



UNIVERSIDAD DE PANAMÁ  
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**APLICACIÓN DE UN PROGRAMA COGNITIVO CONDUCTUAL  
EN ADOLESCENTES VÍCTIMAS DE ABUSO SEXUAL**

POR:  
EDNA TAMARA MARTÍNEZ VÁSQUEZ

Tesis para optar por el Grado de Maestría en Psicología Clínica

Panamá, 2007.

74

18 MAY 2007

*Edna del Amador*

5388

UNIVERSIDAD DE PANAMÁ  
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO

PROGRAMA DE MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA.  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA.

FORMULARIO PARA LA PRESENTACIÓN DE PROYECTOS DE  
INVESTIGACIÓN CONDUCENTES A LA TESIS DE GRADO

CÓDIGO:

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: EDNA TAMARA MARTÍNEZ V.

CÉDULA: 9-180-602.

TÍTULO DE LA TESIS: APLICACIÓN DE UN  
PROGRAMA COGNITIVO  
CONDUCTUAL EN  
ADOLESCENTES VÍCTIMAS  
DE ABUSO SEXUAL.

ASESOR: MAGÍSTER ISAÍAS MADRID.

FIRMA DEL ASESOR: \_\_\_\_\_

FIRMA DEL ESTUDIANTE: \_\_\_\_\_

APROBADO POR: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
DIRECTOR DE POSTGRADO DE LA VICERRECTORÍA DE  
INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO.

## ÍNDICE GENERAL

	<b>Página</b>
Dedicatoria	
Agradecimiento	
Extracto.....	1
Summary.....	2
Introducción.....	3
<b>CAPÍTULO I. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.....</b>	<b>5</b>
1.    El Abuso Sexual Infantil.....	5
a)    Definición de abuso sexual infantil.....	5
b)    Señales de alerta sobre el abuso sexual.....	6
c)    Indicadores en la conducta.....	7
d)    Tipos de abuso sexual.....	9
e)    El impacto del abuso sexual en la vida de los niños, niñas y adolescentes.....	11
2.    Situación del Abuso Sexual Infantil en Panamá.....	25
3.    Los Ofensores Sexuales.....	25
4.    Las Madres de los Menores Abusados Sexualmente....	29
5.    Clasificación Diagnóstica Según el DSM-IV-TR (2001).....	33
a)    Diagnóstico clínico.....	33
<b>CAPÍTULO II. TRATAMIENTO DEL ABUSO SEXUAL.....</b>	<b>34</b>
1.    Modelos de Intervención en Violencia.....	34
a)    Modelo intrapsíquico.....	34
b)    Modelo de expresión.....	36
c)    Modelo de interacción.....	37
d)    Modelo de aprendizaje social.....	38
e)    Modelo género-sensitivo.....	39
f)    Modelo cognitivo-conductual.....	40
2.    Técnicas Cognitivo-Conductuales.....	40
a)    Reestructuración cognitiva.....	41

b)	Entrenamiento en habilidades sociales: asertividad.....	43
c)	Entrenamiento en la relajación.....	44
d)	Tareas para la casa.....	45
3.	La Intervención Grupal en Situaciones de Violencia Física y Abuso Sexual.....	46
a)	Tipos de grupo.....	47
b)	Criterios para la conformación de grupos.....	48

### **CAPÍTULO III. ASPECTOS METODOLÓGICOS..... 50**

1.	Enunciado del Problema.....	50
2.	Justificación de la Investigación.....	50
3.	Planteamiento de Objetivos.....	51
a)	Objetivos generales.....	51
b)	Objetivos específicos.....	52
4.	Sujetos.....	52
5.	Diseño de Investigación.....	53
a)	Estudio explicativo.....	53
b)	Diseño de pre-prueba y post-prueba con un solo grupo.....	54
6.	Formulación de Hipótesis.....	55
a)	Hipótesis conceptual.....	55
b)	Hipótesis operacional.....	55
c)	Hipótesis estadística.....	57
7.	Instrumentos de Medición.....	66
a)	Escala de ansiedad manifiesta en niños y adolescentes.....	66
b)	Cuestionario estructural tetradimensional para la depresión CET-DE.....	69
8.	Variables.....	73
a)	Variable dependiente.....	73
b)	Variable independiente.....	75
9.	Análisis Estadístico de los Resultados.....	130

a)	Análisis descriptivo.....	130
b)	Análisis comparativo.....	130
10.	Procedimiento.....	130
11.	Limitaciones.....	131

#### **CAPÍTULO IV. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS**

	<b>RESULTADOS.....</b>	<b>133</b>
1.	Características Generales de la Muestra.....	133
a)	Edad de las adolescentes.....	133
b)	Tipo de abuso sexual.....	133
c)	Tiempo transcurrido del abuso.....	133
d)	Personas con las que viven.....	134
2.	Presentación y Análisis Descriptivo y Comparativo de los Resultados.....	135
a)	Ansiedad total.....	135
b)	Ansiedad fisiológica.....	137
c)	Inquietud-hipersensibilidad.....	139
d)	Preocupaciones sociales-concentración.....	141
e)	Depresión total.....	145
f)	Dimensión I- humor depresivo.....	147
g)	Dimensión II- anergia.....	149
h)	Dimensión III- discomunicación.....	151
i)	Dimensión IV- ritmopatía.....	153
	<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>159</b>
	<b>RECOMENDACIONES.....</b>	<b>162</b>
	<b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>164</b>
	<b>ANEXOS.....</b>	<b>169</b>

## ÍNDICE DE CUADROS

		<b>Página</b>
Cuadro I.	Prueba t para grupos dependientes. Escala de ansiedad total.....	136
Cuadro II.	Prueba t para grupos dependientes. Subescala de ansiedad fisiológica.....	138
Cuadro III.	Prueba t para grupos dependientes. Subescala de inquietud-hipersensibilidad.....	140
Cuadro IV.	Prueba t para grupos dependientes. Subescala de preocupaciones sociales-concentración.....	142
Cuadro V.	Prueba t para grupos dependientes. Depresión Total.....	146
Cuadro VI.	Prueba t para grupos dependientes. Dimensión I-humor depresivo.....	148
Cuadro VII.	Prueba t para grupos dependientes. Dimensión II- anergia.....	150
Cuadro VIII.	Prueba t para grupos dependientes. Dimensión III-discomunicación .....	152
Cuadro IX	Prueba t para grupos dependientes. Dimensión IV- ritmopatía.....	154

## ÍNDICE DE FIGURAS

		<b>Página</b>
Gráfica 1.	Comparación del grupo según las puntuaciones T en la escala de ansiedad total en el pretest y Postest.....	135
Gráfica 2.	Comparación del grupo según las puntuaciones escalares en la subescala de ansiedad fisiológica en el pretest y postest.....	137
Gráfica 3.	Comparación del grupo según las puntuaciones escalares en la subescala de inquietud - hipersensibilidad en el pretest y postest.....	139
Gráfica 4-.	Comparación del grupo según las puntuaciones escalares en la subescala de preocupaciones sociales- concentración en el pretest y postest....	141
Gráfica 5.	Comparación del grupo según las puntuaciones en depresión total en el pretest y postest.....	145
Gráfica 6.	Comparación del grupo según las puntuaciones en la dimensión I -humor depresivo en el pretest y el postest.....	147
Gráfica 7.	Comparación del grupo según las puntuaciones en la dimensión II-energía en el pretest y postest..	149
Gráfica 8.	Comparación del grupo según las puntuaciones en la dimensión III-discomunicación en el pretest y postest.....	151

Gráfica 9.	Comparación del grupo según las puntuaciones en la dimensión IV-Ritmopatía en el - pretest y posttest.....	153
------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----

## **DEDICATORIA**

**Quiero dedicar este trabajo de graduación a todas aquellas personas que ocupan un lugar especial en mi vida y mi corazón:**

**A mis padres,** Rogelio y Edna, quienes con su apoyo incondicional me han ayudado a alcanzar mis metas. Gracias por ser los mejores padres.

**A mi esposo,** Víctor Manuel, por su comprensión y por el ánimo que me brindó en los momentos difíciles.

**A mis hijos,** Víctor Antonio y Alesandra, quienes fueron mi mayor motivación para culminar esta investigación.

**A mis hermanos,** Rogelio, Ricardo y Eva, que me apoyaron y estimularon a concluir este proyecto.

**A mis sobrinos,** Ricardo, Rogelio, Solanch, Diana, Adrian y Camila, espero que este trabajo los estimule a superarse y a alcanzar las metas que se propongan en su vida.

## AGRADECIMIENTO

Deseo agradecer a **Dios Todopoderoso** por haberme regalado el don de la vida y por permitirme la oportunidad de alcanzar una meta muy importante en mi vida.

A mi asesor, **prof. Isafías Madrid**, quien me brindó toda su colaboración y orientaciones. Gracias por ser un asesor excelente.

A la profesora, **Elsa Fajardo**, quien nos orientó sobre el análisis estadístico de los resultados.

A la Hermana, **Rosa Vitale**, directora del Hogar Santa Isabel quien creyó en este proyecto y me abrió las puertas del Hogar.

A la Licda, **Lini Pereira**, psicóloga del Juzgado de Niñez y Adolescencia, quien aunó sus esfuerzos para ayudarnos a reunir la muestra.

A la Licda, **Yadira de Gordón**, coordinadora del programa de salud mental de la Región de Salud de Veraguas, quien nos brindó su colaboración y aliento en los momentos de desesperanza.

Y a todas aquellas personas que con su colaboración y apoyo contribuyeron a que este proyecto fuera hoy una realidad.

