fue elaborado en 1961 con el fin de hacer una evaluación objetiva de las manifestaciones de la depresión. El objetivo del inventario es evaluar la profundidad o intensidad de la misma. Su fundamentación teórica es el enfoque cognitivo de la depresión, que considera que este trastorno tiene manifestaciones conductuales, afectivas, cognitivas y somáticas. (Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J y Erbauhg J., 1961; Beck AT, Steer RA y Garbin ME, 1988).

El inventario consta de 21 categorías de síntomas y actitudes, con 4 o 5 afirmaciones, cada una reflejando un grado creciente de profundidad de la depresión. El sujeto debe marcar la alternativa más adecuada a su situación actual, 14 categorías corresponden a síntomas de naturaleza cognitiva y afectiva y 7 a síntomas somáticos y conductuales. El inventario tiene una forma abreviada de 13 ítems, pero la que se ha popularizado en la asistencia y la investigación es la de 21 ítems.

Cada una de las 21 proposiciones tiene varias alternativas de respuesta, a seleccionar una de ellas por el sujeto. De acuerdo a la alternativa seleccionada, este obtendrá una anotación que fluctúa entre 0 y 3 puntos. Se suma, además, la anotación alcanzada en cada una de las 21 categorías para obtener una anotación total. La misma, permite determinar el grado de la depresión: leve, moderada y severo.

Las puntuaciones de las distintas gravedades de la depresión son:

Depresión ausente o mínima: puntuación media en el BDI de 10,9 puntos.

Depresión leve: puntuación media de 18,7.

Depresión moderada: puntuación media de 25,4.

Depresión grave: puntuación media de 30 punto (Ojeda, 2001)

Objetivo: Conocer los niveles de depresión en víctimas de abuso sexual

- **ESCALA DE ANSIEDAD PARA NIÑOS DE SPENCE (SPENCE CHILDREN'S ANXIETY SCALE, SCAS) (SPENCE, 1997)**

Autor: Spence

Descripción: “La SCAS mide los trastornos de ansiedad en la niñez y en la adolescencia y ha generado mucha investigación. Esta escala ofrece ventajas sobre las demás como, sensibilidad a los cambios ejercidos por el tratamiento, capacidad para discriminar entre muestras clínicas y de población general, aplicación transcultural y, muy especialmente, apego a la clasificación diagnóstica de los trastornos de ansiedad más comunes del DSM-IV-TR (APA, 2002). Construida por Spence (1997) en Australia, la SCAS es un instrumento de autoinforme al que responden los niños, el cual consta de 44 ítems. Se desarrolló con la intención de investigar una gama amplia de síntomas de ansiedad en niños de población general. Los estudios realizados por su autora han corroborado la coincidencia de su estructura factorial con la clasificación propuesta originalmente por el DSM-IV (APA, 1994) de 7 trastornos de ansiedad. Seis ítems miden ansiedad de separación, 6 trastorno obsesivo-compulsivo, 6 pánico, 3 agorafobia, 6 fobia social, 6 ansiedad generalizada, y 5 miedo al daño físico. Contiene, además, 6 ítems de relleno que no se califican, ya que tiene el objeto de disminuir el impacto del sesgo negativo que produzca el listado de problemas. Se califica en una escala de 4 opciones que fluctúan entre 0 para nunca y 3 para siempre” (Fundación Universitaria Konrad Lorenz, 2010).

Objetivo: El presente test psicológico estuvo dirigido las víctimas de Abuso Sexual de 7 a 17 años de edad que acuden a la Unidad de Atención y Peritaje Integral de la Fiscalía Provincial de Loja para poder identificar los niveles de ansiedad.

- **ESCALA DE AFRONTAMIENTO PARA ADOLESCENTES (ACS) DE FRYDENBERG Y LEWIS ADAPTACIÓN ESPAÑOLA DE PEREÑA, J Y SEISDEDOS, N. TEA EDICIONES (2000)**

Descripción: La Escala de Afrontamiento para Adolescentes (ACS) es un inventario de auto informe compuesto de 80 elementos, 79 de tipo cerrado y 1 final abierto, que permiten evaluar con fiabilidad. Las 18 escalas del ACS han sido rotuladas de tal manera que reflejen el constructo inherente en los ítems. Éstas son las siguientes (Frydenberg y Lewis, 1997b; 1999):

1. Buscar apoyo social (As).- Estrategia que consiste en la inclinación a compartir el problema con otros y buscar apoyo para su resolución. Ejemplo: “Hablar con otros sobre mi problema para que me ayuden a salir de él”.
2. Concentrarse en resolver el problema (Rp).- Es una estrategia dirigida a resolver el problema, estudiándolo sistemáticamente y analizando los diferentes puntos de vista u opciones. Ejemplo: “Dedicarme a resolver el problema poniendo en juego todas mis capacidades”.
3. Esforzarse y tener éxito (Es).- Es la estrategia que comprende conductas que ponen de manifiesto compromiso, ambición y dedicación. Ejemplo: “Trabajar intensamente”.
4. Preocuparse (Pr).- Se caracteriza por elementos que indican temor por el futuro en términos generales o, más en concreto, preocupación por la felicidad futura. Ejemplo: “Preocuparme por lo que está pasando”.
5. Invertir en amigos íntimos (Ai).- Se refiere al esfuerzo por comprometerse en alguna relación de tipo personal íntimo e implica la búsqueda de relaciones personales íntimas. Ejemplo: “Pasar más tiempo con el chico o chica con que suelo salir”.

6. Buscar pertenencia (Pe).- Indica la preocupación e interés del sujeto por sus relaciones con los demás en general y, más concretamente, por lo que otros piensan. Ejemplo: “Mejorar mi relación personal con los demás”.
7. Hacerse ilusiones (Hi).- Es la estrategia expresada por ítems basados en la esperanza, en la anticipación de una salida positiva y en la expectativa de que todo tendrá un final feliz. Ejemplo: “Esperar a que ocurra algo mejor”.
8. Falta de afrontamiento (Na).- Consiste en ítems que reflejan la incapacidad del sujeto para enfrentarse al problema y su tendencia a desarrollar síntomas psicósomáticos. Ejemplo: “No tengo forma de afrontar la situación”.
9. Reducción de la tensión (Rt).- Se caracteriza por ítems que reflejan un intento por sentirse mejor y de relajar la tensión. Ejemplo: “Intentar sentirme mejor bebiendo alcohol, fumando o tomando drogas”.
10. Acción social (So).- Consiste en dejar que otros conozcan cuál es el problema y tratar de conseguir ayuda escribiendo peticiones u organizando actividades como reuniones o grupos. Ejemplo: “Unirme a gente que tiene el mismo problema”.
11. Ignorar el problema (Ip).- Agrupa ítems que reflejan un esfuerzo consciente por negar el problema o desentenderse de él. Ejemplo: “Ignorar el problema”.
12. Autoinculparse (Cu).- Incluye conductas que indican que el sujeto se ve como responsable de los problemas o preocupaciones que tiene. Ejemplo: “Sentirme culpable”.
13. Reservarlo para sí (Re).- Es la estrategia expresada por ítems que reflejan que el sujeto huye de los demás y no desea que conozcan sus problemas. Ejemplo: “Guardar mis sentimientos para mí solo”.

14. Buscar apoyo espiritual (Ae).- Está compuesta por ítems que reflejan una tendencia a rezar, a emplear la oración y a creer en la ayuda de un líder espiritual o Dios. Ejemplo: “Dejar que Dios se ocupe de mi problema”.
15. Fijarse en lo positivo (Po).- Se caracteriza por ítems que indican una visión optimista y positiva de la situación presente y una tendencia a ver el lado bueno de las cosas y considerarse afortunado. Ejemplo: “Fijarme en el aspecto positivo de las cosas y pensar en las cosas buenas”.
16. Buscar ayuda profesional (Ap).- Es la estrategia consistente en buscar la opinión de profesionales, como maestros u otros consejeros. Ejemplo: “Pedir consejo a una persona competente”.
17. Buscar diversiones relajantes (Dr).- Se caracteriza por ítems que describen actividades de ocio y relajantes, como leer o pintar. Ejemplo: “Encontrar una forma de relajarme; por ejemplo, oír música, leer un libro, tocar un instrumento musical, ver la televisión”.
18. Distracción física (Fi).- Consta de ítems que se refieren a la dedicación al deporte, al esfuerzo físico y a mantenerse en forma. Ejemplo: “Mantenerme en forma y con buena salud”.

Estas 18 escalas o estrategias de afrontamiento son agrupadas en tres estilos de afrontamiento, cada uno de los cuales comprende entre cuatro y ocho estrategias.

El primero: Resolver el problema está caracterizado por los esfuerzos que se dirigen a resolver el problema manteniendo una actitud optimista y socialmente conectada. Este primer estilo comprende las estrategias concentrarse en resolver el problema, esforzarse y tener éxito, fijarse en lo positivo, buscar diversiones relajantes y distracción física.

El segundo Referencia a otros e implica un intento para enfrentar el problema acudiendo al apoyo y a los recursos de las demás personas, como pares, profesionales o deidades. Las estrategias buscar

apoyo social, acción social, buscar apoyo espiritual y buscar ayuda profesional, Invertir en amigos íntimos, Buscar pertenencia pertenecen a este estilo.

El último estilo, el Afrontamiento no productivo, está asociado a una incapacidad para afrontar los problemas e incluye estrategias de evitación. Tal estilo no lleva a la solución del problema, pero al menos lo alivia. Comprende las siguientes estrategias: preocuparse, buscar pertenencia, hacerse ilusiones, falta de afrontamiento o no afrontamiento, ignorar el problema, reducción de la tensión, reservarlo para sí, y autoinculparse. Cabe destacar que los propios autores del instrumento ACS ponen de manifiesto que aunque ha sido inicialmente diseñado para población de 12 a 18 años, puede ser empleado en otros grupos de menor edad (Frydenberg y Lewis, 1993a).

El instrumento presenta dos formas, específica y general. La forma específica permite evaluar las respuestas a un problema particular citado por el propio sujeto o propuesto por el evaluador, es decir, se analizan las estrategias situacionales empleadas en base a una preocupación principal. Para lo cual se empleará la versión abreviada la cual estará dirigida para la población infantil y en la adolescencia la Escala de Afrontamiento para Adolescentes (ACS). La versión abreviada del ACS es un inventario de auto informe compuesto de 18 ítems que permite evaluar 18 de estrategias de afrontamiento. Estos 18 ítems se puntúan mediante una escala de tipo Likert de cinco puntos: 1 “no me ocurre o no lo hago”, 2 “me ocurre o lo hago raras veces”, 3 “me ocurre o lo hago algunas veces”, 4 “me ocurre o lo hago a menudo”, y 5 “me ocurre o lo hago con mucha frecuencia”.

Objetivo: El mismo que se lo aplico a las víctimas de abuso sexual comprendidas entre 7 a 17 años de edad con el fin de identificar los estilos y las estrategias de afrontamiento utilizadas por la antes mencionada población.

PROCEDIMIENTO

El procedimiento en toda investigación representa el plan de trabajo para llevar a cabo el estudio, el mismo que se lo realizó a través de varios pasos o fases,

Primera etapa

Se solicitó con anterioridad la respectiva autorización del Fiscal Provincial de Loja de dicha institución, en coordinación con el Servicio de Atención Integral y Peritos Psicólogos de la Unidad de Atención y Peritaje Integral de la Fiscalía Provincial de Loja con el fin de obtener la apertura y poder realizar el trabajo de campo. Seguidamente se tuvo acceso a las agendas de cada psicólogo de la Unidad para poder identificar el número de víctimas de abuso sexual en el periodo comprendido abril a julio de 2016 y los días en los cuales las víctimas acudirían a la valoración psicológica. Para realizar el trabajo de campo primero se utilizó el consentimiento informado (Anexo 1) de los representantes legales de los menores víctimas de abuso sexual con el fin de informar sobre el proceso a llevar a cabo, proporcionándoles las instrucciones adecuadas e indicando la confidencialidad de la información obtenida, para posterior a ello poder realizar la aplicación de reactivos psicológicos (Anexo 2,3,4, 5) y la recolección de información demográfica, es de gran importancia mencionar que la aplicación de los mismos se realizó por parte de los profesionales de psicología por disposiciones de la autoridad competente con el fin de precautelar los derechos de los menores, tomando los resultados de los que se encontraban en el informe psicológico de cada víctima valorada, sin embargo la valoración de los reactivos psicológicos, lo realizó la investigadora.

Segunda Etapa

Se procedió a la tabulación de los datos recogidos a través de los reactivos psicológicos, así como la realización del análisis de manera cuantitativa y cualitativamente, tomando en cuenta los

objetivos previamente planteados, así como también la revisión de estudios realizados para poder contrastar información y poder realizar la discusión, análisis y recomendaciones.

Tercera Etapa

Una vez concluida la recolección de información, y de haber obtenido las conclusiones de la investigación, se procedió a la elaboración de una propuesta psicoterapéutica basada en el Enfoque Integrativo, cuyo objetivo estuvo dirigido a orientar y brindar, habilidades y herramientas que permitan el empleo de estrategias de afrontamiento adecuadas para dicha problemática.

f) RESULTADOS

PRIMER OBJETIVO

Identificar el número de víctimas de abuso sexual de 7 a 17 años de edad, que acuden a la Unidad de Atención y Peritaje Integral de la Fiscalía Provincial De Loja durante los meses de Abril a Julio 2016

Tabla 1:

Género de las víctimas de abuso sexual.

Indicadores	F	%
Femenino	62	89%
Masculino	8	11%
Total	70	100%

Fuente: Agenda de psicólogos peritos de la Fiscalía Provincial de Loja abril – julio 2016
Autora: Vanessa Romina Pineda Rojas.

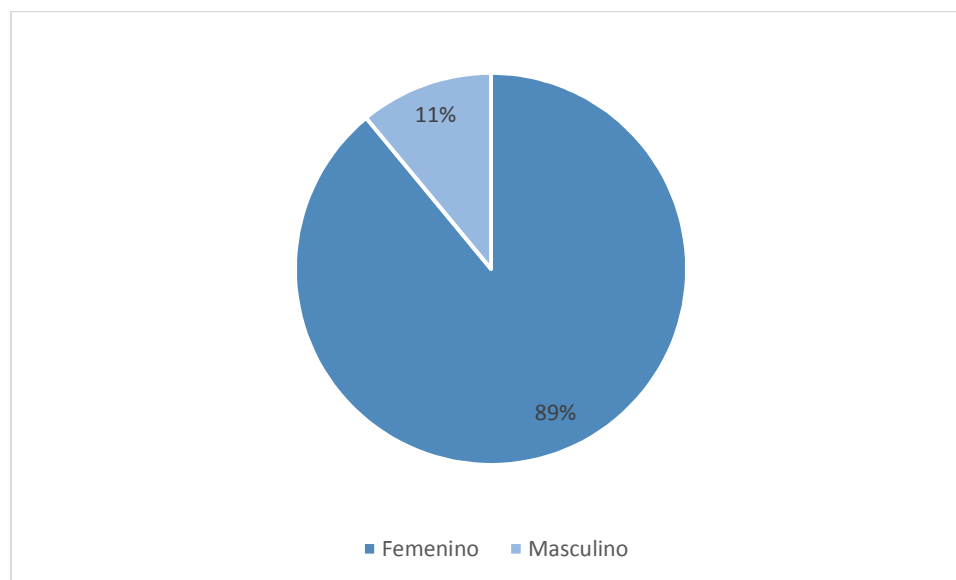


Figura 1: **Fuente:** Agenda de psicólogos peritos de la Fiscalía Provincial de Loja abril – julio 2016
Autora: Vanessa Romina Pineda Rojas.

Análisis

Con respecto a los resultados obtenidos, se puede observar que el 89% representan al género femenino, mientras que el 11% al género masculino.

Tabla 2:

Edad de las víctimas de abuso sexual.