## EXTRACTO

El presente trabajo de investigación ha tenido como propósito esencial la aplicación y evaluación de un programa grupal cognitivo conductual, para el manejo de la ansiedad y la depresión en adolescentes víctimas de abuso sexual. A través de un diseño de investigación de pretest y postest, con un solo grupo, fue evaluada la efectividad de una intervención cognitivo conductual en grupo, aplicada a jóvenes que presentaban síntomas de ansiedad y depresión. La muestra estuvo integrada por diez adolescentes, con una edad promedio de 15 años, todas eran mujeres. No estaban recibiendo atención psiquiátrica, ni psicológica y no estaban tomando psicofármacos. El tratamiento fue ofrecido en quince sesiones, dos veces por semana con una duración de dos horas cada sesión. Las pruebas administradas para la evaluación de las adolescentes fueron: la Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños y Adolescentes, CMAS-R y el Cuestionario Estructural Tetradimensional para la Depresión, CET-DE. Se utilizó el estadístico  $t$  para grupos dependientes. Se planteó un nivel de significación de 0.05 a una cola. Se estableció la regla de decisión de: se rechaza la  $H_0$  si  $t_o > t_c = 1.833$ . En el Cuestionario de Ansiedad Manifiesta en Niños y Adolescentes-CMAS-R la  $t$  obtenida en la escala de ansiedad total de 9.260 fue mayor que la  $t$  crítica de 1.833 y en el Cuestionario Estructural Tetradimensional para la Depresión, CET-DE, en depresión total la  $t$  obtenida de 12.458 fue mayor que la  $t$  crítica de 1.833 por lo que concluimos que había suficiente evidencia estadística para indicar que las adolescentes víctimas de abuso sexual disminuyeron sus niveles de ansiedad y depresión después del tratamiento. Podemos concluir que el tratamiento fue efectivo para que las jóvenes logaran disminuir sus niveles de ansiedad y depresión.

## SUMMARY

The present research paper have had as its main purpose the application and evaluation of a cognitive-behavioral group program, to deal with anxiety, and depression in teenagers, and sexual abuse victims. Through the pre-test, and post-test research design, with a sole group; it was evaluated the effectiveness of the cognitive-behavioral intervention in the group, applied to teenagers who presented symptoms of depression and anxiety. The sample was formed by ten teenagers, with an average age of 15 years old, all of them were women. They were not receiving any psychiatric or psychological treatment, and they were not taking any psycho-pharmaceutical medications. The treatment was offered in fifteen sessions, twice a week, each of those sessions lasted two-hours. The tests administered for the evaluation of the teenagers were: The Manifest Anxiety Scale for Kids and Teenagers, the CMAS-R (Revised Children's Manifest Anxiety Scale), and the Tetradiimensional-Structural Questionnaire for Depression, the CET-DE. The t Statistics for Independent Groups was used. The problem was issued at a meaningful level of 0.05 in one queue. It was established the decision rule of: the  $H_0$  is rejected if  $t_o > t_c = 1.883$ . In the Manifest Anxiety Questionnaire in Kids ante Teenagers – CMAS-R, the t obtained in the total anxiety scale of 9.260 was more than the critical t of 1.833, and in the the Tetradiimensional-Structural Questionnaire for Depression, in total depression the total t obtained of 12.458 was greater than the critical t of 1.833. For that reason, we conclude that there was enough statistical evidence that shows that teenager victims of sexual abuse reduce their anxiety and depression levels after treatment. We can conclude that the treatment is effective, in such a way teenagers can decrease their levels of anxiety and depression.

## INTRODUCCIÓN

Esta investigación consiste en la aplicación de un programa grupal cognitivo conductual para el manejo de la ansiedad y la depresión en adolescentes que han sido víctimas de abuso sexual.

De acuerdo con la literatura consultada las secuelas que produce el abuso sexual son múltiples y entre ellas se encuentran: el negativismo, los intentos de suicidio, la depresión, la ansiedad y las alteraciones del sueño, entre otras.

El ayudar a las jóvenes a aliviar todo el dolor y el sufrimiento que produce el hecho de ser abusada sexualmente nos motivó a brindar a un grupo de adolescentes; víctimas de abuso sexual, un programa grupal de orientación cognitivo conductual que tuvo como objetivo disminuir los niveles de ansiedad y depresión que experimentaban las adolescentes como secuela del abuso sexual vivido.

Consideramos conveniente señalar que para la realización de esta investigación, estructuramos un plan de trabajo que se desarrolla de la siguiente manera: capítulo I, fundamentación teórica; capítulo II, tratamiento del abuso sexual; capítulo III, aspectos metodológicos; capítulo IV, presentación y análisis de los resultados y finalmente presentamos las conclusiones y recomendaciones.

En el capítulo I, fundamentación teórica se presenta una revisión de conceptos referentes a el abuso sexual infantil: definición, señales de alerta, indicadores en la conducta, tipos de abuso sexual, el impacto del abuso sexual en la vida de los niños, niñas y adolescentes, la situación del abuso sexual infantil en Panamá, los ofensores sexuales, las madres de los menores abusados y la clasificación diagnóstica según el DSM-IV-TR (2001).

En el capítulo II, tratamiento del abuso sexual, describimos los diferentes modelos de intervención en violencia, las técnicas cognitivo conductuales y la Intervención grupal en situaciones de violencia física y abuso sexual.

En el capítulo III, marco metodológico, se enuncia el problema, se justifica la investigación, se establecen los objetivos, se incluye la conformación del grupo, se determina el diseño de investigación y la formulación de hipótesis. Además se presentan las variables, los instrumentos de medición, el análisis estadístico de los resultados, el procedimiento y al final describimos las limitaciones.

En el capítulo IV presentamos los resultados de la investigación y las evidencias inferidas a través del análisis de éstos.

Finalmente presentamos las conclusiones y recomendaciones. En las conclusiones sintetizamos los conceptos más relevantes desarrollados a lo largo de todo el estudio y las recomendaciones tienen el propósito de mejorar los parámetros de la investigación y aplicarlas en futuros estudios.

## **CAPÍTULO I. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.**

### **1. El Abuso Sexual Infantil.**

#### **a) Definición de abuso sexual infantil.**

El abuso sexual se define “como cualquier asalto de tipo sexual cometido con un(a) menor de edad o su explotación sexual. El abuso sexual puede involucrar actos sexuales repetitivos, ocurridos a lo largo del tiempo o simplemente puede consistir de un solo acto de índole sexual”. De León y Álvarez (2001).

Las edades de las víctimas reportadas oscilan entre menores de un año o adolescentes.

Específicamente, el asalto sexual incluye la violación, la violación en grupo, incesto, sodomía, actos lesivos, sexo oral, penetración genital o anal realizada con un objeto y molestia sexual de un(a) menor de edad. La explotación sexual de un(a) menor de edad se refiere a aquellas conductas o actividades relacionadas con la pornografía de los (las) menores o a promover la prostitución de estos.

Para el/la niño/a resulta muy difícil poder delatar al agresor/a. Esta tarea se le hace difícil debido a la naturaleza del abuso sexual, los sentimientos de culpabilidad y vergüenza que la víctima siente, la posibilidad de delatar a su padre o madre, amigos/as, padrastro o madrastra o cualquier otra persona que cuide del/la menor. Sin embargo, a pesar de ser una tarea muy ardua los reportes de abuso sexual continúan aumentando.

Este aumento sorprendente se atribuye a la nueva ley donde se obliga a ciertos profesionales a reportar el abuso, al aumento de conciencia social y a aquellos/as profesionales que detectan y reportan la presencia de abuso infantil.

Muchas veces se acusa al niño/a de estar inventando historias especialmente cuando el/la agresor/a es una persona estable y respetada por la

comunidad. Como resultado el/la niño/a se siente amenazado/a y presionado/a por el agresor/a y retracta su historia sobre su abuso sexual. Este proceso de hacer que el/la niño/a se sienta culpable por haber causado tanto problema en la familia crea en el/la niño/a una impotencia y una culpabilidad probablemente imborrable.

La realidad más triste es que una vez que el niño/a niega el haber sido abusado/a) sexualmente siempre se sentirá atrapado/a por ese mismo secreto, por la vergüenza, el miedo y las amenazas del agresor/a hacia su persona, señalan De León y Álvarez (2001).

### **Indicadores de Abuso Sexual.**

El abuso sexual infantil puede manifestarse ampliamente como problemas de conducta, problemas de la esfera social o como síntomas físicos.

Sin embargo, si solamente nos enfocamos en uno o dos de estos problemas, probablemente no lo diagnosticaríamos como resultado de abuso sexual. Es importante enfatizar que los síntomas son una guía y que no se deben examinar independientemente uno del otro. Los síntomas reportados deberán ser considerados siempre dentro de un cuadro clínico para poder ser evaluados con la mayor exactitud posible.

#### **b) Señales de alerta sobre el abuso sexual.**

Ente las señales que nos alertan sobre la existencia de un abuso sexual, están las siguientes:

1. El niño/a le ha dicho a un amigo/a, compañero/a de escuela, al maestro/a la maestra, a un amigo/a de la mamá, del papá o a otro/a adulto/a de confianza que él o ella ha participado en una actividad sexual.
2. La ropa íntima del niño/a está manchada, rota o tiene manchas de sangre.
3. El saber que la lesión que el niño/a presenta o la enfermedad no es común

para su edad específica.

4. El tener conocimiento de las enfermedades o lesiones previas del niño/a.
5. Cuando existen discrepancias entre lo que dicen los padres y las lesiones que el niño/a presenta realmente o cuando los padres no pueden explicar o justificar las lesiones y culpan a terceras personas. Las explicaciones que dan los padres son inconsistentes con el diagnóstico médico.
6. Cuando una niña joven está embarazada o se le diagnostica una enfermedad transmitida sexualmente.

**c) Indicadores en la conducta.**

Conductas sexuales en los niños(as):

1. Cuando el niño/a exhibe comportamientos sexuales agresivos ya sea con otros/as niños/as o juguetes.
2. Cuando el niño/a se masturba compulsivamente.
3. Cuando el niño/a demuestra tener una curiosidad sexual excesiva.
4. Cuando el niño/a es provocativo/a o seductor/a con otros/as compañeros/as, maestros u otros adultos.
5. Cuando el niño/a se prostituye o es promiscuo/a excesivamente.
6. Cuando el niño/a se preocupa excesivamente por la homosexualidad.

**- Indicadores en la conducta de niños/as en edad preescolar.**

Los niños/as en edad preescolar que han sido abusados sexualmente pueden manifestar lo siguiente:

1. Enuresis
2. Disturbios en el apetito como es el alimentarse excesivamente o alimentarse muy poco.
3. Miedo patológico o las fobias.
4. Compulsión.

5. Regresiones, como lo son: orinarse en la cama o chuparse el dedo.
6. Dificultades en la escuela: cambios drásticos en su actitud o en sus calificaciones.
7. Dificultad en concentrarse.
8. Disturbios en el sueño como las pesadillas, miedo de quedarse dormido/a, dormir excesivamente o no dormir lo necesario.

**- Indicadores en la conducta en niños/as de más edad o adolescentes.**

Los niños/as de más edad o adolescentes reflejan en su conducta lo siguiente:

1. Aislamiento.
2. Depresión
3. Extrema sumisión.
4. Pobre higiene personal o se baña mucho.
5. Violencia.
6. Consume drogas ilegales o alcohol.
7. Problemas en la escuela, se ausenta y su rendimiento académico disminuye visiblemente.
8. Rehúsa cambiarse el uniforme diario para ponerse el uniforme de educación física.
9. No participa de deportes o actividades sociales.
10. Teme a las regaderas públicas o baños públicos.
11. Teme convivir con sus familiares, por ejemplo regresa temprano de la escuela o se va tarde evitando así contacto directo con su familia.
12. Miedo generalizado como es el salir, participar en cualquier actividad familiar o interactuar con otras personas.
13. Miedo intenso hacia el sexo masculino (si ha sido abusado(a) por un hombre) o del sexo femenino (si ha sido abusado(a) por una mujer).
14. Se vuelve muy consciente de su cuerpo, comportamiento que es atípico para

su edad.

15. Tiene en posesión regalos, dinero o ropa nueva cuando ninguno de estos ha sido autorizado por sus padres.
16. Intenta suicidarse o exhibe comportamientos dañinos hacia su persona.
17. Lloro sin ningún motivo.
18. Prende fuego intencional que causa daños.

**d) Tipos de abuso sexual.**

**- Incesto o abuso intrafamiliar.**

El abuso sexual infantil ocurrido dentro de la familia es el tipo de abuso menos reportado. A pesar del tabú que hay respecto a esta situación y de su alto nivel de dificultad para detectarlo, muchos investigadores creen que esta clase de abuso ocurre más frecuentemente que el abuso físico infantil.

De León y Álvarez (2001), señalan que en las discusiones de abuso sexual, el "incesto" se define como la actividad sexual que ocurre entre dos personas relacionadas consanguíneamente. El abuso "intrafamiliar" se define como aquella actividad sexual que ocurre entre miembros de la familia que no están relacionadas consanguíneamente como son los novios, padrastros, madrastras, hijastros, etc.

En los casos de abuso sexual más reportados el padre u otro hombre que actúa como padre es usualmente el iniciador del abuso. Las niñas son casi siempre las víctimas en la mayoría de los casos reportados. Los niños no son excluidos totalmente de ser abusados por hombres.

En los niños, la vergüenza es mayor al reportar abuso sexual; ya que este tipo de abuso está asociado frecuentemente a prácticas homosexuales.

El inicio del abuso sexual puede ocurrir a cualquier edad entre la infancia y la adolescencia.

El abuso sexual se caracteriza básicamente por sentimientos de

culpabilidad, ya que el niño/a mantiene el abuso en secreto o el niño/a tiene un gran temor, de que el agresor/a le haga daño si el o ella revela el abuso. Si el niño/a confiesa el abuso entonces él o ella sentirá odio hacia su propia persona y vergüenza por haber creado tanta discordia entre los miembros de su propia familia.

Independientemente de que el niño/a se siente amenazado/a o no por su agresor/a, la coerción sexual tiende a repetirse y a intensificarse a medida que pasa el tiempo. De León y Álvarez (2001).

Con frecuencia el/la niño/a se siente culpable y eventualmente llega a creer que el abuso sexual ocurrió porque él o ella instigó o sedujo al agresor/a.

#### **- Violación infantil.**

La violación carnal está asociada frecuentemente a víctimas adolescentes, aunque se reportan casos en donde estos han sido niño/as de la escuela elemental. Los actos sexuales en una violación son usualmente penetración forzada oral, vaginal y anal. Las lesiones ocurren especialmente cuando el agresor/a somete a su víctima al acto y éste se resiste. A pesar de que la violación de un niño/a puede y ocurre dentro de la familia en la mayoría de los casos reportados la violación es producida por un/a agresor/a extraño/a a la víctima.

Típicamente, el/ella agresor/a invita al niño/a de una manera seductiva, por ejemplo "ven que te compro helado" o simplemente lo/la secuestra para separarlo/a de su familia y amigos/as.

#### **- La explotación y la pornografía infantil.**

Resulta prácticamente imposible hacer un estimado de la cantidad de niño/as que han sido explotados/as sexualmente.

La dificultad de poder estimar el número de casos involucrados en este

tipo particular de abuso se debe a varios factores. Primero, a que en la mayoría de los casos, la explotación sexual de los niños/as se da sin que los padres o madres tengan conocimiento de esto. Para agravar estos casos aún más, la población de niños/as que se escapan y se prostituyen hacen la situación más difícil. El niño/a que se escapa a otro lugar se convierte en una carnada para la pornografía o para la prostitución. Finalmente, algunos padres o madres utilizan a sus propios hijos/as para producir este material pornográfico. Como consecuencia, sería justo asumir que el número de niños/as involucrados/as en este tipo de abuso sigue creciendo alarmantemente día a día.

**- Estupro.**

Se refiere al acceso carnal con una mujer doncella, mayor de catorce (14) años y menor de dieciocho (18), con su consentimiento,

Se diferencia del delito de violación en la edad de la víctima y en la ausencia de enajenación mental, así como el no uso de fuerza o intimidación por parte del estuprador.

**- Actos libidinosos.**

Son aquellos actos de tipo sexual que sin la finalidad de lograr acceso carnal producen un perjuicio en la persona, de uno u otro sexo, ya que se utiliza la violencia o intimidación.

**e) El impacto del abuso sexual en la vida de los niños, niñas y adolescentes.**

**- El síndrome de adaptación al abuso.**

La mayoría de menores y en general las mujeres y personas mayores que

viven o han vivido diferentes formas de abuso, no cuentan con las posibilidades para poner límite y denunciarlo en forma inmediata. Por el contrario, el Dr. Roland Summit de Habou – UCLA Medical Center, identificó un proceso de adaptación o acomodamiento al abuso que sufren los niños/as, víctimas de abuso sexual aunque puede adecuarse a los otros tipos de abuso físico y emocional. Ha sido muy importante conocer este proceso de adaptación, ya que explica por qué (podría aplicarse también a las mujeres adultas y personas mayores) guardan en secreto los hechos o los revelan para luego incluso retractarse dando la sensación de que están inventando los hechos. Quiroz (1997).

Conocer esta dinámica que viven las víctimas ha contribuido a cambiar la nefasta creencia de que los acercamientos o experiencias sexuales que viven muchos menores son imaginarios, subestimando su capacidad perceptiva, creándoles más dudas y confusión, lo que reduce la autoconfianza.

El Dr. Summit (1985) evidenció que las personas afectadas por la violencia sexual en especial los niños/as, se llegaban a “adaptar” a la situación de abuso como una estrategia para poder sobrevivir a tantas contradicciones, chantajes afectivos, presiones, miedos y amenazas, dando, la sensación de que son “cómplices”, que las actividades de contenido sexual no les produce ningún daño o que están inventando los hechos. El llamó a este proceso síndrome de adaptación o acomodación. Quiroz (op. cit)

Este psiquiatra encontró que casi todos/as los/as menores abusados sexualmente pasaban por diferentes situaciones o momentos que les facilitaba irse “acomodando” a los sentimientos de:

- Confusión generada por lo que se les dice que son “muestras de cariño” y los sentimientos de que están o han sido humilladas/os y explotados/as.
- Impotencia y desorientación por no saber a quien o a donde recurrir.
- Temor y ansiedad que les genera pensar que no les van a creer.
- Temor a ser desleal

- Temor por lo que pueda hacerle la persona ofensora por haberla denunciado.

Este especialista identificó cinco momentos con sus consiguientes consecuencias para la vida de los/as niños/as:

- La etapa del secreto
- La sensación de impotencia
- La sensación de estar atrapado/a, mecanismos para adaptarse
- Revelación tardía
- Retracción

A continuación describimos cada una de ellas.

**- El secreto.**

Se puede creer que si una persona está siendo agredida lo esperado sería que le contara a alguien lo que esté pasando, pero eso no es así. Para las personas afectadas en especial para las/os niñas/os es muy difícil romper el silencio de su situación porque sienten que van a ser desleales o desagradecidas y además son directa o indirectamente presionadas/os por el ofensor para que guarden el secreto.

Muchas niñas/os, mujeres adultas y personas mayores son fuertemente intimidadas, atemorizadas e incluso aterrorizadas con amenazas que van desde dejar de quererlas, abandonarlas, contarle a todos que ellas fueron las que provocaron para desprestigiarlas, hacerle daño a otras personas que ellas aman, castigarlas físicamente, sacarlas de la escuela, quitar las/los hijas/os hasta amenazas de muerte.

Mantener el secreto llega a convertirse en el objetivo fundamental para la persona ofensora. Por esta razón se encargará de utilizar diferentes medios para garantizar que no se revelen los hechos. Además de las amenazas, el chantaje emocional o la racionalización (“si me quiere me lo tiene que

demostrar”, “esto no es malo, es para que aprenda”, “la gente no va a entender esta forma de amor”; “somos personas especiales”) garantizan que el secreto sea mantenido.