Edad	Femenino	%	Masculino	%	Total
Segunda Infancia (7 a 10 años)	7	10%	4	6%	11
Pre adolescencia (10 a 14 años)	27	38%	4	6%	31
Adolescencia Media (14 a 18 años)	28	40%	0	0%	28
Total	62		8		100%

Fuente: Agenda de psicólogos peritos de la Fiscalía Provincial de Loja abril – julio 2016

Autora: Vanessa Romina Pineda Rojas

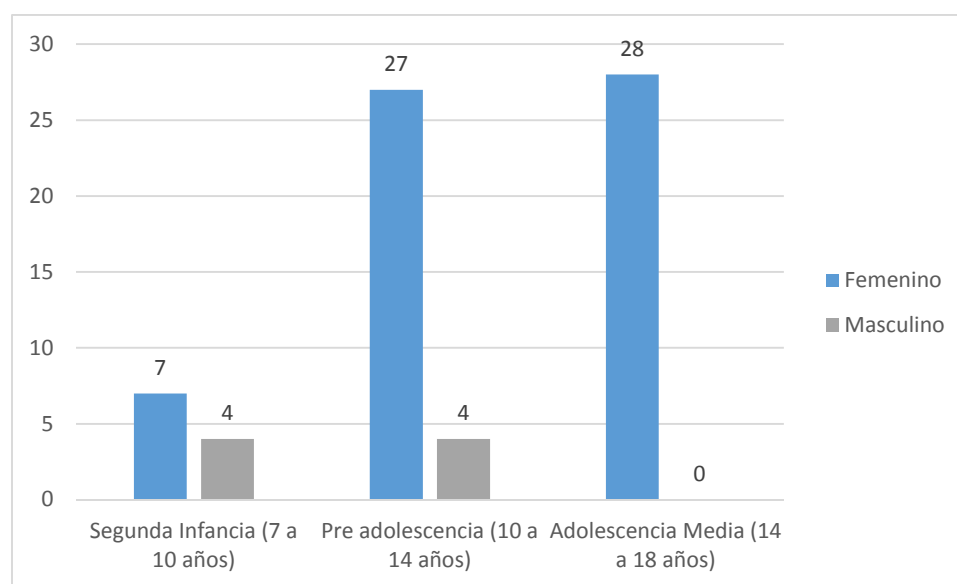


Figura 2: Fuente: Agenda de psicólogos peritos de la Fiscalía Provincial de Loja abril – julio 2016.

Autora: Vanessa Romina Pineda Rojas.

Análisis

De acuerdo a la población investigada, el 44% corresponden a la etapa de pre adolescencia, de los cuales 38% son mujeres y 6% son varones; en la etapa de la adolescencia media corresponde al 40% siendo todas del género femenino; mientras que el 16% son de la segunda infancia, tanto 7% para el género femenino y 4% al masculino.

SEGUNDO OBJETIVO

Descubrir las alteraciones del estado de ánimo en las víctimas de abuso sexual de 7 a 17 años de edad identificadas en la Unidad de Atención y Peritaje Integral de la Fiscalía Provincial De Loja.

Tabla 3:

Depresión en Segunda Infancia en Víctimas de abuso sexual.

Indicadores	Femenino	%	Masculino	%	TOTAL	
Sin Depresión	5	55%	3	18%	8	73%
Depresión Leve	1	9%	1	9%	2	18%
Depresión Grave	1	9%	0	0%	1	9%
Depresión Moderada	0	0%	0	0%	0	0%
Total	7	100%	4	0%	11	100%

Fuente: Inventario de depresión infantil aplicado a las víctimas de abuso sexual de la Unidad de Atención y Peritaje Integral de la Fiscalía Provincial de Loja periodo abril – julio 2016

Autora: Vanessa Romina Pineda Rojas.

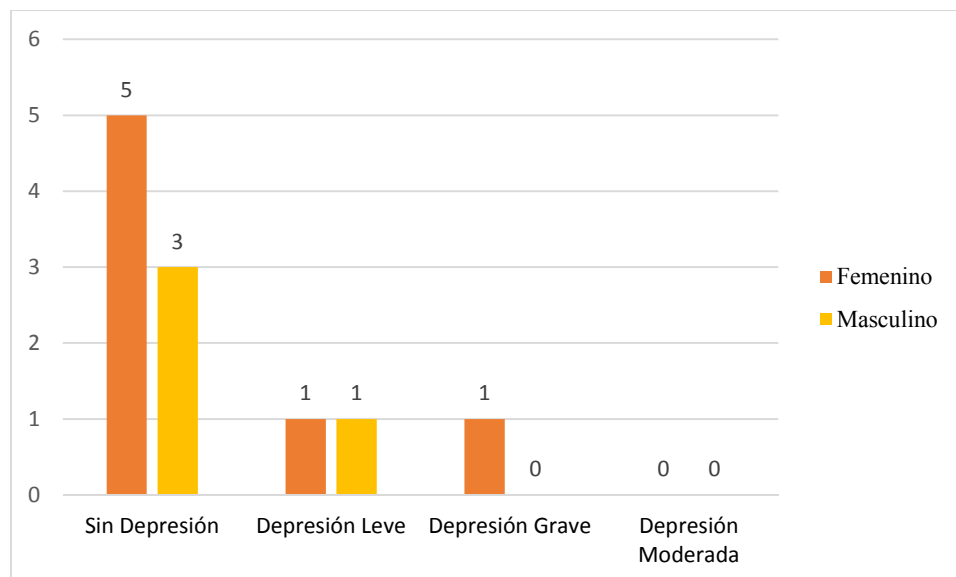


Figura 3: Fuente: Inventario de depresión infantil aplicado a las víctimas de abuso sexual de la Unidad de Atención y Peritaje Integral de la Fiscalía Provincial de Loja, periodo abril – julio 2016.
Autora: Vanessa Romina Pineda Rojas.

Análisis

Del número de víctimas de abuso sexual, en la Segunda Infancia, el 27% presentan depresión.

Tabla 4:

Ansiedad en la Segunda Infancia en Víctimas de abuso sexual.

Indicadores	Femenino	%	Masculino	%	TOTAL	
Sin Ansiedad	2	18%	4	37%	6	55%
Ansiedad Moderada	3	27%	0	0%	3	27%
Ansiedad Leve	1	9%	0	0%	1	9%
Ansiedad Grave	1	9%	0	0%	1	9%
Total	7	100%	4	0%	11	100%

Fuente: Ansiedad Infantil de Spence aplicado a víctimas de abuso sexual de la Fiscalía Provincial de Loja, periodo abril – julio 2016

Autora: Vanessa Romina Pineda Rojas

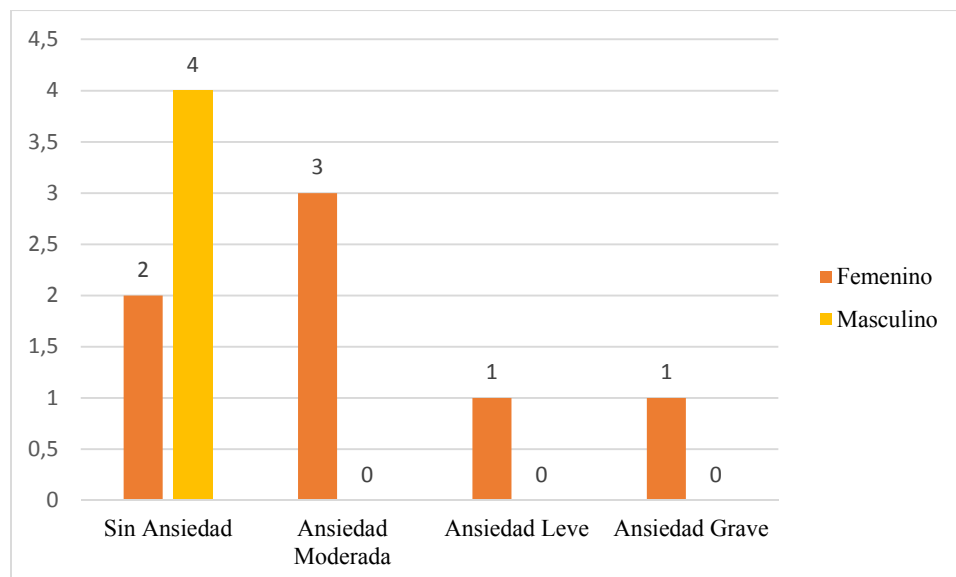


Figura 4: Fuente: Ansiedad Infantil de Spence aplicado a víctimas de abuso sexual de la Fiscalía Provincial de Loja, periodo abril – julio 2016

Autora: Vanessa Romina Pineda Rojas

Análisis

Durante la Segunda infancia, el 45% de las víctimas de abuso sexual presentan ansiedad.

Tabla 5:

Depresión en la Pre adolescencia en víctimas de abuso sexual

Indicadores	Femenino	%	Masculino	%	TOTAL	
Sin Depresión	13	42%	4	13%	17	55%
Depresión Leve	10	32%	0	0%	10	32%
Depresión Grave	3	10%	0	0%	3	10%
Depresión Moderada	1	3%	0	0%	1	3%
Total	27	100%	4	0%	31	100%

Fuente: Inventario de depresión Infantil aplicado a las víctimas de abuso sexual de la Fiscalía Provincial de Loja abril – julio 2016.

Autora: Vanessa Romina Pineda Rojas.

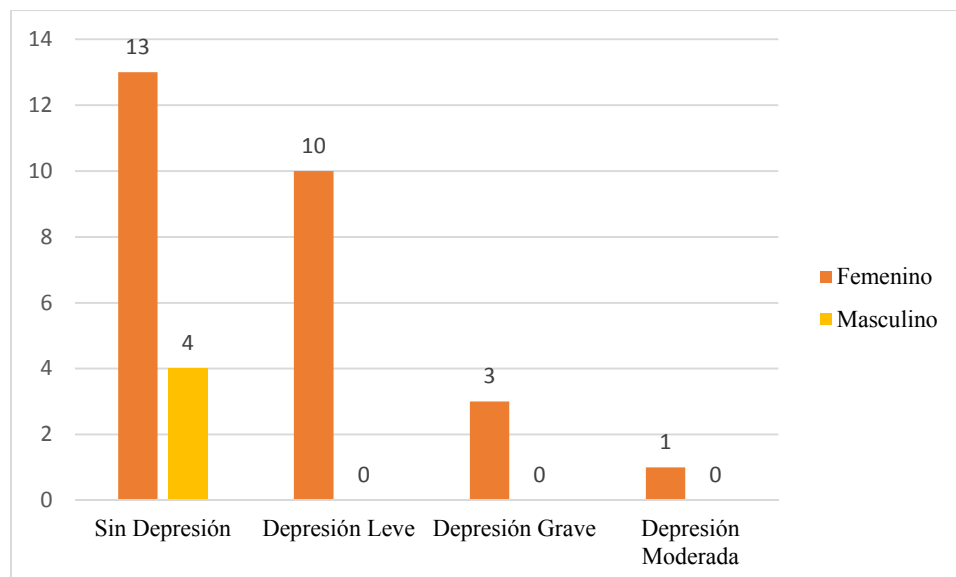


Figura 5: Fuente: Inventario de depresión Infantil aplicado a las víctimas de abuso sexual de la Fiscalía Provincial de Loja, periodo abril – julio 2016
Autora: Vanessa Romina Pineda Rojas

Análisis

El 45% de las víctimas de abuso sexual en la etapa de pre adolescencia presentan depresión.

Tabla 6:

Ansiedad en la Pre adolescencia en víctimas de abuso sexual.

Indicadores	Femenino	%	Masculino	%	TOTAL	
Ansiedad Leve	11	39%	2	0%	13	39%
Sin Ansiedad	9	32%	0	0%	9	32%
Ansiedad Moderada	6	26%	2	0%	8	26%
Ansiedad Grave	1	3%	0	0%	1	3%
Total	27	100%	4	0%	31	100%

Fuente: Ansiedad Infantil de Spence aplicado a víctimas de abuso sexual de la Fiscalía Provincial de Loja, periodo abril – julio 2016

Autora: Vanessa Romina Pineda Rojas

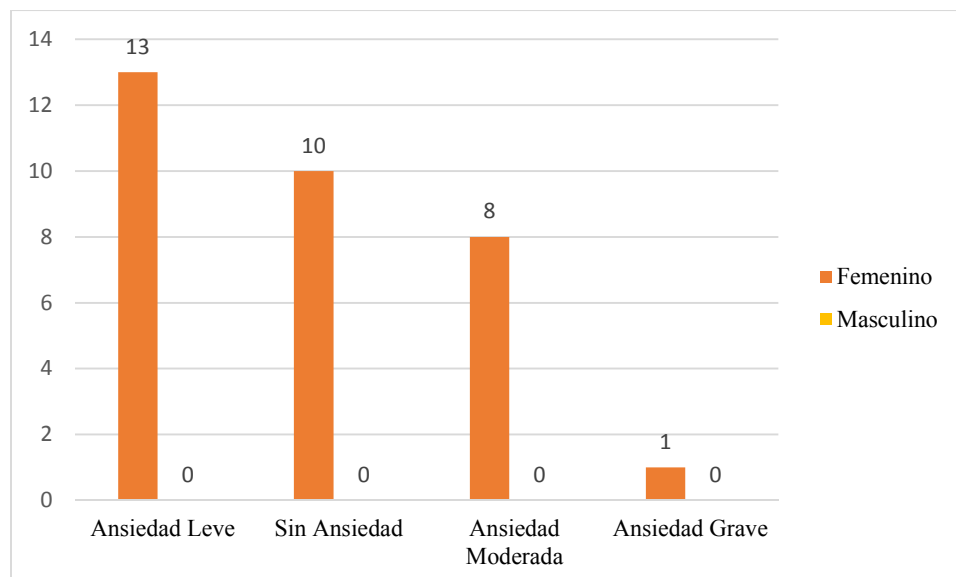


Figura 6: Fuente: Ansiedad Infantil de Spence aplicado a víctimas de abuso sexual de la Fiscalía Provincial de Loja, periodo abril – julio 2016

Autora: Vanessa Romina Pineda Rojas

Análisis

Durante la etapa de Pre-adolescencia, referente a los niveles de ansiedad, el 68% de las víctimas de abuso sexual presentan ansiedad.

Tabla 7:

Depresión en la Adolescencia Media en víctimas de abuso sexual.

Indicadores	Femenino	%	Masculino	%	TOTAL
Depresión Grave	10	36%	0	0%	10
Depresión Moderada	10	36%	0	0%	10
Depresión Leve	4	14%	0	0%	4
Sin Depresión	4	14%	0	0%	4
Total	28	100%	0	0%	28

Fuente: Inventario de Depresión de Beck en víctimas de abuso sexual de la Fiscalía Provincial de Loja, periodo abril-julio 2016.

Autora: Vanessa Romina Pineda Rojas.

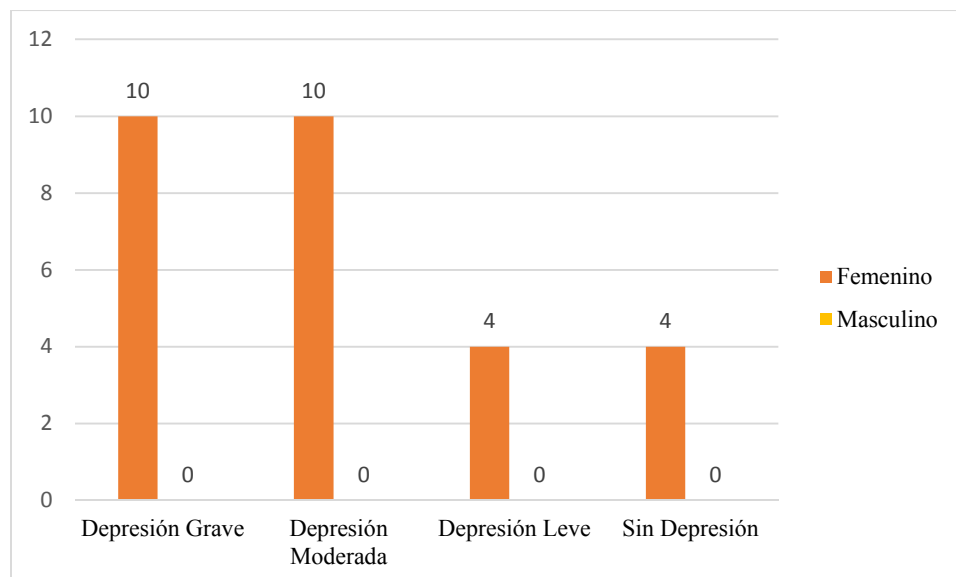


Figura 7: Fuente: Inventario de Depresión de Beck en víctimas de abuso sexual de la Fiscalía Provincial de Loja, periodo abril-julio 2016.

Autora: Vanessa Romina Pineda Rojas.

Análisis

Durante la etapa de Adolescencia media, el 86% de las víctimas de abuso sexual presentan niveles de depresión.

Tabla 8:

Ansiedad en la Adolescencia Media en víctimas de abuso sexual.

Indicadores	Femenino	%	Masculino	%	TOTAL
Ansiedad Grave	11	39%	0	0%	39%
Ansiedad Moderada	9	32%	0	0%	32%
Ansiedad Leve	6	22%	0	0%	22%
Sin Ansiedad	2	7%	0	0%	7%
Total	28	100%	0%	0%	100%

Fuente: Ansiedad Infantil de Spence aplicado a víctimas de abuso sexual de la Fiscalía Provincial de Loja, periodo abril-julio 2016.

Autora: Vanessa Romina Pineda Rojas.

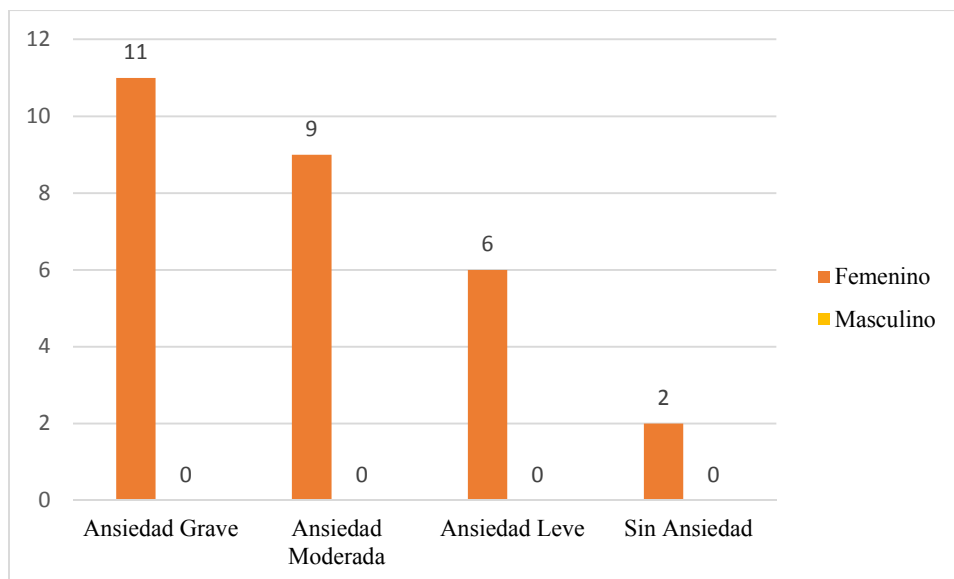


Figura 8: Fuente: Ansiedad Infantil de Spence aplicado a víctimas de abuso sexual de la Fiscalía Provincial de Loja, periodo abril-julio 2016.

Autora: Vanessa Romina Pineda Rojas.

Análisis

En cuanto a la ansiedad en la Adolescencia media, el 93% de las víctimas de abuso sexual presentan ansiedad.

TERCER OBJETIVO

Identificar las estrategias de afrontamiento empleadas por las víctimas de abuso sexual de 7 a 17 años de edad, que acuden a la Unidad de Atención y Peritaje Integral de la Fiscalía Provincial De Loja.

Tabla 9:

Estilo de Afrontamiento usado en la Segunda Infancia.

Indicadores	Femenino	%	Masculino	%	TOTAL	
Afrontamiento productivo	6	55%	2	18%	8	73%
Afrontamiento Improductivo	1	9%	2	18%	3	27%
Referencia a otros	0	0%	0	0%	0	0%
Total	7	100%	4	0%	11	100%

Fuente: Escala de afrontamiento adaptado (ACS) aplicado a las víctimas de abuso sexual de la Fiscalía Provincial de Loja periodo abril-julio 2016.

Autora: Vanessa Romina Pineda Rojas.

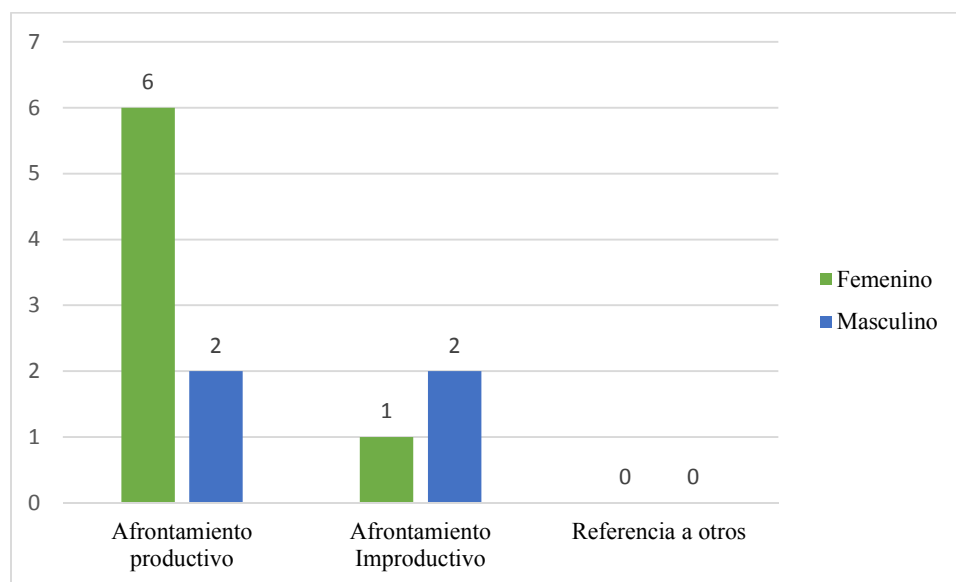


Figura 9: Fuente: Escala de afrontamiento adaptado (ACS) aplicado a las víctimas de abuso sexual de la Fiscalía Provincial de Loja periodo abril-julio 2016.

Autora: Vanessa Romina Pineda Rojas.

Análisis

En cuanto a los estilos de afrontamiento empleados en la Segunda infancia, el 73% utilizan afrontamiento productivo.

Tabla 10:

Estrategias de Afrontamiento usadas en la Segunda Infancia

Estrategias de afrontamiento	A				Nunca
	Siempre	menudo	Algunas Veces	Raras Veces	
Concentrarse en resolver el problema			x		
Esforzarse y tener éxito	x				
Fijarse en lo positivo				x	
Buscar diversiones y relajaciones	x				
Distracción Física		x			
Buscar Apoyo Social					X
Acción Social					X
Buscar Apoyo Espiritual	x				
Buscar Apoyo Profesional					X
Buscar tiempo en amigos					X
Buscar pertenencia					X
Preocuparse	x				
Hacerse ilusiones					X
Falta de Afrontamiento				x	
Reducción de Tensión	x				
Acción Social	x				
Autoinculparse					X
Reservarlo para si				x	

Nota: escala tipo Likert. 18 **Nota: Fuente:** Escala de afrontamiento adaptado (ACS) aplicado a las víctimas de abuso sexual de la Fiscalía Provincial de Loja, periodo abril-julio 2016.

Autora: Vanessa Romina Pineda Rojas.

Análisis

Entre las estrategias de afrontamiento usadas en mayor frecuencia según la escala tipo Likert siempre corresponde a esforzarse y tener éxito, buscar diversiones y relajaciones, buscar apoyo espiritual, preocuparse, reducción de tensión y acción social.

Tabla 11:

Estilo de afrontamiento usado en la etapa de pre adolescencia.

Indicadores	Femenino	%	Masculino	%	TOTAL	TOTAL%
Afrontamiento Improductivo	8	26%	4	0%	12	39%
Afrontamiento Productivo	11	35%	0	0%	11	35%
Referencia a otros	8	26%	0	0%	8	26%
Total	27	100%	4	0%	31	100%

Fuente: Escala de afrontamiento adaptado (ACS) aplicado a las víctimas de abuso sexual de la Fiscalía Provincial de Loja, periodo abril-julio 2016.

Autora: Vanessa Romina Pineda Rojas.

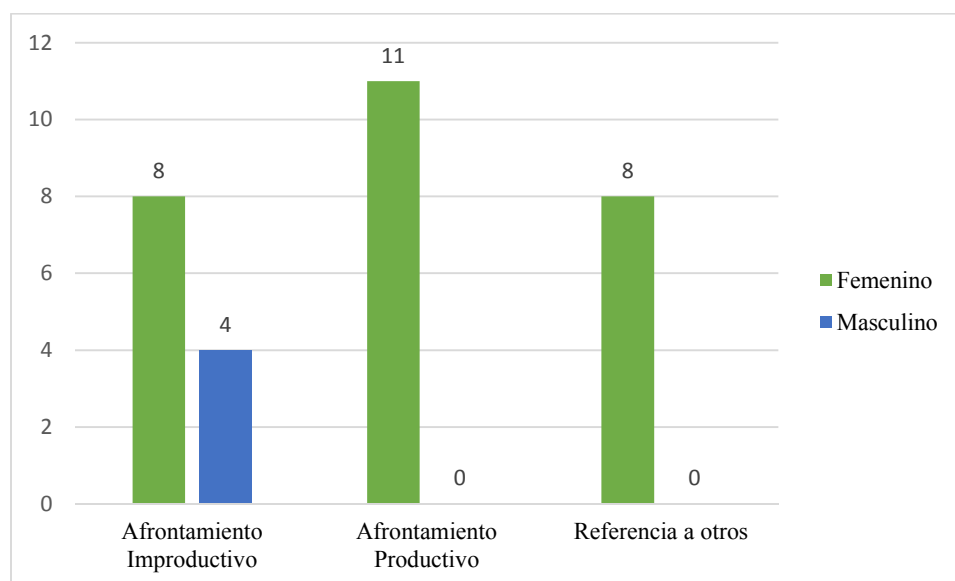


Figura 11: Fuente: Escala de afrontamiento adaptado (ACS) aplicado a las víctimas de abuso sexual de la Fiscalía Provincial de Loja, periodo abril-julio 2016.

Autora: Vanessa Romina Pineda Rojas.

Análisis

En la etapa de Pre-adolescencia, el 39% de ellas usan el estilo de afrontamiento improductivo.

Tabla 12:

Estrategias de Afrontamiento usadas en la Pre - adolescencia

Estrategias de Afrontamiento	A				
	Siempre	menudo	Algunas Veces	Raras Veces	Nunca
Concentrarse en resolver el Problema		x			
Esforzarse y tener éxito	x				
Fijarse en lo positivo					x
Buscar diversiones y relajaciones	x				
Distracción Física			x		
Buscar Apoyo Social	x				
Acción Social					x
Buscar Apoyo Espiritual		x			
Buscar Apoyo Profesional		x			
Buscar tiempo en amigos				x	
Buscar pertenencia	x				
Preocuparse	x				
Hacerse ilusiones			x		
Falta de Afrontamiento			x		
Reducción de Tensión				x	
Acción Social					x
Autoinculparse					x
Reservarlo para sí					x

Nota: escala tipo Likert. **Fuente:** Escala de afrontamiento adaptado (ACS) aplicado a las víctimas de abuso sexual de la Fiscalía Provincial de Loja, periodo abril-julio 2016.

Autora: Vanessa Romina Pineda Rojas.

Análisis

Entre las estrategias de afrontamiento usadas siempre corresponden a esforzarse y tener éxito, buscar diversiones y relajaciones, buscar apoyo social, preocuparse, buscar pertenencia.

Tabla 13:

Estilo de Afrontamiento usadas en la Adolescencia Media.

Indicadores	Femenino	%	Masculino	%	TOTAL	
Afrontamiento Improductivo	23	82%	0	0%	23	82%
Referencia a otros	5	18%	0	0%	5	18%
Afrontamiento Productivo	0	0%	0	0%	0	0%
Total	28	100%	0	0%	28	100%

Fuente: Escala de afrontamiento adaptado (ACS) aplicado a las víctimas de abuso sexual de la Fiscalía Provincial de Loja, periodo abril-julio 2016.

Autora: Vanessa Romina Pineda Rojas.

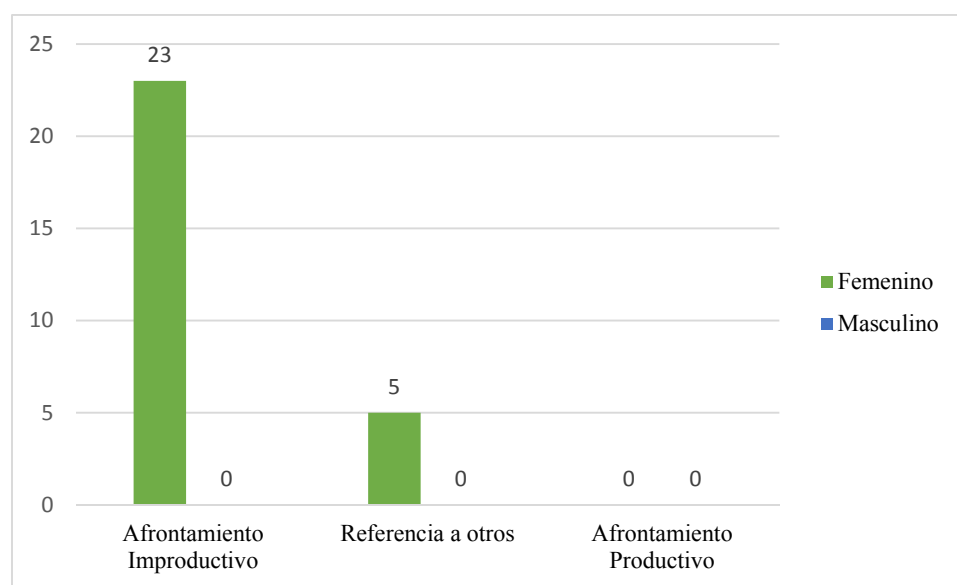


Figura 13: Fuente: Escala de afrontamiento adaptado (ACS) aplicado a las víctimas de abuso sexual de la Fiscalía Provincial de Loja, periodo abril-julio 2016.

Autora: Vanessa Romina Pineda Rojas.

Análisis

En la Adolescencia media, el 82% de las mismas usan el afrontamiento improductivo.

Tabla 14:

Estrategias de Afrontamiento usadas en la Adolescencia Media.

Estrategias de Afrontamiento	A Siempre	Algunas menudo	Raras Veces	Nunca
Concentrarse en resolver el Problema			x	
Esforzarse y tener éxito				x
Fijarse en lo positivo				x
Buscar diversiones y relajaciones				x
Distracción Física				x
Buscar Apoyo Social		x		
Acción Social				x
Buscar Apoyo Espiritual	x			
Buscar Apoyo Profesional				x
Buscar tiempo en amigos			x	
Buscar pertenencia			x	
Preocuparse	x			
Hacerse ilusiones	x			
Falta de Afrontamiento	x			
Reducción de Tensión	x			
Acción Social				x
Autoinculparse				x
Reservarlo para si	x			

Nota: escala tipo Likert. **Nota: Fuente:** Escala de afrontamiento adaptado (ACS) aplicado a las víctimas de abuso sexual de la Fiscalía Provincial de Loja, periodo abril-julio 2016.

Autora: Vanessa Romina Pineda Rojas.

Análisis

Las estrategias de mayor uso en esta etapa son buscar apoyo espiritual, hacerse ilusiones, falta de afrontamiento, reducción de tensión y reservarlo para sí.

g) DISCUSIÓN

Es factible decir que el abuso sexual es un problema que está presente en nuestro medio, y como tal representa un factor de vulnerabilidad en los niños y adolescentes a desencadenar afecciones mentales, es por eso que esta investigación tuvo como propósito identificar las alteraciones del estado de ánimo presentes en dicha población y las estrategias de afrontamiento utilizadas por las niñas, niños y adolescentes víctimas de abuso sexual.

Con el objeto de desarrollar adecuadamente la investigación, se han planteado varios objetivos específicos, siendo el primero objetivo **Determinar el número de víctimas de abuso sexual de 7 a 17 años de edad, que acuden a la Unidad de Atención y Peritaje Integral de la Fiscalía Provincial De Loja durante los meses de Abril a Julio 2016**. Los datos descriptivos de la muestra evidencian que durante el periodo antes mencionado acudieron 70 víctimas de abuso sexual, distribuidos de la siguiente manera: durante el mes de abril un 21%, en el mes de mayo 34%, en el mes de junio 30%, y en el mes de julio 15%. Siendo de mayor frecuencia en el género femenino 89%, seguido del género masculino 11%; lo anterior se puede contrastar en una de las investigaciones efectuada por la Organización Mundial de Salud en el 2004, en el que calculó que la prevalencia mundial de victimización sexual en la niñez era de alrededor de 27% entre niñas y de aproximadamente 14% entre niños varones. En general, fue más común el abuso sexual de niñas que de niños varones; sin embargo, estudios recientes en Asia han descubierto que los niños varones son tan afectados como las niñas. (Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de Salud, 2013, pág. 11)

Para poder realizar la tabulación, análisis e interpretación de resultados, se delimitó la edad de los participantes, comprobando que el 44% corresponden a la etapa de pre adolescencia, 40% la etapa de la adolescencia media, y 16% a la segunda infancia. Lo anterior se corrobora con un estudio

demográfico realizado en Colombia (2001), en el departamento de Medicina legal en el que practicó 13.352 dictámenes sexológicos por abuso o violencia, El 86% de todos los dictámenes se hicieron en menores de 18 años, siendo la edad más afectada la de 10 a 14 años (37%), seguida por la de 5 a 9 años (25%), la de 15 a 17 años (14%) y la de 1 a 4 años (10%). (UNICEF, 2001, pág. 40).