Otro mecanismo para garantizar que el secreto sea guardado es aislar a la persona afectada. Entre menos sean las personas con las que se relaciona, menos probabilidad existe de que oiga comentarios que desmientan las explicaciones que al ofensor hace para justificar el abuso. Entre menos se relacione, menos probabilidades de identificar recursos de apoyo.

No importa qué tan “tierna”, cálida” o violenta sea la intimidación, el hecho de tener que guardar el secreto de lo que está sucediendo, produce en las personas afectadas miedo, inseguridad, dudas, confusión, culpa y vergüenza.

#### **- La impotencia.**

La violencia en la familia contra las niñas/os es un claro ejemplo de la desigualdad, la inferiorización y expropiación de derechos que vive la niñez en este sistema social patriarcal.

En este sistema social ellas/os están en una clara situación de desventajas que se ha asumido como “natural” o propia de su edad. Se habla de su inmadurez, falta de experiencia, conocimientos y eso es suficiente para que muchas personas mayores se atribuyan el derecho a abusar de su poder de decidir, intervenir, normar y dirigir la vida de los niños/as. Quiroz (1997).

El problema más serio es que no sólo los mayores creen esos mensajes sobre la condición de inferioridad, fragilidad, dependencia y desigualdad de la niñez. La misma educación que se les da a las/os menores los mantiene en esas condiciones de discriminación.

Según Quiroz (op. cit), es mucho menos frecuente escuchar mensajes que refuercen en la niñez la seguridad en si mismas, la fortaleza, la libertad, la igualdad, así como sus derechos a no tener que aceptar incondicionalmente las demandas de los adultos. Por el contrario, son constantes los mensajes sobre

todo dirigidos a las niñas que les recuerdan que son débiles, torpes, dependientes, inferiores, desiguales y que deben ante todo ser leales, cariñosas/as y responsables del bienestar de otros.

No es extraño, que desde esta posición de inferiorización y desigualdad, las niñas y los niños se perciban a si mismas/os como débiles, dependientes e impotentes de cambiar las situaciones de abuso que puedan estar viviendo.

Es frecuente oír a las niñas contar cómo se paralizaban cuando sentían que se acercaba el ofensor o cuando las estaban abusando. Fingir que están dormidas, cambiar de posición, cubrirse, imaginar que sólo es un sueño, desconectarse de la realidad, separar su cuerpo de las sensaciones o dolores, entre otras, son las únicas posibilidades que les quedan a las/os niñas/os para enfrentar una amenaza, para enfrentar un daño que es muy superior a ellas/os en poder.

El Dr. Summit, (1985) En: Quiroz (1997:102) señala que:

“... es necesario reconocer que sin importar las circunstancias, la niña no tiene ninguna alternativa que no sea someterse mansamente y mantener el secreto. No importa si mamá estaba en la otra habitación o si los hermanos dormían en la misma cama”.

**- La sensación de estar atrapada/o y los mecanismos para adaptarse.**

Dado que el abuso no es en la mayoría de los casos un hecho que ocurre sólo una vez, es inevitable que las/os niñas/os empiecen a sentir la sensación de estar atrapadas/os en una situación de la que no pueden salir. Quiroz (1997: 102).

Los chantajes afectivos, las amenazas, la impotencia aprendida desde edades más tempranas, así como la poca capacitación en los/as adultos hacen que cada día que pasa las/os niñas/os confirmen sus ideas de que no hay salida ni lugar dónde escapar. La única alternativa que se visualiza es buscar la forma “menos” dolorosa de acomodarse a lo que no es posible cambiar. Les queda a las/os pequeñas/as abusados la tarea de acomodarse a las demandas sexuales que van a ir en aumento y a la conciencia de traición y explotación que también

irá en aumento.

¿Cómo acomodarse a tantas contradicciones y dolores? Buscando algo que explique por qué les están haciendo eso, sin que las/los enfrente a cuestionar las bondades del ofensor. La alternativa es creer que ella o él es quién tiene algo malo que los hace provocar los abusos. De esta forma encontrando el problema en si mismas/os dirigirán la energía no a la denuncia sino a tratar de ser buenas/os, de ganarse el amor del ofensor con la esperanza de que no les haga más daño.

#### **- La revelación tardía.**

Como ya hemos señalado, la mayoría de las personas afectadas por el abuso sexual-sobre todo el incesto-retrasan por mucho tiempo revelar lo que está pasando. Conforme las/os niñas/os crecen mantener el secreto se vuelve más difícil y las probabilidades de que busquen ayuda aumentan.

Esta posibilidad de salir del aislamiento y tomar el valor de revelar el secreto, nos podría hacer pensar que es el momento de que al fin tanto dolor acabe. Pero eso no es así. Se sabe que la revelación del abuso inicia una profunda crisis en la persona afectada, y en el resto de la familia. Quiroz (1997).

“La revelación, interrumpe el frágil equilibrio que se ha mantenido, pone en peligro el funcionamiento de todos los miembros de la familia, incrementa la posibilidad de una conducta violenta y desesperada y coloca a cada uno, particularmente a la hija, en situación de riesgo de ser víctima de una venganza”.Quiroz (op. cit).

Sin un fuerte apoyo, la niña/o o joven que revela el abuso, está en un gran riesgo dentro de su familia. Por esta razón el objetivo más importante será su protección y el apoyo a las madres que estarán tremendamente impactadas, atemorizadas y culpabilizadas, lo que las puede incluso llevar a tratar de negar las acusaciones de sus hijas/os.

### **- La retractación.**

Quiroz (1997), indica que "tomar la decisión de revelar el abuso no es nada fácil. Romper el secreto es hacer evidente el mito de que el hogar es el lugar más seguro y siempre romper un mito va a producir una serie de reacciones tanto en la persona afectada como en muchos otros, que tenderán a luchar por conservar intacta la creencia, por encontrar justificaciones donde sea, con tal de proteger el mito".

Para la niña, el niño o adolescente que revela el abuso es muy duro ser testigo de las crisis que se generan porque siente que son producidas por su culpa. Pueden creer que son responsables de que el padre se vaya de la casa o pueda ir a la cárcel, de que la madre sufra o se enoje mucho y de que sus hermanos/as sufran.

Sumado a este fuerte sentimiento de ser culpables de la crisis que se desate, los pequeños también tienen que enfrentar los reclamos, las amenazas y agresiones verbales como mentirosa/o, malagradecida/o, sometida/o, de parte de muchas personas que posiblemente los niños pensaron que los podían proteger y que por el contrario los juzgan y desprecian.

Teniendo que enfrentar esta realidad, tan aterradora, no es extraño que los menores en un momento dado tomen valor para denunciar lo que les pasa, pero luego se retractan de lo que dijeron.

### **- El impacto traumático del abuso sexual infantil.**

Personas de diferentes partes del mundo se han dedicado por años a estudiar las consecuencias del abuso. David Finkelhor y Ángela Browne trabajan en el programa de investigación de la violencia familiar en la Universidad de New Hampshire, Durham, Estados Unidos y han dado un importante aporte que explica los efectos del abuso.

Este investigador y esta investigadora hacen un gran esfuerzo por proveer

un modelo que plantea que la impactante experiencia del abuso sexual puede ser analizada en términos de cuatro experiencias traumatizantes, las cuales generan serios daños en la vida durante la infancia y la adultez al afectar la confianza en los demás, la sexualidad, la capacidad para controlar el mundo y la autoestima.

Finkelhor y Browne (1991), En: Quiroz (1997), identifican estas cuatro experiencias traumatizantes y las denominan las cuatro dinámicas traumagénica, a saber: la sexualización traumática, la traición, la impotencia y la estigmatización.

Hacer un recorrido por cada una de estas experiencias facilita entender cómo se van consolidando los daños, cómo y por qué el abuso sexual va generando conductas como las depresiones, el deterioro de la autoimagen o los problemas con el cuerpo y la sexualidad, la ansiedad, entre muchos otros.

#### **- La sexualización traumática.**

Es el proceso a través del cual las niñas y los niños van asociando lo que su cuerpo y la sexualidad significan, pero de una manera abrupta, no acorde a su nivel de desarrollo biosicosocial y desde los significados que el ofensor le da.

Este proceso en el que se va configurando la sexualidad de los menores puede darse de diferentes formas y puede ocurrir; según Finkelhor y Browne (1991) En: Quiroz (1997):

- “cuando la niña o el niño es premiado repetidamente por llevar a cabo actividades de tipo sexual que son solicitadas por el ofensor. Generalmente esta premiación se da a través de expresiones de afecto, atención, privilegios y regalos que hacen que los menores aprendan a utilizar el comportamiento sexual como una vía para obtener diferentes justificaciones.
- Cuando a ciertas partes del cuerpo se les da una importancia, un significado o una sobrevaloración que no tienen si la niña o el niño

no hubieran sido expuestos por el ofensor a ciertas actividades sexuales.

- A través de las concepciones erróneas, contradictorias y confusas acerca del comportamiento sexual que transmite el ofensor.
- Cuando se asocia la actividad sexual con recuerdos de eventos que atemorizan a los pequeños”.

Es importante no perder de vista que una experiencia será sexualmente traumática dependiendo del tipo de situaciones y de las veces que el menor sea expuesto a dichas experiencias. Por esta razón, lo traumático va a depender de:

- “las experiencias en las que el ofensor hace un esfuerzo para evocar la respuesta sexual de los menores, en lugar de sólo mantenerlo como testigo pasivo, por ejemplo, para masturbarse.
- Que a la niña/o se le incite a participar a través de chantajes afectivos o de la fuerza física.
- El grado de entendimiento del niño”. Finkelhor y Browne (1991), En: Quiroz (1997).

#### **- Efectos de la sexualización traumática.**

Según los datos recopilados por Finkelhor y Browne (1991), En: Quiroz (1997) se observa que entre los efectos producidos por la sexualización traumática están, los siguientes:

- Preocupaciones sexuales y conductas sexuales repetitivas como la masturbación y el juego sexual compulsivo.
- Conocimientos e intereses sexuales no acordes con el nivel de desarrollo de las niñas y los niños (involucran a compañeras/os en el coito o en contacto oral-genital).

- Aversión al sexo o cualquier otra clase de intimidad como resultado de sus vivencias de repulsión, miedo, enojo e impotencia vividas durante el abuso.
- Repetición en la memoria del abuso sexual.
- Dificultad en la excitación o el orgasmo.
- Confusión acerca de las normas y estándares sociales. Si las niñas/os han intercambiado sexo por el afecto del abusador, pueden llegar a asociar este intercambio como una forma de dar y obtener afecto.
- Actitudes negativas hacia su cuerpo y sexualidad.
- Mayor posibilidad de sufrir futuros asaltos extraños.

#### **- La traición.**

Se refiere al daño que viven las personas afectadas por el abuso sexual al reconocer que la persona que se supone debe protegerla y respetarla les causa daño.

Quiroz (1997), señala que “la traición se experimenta cuando la niña o el niño:

- Se dan cuenta de que la persona en quien confiaban las/los ha manipulado con mentiras.
- Reconocen que aquel a quien amaban les hizo daño.
- Sienten que otros miembros de la familia en los que confiaban no les creyeron ni les protegieron”.

El sentimiento de traición es vivido con más dolor cuando:

- El abuso es perpetrado por miembros de la familia.
- La experiencia de engaño es muy fuerte.
- El vínculo que se mantenía con el ofensor antes de iniciarse el abuso era de confianza, cuidado y afecto.
- La niña o el niño sienten que no se les cree, son culpabilizados o

son aislados cuando revelan lo que pasa.

#### **- Efectos de la traición.**

No tenemos que hacer mucho esfuerzo para reconocer el enorme desconcierto, dolor, desamparo, tristeza y enojo que en diferentes momentos de nuestra vida como adultos/as hemos vivido cuando descubrimos que alguien en quien confiábamos nos hace daño.

Si como adultas/os la traición nos genera tantos sentimientos encontrados y se convierte en una situación tan difícil de superar, imagínense entonces, lo que puede significar esta vivencia para los/as menores que cuentan con menos recursos para elaborar ese gran desconcierto y desamparo que genera la traición.

Finkelhor y Browne (1991), En: Quiroz (1997), refieren que los efectos que más se han observado en las personas afectadas por el abuso asociadas con la experiencia de traición son:

- Fuertes sentimientos de desilusión y desencanto
- Gran necesidad de encontrar seguridad que lleva a las personas afectadas a confiar indiscriminadamente en cualquiera con la esperanza de encontrar a una persona en la que se puede creer.
- Manifestaciones de extrema dependencia
- Manifestaciones de hostilidad, extrema desconfianza y enojo.
- Aislamiento
- Temor a establecer relaciones que impliquen cierta intimidad.

#### **- La impotencia.**

Junto al sentimiento de traición se encuentra frecuentemente el sentimiento de impotencia, el sentimiento de no haber podido hacer nada para reconocer a tiempo la traición y de no haber podido impedir que los lastimaran.

La impotencia, esa pérdida de poder para controlar la situación de abuso que viven las niñas, niños, y adolescentes se va estableciendo, poco a poco, a través de diferentes hechos que les van confirmando que no tienen la capacidad de cambiar la situación de abuso que viven.

El investigador David Finkelhor, y la investigadora Ángela Browne (1991), En: Quiroz (1997), identificaron los siguientes hechos importantes que provocan un mayor sentimiento de impotencia en la niñez:

- Cuando el territorio y el espacio corporal del niño son constantemente invadidos en contra de su voluntad.
- Cuando la niña y el niño se ven expuestos a constantes manipulaciones y coerciones por parte del ofensor.
- Cuando sienten y confirman que sus intentos por detener el abuso se ven frustrados.
- Cuando las niñas y los niños están altamente atemorizados.
- Cuando reconocen que no pueden lograr que los adultos los entiendan y les crean.

#### **- Efectos de la impotencia.**

Sentirse impotente ante algún hecho o ante algunas personas nos genera grandes sentimientos de ansiedad y temor al reconocer que las posibilidades de controlar la situación son reducidas o no existen.

Muchas veces hacemos intentos por salir del sentimiento de impotencia y nos empezamos a decir a nosotras/os mismas/os que es el momento de encontrar vías que nos permitan solucionar el problema. Generalmente ante la mayoría de los problemas cotidianos, aunque nos generen una gran impotencia, no es tan difícil encontrar alguna estrategia para enfrentarla, no así en el caso del abuso sexual donde el sentimiento de pérdida de control sobre la situación es tan grande.

Los daños que producen en los menores sentirse impotentes, sin ningún

poder para salir de la situación, son muy graves y se reflejan en:

- Elevados niveles de ansiedad y miedo que les producen pesadillas, fobias, enfermedades psicosomáticas y una gran necesidad de aferrarse a las cosas.
- Profundo daño en el sentido que tiene toda menor sobre su eficiencia y destreza para enfrentar diferentes situaciones. Esta certeza de no ser capaz puede generar sentimientos de tristeza y desesperación tan grande que pueden llegar a darse frecuentes intentos de huida de la casa así como intentos de suicidio.
- Gran dificultad para impedir que otros traten de manipularlas/os o de hacerles daño.
- Intento por compensar la experiencia de impotencia buscando por todos los medios, controlar y dominar a otros/as, llegando incluso a convertirse, en el caso de los varones, en verdaderos matones". Finkelhor y Browne (1991), En: Quiroz (1997:108).

#### **- La estigmatización.**

Se refiere al proceso de desvalorización que viven las niñas, niños y adolescentes como producto de los mensajes negativos que reciben de parte del ofensor y de otras personas que los rodean y los juzgan al enterarse del abuso.

Conforme se van recibiendo esos mensajes ellas y ellos se van percibiendo como malas/os, culpables, sucias/os, "inservibles" y "marcadas/os".

La desvalorización que sufren las niñas/os se va instaurando, poco a poco, a través de diferentes formas:

- A través de mensajes negativos mandados directamente por el ofensor en los que culpa y avergüenza a la víctima.
- Por la presión que ejerce el ofensor para mantener el secreto, presión que está cargada de mensajes de vergüenza y culpa.
- A través de los comentarios, opiniones y actitudes que las niñas/os

interpretan u oyen en su familia o comunidad con relación a lo que es el abuso o lo que le está pasando a él o a ella.

- A través de la reacción de las personas cuando se revela el abuso.

Es importante tomar en cuenta que el grado de estigmatización que sufren las víctimas puede variar según sean las condiciones que han rodeado el abuso. Finkelhor y Browne (1991), En: Quiroz (1997:108), opinan que el grado de estigmatización va a depender:

- De la forma en que haya sido tratada/o la niña/o. Si fueron tratados/as como malos/os o los culpabilizaron, entonces la carga de estigmatización será mayor.
- De la posibilidad que haya tenido la víctima de que alguna persona les aclare que ellas/os no fueron culpables de lo que pasó.
- De la edad del niño/a. Se ha reconocido que entre más jóvenes sean las niñas/os la conciencia de las actitudes sociales es menor lo que contribuye a que la estigmatización sea también menor.
- De la posibilidad que tenga la víctima de descubrir que lo que le ha ocurrido a ella le ha pasado también a otras/os.

#### **- Efectos de la estigmatización.**

Luego de haber hecho un recorrido por el proceso de estigmatización que viven las personas afectadas por el abuso, no es difícil imaginar los efectos que este pueda generar.

Finkelhor y Browne(1991) En: Quiroz, (1997:109), en sus investigaciones encontraron entre los efectos más serios:

- El aislamiento
- Fuertes sentimientos de vergüenza y culpa
- Percepción negativa de si misma/o
- Percepción de si misma/o como diferente, "marcada/o"
- Conductas autodestructivas
- Intento de suicidio.

## **2. Situación del Abuso Sexual Infantil en Panamá.**

La denuncia de casos de abuso sexual no es un hecho corriente. Las niñas, los niños y los adolescentes son presionados/as por el abusador para no revelar la situación que viven. Muchas familias se niegan a seguir un proceso legal que permita responsabilizar al perpetrador de este delito. Las instituciones que por diferentes vías reciben información acerca de casos de abuso sexual no cuentan aún con un sistema que permita disponer de cifras consolidadas para determinar la magnitud del problema.

A pesar de que existe un subregistro, a nivel del Juzgado de Niñez y Adolescencia en el año 2004, se atendieron 407 casos de abuso sexual, de los cuales 153 se dieron en jóvenes entre los 11 y los 17 años y 308 en menores del sexo femenino. Específicamente en la provincia de Veraguas se atendieron 44 casos, siendo la tercera provincia con mayor número de casos de abuso sexual, después de Panamá (225) y Coclé (85). Para el año 2005 el número de casos de abuso sexual ascendió a 427. Es importante señalar que en Panamá, el abuso sexual es la principal forma de maltrato en los menores, seguido de la negligencia, el abuso físico y el psicológico. (Fuente: Juzgado de Niñez y Adolescencia Centro de Estadísticas Judiciales, Órgano Judicial).

## **3. Los Ofensores Sexuales.**

Como objeto de investigación, los ofensores sexuales comenzaron a ser estudiados en fechas recientes. Dentro de los primeros trabajos se encuentran los realizados por Nicolás Groth y colaboradores a finales de la década de los 70 y los primeros años de los 80, acerca de violadores y abusadores de niños y niñas quienes habían sido juzgados y encarcelados. En estos trabajos se encontró que el comportamiento sexual agresivo estaba constituido por un patrón de escalamiento que se iniciaba, por lo general en la adolescencia. Groth (1982), En: Claramunt (1999).