Es importante detallar lo que menciona la UNICEF, en la Guía Clínica atención de niños, niñas y adolescentes víctimas de abuso sexual (2011) quien señala: “La sintomatología presentada tiende a ser distinta de un niño, niña o adolescente a otro. Algunos de ellos podrían presentar sintomatología grave e inmediata, mientras que otros podrían presentar sintomatología sólo a largo plazo. Las consecuencias dependerán, por lo tanto, de la edad, el desarrollo cognitivo y emocional, el daño físico producido, los factores resilientes, la cultura en la cual se encuentra inserto, la relación con el perpetrador, la cronicidad del abuso, la tipología de éste, la sensación asociada de temor y culpabilidad, la utilización de amenazas o soborno, la reacción del adulto no abusador ante la revelación y el tratamiento proporcionado a las víctimas.” (pág. 171).

El segundo objetivo específico de este estudio pretendió **Descubrir las alteraciones del estado de ánimo en las víctimas de abuso sexual de 7 a 17 años de edad identificadas en la Unidad de Atención y Peritaje Integral de la Fiscalía Provincial De Loja**. En el caso de la depresión durante la Segunda Infancia (6 a 10 años), el 27% presentan depresión; mientras que el 45% manifiestan ansiedad.

Seguidamente en la Pre-adolescencia (10 a 14 años); el 45% de las víctimas de abuso sexual presentan depresión, y el 68% presentan ansiedad.

Finalmente durante la etapa de la Adolescencia media (14 a 18 años) se pudo evidenciar que el 86% de las mismas presentaron, y el 93% manifiestan ansiedad. Lo antes expuesto, podría explicar

lo que describe Beitchman, Zucher, Hood, Da Costa y Ackman (1991) en un estudio de evaluación crítica sobre las investigaciones empíricas de las consecuencias del abuso sexual. Se identificaron 42 publicaciones en que se emplearon niños y adolescentes víctimas de abuso sexual como sujetos, los estudios encontraron depresión, baja autoestima e ideas o conductas suicidas. (José Manuel González, Yamila Roque Doval, Roberlando Gómez Ramírez, 2010). Por lo que Enrique Echeburúa y Paz de Corral (2006) menciona que: “los estados de ánimos depresivos y ansiosos, se evidencian con mayor frecuencia en las víctimas que han sido abusadas sexualmente y son adolescentes.”

En cuanto al tercer objetivo específico, que corresponde a **Identificar las Estrategias de Afrontamiento empleadas por las víctimas de abuso sexual de 7 a 17 años de edad, que acuden a la Unidad de Atención y Peritaje Integral de la Fiscalía Provincial De Loja**. Se puede mencionar que a pesar de las limitaciones acerca de estudios relacionados a la temática, se ha encontrado literatura que hace mención al uso de estrategias de afrontamiento en niños y adolescentes pero no asociadas al abuso sexual, sin embargo estas han sido significativas, y nos hemos basado para la contratación de resultados.

Centrándonos en los resultados obtenidos acerca de estilos y estrategias de afrontamiento en la Segunda Infancia el estilo de afrontamiento que utilizan es el productivo en un 73%; en cuanto a las estrategias de afrontamiento de mayor uso en este grupo etario son: esforzarse y tener éxito, buscar diversiones y relajaciones, buscar apoyo espiritual, preocuparse, reducción de tensión, acción social y la distracción física. Precisamente estudios realizados sobre estrés en la infancia realizado por María Victoria Trianes Torres (1999) demuestran que: “En la edad escolar los niños y niñas tienden a emplear tanto estrategias de afrontamiento directamente a solucionar el problema, como estrategias de evitación. No obstante a diferencia de los más pequeños a esta edad comienza a hacer uso de estrategias dirigidas a reducir o aliviar la emoción negativa que experimentan como

por ejemplo hablarse a sí mismo de forma positiva, también comienzan a emplear estrategias de afrontamiento cognitivas. (Torres, 2003, págs. 39-40).

En la Pre-adolescencia, el 39% presentan un estilo de afrontamiento improductivo, entre las estrategias de afrontamiento mayormente utilizadas son: esforzarse y tener éxito, buscar diversiones y relajaciones, buscar apoyo social, preocuparse, buscar pertenencia.

En los resultados que se obtuvieron sobre Estrategias de Afrontamiento en la Adolescencia media, existen datos interesantes ya que el 82% usan el estilo de afrontamiento improductivo, siendo las estrategias de afrontamiento utilizadas siempre: buscar apoyo espiritual, hacerse ilusiones, falta de afrontamiento, reducción de tensión y reservarlo para sí., y entre las estrategias usadas a menudo se encuentra el buscar apoyo social.

Lo antes mencionado coincide con los datos que brinda un estudio acerca de Afrontamiento del abuso sexual infantil y ajuste psicológico a largo plazo en una población de 18 a 50 años elaborado por David Cantón Cortés y Fernando Justicia (2008), en el que demuestra que los adolescentes con bajo bienestar emplearon estrategias como falta de afrontamiento, reducción de la tensión y autoinculparse. La falta de afrontamiento supone la ausencia de recursos para enfrentar las dificultades, lo que se relacionaría con las otras dos estrategias; así, la reducción de la tensión supone, por ejemplo, el uso de alcohol o drogas, y autoinculparse conlleva a sentirse culpable por una situación que genera conflicto, lo que no implica un intento de resolución del conflicto". (David Cantón Cortés y Fernando Justicia, 2008, pág. 3).

Finalmente es importante detallar lo que menciona la literatura, al recurrir a una estrategia de afrontamiento específica pueden intervenir muchas variables. Tanto los factores internos (estilos habituales de afrontamiento y variables de personalidad) como los externos (recursos materiales, apoyo social, y actuación de factores estresantes simultáneos) pueden modular de forma favorable o desfavorable el impacto, por lo cual no se podría precisar con exactitud si el hecho de ser víctimas

de abuso sexual en su diferente tipología o el de presentar depresión o ansiedad incidiría en que el uso de dichas estrategias sean adecuadas o no.

Por todo lo anteriormente expuesto, resulta evidente que los resultados obtenidos en la presente investigación tengan correlación con las variables estudiadas, sin embargo dicho estudio adolece de algunas limitaciones que deben tomarse en cuenta, aunque éstos no son tan grandes como para invalidar la investigación. Además el presente estudio añade a la investigación nuevos datos, en algunos casos datos que se confirman y algunas interrogantes que quedan por abordar lo cual podría ser de utilidad para orientar el curso de estudios próximos. Los análisis y resultados obtenidos señalan la importancia de elaborar herramientas para la ejecución de programas de prevención, así como intervención psicoterapéutica dirigidos hacia las Víctimas de Abuso Sexual.

h) CONCLUSIONES

Después de culminado el presente trabajo investigativo, bajo el debido cumplimiento de los objetivos planteados, se concluye que:

- La presencia de abuso sexual es una problemática psicosocial existente en nuestro medio, por lo que se evidencia un número de 70 víctimas de Abuso Sexual siendo más prevalente en mujeres (89%) que en varones (11%), y en edades comprendidas de 7 a 17 años de edad que abarcan la pre-adolescencia (44%), adolescencia media, (40%), y segunda infancia (16%).
- Las alteraciones del estado de ánimo en las Víctimas de Abuso Sexual demuestran que en la Segunda Infancia, el 27% presentan depresión, y el 45% ansiedad; en la Pre-adolescencia, el 45% manifiestan depresión, mientras que el 68% presentan ansiedad; por otro lado el grupo etario que presenta mayor afectación correspondería a la Adolescencia media, en el cual, el 86% se evidencia depresión, y el 93% ansiedad.
- En relación al uso de estrategias de afrontamiento, en la Segunda Infancia, el 73% presentan un Estilo de Afrontamiento Productivo, en la Pre-adolescencia, el 39% presenta un Estilo de Afrontamiento Improductivo, Y en la adolescencia media, el 82% presentan un Estilo de Afrontamiento Improductivo.
- Los niveles ansiosos- depresivos presentes en las víctimas de abuso sexual y el uso de estrategias improductivas en su mayoría validan la creación e implementación de una propuesta psicoterapéutica dirigida a la población de mayor afectación con el fin de brindar, habilidades y herramientas que permitan el empleo de estrategias de afrontamiento adecuadas.

i) RECOMENDACIONES

Una vez concluida nuestra investigación, podemos plantear las siguientes recomendaciones:

- A los sectores de Salud, Justicia, Educación y demás Instituciones encargadas de velar sobre los Derechos de los Niños, Niñas y Adolescentes, se recomienda desarrollar y ejecutar programas destinados a la prevención primaria por medio de actividades de sensibilización pública, con la finalidad de combatir el abuso sexual en niños y adolescentes.
- La seguridad de los niños es tarea de los adultos, por lo tanto es necesario que los padres de familia, y docentes, implementen enseñanzas en educación sexual, y violencia, por lo que se exhorta a estar atentos a indicadores físicos, comportamentales y cognitivos asociados al abuso sexual, para que en caso de que existan, la denuncia sea una vía de solución.
- Que el rol que cumple el Psicólogo Clínico, dentro de la Fiscalía Provincial de Loja, y demás instituciones sanitarias, sea el de realizar intervención psicoterapéutica y estudios de seguimiento tanto a víctimas de abuso sexual, como a familiares que lo requieran; con el fin de evitar la progresión de cuadros patológicos, mitigando los efectos y reduciendo el riesgo de que vuelva a ocurrir el evento.
- Es necesario que las Instituciones Públicas garanticen la existencia de programas de atención y rehabilitación hacia los agresores sexuales, de tal forma que el uso de recursos sean destinados tanto para agresores como para víctimas.
- Se recomienda además que sea factible la aplicación de la siguiente propuesta de intervención, la misma que beneficiará a las víctimas a un mejor uso de estrategias de afrontamiento productivos y que estos funcionen como factores protectores de su salud.

CUARTO OBJETIVO

Plan Psicoterapéutico dirigido a las víctimas de Abuso Sexual de 7 a 17 años de edad con el fin de orientar y brindar, habilidades y herramientas que permitan el empleo de estrategias de afrontamiento adecuadas para dicha problemática.

INTRODUCCIÓN

Al revisar estudios existentes en relación a la temática, así como los resultados obtenidos de la presente investigación, se puede evidenciar que las víctimas infantiles y adolescentes de abuso sexual muestran diversas dificultades de adaptación, así como síntomas psicológicos y emocionales producto del evento traumático. Para llevar a cabo una adecuada intervención clínica, se deberá tomar en cuenta que no todas las víctimas requieren ser tratadas psicológicamente, por lo tanto el tratamiento estaría indicado únicamente a las personas afectadas, siendo más evidente en este estudio la presencia de ansiedad, depresión y el uso de estrategias de afrontamiento improductivas en los adolescentes.

Para la elaboración del mismo, nos hemos basado en el modelo de Psicoterapia con Enfoque Integrativo, tal y como explica Balarezo (2008): “En nuestro enfoque la psicoterapia hace referencia al proceso de integrar la personalidad, las influencias biológicas y socioculturales que se reflejan en las expresiones afectivas, cognitivas, conductuales e interpersonales, podríamos citar que la psicoterapia es una “forma de tratamiento biopsicoemocional y social en la que un profesional idóneo establece una relación con uno o varios sujetos con el propósito de modificar los síntomas o promover la salud a niveles biológicos, psicológicos, sociales” Opazzo (2003, pág. 315)

Según Balarezo (2008). El modelo ecuatoriano focalizado en la personalidad se enfatiza en cinco etapas claramente diferenciadas de las cuales las hemos tomado para poder desarrollar la siguiente propuesta.

JUSTIFICACIÓN

La Psicología clínica, como resulta evidente, es un área de estudio y de trabajo profesional muy popular en nuestros días; lo que resulta un hecho muy interesante, cuando se considera que es una especialidad que se inició hace sólo 75 años, y que comenzó a desarrollarse realmente después de la Segunda Guerra Mundial. El 99% de los psicólogos clínicos se dedican a una combinación de estas seis actividades: evaluación, tratamiento, investigación, enseñanza, consultorio y administración. Si hablamos de tratamiento, este aspecto de la actividad del psicólogo clínico consiste en ayudar a sus pacientes a solucionar los problemas psicológicos que los angustian, la intervención puede llamarse Psicoterapia, cuyo objetivo es la modificación de la conducta, asesoramiento psicológico o de otras maneras, dependiendo de la orientación del psicólogo, y puede darse en múltiples combinaciones de pacientes y psicólogos. (Douglas A. Bernstein y Michael T. Nietzel, 1982, pág. 4 y 9)

Al abordar la temática de la cual se ha investigado, podríamos decir que el abuso sexual representa situaciones de extrema gravedad que suponen un alto riesgo para los niños y adolescentes, por lo tanto el rol de las instituciones, así como el de los profesionales de la salud mental es el de representar un papel activo-participativo en la protección, detección y en la prevención de delitos sexuales específicamente del abuso sexual, sin dejar de lado la responsabilidad y funciones de los padres respecto a la atención de sus hijos.

Por lo tanto la presente propuesta psicoterapéutica basada en el Modelo Integrativo Focalizado en la Personalidad y las estrategias psicoterapéuticas planteadas para la elaboración de un tratamiento psicológico sustantivo, permiten justificar plenamente ya que se considera un material importante para ejecutarlo en pro de la población afectada, sin embargo es de gran importancia señalar que la misma deberá ser ejecutada en relación a las características del paciente, ya que no se le puede considerar como un protocolo de tratamiento a seguir.

El propósito de realizar dicha propuesta, es el de proporcionar a la población investigada de habilidades necesarias para entender su experiencia de abuso, afrontar reacciones e interactuar de modo fructífero con los demás, es importante detallar que el tratamiento no solo estará enfocado al alivio de síntomas y mejora de comportamientos, si no procurar la prevención de cualquier de riesgo de abuso futuro. Tal y como menciona Carolina B. de Agosta (2007): “La crisis que desata una familia cuando se descubre este tipo de hechos es tal, que frecuentemente se recurre a mecanismos de negación y minimización como una forma de lidiar con la angustia, enfrentar el estrés que esto genera y aceptar el duelo por la familia perfecta que no fue, requiere de fortaleza y precisa una buena contención.” Por lo tanto es necesario trabajar junto a la familia con el objetivo de enseñar a adoptar actitudes adecuadas frente a la revelación del abuso, dar crédito a su testimonio y no culpabilizarlo, siendo los padres un apoyo emocional, garantizando la supervisión y la evolución del menor, así como brindarle seguridad y protección.

OBJETIVOS

GENERAL

- Realizar intervención psicoterapéutica con el objeto de atenuar la sintomatología de las víctimas de abuso sexual.

ESPECÍFICOS

- Subsanan los efectos psicológicos en relación a la experiencia negativa vivida que afectan a su desarrollo y evitar la revictimización en las adolescentes víctimas de abuso sexual.
- Desarrollar habilidades de afrontamiento productivas, estrategias de entrenamiento en asertividad, solución de conflictos y toma de decisiones en las pacientes víctimas de abuso sexual.
- Mejorar el autoconcepto - autoestima y motivar al desarrollo de un plan de vida para la población a aplicar la presente propuesta psicoterapéutica.
- Trabajar un abordaje psicoterapéutico familiar para fortalecer redes de apoyo en las víctimas de abuso sexual.

METODOLOGÍA

Para poder llevar a cabo la presente propuesta psicoterapéutica, la misma se la ha elaborado en un número de 28 sesiones terapéuticas, con una sesión semanal, dando como resultado una duración de seis meses y medio, para posterior a ello realizar las sesiones de seguimiento distribuidos en dos sesiones cada quince días, y las cuatro últimas mensuales. La población a la cual se encuentra dirigida la misma, es la adolescencia, debido a que según los resultados obtenido, esta población obtuvo mayores la misma obtuvo mayores afecciones producto del evento.