(1982), En: Claramunt (1999).

Abel y colaboradores (1983, 1984, 1986), En: Claramunt (1999), llegaron a resultados similares con población ofensora no encarcelada. Sus conclusiones no sólo concuerdan con los trabajos anteriores, en la temprana edad en que se inicia el comportamiento sexual abusivo y el patrón de escalamiento para la gravedad de las ofensas, sino que observaron que cerca del 50% de ellos no pudo ubicarse en un solo tipo de conducta abusiva. Es decir, a diferencia de Nicolás Groth, quien clasificaba a los ofensores sexuales en violadores de adultos y abusadores de niños y niñas, Abel y su grupo encontraron que cerca de la mitad de los hombres estudiados había cometido ofensas contra infantes y mujeres adultas.

Por ejemplo, en el estudio de Abel, Mittelman y Becker (1983), En: Claramunt (1999), con 411 ofensores sexuales de niños y niñas no encarcelados encontraron lo siguiente: el 16,8% estaba involucrado además en violaciones a mujeres adultas, el 29,7% en conductas de exhibicionismo, el 13,8% en voyerismo y el 8.6% en frotaje.

Otro de los hallazgos más importantes, de Abel y sus colaboradores, es el promedio de víctimas por cada abusador, el cual se incrementa 56 veces desde la adolescencia hasta llegar a alcanzar un promedio de 360 víctimas en la edad adulta. Las ofensas incluían una gran gama de conductas abusivas y no sólo la penetración.

Eliana Gil (1992), En: Claramunt (1999), llegó a conclusiones semejantes en relación con el patrón de escalamiento de la conducta ofensora. En su trabajo con ofensores adolescentes, encontró que una gran cantidad de ellos había desarrollado esta conducta desde hacia varios años. Señala esta autora, que cuando un adolescente es detectado como ofensor sexual, ya tiene en promedio siete víctimas.

El patrón de escalamiento es uno de los encuentros más importantes en el trabajo preventivo de la conducta sexual abusiva, ya que si se detectan e interrumpen los primeros ofensores en la adolescencia, se evitarán más víctimas

y, por tanto, más dolor.

El Instituto Kempe por medio del "Kempe Center's third Party Molestion Proyect", revela que alrededor del 30% de los niños y las niñas son abusadas por menores de 18 años, siendo su edad promedio de 14 años.

En relación con los padres incestuosos, se encuentran dos estudios recientes y sugerentes. El primero de David Finkelhor y Linda Meyer a principios de 1990 con 118 ofensores de hijos y un grupo control cuidadosamente seleccionado y el trabajo realizado por Kathleen Coulbourn (1991) con 192 abusos perpetrados.

Entre los hallazgos más importantes de Finkelhor y Meyer (1990), En: Claramunt (1999), se encuentra que no existe un solo tipo o perfil de padre incestuoso, aunque fue común observar que ellos eran hombres socializados para relacionar toda intimidad con dominación y sexo. La gran mayoría se había sentido atraído sexualmente por sus hijas por un largo período de tiempo antes de comenzar a abusarlas. Además, reportaron diferentes comportamientos antes de tocar a las niñas, tales como la masturbación mientras pensaban en ellas y el exhibicionismo. Del mismo modo muchos tenían historia de incesto en ellos mismos.

Coulbourn (1991), En: Claramunt (1999), clasificó a los ofensores incestuosos en tres grandes grupos: los padrastros, los padres que vivían separados de la familia y los que convivían con ellos en el momento de ser detectados.

A manera de resumen se encontró, lo siguiente:

- De los 65 casos de incesto, donde los perpetradores, convivían con sus familias, únicamente tres madres lo conocían previamente. Ellas no parecían desearlo o beneficiarse por ello, pero si carecían de poder para detenerlo. Cerca del 45% de esos hombres admitieron haber abusado a más de una niña y en una tercera parte, las víctimas no pertenecían a la familia.

- De los 69 casos de abuso perpetrado mientras el padre vivía fuera de la casa familiar, un grupo importante de ellos había iniciado el abuso antes de la

ruptura marital y la gran mayoría se había sentido atraído sexualmente hacia las niñas durante la vida matrimonial (por ejemplo, padres que habían experimentado erecciones cuando bañaban a sus hijas). En el 75% de los casos, las madres fueron las que iniciaron la separación y los hombres estaban seriamente disgustados con sus ex-esposas. Esos sentimientos se trasladaron hacia sus hijas por lo cual, en muchos de ellos, el abuso sexual estuvo acompañado de odio y maltrato físico.

- En los casos de abuso sexual cometido por padrastro, se encontró que una tercera parte de las niñas había sido abusada previamente y los perpetradores justificaron su agresión, aduciendo que no eran los primeros. Un grupo importante de estos hombres reconoció tener historia de comportamiento abusivo hacia otros niños y el hecho de que había entrado a estas familias con el propósito intencional de abusar.

A manera de síntesis, puede decirse que la investigación, y la experiencia con el trabajo en torno a los ofensores sexuales, refleja las siguientes características: (Knopp 1991; Finkelhor 1991; Claramunt 1992; Abel 1988 y Coulbourn 1991).

- Es una conducta aprendida que, por lo general, se inicia en el período de la adolescencia.
- Es una conducta que va de ofensas menores a graves.
- La conducta sexual abusiva sigue un similar patrón a las conductas adictivas. Es decir, al igual que un alcohólico o un adicto a las drogas, el ofensor sexual encuentra una gran dificultad para detener el abuso. De esta forma, muchos de ellos al ser descubiertos dicen mostrar arrepentimiento y con el propósito de no ser denunciados o perder a la familia, se acercan a iglesias para demostrarlo. Sin embargo, por lo general, reinciden.
- Las fantasías sexuales vinculadas con poder y violencia preceden, por lo general, a la conducta sexual abusiva.
- En la mayoría de los ofensores, la conducta abusiva ha sido

planificada previamente.

- Los ofensores sexuales, por lo general, niegan el abuso, culpan a las víctimas o se justifican tras un supuesto estado de “inconciencia” debido al alcohol, las drogas, el sonambulismo o porque “se les metió el diablo en ese preciso momento”.
- Hay una asociación significativa entre el uso de la pornografía y la conducta sexual abusiva.
- Existe un mayor número de víctimas por ofensor, que aquél por el que es sentenciado o detectado. Se estima que entre un 75% y un 90% de los casos de abuso sexual infantil nunca son reportados.

Aunque no se sabe con certeza por qué se desarrollan los patrones del comportamiento sexual abusivo, existe un acuerdo, bastante general, de que implica un proceso de aprendizaje. La influencia del papel de la violencia en la sociedad, los estereotipos ligada al género, las familias caóticas y rígidas o las experiencias traumáticas de la niñez, particularmente aquellas que involucran abuso sexual, son factores importantes en este aprendizaje. Sin embargo, sí sabemos que la conducta sexual debe ser detenida, controlada y de ser posible, modificada. El precio de no hacer nada o de la impunidad para la misma, es la existencia permanente del crimen más frecuente contra niños y niñas.

#### **4. Las Madres de los Menores Abusados Sexualmente.**

Por lo general, las madres constituyen el foco de atención social en el problema del abuso sexual infantil. Es común encontrar las acusaciones más terribles para ellas. Más aún, en el caso del incesto padre-hija, por lo general se le señala como culpable, cómplice o negligente y en las discusiones suelen oírse más ejemplos de madres negligentes con sus hijos que reproches para los ofensores.

La culpabilidad materna es una clara intención en toda sociedad patriarcal y,

por lo tanto, se encuentra en el habla popular, la literatura psicológica y la interpretación legal. Por ejemplo, la psicología orientada a la reproducción del sistema social con dominio masculino, utiliza comúnmente etiquetas exclusivas para las madres, tales como “abandónica”, “rechazante”, “esquizofrenizante” o “castrante”.

Esta intención del sistema queda evidente en el trabajo de Kaplan y Hall Mc Coquode (1985), En: Claramunt (1999), donde se analizaron 125 artículos sobre problemas emocionales infantiles aparecidos en nueve publicaciones sobre salud mental en tres diferentes períodos: 1970, 1976 y 1982. De este estudio se desprende:

- La existencia de una tendencia altamente significativa para culpar a la madre de cualquier problema de salud mental de sus hijos o hijas.
- La interacción madre-hija o vínculo materno se utilizó para ilustrar el origen de los problemas infantiles.
- Cuando los autores hablaban de que los padres sin especificar el sexo, habían dañado emocionalmente al hijo, en los ejemplos solo se citaba a la madre.
- Las actividades de las madres tales como: abuso del alcohol, poner mucha atención al hijo, o el comportamiento severo siempre fueron consideradas dañinas. En contraste las actividades de los padres, incluyendo el uso del alcohol y las drogas frente a sus hijos o hijas, nunca fueron descritas como perjudiciales.
- En ningún artículo la relación madre-hijo fue descrita como ideal o simplemente saludable. Nunca se les describió en términos positivos.
- La madre fue descrita como responsable de todos los disturbios, aún en los desórdenes cromosómicos.
- Nunca se consideró posible la contribución de los padres en algún problema emocional de los niños y las niñas.

No es de extrañar entonces que en el abuso sexual infantil, y particularmente, en el caso del incesto padre-hija, las interpretaciones motivadas

por el deseo de inculpar a la madre sean el eje central para explicar el origen del problema.

Las creencias que comúnmente se escuchan para inculpar a las madres son:

- Sabe y tolera el abuso
- Es cómplice del ofensor
- Es una mala madre porque no se da cuenta del abuso
- Prefiere al ofensor que a su hija/o
- Es una mujer problemática
- Descuida a su esposo o no lo complace sexualmente

Es importante reconocer que en la experiencia del incesto padre-hija, aunque la madre sea una mujer poco complaciente, enferma, sin atractivos físicos, con problemas sexuales o con pocas habilidades para cuidar a sus hijos o hijas, que estas no son razones que justifican a sus compañeros para sustituirlas por sus hijas. Cuando un hombre abusa sexualmente de su hija y se cree con el derecho de tomarla para sí, es él quien tiene la responsabilidad de la agresión.