Dicha propuesta se la ha realizado en base al Modelo Integrativo Ecuatoriano basado en la personalidad, la cual enfatiza cinco etapas que se detallan a continuación:

PRIMERA ETAPA

Determinación de la demanda, expectativas, motivaciones e inicio del proceso

Expectativas y motivaciones del paciente: Durante la primera entrevista, juzgamos el grado de interés y motivación del cliente, interesa saber el tipo y origen de la demanda (Explícita e implícita): Búsqueda de ayuda o demanda por supresión de síntomas, complacencia a familiares y allegados: niños y adolescentes, motivo de sufrimiento para quienes los rodean, remisión de otros profesionales, exigencia de estatus: por exigencia de su medio social, curiosidad.

Expectativas y motivaciones del terapeuta: Vocación de ayuda: principal motivación del profesional en salud mental, adquisición de experiencia, fenómenos contratransferenciales, factores económicos: responsabilidad de quien paga por el servicio y de quien la brinda, obligación institucional.

Interesa establecer el tipo y origen de la demanda: explícita e implícita.

TIPOS DE PRIMERA ENTREVISTA:

- Entrevista de consulta: Consulta sobre problemas de otras personas, indagan posibilidades terapéuticas, remisión de otro profesional.
- Entrevista única: Maltrato y abuso sexual, se sigue un protocolo, estableciendo relaciones de confianza con los familiares y el niño o niña: Conducción de la historia, interrogativo sobre aspectos específicos, preocupaciones sobre el cuerpo, información sobre el examen, conclusión
- Entrevista de inicio de proceso: Establecimiento del rapport, aproximación diagnóstica, confesión y la desinhibición emocional, estrategias de apoyo, estructuración y afianzamiento de la relación terapéutica

SEGUNDA ETAPA

Investigación del problema o trastorno, la personalidad y el entorno

El estudio del individuo y su problemática mediante la observación, la entrevista y los reactivos psicológicos, se orienta hacia el diagnóstico de la demanda, el problema, la patología, el entorno del paciente y las características de la personalidad. Formato de Historia clínica, Autorregistros o fichas de observación, Batería de test psicológicos, criterios diagnósticos CIE 10, DSM IV- TR o DSM V

TERCERA ETAPA

Planificación del proceso

Los objetivos y técnicas del plan se discutirán con el demandante para acercarse a sus motivaciones y expectativas. El proceso debe ajustarse a las necesidades del paciente.

- Señalamiento de objetivos con respecto a Asesoría, Sintomáticos, Orientados a la personalidad.

- Señalamiento de técnicas:

Técnicas de asesoramiento: Resolución de problemas en conflictos intrapersonales y frustraciones, resolución de conflictos familiares e interpersonales, modificación de actitudes, programas de crecimiento personal, autoestima, resiliencia, asertividad, desarrollo de habilidades sociales

Técnicas sintomáticas: Relajamiento muscular, relajamiento con visualización, técnicas sugestivas en sueño sugerido, procedimientos conductuales,

Técnicas para influir en la personalidad: Procedimientos cognitivos, procedimientos constructivistas, análisis de rasgos de personalidad, FODA de la personalidad, análisis de significados

CUARTA ETAPA

Ejecución y aplicación de la técnica

QUINTA ETAPA

Éxitos y dificultades encontradas:

- Evaluación del diagnóstico, el proceso y los resultados
- Criterio del terapeuta,
- Criterios del paciente
- Apreciación de los familiares y otras personas
- Utilización de reactivos y registros psicológicos

**PROPUESTA DE PLAN PSICOTERAPEUTICO SEGÚN EL MODELO INTEGRATIVO ECUATORIANO ENFOCADO
EN LA PERSONALIDAD**

TÉCNICA	OBJETIVOS O RESULTADOS ESPERADOS	PROCEDIMIENTO	N° SESIONES
<p>PRIMERA ETAPA (Demanda del paciente)</p> <p>Entrevista psicológica individual, familiar</p>	<p>Determinar la demanda del paciente y su familia, descubrir demandas implícitas y conocer signos y síntomas</p>	<p>Establecimiento rapport y empatía según Whitford Delgadillo rapport es la “creación y estimulación del ambiente para estimular el proceso terapéutico”. La primera entrevista dirigida hacia los familiares y pacientes se analizada la demanda, expectativas, motivación, recolección de datos de información, conocer la demanda Explícita (manifiesta): motivo de consulta, dolencia psíquica.</p> <p>Implícita (latente): motivos más profundos, quejas reales, pueden ser escondidas inconsciente o conscientemente.</p>	<p>1 sesión</p>
<p>SEGUNDA ETAPA (Diagnóstico)</p> <p>Evaluación psicológica</p>	<p>Determinar el diagnostico mediante la evaluación psicológica y aplicación de reactivos psicológicos</p>	<p>Se realizará el estudio del individuo y su problemática mediante la observación, la entrevista y los reactivos psicológicos, se orienta hacia el diagnóstico de la demanda, el problema, la patología, el entorno del paciente y las características de la personalidad. Formato de Historia</p>	<p>2 sesiones</p>

<p>Aplicación de Reactivos Historia Clínica Psicológica</p>		<p>clínica: Análisis y expectativas, datos informativos, demanda y sus antecedentes, biografía personal y familiar, resultados de los reactivos, diagnóstico descriptivo del problema o trastorno, diagnóstico descriptivo de la personalidad, criterios pronósticos y recomendaciones.</p> <p>Aplicación de Reactivos:</p> <p>Persona bajo la lluvia: (Silvia Mabel Querol y María Inés Crayes Paz 2004), es una técnica proyectiva en al cual se invita al sujeto a colocarse bajo condiciones ambientales desagradables para acceder a los pliegues más profundos de su personalidad, esto nos permite comparar sus defensas frente a situaciones relajadas o de tensión.</p> <p>Inventario de Depresión de Beck: (Aaron Beck, 1961) cuyo objetivo es evaluar la profundidad o intensidad de la misma. Su fundamentación teórica es el enfoque cognitivo de la depresión, que considera que este trastorno tiene manifestaciones conductuales, afectivas, cognitivas y somáticas, consta de 21 categorías de síntomas y actitudes, con 4 o 5 afirmaciones, cada una reflejando un grado creciente de profundidad de la depresión.</p> <p>Ansiedad Infantil de Spence: (Spence, 1997), mide los trastornos de ansiedad en la niñez y en la adolescencia</p>	
---	--	--	--

		<p>consta de 44 ítems que miden ansiedad de separación, trastorno obsesivo-compulsivo, pánico, agorafobia, fobia social, ansiedad generalizada, y miedo al daño físico. Se califica en una escala de 4 opciones que fluctúan entre 0 para nunca y 3 para siempre.</p> <p>Escala de gravedad de síntomas de estrés post traumático: (Echeburúa, Corral, Amor, Zubizarrieta, Sarasua). Es una escala heteroaplicada que consta de 17 ítems, basados en los criterios diagnósticos del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM IV, cuyo objetivo es facilitar el diagnóstico de éste cuadro clínico y de medir la severidad del mismo al cuantificar cada síntoma según su frecuencia e intensidad.</p> <p>(ACS) Escala de Estrategias de afrontamiento para adolescentes: es un inventario de auto informe compuesto de 80 elementos, que se subdividen en 18 escalas que a su vez son agrupadas en tres estilos de afrontamiento, cada uno de los cuales comprende entre cuatro y ocho estrategias.</p>	
--	--	--	--

<p>TERCERA ETAPA (Señalamiento de objetivos)</p>	<p>En relación a los síntomas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Disminuir síntomas ansiosos-depresivos. <p>En relación a la personalidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fortalecer Autoestima. • Desarrollar habilidades de afrontamiento. • Fortalecer redes de apoyo. • Mejorar estado de ánimo. • Motivar a la paciente en relación a su presente y futuro. • Promover el insight. • Superar experiencia traumática • Modificar posibles distorsiones cognitivas o pensamientos 	<p>Todos éstos objetivos serán trabajados con el apoyo de técnicas de las corrientes</p> <p>Cognitivo conductuales: esta corriente combina modelos de la teoría del aprendizaje, aspectos de procesamiento de información. El modelo conductual se centra en la conducta humana se aprende o adquiere y abarca técnicas de la teoría del aprendizaje (condicionamiento clásico y operante). El enfoque cognitivo hace énfasis en las creencias personales, actitudes, expectativas, atribuciones y otras actividades cognitivas para procurar entender y predecir la conducta. (Josep Tomas y Jaume Almenara, 1994, pág. 3 y 5)</p> <p>Gestálticas: La Terapia Gestalt recoge aportes de la psicología Gestalt, del existencialismo, de la fenomenología y del trabajo psicodramático. La Terapia Gestalt toma en cuenta el campo bio-psico-social en su totalidad, incluyendo como parte básica la interacción organismo-ambiente, de esta forma esta Terapia utiliza variables fisiológicas, sociológicas, cognitivas y motivacionales. Castanedo, (1997a, pp. 32 – 33).</p> <p>Humanistas: orientado a promover una psicología interesada en los problemas humanos, es una ciencia del</p>	<p>1 sesión</p>
---	---	--	-----------------

	automáticos tras evento vivido.	hombre para el hombre. Michel Fourcande (1982) define: un acercamiento al hombre y a la experiencia humana en su globalidad. Un movimiento científico y filosófico que comprende la psicología en la dimensión social y dinámica. (Besora, 1986, pág. 5)	
CUARTA ETAPA (Señalamiento de técnicas) Psicoeducación	Brindar información a pacientes y familiares acerca la sintomatología producto del abuso sexual con el fin de que comprendan y acepten el diagnóstico.	Es una intervención psicológica grupal dirigida a los padres de niños/adolescentes con el fin de educar y brindar información a las personas que sufren un trastorno psicológico común. (Psicología y psiquiatría para el niño adolescente, 2016). Para ello se debe ofrecer información sobre dicho trastorno, apoyo emocional y estrategias y técnicas de resolución de problema. Para ello se trabajará de manera individual con el objetivo de poner nombre a lo sucedido, el paciente debe conocer el significado de la sexualidad, explicar el proceso abusivo, las causas del mismo, factores que han hecho que se mantenga en silencio, así como la prevención de nuevos sucesos, enseñar a distinguir lo que es muestra de cariño con conductas sexuales peligrosas, y de manera familiar (comprensión del	2 sesiones

<p>Técnica de Relajación (Visualización)</p>	<p>Disminuir síntomas de ansiedad psíquica y somática en los pacientes</p>	<p>evento, conozcan los efectos físicos y psicológicos que enfrenta su familiar, brindar apoyo psicológico en casa).</p> <p>Técnica de relajamiento de J. Berges y M Bounes: primero se realizará una explicación de lo que es la relajación, entrenamiento en respiración y condiciones específicas del tratamiento, para poder realizar el procedimiento se desarrollará en varias sesiones, la primera de la fase de concentración y representación (evocar escenas agradables), la segunda la fase de relajación neuromuscular del brazo derecho, la tercera fase que es la de regreso, en las siguientes sesiones se continúan con el relajamiento del resto de partes del cuerpo. (Balarezo, 1995, pág. 112)</p>	<p>1 sesión (entrenamiento continúa como tareas intercesión y tareas en casa)</p>
<p>Desensibilización sistemática</p>	<p>Disminuir temores, ansiedad y superar evento traumático</p>	<p>Desensibilización sistemática es una técnica que consiste en reducir las respuestas de ansiedad y conductas motoras de evitación ante determinados estímulos</p> <p>Jerarquías de ansiedad: el paciente debe realizar una lista en la que se presentan situaciones de ansiedad asociados al evento traumático, los cuales deberán estar organizados y</p>	<p>6 sesiones</p>

		<p>escalonados en función de la intensidad con que se producen dándole un valor cuantificado de 0 a 100 siendo la última máxima ansiedad.</p> <p>Entrenamiento en imaginación: se pide al paciente que identifique lo que hay en la habitación para que luego con los ojos cerrados lo describa minuciosamente, luego que recuerde una escena reciente, seguidamente se le pide que realice modificaciones específicas en la escena, posteriormente se van incluyendo en un recuerdo variaciones hasta crear escenas completamente distintas, luego se le pide que imagine una escena neutra y pregunta si le produce ansiedad.</p> <p>Desensibilización imaginaria: consiste en ir presentando los estímulos de la jerarquía cuando el sujeto está bajo los efectos de la respuesta incompatible, el objetivo es que estos estímulos dejen de producir la antigua respuesta de ansiedad, el esquema de la sesión será relajación – presentación ítem - pausa – relajación - presentación – ítem – pausa – relajación. (págs. 248-250)</p>	
--	--	--	--

<p>Terapia Racional Emotiva de Ellis</p>	<p>Atenuar los síntomas ansiosos- depresivos modificando sistema ABC Cognición, Emoción y Conducta.</p> <p>Modificar pensamientos distorsionados, mejorar el estado de ánimo y por ende cambios de conductas inadecuadas.</p>	<p>Terapia racional emotiva: el cual consta de cuatro fases: primero la evaluación de los problemas, la explicación del modelo A-B-C, y del método terapéutico que se va a seguir, segundo la detección de las ideas irracionales y la toma de conciencia del papel que cumple en los trastornos emocionales y comportamentales, como tercer punto debate y cambio de ideas irracionales, y cuarto aprendizaje de una filosofía de vida mediante un dialogo didáctico (método hipotético – deductivo) (Francisco J. Labrador, et al, 2008, pág. 503)</p> <p>Autorregistros: para identificar pensamiento irracionales en relación al abuso sexual (A), y que se dé cuenta del papel mediados que tiene le pensamiento irracional en las consecuencias emocionales y conductuales negativas que ocurren (C). Posterior a ello realizar debate basado en el método hipotético – deductivo que pretende cuestionar la veracidad de los pensamientos irracionales. (culpa y vergüenza)</p> <p>Imaginación racional emotiva: se lleva a cabo el objetivo de prácticas la sustitución de pensamientos irracionales por</p>	<p>4 sesiones</p>
---	---	---	-------------------

<p>Detención del pensamiento</p>	<p>Eliminación o reducir de la frecuencia y duración de los pensamientos, imágenes o recuerdos desadaptativos sin cuestionar su contenido,</p>	<p>racionales, se debe pide que cierre los ojos e imagine una situación (A) que le genere sentimientos negativos como ansiedad, depresión y que vaya relatando los pensamiento que suscitan (B) que hacen que comiencen a sentirse mal (C), mientras mantiene la imagen se pide que debata esos pensamientos y los sustituya por pensamientos racionales (D) describiendo los efectos que esta situación produce en sus emociones (E). (Francisco J. Labrador, et al, 2008, pág. 509)</p> <p>Detención de pensamiento: para ello se realizara una evaluación conductual, información de la técnica (diferenciar entre pensamiento normales e intrusivos, reducción de duración y adquisición de manejo de la técnica), luego listado de pensamientos intrusivos y de las situaciones que lo activan, seguidamente listado de pensamientos-imágenes alternativos relajantes ,elección de una palabra de detención (alto ,basta ,stop ,etc.),seguidamente recreación, en estado de relajación, de una situación en la que suelen aparecer los pensamientos intrusivos, en el momento en que aparece el pensamiento intrusivo y el sujeto nos avisa de ello con la mano, el</p>	<p>1 sesión (entrenamiento diario por una semana en hogar)</p>
---	--	---	--

<p>Técnicas Narrativas (Cuento, metáfora, cartas, Biblioterapia)</p>	<p>Permitir la deshibición emocional, dolor y sentimientos de culpa producto del evento traumático.</p>	<p>terapeuta grita ¡alto! Y da instrucciones al sujeto para que imagine un pensamiento alternativo con el mayor realismo posible, cuando el sujeto imagina la escena alternativa claramente, hace una señal al terapeuta y éste le pregunta acerca de la intensidad del malestar y realismo del pensamiento intrusivo (escala de 0 a 100), seguidamente se practica parada de pensamiento durante diez minutos con distintas escenas. El pensamiento alternativo se mantiene durante más de un minuto, con 30 segundos de relajación antes de evaluar malestar y realismo del pensamiento intrusivo, el terapeuta describe las escenas activadoras y pensamientos obsesivos y el propio sujeto interrumpe el pensamiento gritando ¡alto! Y describe el pensamiento alternativo, practica 5 minutos más. Se envía tareas de 20 min diarios (Francisco J. Labrador, et al, 2008, pág. 553)</p> <p>Biblioterapia: Para Caroline Shrodes “un proceso dinámico de interacción entre la personalidad del lector y la literatura imaginativa, que puede atraer las emociones del lector y liberarlas para un uso consciente y productivo” (Caldin, 2001). Biblioterapia clínica Es la que se utiliza como</p>	<p>2 sesiones (tareas intersesiones y en casa)</p>
---	---	--	--