Por otra parte, las madres de las víctimas de abuso sexual no se distinguen de manera particular de las otras mujeres. Una gran cantidad de ellas, posiblemente la mayoría, nunca llega a enterarse.

Las que si lo hacen, por lo general, toman medidas para que el abuso se detenga. Sin embargo, particularmente en el caso del incesto (por el esposo, padre, hermano o hijo mayor) estas medidas, tomadas por las madres, no siempre son las más efectivas.

Según Claramunt (1999), entre las razones por las cuales las madres de las víctimas de incesto u de otros crímenes sexuales contra sus hijas o hijos, no siempre son efectivas se encuentran:

- “miedo a enfrentar un proceso judicial.
- La creencia de que ellas son las culpables por no haber detectado tempranamente el abuso sexual.

- El miedo a la violencia contra ellas (muchas mujeres cuyas hijas o hijos son abusados sexualmente por el padre, son maltratadas físicamente por éste).
- La dependencia económica o emocional hacia el ofensor.
- La creencia de que sus hijos son culpables fundamentalmente cuando ellas se responsabilizan por el abuso sufrido en su propia niñez.
- La desesperanza aprendida.
- La esperanza de que el ofensor cambie su conducta, por lo general, favorecida por las propias palabras del perpetrador, la familia y algunos líderes religiosos.
- La creencia de que la familia debe mantenerse unida a cualquier precio.
- El aprendizaje de la sumisión y obediencia ante las decisiones de los hombres que aman”.

En un libro muy popular, Byerly (1985), En: Claramunt (1999), dirigido a ayudar a las madres de víctimas de abuso sexual, y escrito después de escuchar a muchas de ellas, la autora señala que la revelación del abuso constituye una experiencia traumática.

Por consiguiente son reacciones comunes ante el abuso sexual:

- Incredulidad
- Estupor
- Dolor y traición
- Negación
- Sentimientos de culpa
- Ira
- Deseos de venganza
- Odio y repulsión hacia la persona que agredió a su hija o hijo
- Preocupaciones económicas
- Preocupaciones de carácter religioso
- Minimización de los hechos
- Deseos de proteger al ofensor. Especialmente cuando éste le ha dicho

que está arrepentido y no volverá a hacerlo

- Confusión

Estas son reacciones comunes en los seres humanos que se enfrentan a situaciones de crisis por hechos dolorosos e inesperados y sobre todo, cuando a partir de los mismos, deben tomarse diferentes decisiones que cambiarán el estilo de vida. Las mismas reacciones suelen ser pasajeras y dependerán de los recursos internos y las fuentes de ayuda externa, el ir superándolas y modificándolas.

## **5. Clasificación Diagnóstica Según el DSM-IV-TR (2001)**

### **a) Diagnóstico clínico.**

El diagnóstico clínico, según el DSM-IV-TR (2001), de la muestra de estudio está dentro de la sección: problemas relacionados con el abuso o la negligencia. Este apartado incluye categorías que deben utilizarse cuando el objeto de atención clínica es un maltrato grave de una persona contra otra utilizando el abuso físico, el abuso sexual o la negligencia. Concretamente, para la muestra en estudio el diagnóstico sería abuso sexual del niño, el cual debe usarse cuando el objeto de atención clínica es el abuso sexual del niño.

Nueve de las adolescentes de la muestra del estudio presentaban síntomas de depresión y ansiedad, pero estos síntomas no cumplían todos los criterios para un trastorno del Eje I. Solo una de las adolescentes cumplió con los criterios de un trastorno dístímico (300.4).

## **CAPÍTULO II. TRATAMIENTO DEL ABUSO SEXUAL.**

### **1. Modelos de Intervención en Violencia.**

Hay diferentes modelos para encarar la atención, los cuales se pueden sintetizar en modelos que ofrecen descripciones de las formas en que se ha abordado la conducta humana en general. Cada modelo describe la forma cómo se desarrolla la conducta hasta volverse problemática y que han ejercido influencia sobre los estilos de evaluación, tratamiento e investigación de sus seguidores/as.

A pesar de que los modelos pueden ayudar a organizar las ideas, guiar las decisiones y a facilitar la comunicación entre profesionales, su valor no es ilimitado.

A continuación presentaremos un análisis de los diferentes modelos que se han utilizado para la intervención en situaciones de violencia.

#### **a) Modelo intrapsíquico.**

Los supuestos básicos del modelo intrapsíquico son:

- La conducta humana y su desarrollo están determinados principalmente por medio de hechos, impulsos, deseos, motivos y conflictos que se encuentran dentro de la mente.
- Los factores intrapsíquicos proporcionan las causas subyacentes de las conductas que se manifiestan abiertamente ya sean estas problemáticas o no.
- Los orígenes de la conducta y sus problemas se establecen en la infancia a través de la satisfacción o la insatisfacción de las necesidades e impulsos básicos.
- La evolución, el tratamiento y la investigación se dirigen a la actividad

intrapésica, que debe ser tratada para comprender la conducta y aliviar los problemas.

- Los conflictos intrapésicos se interpretan como procesos de enfermedad y las conductas problemáticas se convierten en síntomas. Por consiguiente las personas que buscan ayuda son consideradas pacientes y se emplean los conceptos psíquicos y los métodos tradicionales de diagnóstico, pronóstico, tratamiento y curación.

Al analizar críticamente este modelo, Adams (1986), En: Ramellini y Mesa (1997), establece que es el que se ha usado tradicionalmente para comprender la violencia. La hipótesis principal es que ciertos problemas intrapésicos ocasionan la conducta violenta en una persona y la vulnerabilidad para ser agredida en otra. Entre estos factores se incluyen: pobre control de impulsos, baja tolerancia a la frustración, temor a la intimidad, dependencia, temor al abandono y deterioro en el funcionamiento del yo debido a traumas durante el desarrollo.

La terapia intrapésica busca ayudar al ofensor a darse cuenta de cómo ha sido afectado por experiencias pasadas, de modo que pueda aprender respuestas no violentas en sus relaciones actuales. Se presume que una vez que el ofensor resuelva los problemas del pasado y desarrolle la habilidad de ser más introspectivo, ya no experimentará más la necesidad de abusar a otras personas.

Una de las falacias de este modelo es afirmar que muchos hombres que son inseguros, emocionalmente dependientes, y que tienen miedo a la intimidad y/o al abandono, no son ofensores.

En la atención de la persona afectada por la violencia, se busca ayudarle a comprender cómo sus experiencias pasadas le han colocado en una situación de vulnerabilidad que lo lleva a buscar compañeros agresores y se presume que una vez que resuelva sus problemas del pasado, será menos vulnerable.

Sin embargo, muchas personas que han tenido experiencias que podrían hacerlos vulnerables, no mantienen relaciones de pareja con ofensores. En el

caso de la persona afectada, este modelo no lo ve como una persona “normal” que vive agresión y cuya conducta se ve afectada como consecuencia de ello, sino que se le atribuye un problema de origen intrapsíquico (una fijación en la fase oral).

Ramellini y Mesa (1997), señalan que “por otra parte, el uso de este modelo se centra en dar apoyo y desarrollar la empatía en el contexto terapéutico, lo que puede reforzar el patrón del ofensor de encontrar excusas para la violencia y para proyectar la culpabilidad sobre los demás”. Además cuando la amenaza y el peligro de violencia continúan, no es posible esperar que el ofensor desarrolle su introspección.

#### **b) Modelo de expresión.**

De acuerdo a Adams (1986), En: Ramellini y Mesa (1997), este modelo plantea que los ofensores sufren represión emocional y bloqueo de la comunicación, lo cual ocasiona una acumulación de tensión que puede descargarse en forma explosiva. Se considera la violencia como un problema de comunicación en la pareja.

Al considerar la agresión como un problema de comunicación, se incluye al ofensor y a la persona agredida en la terapia, como si la conducta violenta fuera una responsabilidad compartida.

En realidad, las personas que golpean a sus parejas son expertas en “expresar su enojo” y justifican sus agresiones diciendo que son honestas en sus sentimientos.

El modelo de expresión distorsiona la comprensión de los ofensores planteando que la solución de la conducta violenta está en promover ciertas formas de expresión, sin confrontarlos con su responsabilidad. Por otro lado, atribuye parte de la responsabilidad de la agresión a la persona afectada, considerándola como alguien que carece de habilidad para una comunicación efectiva.

Además, este modelo no es explicativo para la dinámica del abuso sexual, el cual en ningún caso puede ser atribuido a un problema de comunicación.

**c) Modelo de interacción.**

Adams (1986), En: Ramellini y Mesa (1997), sostiene que este modelo parte de que la violencia es un aspecto del patrón disfuncional de una relación de pareja. Se trata a la pareja en terapia conjunta. La meta de la terapia consiste en que cada persona identifique y cambie los comportamientos que contribuyen al problema. Se propone que el ofensor y las personas agredidas compartan la responsabilidad por la forma violenta de relacionarse.

Este modelo no sólo confunde las diferencias entre conducta violenta y no violenta, sino que también da el mensaje tácito de que la violencia es una respuesta comprensible, aunque infortunada, a un comportamiento de parte de la persona afectada que el ofensor considerará como “controlador” u ofensivo.

Al enfocarse sobre lo que la mujer puede hacer para prevenir la ira de su marido, no sólo compromete el derecho de la mujer a expresar su enojo, sino que niega la básica responsabilidad del hombre de expresar sus sentimientos y reacciones de una forma no violenta. Este modelo minimiza la responsabilidad del ofensor, diciendo que la persona afectada es “provocadora”.