		<p>herramienta de trabajo en una terapia con pacientes con enfermedades graves. En ella participan el psicólogo y el paciente. El profesional recomienda al paciente una lectura para leer de acuerdo a la enfermedad del paciente y en base a ello trabaja. Lecturas recomendadas: Déjame que te cuente de Jorge Bucay, Descripción: Son cuentos clásicos, modernos o populares, reinventados por el psicoanalista para ayudar a su joven amigo a resolver sus dudas. Historias que a todos nos pueden servir para entendernos mejor a nosotros mismos, nuestras relaciones y nuestros miedos</p> <p>El diario azul de Carlota Autora: Gemma Lienas. Descripción: Un libro para adolescentes situado entre la ficción y la no ficción que trata todas las formas de violencia a las que se enfrentan las chicas adolescentes; asimismo ofrece recursos para reaccionar adecuadamente en situaciones de peligro</p> <p>Uso de metáforas: el uso de metáforas a través de la función mediadora de las palabras y mensajes que contienen, se expone a los pacientes las circunstancias que habían evitado, desvelamos facetas del problema, y es importante para su adecuada solución, anticipamos acontecimientos futuros benéficos o peligrosos que conviene acoger o evitar.</p>	
--	--	--	--

<p>Entrenamiento en habilidades sociales (Asertividad, Toma de decisiones, Solución de conflictos, Role playing)</p>	<p>Permitir desarrollar habilidades de afrontamiento, mejorar relaciones afectivas, fortalecer redes sociales de apoyo.</p>	<p>Ejemplo la fábula de la mariposa azul (Francisco J. Labrador, et al, 2008, pág. 19)</p> <p>Free writing: la persona debe escribir durante unos veinte minutos cada día durante cuatro días sobre una experiencia traumática o una experiencia que le haya afectado profundamente, en la que siga pensando frecuentemente, sueñe con ella o murmure regularmente sobre la misma. (Pennebaker, 2004). Se podría utilizar un diario.</p> <p>Entrenamiento en habilidades sociales: se realiza en varias fases:</p> <p>Entrenamiento en habilidades: señala conductas específicas y se practica repertorio conductual, segundo reducción de la ansiedad con técnicas de relajación aprendidas, reestructuración cognitiva para modificar valores, creencias, cognición y/o actitudes, entrenamiento en solución de problema en donde se enseña al sujeto a percibir y procesar los parámetros situacionales relevantes</p> <p>Autobservación: Es una elaboración racional del propio individuo tendiente a tomar conciencia sobre las conductas</p>	<p>4 sesiones</p>
---	---	---	-------------------

		<p>inconscientes y automáticas que requieren cambio o control. (Balarezo, 1995, pág. 95)</p> <p>Autorregistros: para identificar pensamiento irracionales en relación al abuso sexual (A), y que se dé cuenta del papel mediados que tiene le pensamiento irracional en las consecuencias emocionales y conductuales negativas que ocurren (C). Posterior a ello realizar debate basado en el método hipotético – deductivo que pretende cuestionar la veracidad de los pensamientos irracionales. (culpa y vergüenza)</p> <p>Role-playing: Jacob Moreno explica que la finalidad principal de esta técnica es didáctica. Busca el adiestramiento de los integrantes mediante técnicas dramáticas, pues se les entrena en los roles que tienen que actuar en su vida real. Se reproducen las estructuras de una situación específica en un lugar adecuado para facilitarle al participante, con el entrenamiento, su mejor dominio. En todo role-playing se entre cruzan de manera simultánea tres dimensiones dramáticas: la personal, la grupal y la del rol a investigar. (Ruiz, 1999)</p>	
--	--	---	--

<p>Autoestima</p>	<p>Tomar conciencia de la imagen e identificar características positivas y aceptando aspectos negativos</p>	<p>Entrenamiento en asertividad: el cual consiste en el conjunto de conductas emitidas por una persona en un contexto interpersonal que expresa sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de modo directo, firme, honesto respetando los sentimientos de otros y sus propios. Trabajar sobre las cuatro dimensiones propuestas por Lazarus: la capacidad de decir no, la capacidad de pedir favores o hacer peticiones, la capacidad de expresar sentimientos positivos o negativos, la capacidad de iniciar, continuar y terminar conversaciones generales. (Caballo, 1983, pág. 1 y 3)</p> <p>Técnica del espejo: permitir que el paciente, mirando para sí mismo desde fuera de la escena, reconozca aspectos presentes en ella y pueda permitir una reacción frente a estos aspectos. Se desea favorecer el aumento de la observación del yo y la toma de conciencia que la proximidad emocional dificulta. Bien empleado, el espejo puede facilitar la percepción de sentimientos y actitudes enmascaradas por la conducta. (Bote, 2011, pág. 19 y 29)</p>	<p>2 sesiones</p>
--------------------------	---	---	-------------------

<p>Técnicas de Redistribución del tiempo libre</p>	<p>Reorganizar el tiempo, búsqueda de interés y habilidades de la paciente con el fin de mejorar autoestima, autoeficacia.</p>	<p>El árbol de los logros: permite reflexionar sobre logros y cualidades positivas, analizar la imagen sí mismo y centrarse en las partes positivas. El ejercicio consiste en una reflexión sobre nuestras capacidades, cualidades positivas y logros que hemos desarrollado desde la infancia a lo largo de toda nuestra vida y elaborar una lista de todos valores positivos, ya sean cualidades personales, sociales, intelectuales o físicos. Luego se elabora otra lista con todos los logros que hayas conseguido en la vida sean grandes o pequeños. Luego se dibuja un “árbol” grande, que ocupe toda la hoja y dibuja las raíces, las ramas y los frutos. En cada una de las raíces se debe ir colocando uno de los valores positivos (primera lista). En los frutos iremos colocando de la misma manera nuestros logros (los apuntados en la segunda lista).</p> <p>Programación de actividades: la cual permite establecer actividades determinadas y ver la forma de llevarlas a cabo, permitiendo dar sentido al tiempo de la persona mediante el establecimiento de actividades obligatorias y optativas</p>	<p>1 sesión (tareas intersesiones)</p>
---	--	--	---

<p>Plan de Vida</p>	<p>Desarrollar un plan de vida tomando en cuenta prioridades y objetivos del paciente.</p>	<p>Administración del tiempo: sirve como medio para mejorar el rendimiento personal en varias áreas del individuo escolar, laboral, familiar y social, como requisito importante para distribuir el tiempo de ocio y relajación</p> <p>Recomendará actividades placenteras y de interés de la adolescente</p> <p>Ejercicio físico: el cual puede desempeñar en la intervención un recurso adjunto al tratamiento o como experiencia psicológica relevante para determinados objetivos. (Francisco J. Labrador, et al, 2008, pág. 692)</p> <p>Técnica de arcilla: Su flexibilidad y maleabilidad se acomoda a diversas necesidades. Promueve el trabajo a través de los procesos internos más primarios. Es fácil identificarse con ella. Ofrece experiencias táctiles y kinestésicas y la ventilación emocional.</p> <p>El Proyecto de Vida es un Mapa de Ruta general Consensuando antes con el Paciente en tanto situaciones y etapas; la incorporación del Proyecto de Vida a la tarea terapéutica supone haber realizado antes la evaluación y contextualización del caso y generalmente, haber trabajado</p>	<p>1 sesión</p>
----------------------------	--	--	-----------------

		la demanda más inmediata. Para el efecto se trabajará junto al paciente sobre aspiraciones personales, recursos y necesidades personales tomando en cuenta la temporalidad y espacialidad (corto, mediano y largo plazo) (Carretto, 2013)	
QUINTA ETAPA (Valoración del proceso y planificación de las sesiones de seguimiento)	Valorar el en relación al proceso terapéutico	Aplicación de re-test. Evaluación del proceso de intervención psicoterapéutica brindado aportaciones por parte del paciente y ofreciendo recomendaciones finales para el cierre del tratamiento. Es importante detallar que las sesiones de control y seguimientos se emplearan durante los meses subsiguientes dando un total de 6 sesiones con el objeto de indagar evoluciones o posibles involuciones.	6 sesiones (las dos primeras cada quince días y las 4 últimas mensuales)

j) BIBLIOGRAFÍA

- Ana Sepúlveda V., Ana Romero G., Leonel Jaramillo V. (5 de Octubre de 2012). *Estrategias de afrontamiento y su relación con depresión y ansiedad en residentes de pediatría en un hospital de tercer nivel*. Recuperado el junio de 2016, de <http://www.scielo.org.mx>: <http://www.scielo.org.mx/pdf/bmim/v69n5/v69n5a5.pdf>
- Baéz, E. M. (2002). *Crecimiento y desarrollo desde la niñez hasta la adolescencia*. Santo Domingo, Republica Dominicana: Impresos Mendoza.
- Balarezo, L. (1995). *Psicoterapia*. Quito: Pontificia Universidad Católica del Ecuador.
- Berger, K. (2007). *Psicología del desarrollo*. Madrid: Panamericana.
- Besora, M. V. (1986). Psicología Humanista: historia concepto y método. *Anuario de psicología*, 40.
- Bote, S. H. (2011). PSICODRAMA CON NIÑOS Y ADOLESCENTES: BREVE INTRODUCCIÓN Psicoterapéutica. *Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*, 3, 37.
- Caballo, V. (1983). Asertividad: definiciones y dimensiones. *Estudios de Psicología*, 11.
- Carlos Gantiva, Ronal Toro, Liana Billesteros, Dayana Salcedo, Rafael Vargas, Yulieth Gutierrez, Karen Montes. (2012). Atención y motivación ante estímulos. *CES Psicología*, 79-87.
- Carmen Solís Manrique y Anthony Vidal Miranda. (Enero - Junio de 2006). Estilos y estrategias de afrontamiento en adolescentes. *Revista de psiquiatría y salud mental Hermilio Valdizan*, VII (1), 33-39.
- Carretto, L. R. (2013). Proyecto de vida: una propuesta terapéutica. *ECOS*, 15.
- CIE - 10 . (2009). *Clasificación estadística internacional de las enfermedades y problemas relacionados con la salud*. España .
- Código Orgánico Integral Penal. (2014). Quito: Asamblea Nacional del Ecuador.
- Congreso Nacional. (2014). *Código de la Niñez y Adolescencia*. Quito.
- Consejería de Sanidad y Consumo. Comunidad de Madrid. (2008). *Guía Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria*. Madrid: Agencia Laín Entralgo.
- Craig, Grace J. y Baucum, Don. (2009). *Desarrollo Psicológico* (9 ed., Vol. 9). México: PEARSON EDUCACIÓN,.
- Cristóbal Guerra & Chamarrita Farkas. (2015). Sintomatología en víctimas de abuso sexual. *Revista de psicología - Universidad de Chile*, 19.

- David Cantón Cortés y Fernando Justicia. (2008). Afrontamiento del abuso sexual infantil y ajuste psicológico a largo plazo. *Psicothema*, 20(4), 7.
- Douglas A. Bernstein y Michael T. Nietzel. (1982). *Introducción a la Psicología Clínica*. México: McGRAW-HILL.
- DSM-IV-TR. (1995). (*Manual de Criterios Diagnósticos y estadísticos de Trastornos mentales* . España : MASSON, S.A.
- E. Echeburúa y P. de Corral. (2006). Secuelas emocionales en víctimas de abuso en la infancia. *Cuad Med Forense*, 82.
- Enrique Echeverría y Cristina Guerricaechevarría. (2009). *Abuso sexual en la infancia víctimas y agresores un enfoque clínico*. Barcelona: Ariel S.A. Avda. Diagonal 662 - 664.
- Fernández, S. M. (2014). *Sexualidad en la Infancia*. México.
- Francisco J. Labrador, et al. (2008). *Técnicas de modificación de conducta*. España: Ediciones Pirámide.
- Fundación Universitaria Konrad Lorenz. (2010). Versión en español de la Escala de Ansiedad para niños SCAS. *Revista Latinoamericana de Psicología vol. 42, núm. 1, 1-2*.
- Intebi, I. V. (2008). *Abuso sexual en las mejores familias* (1 ed.). Buenos Aires: Ediciones Granica S.A.
- Intevi, I. V. (marzo 2012). *Estrategias y modalidades de intervención en abuso sexual infantil intrafamiliar*. Cantabria: Imprenta Regional de Cantabria.
- José Cantón Duarte y Ma. del Rosario Cortes Arboleda. (2007). *Guía para la elaboración de abuso sexual infantil* (2da. ed.). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Josep Tomas y Jaume Almenara. (1994). *Máster en Paido psiquiatría*. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona.
- Juan Casado Flores, José A. Díaz Huertas, Carmen Martínez González. (1997). *Niños maltratados*. Madrid: Díaz de Santos S.A.
- Kovacs, M. (2011). *Inventario de depresión infantil. CDI*. Madrid - España: TEA Ediciones.
- María Inés Figueroa, Norma Contini, Ana Betina Lacunza, Mariel Levín y Alejandro Estévez Suedan. (Junio de 2005). Las estrategias de afrontamiento y su relación con el bienestar psicológico. *Anales de psicología*, 21(1), 66-72.
- Ministerio de Protección Social, Oficina de las Naciones Unidas contra la droga y el delito, Universidad CES. (2010). *Situación de salud mental del adolescente Estudio Nacional de Salud Mental Colombia*. Colombia: L. Vieco e Hijas Ltda.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2006). *Guía de Práctica Clínica para el manejo de pacientes con ansiedad en atención primaria*. (U. d. Sanitarias, Ed.) Madrid, España.

- Muñoz Rivas, Marina; Gámez-Guadix, Manuel; Jiménez, Guadalupe. (Junio de 2008). FACTORES DE RIESGO Y DE PROTECCIÓN PARA EL MALTRATO EN NIÑOS MEXICANOS. *Revista mexicana de psicología*, 25(1), 11.
- Ojeda, A. A. (2001). *Glosario cubano de psiquiatría*. Cuba.
- Organización de las Naciones Unidas, Asamblea General. (13 de febrero 2015). *Medidas especiales de protección contra la explotación*.
- Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de Salud. (2013). *Violencia Sexual*. Washington D.C.: OMS.
- Pelechano V., V, Matud, P., y de Miguel A. (1993). *Habilidades de afrontamiento en enfermos físicos crónicos Análisis y Modificación de conducta* .
- Psicología y psiquiatría para el niño adolescente. (07 de 08 de 2016). *Psikids*. Obtenido de <http://psikids.es/servicios/otros/psicoeducacion/>
- Ruiz, V. O. (1999). *Psicoterapia de grupos: teorías y y técnica a partir de diferentes escuelas psicológicas*. (E. M. Moderno, Ed.)
- Salotti, P. (Febrero 2006). *Estudio sobre estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico en una muestra de adolescentes de Buenos Aires*. Buenos Aires.
- Salvador Minuchín y H. Charles Fishman. (2004). *Técnicas de terapia familiar*. Buenos Aires: Paidós.
- Sandra Baita y Paula Moreno. (2015). *Abuso sexual infantil. Cuestiones relevantes para su tratamiento en la justicia*. Motevideo, Uruguay: UNICEF - Taller de Comunicación.
- Save The Children. (2001). *Manual de Abuso Sexual: Manual de formación para profesionales*. España: Save the children.
- Torres, M. V. (2003). *Estrés en la infancia: Su prevención y tratamiento*. Madrid: Narcea, S.A.
- UNICEF. (2001). *La niñez colombiana en cifras*. Colombia.
- UNICEF. (2004). *Derechos de los Niños, niñas y adolescentes* . Buenos Aires: El Ojo.
- UNICEF. (2011). *Informe de América Latina en el Marco de estudio mundial de las Naciones Unidas*. Ecuador.
- UNICEF. (febrero 2012). *Adolescencia una etapa fundamental*. New York: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.
- UNICEF, Ministerio de Inclusion Económica y Social. (2012). *Guía Metodológica para la Capacitación en Derechos Humanos, Violencia de Género y Violencia Sexual* . Quito.
- Vázquez Valverde, M. C. (2000). *Estrategias de afrontamiento*.
- Viviano, L. T. (2012). *Abuso sexual estadísticas para la reflexión y pautas de intervención* (1° ed.). Peru: Corporación Nuevo Milenio.

k) ANEXOS

Anexo N° 1

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

AREA DE LA SALUD HUMANA

PSICOLOGIA CLINICA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Lugar: UAPI – Fiscalía Provincial de Loja Fecha:

INFORMACIÓN DEL PROCESO

Yo Vanessa Pineda Rojas. Agradece su participación en el estudio sobre la Alteraciones del estado de ánimo y estrategias de afrontamiento víctimas de abuso sexual, en su calidad de adulto responsable, acompañó al niño, niña y adolescente en el proceso, deseamos conocer cuáles son las repercusiones y estrategias empleadas a raíz de la victimización para así poder realizar una debida intervención psicológica y proponer alternativas de solución

La presente aplicación de test no tendrá registrado su nombre en ninguna parte por situación de confidencialidad.

AUTORIZACIÓN

Yo, _____, habiendo sido informada (o) acerca del proceso de Investigación y estando de acuerdo con el mismo, autorizo al profesional a cargo para que se aplique dicha evaluación a

Representante legal

1859
N° CI.:

Anexo N° 2

CDI N°		Nombre y apellidos:	
Sexo:	Varón <input type="checkbox"/>	Mujer <input type="checkbox"/>	Edad: <input type="text"/> años
Fecha:	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	Centro:	<input type="text"/>
Examinador:	<input type="text"/>		



I N S T R U C C I O N E S

Los chicos y las chicas como tú tienen diferentes sentimientos e ideas. En este cuestionario se recogen esos sentimientos e ideas agrupados. De cada grupo, tienes que señalar una frase que sea **LA QUE MEJOR DESCRIBA** cómo te has sentido durante las **DOS ÚLTIMAS SEMANAS**. Una vez que hayas terminado con un grupo de frases, pasa al siguiente.

No hay contestaciones correctas o incorrectas. Únicamente tienes que señalar la frase que describa mejor **CÓMO TE HAS ENCONTRADO** últimamente. Pon un **aspa (x)** en el círculo que hay junto a tu respuesta.

Hagamos un ejemplo. Pon una aspa junto a la frase que **MEJOR** te describa:

EJEMPLO:

- Leo libros muy a menudo
- Leo libros de vez en cuando
- Nunca leo libros.

RECUERDA QUE DEBES SEÑALAR LAS FRASES QUE MEJOR DESCRIBAN TUS SENTIMIENTOS O TUS IDEAS EN LAS DOS ÚLTIMAS SEMANAS.

DE LAS TRES FRASES QUE COMPONEN CADA PREGUNTA ESCOGE SÓLO UNA, LA QUE MÁS SE ACERQUE A CÓMO ERES O TE SIENTES.

PASA A LA PÁGINA SIGUIENTE.



Autora: María Kovacs - Copyright de los elementos © 1982 by María Kovacs.

Copyright © 1991, 1992 by Multi-Health Systems, Inc. (MHS), Toronto, Canadá.

Copyright internacional en todos los países según la Convención de Berna y las Convenciones bilaterales y universales.

Adaptadores de la edición española: M^a V. del Barrio Gándara y Miguel Angel Carrasco Ortiz (UNED).

Copyright de la edición española © 2004 by TEA Ediciones, S.A., Madrid, España - Todos los derechos reservados - Prohibida la reproducción total o parcial - Este ejemplar está impreso en **DOS TINTAS**. Si le presentan un ejemplar en negro es una reproducción ilegal. En beneficio de la profesión y en el suyo propio **NO LA UTILICE** - Printed in Spain. Impreso en España.

CDI

Marca con un aspa (X) el círculo de la frase que describa mejor como te has encontrado últimamente.

1

- Estoy triste de vez en cuando.
- Estoy triste muchas veces.
- Estoy triste siempre.

2

- Nunca me saldrá nada bien.
- No estoy seguro de si las cosas me saldrán bien.
- Las cosas me saldrán bien.

3

- Hago bien la mayoría de las cosas.
- Hago mal muchas cosas.
- Todo lo hago mal.

4

- Me divierten muchas cosas.
- Me divierten algunas cosas.
- Nada me divierte.

5

- Soy malo siempre.
- Soy malo muchas veces.
- Soy malo algunas veces.

6

- A veces pienso que me pueden ocurrir cosas malas.
- Me preocupa que me ocurran cosas malas.
- Estoy seguro de que van a ocurrir cosas terribles.

7

- Me odio.
- No me gusta como soy.
- Me gusta como soy.

8

- Todas las cosas malas son culpa mía.
- Muchas cosas malas son culpa mía.
- Generalmente no tengo la culpa de que ocurran cosas malas.

9

- No pienso en matarme.
- Pienso en matarme pero no lo haría.
- Quiero matarme.

10

- Tengo ganas de llorar todos los días.
- Tengo ganas de llorar muchos días.
- Tengo ganas de llorar de vez en cuando.

11

- Las cosas me preocupan siempre.
- Las cosas me preocupan muchas veces.
- Las cosas me preocupan de vez en cuando.

12

- Me gusta estar con la gente.
- Muy a menudo no me gusta estar con la gente.
- No quiero en absoluto estar con la gente.

13

- No puedo decidirme.
- Me cuesta decidirme.
- Me decido fácilmente.

14

- Tengo buen aspecto.
- Hay algunas cosas de mi aspecto que no me gustan.
- Soy feo o fea.

15

- Siempre me cuesta ponerme a hacer los deberes.
- Muchas veces me cuesta ponerme a hacer los deberes.
- No me cuesta ponerme a hacer los deberes.

16

- Todas las noches me cuesta dormirme.
- Muchas veces me cuesta dormirme.
- Duermo muy bien.

17

- Estoy cansado de vez en cuando.
- Estoy cansado muchos días.
- Estoy cansado siempre.

18

- La mayoría de los días no tengo ganas de comer.
- Muchos días no tengo ganas de comer.
- Como muy bien.

**No te detengas,
continúa en la
página siguiente.**



Autora: María Kovacs - Copyright © 1992 by Multi-Health Systems, Toronto, Canadá.
 Adaptadores de la edición española: M^a V. del Barrio Gándora y Miguel Ángel Carrasco Ortiz (UNED).
 Copyright de la edición española © 2004 by TEA Ediciones, S.A., Madrid, España - Todos los derechos reservados - Prohibida la reproducción total o parcial - Este ejemplar está impreso en **DOS TINTAS**. Si le presentan un ejemplar en negro es una reproducción ilegal. En beneficio de la profesión y en el suyo propio **NO LA UTILICE** - Impreso en España.

19

- No me preocupa el dolor ni la enfermedad.
- Muchas veces me preocupa el dolor y la enfermedad.
- Siempre me preocupa el dolor y la enfermedad.

20

- Nunca me siento solo.
- Me siento solo muchas veces.
- Me siento solo siempre.

21

- Nunca me divierto en el colegio.
- Me divierto en el colegio sólo de vez en cuando.
- Me divierto en el colegio muchas veces.

22

- Tengo muchos amigos.
- Tengo algunos amigos, pero me gustaría tener más.
- No tengo amigos.

23

- Mi trabajo en el colegio es bueno.
- Mi trabajo en el colegio no es tan bueno como antes.
- Llevo muy mal las asignaturas que antes llevaba muy bien.

24

- Nunca podré ser tan bueno como otros niños.
- Si quiero, puedo ser tan bueno como otros niños.
- Soy tan bueno como otros niños.

25

- Nadie me quiere.
- No estoy seguro de que alguien me quiera.
- Estoy seguro de que alguien me quiere.

26

- Generalmente hago lo que me dicen.
- Muchas veces no hago lo que me dicen.
- Nunca hago lo que me dicen.

27

- Me llevo bien con la gente.
- Me peleo muchas veces.
- Me peleo siempre.

Fin de la prueba.

**Si has terminado
antes del tiempo,
revisa tus
contestaciones.**

¡MUY IMPORTANTE!
**NO HAGA NINGUNA ANOTACIÓN O MARCA EN ESTA
 ZONA YA QUE PODRÍA INVALIDAR SU APLICACIÓN.**

¡MUY IMPORTANTE!

**NO HAGA NINGUNA ANOTACIÓN O MARCA EN ESTA
 ZONA YA QUE PODRÍA INVALIDAR SU APLICACIÓN.**

CDI



Sume los puntos que están junto a las aspas (X) que están dentro de cada círculo.

D

0
1
2

1

A

2
1
0

2

A

0
1
2

3

D

0
1
2

4

D

2
1
0

5

A

0
1
2

6

D

2
1
0

7

D

2
1
0

8

D

0
1
2

9

D

2
1
0

10

A

2
1
0

11

D

0
1
2

12

A

2
1
0

13

A

0
1
2

14

A

2
1
0

15

D

2
1
0

16

D

0
1
2

17

D

2
1
0

18



Autora: Maria Kovacs - Copyright © 1992 by Multi-Health Systems, Toronto, Canadá.
 Adaptadores de la edición española: M^a V. del Barrio Gándara y Miguel Ángel Carrasco Ortiz (UNED).
 Copyright de la edición española © 2004 by TEA Ediciones, S.A., Madrid, España - Todos los derechos reservados -
 Prohibida la reproducción total o parcial - Este ejemplar está impreso en DOS TINTAS. Si le presentan un ejemplar en negro es una reproducción ilegal. En beneficio de la profesión y en el suyo propio NO LA UTILICE - Impreso en España.

A

0
1
2

19

A

2
1
0

24

D

0
1
2

20

D

2
1
0

25

D

2
1
0

21

A

0
1
2

26

D

0
1
2

22

D

0
1
2

27

A

0
1
2

23

- Sume los puntos de la escala **D** y traslade la puntuación a la casilla PD.
- Sume los puntos de la escala **A** y traslade la puntuación a la casilla PD.

PD **D** + **A** = TOTAL DEPRESIÓN

PERFIL INDIVIDUAL	DISFORIA	AUTOESTIMA	CDI TOTAL
Pc			Pc
99	●	●	99
98	●	●	98
97	●	●	97
96	●	●	96
95	●	●	95
90	●	●	90
85	●	●	85
80	●	●	80
75	●	●	75
70	●	●	70
65	●	●	65
60	●	●	60
55	●	●	55
50	●	●	50
45	●	●	45
40	●	●	40
35	●	●	35
30	●	●	30
25	●	●	25
20	●	●	20
15	●	●	15
10	●	●	10
0-5	●	●	0-5

	D	A	TOTAL
Pc	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Z	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
T	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

- Consulte los baremos para transformar las PD en las diferentes puntuaciones.

PERFIL DE ÍTEMS



Anexo N° 3

ESCALA AUTOAPLICADA DE BECK PARA LA EVALUACION DE LA DEPRESION

Nombres y Apellidos:.....

Estado civil:.....**Edad:**.....**Fecha:**.....

Marque en cada bloque una sola x delante de la frase que mejor refleje su situación actual

1		
	Esta tristeza me produce verdaderos sufrimientos	No me aprecio
	No me encuentro triste	Me odio (me desprecio)
	Me siento algo triste y deprimido	Estoy asqueado de mí
	Ya no puedo soportar esta pena	Estoy satisfecho de mí mismo
	Tengo siempre como una pena encima que no me la puedo quitar	8
2		No creo ser peor que otros
	Me siento desanimado cuando pienso en el futuro	Me acuso a mí mismo de lo que va mal
	Creo que nunca me recuperaré de mis penas	Me siento culpable de lo malo que ocurre
	No soy especialmente pesimista ,ni creo que las cosas me vayan a ir mal	Siento que tengo muchos y muy graves defectos
	No espero nada bueno en la vida	Me critico mucho a cusa de mis debilidades y errores
	No espero nada. Esto no tiene remedio	9
3		Tengo pensamientos de hacerme daño, pero no llegaría a hacerlo
	He fracasado totalmente como persona, como (padre, madre, hijo, profesional, etc.)	Siento que estaría mejor muerto
	He tenido más fracasos que la mayoría de la gente	Siento que mi familia estaría mejor si yo muriera
	Siento que hecho pocas cosas que valgan la pena	Tengo planes decididos de suicidarme
	No me considero fracasado	Me mataría si pudiera
	Veo mi vida llena de fracasos	No tengo pensamientos de hacerme daño
4		10
	Ya nada me llena	No lloro más de lo habitual
	Me encuentro insatisfecho conmigo mismo	Antes podía llorar. Ahora no lloro ni aun queriendo
	Ya no me divierte lo que antes me divertía	Ahora lloro continuamente. No puedo evitarlo
	No estoy especialmente insatisfecho	Ahora lloro más de lo normal
	Estoy harto de todo	11
5		No estoy más irritable que normalmente
	A veces me siento depreciable y mala persona	Me irrito con más facilidad que antes
	Me siento bastante culpable	Me siento irritado todo el tiempo
	Me siento prácticamente todo el tiempo mala persona y depreciable	Ya no me irrita ni lo que antes me irritaba
	Me siento muy infame (perverso, canalla) y depreciable	12
	No me siento culpable	He perdido todo mi interés por los demás y no me importan en absoluto
6		Me intereso por la gente menos que antes
	Presiento que algo malo me puede suceder	No he perdido mi interés por los demás
	Siento que merezco ser castigado	He perdido casi todo mi interés por los demás y apenas tengo sentimientos hacia ellos
	No pienso que este siendo castigado	13
	Siento que me están castigando o me castigarán	Ahora estoy inseguro de mí mismo y procuro evitar el tomar decisiones

	Quiero que me castiguen		Tomo mis decisiones como siempre
	7		Ya no puedo tomar decisiones en absoluto
	Estoy descontento conmigo mismo		Ya no puedo tomar decisiones sin ayuda
	14		18
	Estoy preocupado porque me veo más viejo y desmejorado		He perdido totalmente el apetito
	Me siento feo y repulsivo		Mi apetito no es tan bueno como antes
	No me siento con peor aspecto que antes		Mi apetito es ahora mucho menor
	Siento que hay cambios en mi aspecto físico que me hacen parecer desagradable (o menos atractivo)		Tengo el mismo apetito de siempre
	15		19
	Puedo trabajar tan bien como antes		No he perdido peso últimamente
	Tengo que esforzarme mucho para hacer cualquier cosa		He perdido más de cinco libras
	No puedo trabajar en nada		He perdido más de diez libras
	Necesito un esfuerzo extra para empezar a hacer algo		He perdido más de quince libras
	No trabajo tan bien como lo hacía antes		20
	16		Estoy tan preocupado por mi salud que me es difícil pensar en otras cosas
	Duelmo tan bien como antes		Estoy preocupado por dolores y trastornos
	Me despierto una o dos horas antes de lo normal y me resulta difícil volver a dormir		No me preocupo por mi salud más de lo normal
	Tardo una o dos horas en dormirme por la noche		Estoy constantemente pendiente de lo que me sucede y de cómo me encuentro
	Me despierto sin motivo en mitad de la noche y tardo en volver a dormirme		21
	Me despierto temprano todos los días y no duermo más de cinco horas		Estoy menos interesado por el sexo que antes
	Tardo más de dos horas en dormirme y no duermo más de cinco horas		He perdido todo mi interés por el sexo
	No logro dormir más de tres o cuatro horas seguidas		Apenas me siento atraído sexualmente
	17		No he notado ningún cambio en mi atracción por el sexo
	Me canso más fácilmente que antes	Total:	
	Cualquier cosa que hago me fatiga		
	No me canso más de lo normal		
	Me canso tanto que no puedo hacer nada		

Baremo:

0-10	No hay depresión	No tratamiento
11-16	Depresión Leve	Tratamiento especial
17-30	Depresión Moderada	Tratamiento Necesario
31-41	Depresión Grave	Tratamiento muy necesario
41-+	Depresión muy grave	Tratamiento urgente

Anexo N° 4

Escala de Ansiedad Infantil de Spence

Fecha.....

Marca con una X la frecuencia con la que te ocurren las siguientes situaciones.
No hay respuestas buenas ni malas.

1. Hay cosas que me preocupan.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
2. Me da miedo la oscuridad.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
3. Cuando tengo un problema noto una sensación extraña en el estómago.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
4. Tengo miedo.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
5. Tendría miedo si me quedara solo en casa	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
6. Me da miedo hacer un examen.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
7. Me da miedo usar aseos públicos.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
8. Me preocupo cuando estoy lejos de mis padres.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
9. Tengo miedo de hacer el ridículo delante de la gente.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
10. Me preocupa hacer mal el trabajo de la escuela.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
11. Soy popular entre los niños y niñas de mi edad.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
12. Me preocupa que algo malo le suceda a alguien de mi familia.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
13. De repente siento que no puedo respirar sin motivo.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
14. Necesito comprobar varias veces que he hecho bien las cosas (como apagar la luz, o cerrar la puerta con llave).....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
15. Me da miedo dormir solo.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
16. Estoy nervioso o tengo miedo por las mañanas antes de ir al colegio.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
17. Soy bueno en los deportes.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
18. Me dan miedo los perros.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
19. No puedo dejar de pensar en cosas malas o tontas.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
20. Cuando tengo un problema mi corazón late muy fuerte.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
21. De repente empiezo a temblar sin motivo	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
22. Me preocupa que algo malo pueda pasarme.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre

23. Me da miedo ir al médico o al dentista.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
24. Cuando tengo un problema me siento nervioso.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
25. Me dan miedo los lugares altos o los ascensores.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
26. Soy una buena persona.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
27. Tengo que pensar en cosas especiales (por ejemplo en un número o en una palabra) para evitar que pase algo malo...	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
28. Me da miedo viajar en coche, autobús o tren.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
29. Me preocupa lo que otras personas piensan de mí.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
30. Me da miedo estar en lugares donde hay mucha gente (como centros comerciales, cines, autobuses, parques).....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
31. Me siento feliz.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
32. De repente tengo mucho miedo sin motivo	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
33. Me dan miedo los insectos o las arañas...	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
34. De repente me siento mareado o creo que me voy a desmayar sin motivo.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
35. Me da miedo tener que hablar delante de mis compañeros de clase.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
36. De repente mi corazón late muy rápido sin motivo.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
37. Me preocupa tener miedo de repente sin que haya nada que temer.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
38. Me gusta como soy.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
39. Me da miedo estar en lugares pequeños y cerrados (como túneles o habitaciones pequeñas).....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
40. Tengo que hacer algunas cosas una y otra vez (como lavarme las manos, limpiar, o poner las cosas en un orden determinado)	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
41. Me molestan pensamientos tontos o malos, o imágenes en mi mente.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
42. Tengo que hacer algunas cosas de una forma determinada para evitar que pasen cosas malas.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
43. Me siento orgulloso de mi trabajo en la escuela.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
44. Me daría miedo pasar la noche lejos de mi casa.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre

CORRECTOR DE LA ESCALA DE ANSIEDAD DE SPENCE (7 A 17)**NOMBRE:****EDAD:**

OJO: A mayor puntaje mayor ansiedad, la calificación es nunca 0, a veces 1, muchas veces 2, siempre 3

I.- ATAQUE DE PANICO Y AGORAFOBIA

N° pregt	13	21	28	30	32	34	36	37	39	Total
Puntos										

II.- TRASTONO DE ANSIEDAD POR SEPARACION

N° pregt	5	8	12	15	16	44	Total
Puntos							

III.- FOBIA SOCIAL

N° pregt	6	7	9	10	29	35	Total
Puntos							

IV.- MIEDOS

N° pregt	2	18	23	25	33	Total
Puntos						

V.- TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO

N° pregt	14	19	27	40	41	42	Total
Puntos							

VI.- TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA

N° pregt	1	3	4	20	22	24	Total
Puntos							

TOTAL DE LA ESCADA; ptaje max: 114, promedio 57; ptaje min. 0**SESGO: 11, 17, 26, 31, 38, 43****BAREMO:**

0-29: Nunca No hay ansiedad

30-50: A veces Ansiedad Leve

59-86: Muchas veces Ansiedad Moderada

87-114: Siempre Ansiedad Grave

Anexo N° 5**ESCALA DE AFRONTAMIENTO VERSIÓN ADAPTADA****Edad:..... Sexo: M () F () Fecha:.....**

Los niños/as y o adolescentes suelen tener ciertas preocupaciones, dificultades o problemas sobre temas diferentes, como las notas en la escuela o colegio, la relación con los amigos, problemas con los padres, la familia, etc.

En este cuestionario encontrarás una serie de frases diferentes con las que a tu edad suelen hacer frente a estos problemas o preocupaciones. Deberás indicar, marcando la casilla correspondiente, las cosas que tú sueles hacer para enfrentarte a esos problemas o dificultades.

- 1.... No lo hago
- 2.... Lo hago pocas veces
- 3.... Lo hago algunas veces
- 4.... Lo hago a menudo
- 5.... Lo hago casi siempre

Fíjate en el siguiente ejemplo para que entiendas mejor lo que tienes que hacer:

1. Hablo con otros sobre mi problema para que me ayuden a salir de él.....1 2 3 4 5
2. Me esfuerzo mucho para resolver el problema..... 1 2 3 4 5
3. Trabajo muy duro en las tareas 1 2 3 4 5
4. Me preocupo por lo que me está pasando..... 1 2 3 4 5
5. Estoy más rato con mis mejores amigos.....1 2 3 4 5
6. Intento mejorar mi amistad con los demás.....1 2 3 4 5
7. Deseo que suceda algo maravilloso, un milagro..... 1 2 3 4 5
8. Me siento incapaz de afrontar el problema.....1 2 3 4 5
9. Me desahogo (lloro, grito, pego...).....1 2 3 4 5
10. Me voy con amigos que tienen el mismo problema..... 1 2 3 4 5
11. Evito el problema.....1 2 3 4 5
12. Pienso que yo tengo la culpa.....1 2 3 4 5
13. Mi problema lo guardo como un secreto..... 1 2 3 4 5
14. Pido ayuda a Dios..... 1 2 3 4 5
15. Me fijo en la parte buena de las cosas que me pasan.....1 2 3 4 5
16. Pido ayuda a algún profesor..... 1 2 3 4 5
17. Hago o Juego a lo que más me gusta.....1 2 3 4 5
18. Hago algún deporte..... 1 2 3 4 5

GRACIAS POR SU COLABORACION

Anexo N° 6

Instrucciones

Los estudiantes suelen tener ciertas preocupaciones o problemas sobre temas diferentes, como escuela, trabajo, familia o amigos, el mundo en general, etc. En este cuestionario encontrara una lista de formas diferentes con las que la gente de tu edad suele encarar una gama amplia de problemas. Debes indicar marcando las osas que tu sueles hacer para enfrentar a esas dificultades. Cada afirmación debes marcar con una "X" la letra A, B, C, D o E, según creas que es tu manera de reaccionar. No hay respuestas correctas o erróneas.

Nunca lo hago	A
Lo hago raras veces	B
Lo hago algunas veces	C
Lo hago a menudo	D
Lo hago con mucha frecuencia	E

- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 1. Hablo con otros para saber lo que ellos harían si tuviesen el mismo problema | A | B | C | D | E |
| 2. Me dedico a resolver lo que está provocando el problema | A | B | C | D | E |
| 3. Sigo con mis tareas como es debido | A | B | C | D | E |
| 4. Me preocupo por mi futuro | A | B | C | D | E |
| 5. Me reúno con mis amigos más cercanos | A | B | C | D | E |
| 6. Trato de dar una buena impresión en las personas que me importan | A | B | C | D | E |
| 7. Espero que me ocurra lo mejor | A | B | C | D | E |
| 8. Como no puedo hacer nada para resolver el problema, no hago nada | A | B | C | D | E |
| 9. Me pongo a llorar y/o gritar | A | B | C | D | E |
| 10. Organizo una acción en relación con mi problema | A | B | C | D | E |
| 11. Escribo una carta a una persona que siento que me puede ayudar con mi problema | A | B | C | D | E |
| 12. Ignoro el problema | A | B | C | D | E |
| 13. Ante los problemas, tiendo a criticarme | A | B | C | D | E |
| 14. Guardo mis sentimientos para mí solo(a) | A | B | C | D | E |
| 15. Dejo que Dios me ayude con mis problemas | A | B | C | D | E |
| 16. Pienso en aquellos que tienen peores problemas, para que los míos no parezcan tan graves | A | B | C | D | E |
| 17. Pido consejo a una persona que tenga más conocimiento que yo | A | B | C | D | E |

18. Encuentro una forma de relajarme, como oír música, leer un libro, tocar un instrumento musical, ver la televisión, etc.	A	B	C	D	E
19. Practico un deporte	A	B	C	D	E
20. Hablo con otros para apoyarnos mutuamente	A	B	C	D	E
21. Me dedico a resolver el problema utilizando todas mis capacidades	A	B	C	D	E
22. Sigo asistiendo a clases	A	B	C	D	E
23. Me preocupo por buscar mi felicidad	A	B	C	D	E
24. Llamo a un(a) amigo(a) íntimo(a)	A	B	C	D	E
25. Me preocupo por mis relaciones con los demás	A	B	C	D	E
26. Espero que un milagro resuelva mis problemas	A	B	C	D	E
27. Frente a los problemas, simplemente me doy por vencido(a)	A	B	C	D	E
28. Intento sentirme mejor bebiendo alcohol, fumando o tomando drogas	A	B	C	D	E
29. Organizo un grupo que se ocupe del problema	A	B	C	D	E
30. Decido ignorar conscientemente el problema	A	B	C	D	E
31. Me doy cuenta que yo mismo(a) me complico la vida frente a los problemas	A	B	C	D	E
32. Evito estar con la gente	A	B	C	D	E
33. Pido ayuda y consejo para que se resuelvan mis problemas	A	B	C	D	E
34. Me fijo en el aspecto positivo de las cosas y trato de pensar en las cosas buenas	A	B	C	D	E
35. Busco ayuda o consejo de un profesional para resolver los problemas	A	B	C	D	E
36. Saigo y me divierto para olvidar mis dificultades	A	B	C	D	E
37. Realizo ejercicios para mantenerme en forma y con buena salud	A	B	C	D	E
38. Busco ánimo en otras personas	A	B	C	D	E
39. Considero otros puntos de vista y trato de tenerlos en cuenta	A	B	C	D	E
40. Trabajo intensamente (Trabajo duro)	A	B	C	D	E
41. Me preocupo por lo que está pasando	A	B	C	D	E
42. Empiezo, o si ya existe, mejoro la relación con mi enamorado(a)	A	B	C	D	E
43. Trato de adaptarme a mis amigos	A	B	C	D	E
44. Espero que el problema se resuelva por sí solo	A	B	C	D	E
45. Me pongo mal (Me enfermo)	A	B	C	D	E
46. Culpo a los demás de mis problemas	A	B	C	D	E
47. Me reúno con otras personas para analizar el problema	A	B	C	D	E
48. Saco el problema de mi mente	A	B	C	D	E
49. Me siento culpable por los problemas que me ocurren	A	B	C	D	E
50. Evito que otros se enteren de lo que me preocupa	A	B	C	D	E
51. Leo la Biblia o un libro sagrado	A	B	C	D	E
52. Trato de tener una visión positiva de la vida	A	B	C	D	E
53. Pido ayuda a un profesional	A	B	C	D	E
54. Me doy tiempo para hacer las cosas que me gustan	A	B	C	D	E
55. Hago ejercicios físicos para distraerme	A	B	C	D	E
56. Hablo con otras personas sobre mi problema para que me ayuden a salir de él	A	B	C	D	E
57. Pienso en lo que estoy haciendo y por qué lo hago	A	B	C	D	E
58. Busco tener éxito en las cosas que estoy haciendo	A	B	C	D	E
59. Me preocupo por las cosas que me puedan pasar	A	B	C	D	E
60. Trato de hacerme amigo(a) íntimo(a) de un chico o de una chica	A	B	C	D	E
61. Trato de mejorar mi relación personal con los demás	A	B	C	D	E
62. Sueño despierto que las cosas van a mejorar	A	B	C	D	E

- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 63. Cuando tengo problemas, no sé cómo enfrentarlos | A | B | C | D | E |
| 64. Ante los problemas, cambio mis cantidades de lo que como, bebo o duermo | A | B | C | D | E |
| 65. Me reúno con las personas que tienen el mismo problema que yo | A | B | C | D | E |
| 66. Cuando tengo problemas, me aísló para poder evitarlos | A | B | C | D | E |
| 67. Me considero culpable de los problemas que me afectan | A | B | C | D | E |
| 68. Ante los problemas, evito que otros sepan cómo me siento | A | B | C | D | E |
| 69. Pido a Dios que cuide de mí | A | B | C | D | E |
| 70. Me siento contento(a) de cómo van las cosas | A | B | C | D | E |
| 71. Hablo acerca del problema con personas que tengan más experiencia que yo | A | B | C | D | E |
| 72. Consigo apoyo de otros, como de mis padres o amigos, para solucionar mis problemas | A | B | C | D | E |
| 73. Pienso en distintas formas de enfrentarme al problema | A | B | C | D | E |
| 74. Me dedico a mis tareas en vez de salir | A | B | C | D | E |
| 75. Me preocupo por el futuro del mundo | A | B | C | D | E |
| 76. Procuo pasar más tiempo con la persona con quien me gusta salir | A | B | C | D | E |
| 77. Hago lo que quieren mis amigos | A | B | C | D | E |
| 78. Me imagino que las cosas van a ir mejor | A | B | C | D | E |
| 79. Sufro dolores de cabeza o de estómago | A | B | C | D | E |
| 80. Encuentro una forma de aliviar la tensión; por ejemplo, llorar o gritar o beber o tomar drogas | A | B | C | D | E |

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

Jerarquía de ansiedad

Ítem	USA	Situación

Autoregistros

Día y hora	Situación (A)	Pensamiento irracional (B)	Consecuencia emocional y de conducta (C)

Metáfora. La fábula de la mariposa azul

Había una vez un sabio que siempre respondía a todas las preguntas sin ni siquiera dudar. Dos niñas curiosas e inteligentes quisieron ponerle a prueba. Para ello decidieron inventar una pregunta que él no sabría responder. Una de ellas apareció con una linda mariposa azul que usaría para engañar al sabio.

– “¿Qué vas a hacer?” preguntó la hermana.

– “Voy a esconder la mariposa en mis manos y preguntarle al sabio si está viva o muerta. Si él dijese que está muerta, abriré mis manos y la dejaré volar. Si dice que está viva, la apretaré y la aplastaré. Y así, cualquiera que sea su respuesta, ¡será una respuesta equivocada!”

Las dos niñas fueron entonces al encuentro del sabio, que estaba meditando en lo alto de la colina. Una de ellas le dijo:

– “Tengo aquí una mariposa azul. Dígame, sabio, ¿está viva o muerta?”

Muy calmadamente el sabio sonrió y respondió:

– “Depende de ti... Ella está en tus manos.”

Administración del tiempo

ACTIVIDAD	OBJETIVO	TIEMPO	DIA /HORA



FISCALÍA GENERAL DEL ESTADO
UNIDAD DE PERITAJE INTEGRAL

CERTIFICADO

Loja, 21 de julio de 2016

A quien interese:

Certifico que: **VANESSA ROMINA PINEDA ROJAS**, con CC: **1104241144** estudiante de Psicología de la Universidad Nacional de Loja ha realizado la recolección de datos para la elaboración de la tesis de pregrado en la Unidad de Atención y Peritaje Integral, desde el 4 de abril del 2016 hasta el 15 de julio del 2016 con un total de 210 horas, bajo la tutoría del Psic. Cl. Ana Cumandá Samaniego Burneo

Se extiende el presente certificado para los fines que estime convenientes.

Atentamente


Ab. José Iniguez Guerra

COORDINADOR UAPI
FISCALIA PROVINCIAL DE LOJA





Lic. Mayra Chamba Cañar
DOCENTE DE FINE-TUNED ENGLISH CÍA LTDA.

CERTIFICA:

Que el documento aquí compuesto es fiel traducción del idioma español al idioma inglés del resumen de tesis "ALTERACIONES DEL ESTADO DE ÁNIMO Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN VÍCTIMAS DE ABUSO SEXUAL DE 7 A 17 AÑOS DE EDAD, QUE ACUDEN A LA UNIDAD DE ATENCIÓN Y PERITAJE INTEGRAL DE LA FISCALIA PROVINCIAL DE LOJA, PERIODO 2015-2016", autoría de la Dra. Vanessa Romina Pineda Rojas con número de cédula 1104241144.

Lo certifica en honor a la verdad y autorizo a la interesada hacer uso del presente en lo que a sus intereses convenga.

Loja, 17 de Noviembre de 2016

Lic. Mayra Chamba Cañar
DOCENTE DE FINE-TUNED ENGLISH CÍA LTDA.



Líderes en la Enseñanza del Inglés

Fine-Tuned English Cia. Ltda. | Teléfono 2578899 | Email venalfine@finetunedenglish.edu.ec | www.finetunedenglish.edu.ec

LOJA: Fine-Tuned English, Macará entre Miguel Riofrío y Rocafuerte. 2578899, 2563224, 2574702
ZAMORA: Fine-Tuned Zamora, García Moreno y Pasaje 12 de Febrero. Teléfono: 2608169
CATAMAYO: Fine-Tuned Catamayo, Av. 24 de Mayo 08-21 y Juan Montalvo. Teléfono: 2678442