Por otra parte, la persona afectada por la violencia no puede expresarse libremente en una sesión conjunta con el agresor, ya que su seguridad se vería comprometida. Si bien existe un problema de comunicación, el mismo no puede ser corregido mientras la violencia o la amenaza de violencia persista.

Este modelo al igual que el anterior, no es aplicable al caso de abuso sexual, a menos que se acepte que la víctima es responsable de haber “provocado” al ofensor, lo que resulta incorrecto además de éticamente inaceptable.

**d) Modelo de aprendizaje social.**

Existen varias formulaciones del modelo de aprendizaje social como por ejemplo, los planteamientos de Dollard y Miller (1940) en torno a las pulsiones aprendidas; el análisis funcional de B. F. Skinner (1947); la importancia de las expectativas estudiadas por Rotter (1959) y el aprendizaje observacional (vicario) de Bandura (1969).

Estos modelos se concentran en la conducta y su relación con las condiciones ambientales que le afectan. El supuesto general es que la conducta se ve influida por el aprendizaje que se llevó a cabo en un contexto social.

Este modelo de aprendizaje social parte de varios supuestos adicionales:

- Lo que debe tomarse en cuenta es la conducta que puede ser medida.
- Se acentúa la importancia de la influencia ambiental sobre la conducta.
- La evaluación y el tratamiento están íntimamente ligados con los resultados de investigaciones experimentales realizadas con seres humanos y animales.
- Las conductas manifiestas no se perciben como síntomas de algún proceso intrapsíquico, por lo que no se realiza un diagnóstico.

En cuanto a la violencia estos modelos sostienen que en tanto sea una conducta aprendida, también la no violencia se puede aprender. Una de las metas de la terapia es mostrar el daño y las consecuencias de la violencia y otra es la enseñanza de conductas alternativas.

Estos modelos proporcionan algunas técnicas útiles para la intervención con personas afectadas por la violencia y los ofensores. Sin embargo, no profundizan en la explicación de la dinámica de la violencia.

Según Adams (1986), En: Ramellini y Mesa (1997), este tipo de intervenciones se dirigen a reducir la tensión o mejorar las habilidades interpersonales, sin tomar en cuenta las dimensiones del poder y el control en el abuso hacia la persona afectada. A menos que se tome en cuenta la

dimensión de género, no se explica por qué las mujeres son a menudo el único blanco del abuso masculino, mientras se evidencia el hecho que muchos hombres no golpean, aunque carecen de habilidades interpersonales o para enfrentar la tensión.

**e) Modelo género sensitivo.**

Este modelo sostiene que todas las personas han sido afectadas adversamente por la estructura socio-cultural sexista. Examina las contradicciones inherentes al intento individual para crecer mientras se vive en un ambiente social que enseña los usos inapropiados del poder y limita al acceso a los recursos, basándose en el género.

La meta general de la terapia es incrementar las oportunidades para el crecimiento individual y colectivo y eliminar el sexismo y su impacto negativo en las personas. Se estimula el análisis de los roles sexuales tradicionales y los arreglos de poder en las relaciones.

Según Ramellini y Mesa (1997), este modelo propone que la agresión es una conducta controladora que sirve para crear y mantener el poder del agresor sobre la persona afectada. Según el modelo, algunos hombres aprenden que las mujeres, los niños, las niñas y los/as jóvenes les pertenecen y que por lo tanto, pueden ejercer su poder sobre ellos(as). Las mujeres por su parte, aprenden que la sumisión y la resignación son intrínsecas a su condición de mujer.

Se define la violencia más ampliamente, como cualquier acción que obligue a las personas afectadas a hacer algo que no desean hacer, le impide hacer algo que desea hacer o le ocasiona temor.

El modelo género sensitivo, al igual que los de aprendizaje social, reconoce la necesidad de educar a los ofensores sobre habilidades de cuidado y comunicación, pero a diferencia de éstos, considera igualmente esencial rechazar las expectativas sexistas y los comportamientos controladores.

El eje central de la intervención con las personas afectadas es el empoderamiento. Se busca que la persona afectada reconozca las diferentes formas de presión, revise sus concepciones a veces de la identidad femenina y masculina y desarrolle estrategias para lograr su independencia y autonomía.

**f) Modelo cognitivo conductual.**

El modelo cognitivo conductual propone que, "todas las perturbaciones psicológicas tienen en común una distorsión del pensamiento, que influye en el estado de ánimo y en la condición del paciente". Beck (2000).

La terapia cognitiva se basa en el modelo cognitivo que plantea la hipótesis de que son las percepciones de los eventos lo que influye sobre las emociones y los comportamientos de una persona.

Beck (op. cit), nos señala que la modificación del pensamiento desadaptivo produce una mejoría en los estados de ánimo y en el comportamiento.

En cuanto a la violencia este modelo sostiene que en tanto es debida a distorsiones del pensamiento su propósito consistirá en enseñar al paciente a identificar sus distorsiones cognitivas, las emociones, los comportamientos y las respuestas fisiológicas que surgen del pensamiento disfuncional y así enseñarles cómo modificar sus pensamientos por otros más adaptativos.

**2. Técnicas Cognitivo - Conductuales.**

La terapia cognitivo-conductual se sirve de una gran cantidad y variedad de técnicas para cambiar el pensamiento, el estado de ánimo y la conducta. A continuación describimos algunas de ellas:

**a) Reestructuración cognitiva.**

Esta técnica consiste básicamente en identificar y modificar las ideas irracionales o distorsiones cognoscitivas que son las causantes del estado de ánimo: ansioso y depresivo que presentaban las adolescentes que participaban de la investigación.

A. Beck (1985), En: Ruíz Sanchez y Cano Sánchez (1992), indica que se parte de la idea de que el sujeto, a lo largo del desarrollo, ha adquirido una serie de esquemas cognitivos referentes a las amenazas que se activan en ciertas situaciones.

Esa activación pondría en marcha distorsiones cognitivas y pensamientos automáticos referentes a expectativas, imágenes amenazantes, incapacidad percibida de afrontamiento a nivel cognitivo que producirá a su vez activación a nivel emocional y a nivel conductual.

“Esas percepciones se refieren a contenidos amenazantes sobre peligros para los intereses del sujeto y su incapacidad para afrontarlos”. Ruiz Sánchez y Cano Sánchez (1992).

Janet y Rush (1988), En: Ruiz Sánchez y Cano Sánchez (1992), señalan que, los esquemas cognitivos de la ansiedad tienen contenidos temáticos referentes a amenazas, peligros, daño sobre las relaciones sociales, identidad personal, ejecución, rendimiento, autonomía y salud.

Entre las distorsiones cognitivas más frecuentes en los trastornos de ansiedad, según Beck (1985), En: Ruiz Sánchez y Cano Sánchez (1992), están los pensamientos catastróficos, la maximización y la minimización, pero también pueden aparecer otras distorsiones.

En cuanto a la depresión Beck (1979), En: Ruiz Sánchez y Cano Sánchez (1992), parte de la hipótesis de que el sujeto depresivo tiene unos esquemas cognitivos tácitos o inconscientes que contienen una organización de significados personales (supuestos personales) que le hacen vulnerable a determinados acontecimientos (p.e. pérdidas). Los significados personales

suelen ser formulaciones inflexibles referentes a determinadas metas vitales (p.e. amor, aprobación, competencia personal, etc.) y a su relación con ellos (autovaloración). Esos significados se activan en determinadas circunstancias, haciendo que el sujeto depresivo procese erróneamente la información (distorsiones cognitivas) e irrumpa en su conciencia una serie de pensamientos negativos, involuntarios (pensamientos automáticos) que son creídos por el paciente y que le hacen adoptar una visión negativa de si mismo, de sus circunstancias y del desarrollo de los acontecimientos futuros (triada cognitiva). Los pensamientos automáticos negativos a su vez interactúan con el estado afectivo resultante (depresivo) y las conductas relacionadas (p.e. evitación, descenso de la actividad...), siendo el resultado de esta interacción el "cuadro depresivo".

Beck (1979), En: Ruiz Sánchez y Cano Sánchez (1992), identifica las siguientes distorsiones cognitivas en la depresión: inferencia arbitraria, abstracción selectiva, sobregeneralización, maximización y minimización, personalización y pensamiento dicotómico o polarización.

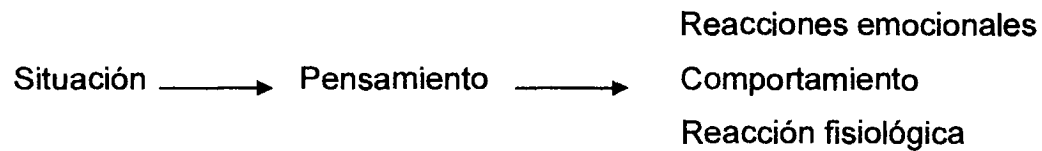
Igualmente, Beck (1976), En: Ruiz Sánchez y Cano Sánchez (1992), ha especificado algunos de los supuestos personales que suelen predisponer o hacer vulnerables a las personas a la depresión:

1. Para ser feliz, debo tener éxito en todo lo que me proponga.
2. Para ser feliz, debo obtener la aceptación y la aprobación de todo el mundo en todas las ocasiones.
3. Si cometo un error, significa que soy un inepto.
4. No puedo vivir sin ti.
5. Si alguien se muestra en desacuerdo conmigo significa que no le gusto.
6. Mi valor personal depende de lo que otros piensen de mí.

A las adolescentes se les explican los principios básicos en los que se fundamenta la reestructuración cognitiva (modelo cognitivo). Se indica que la terapia cognitiva plantea la hipótesis de que las percepciones de los eventos influyen sobre las emociones y los comportamientos de las personas. Se les

enseña que la interpretación de una situación, o sea, lo que se piensa de esa situación, más que la propia situación, a menudo influye sobre nuestras emociones, comportamientos y respuestas fisiológicas subsiguientes, así opinan Beck (1961), Ellis (1962), En: Beck (2000).

Se establece el diagrama siguiente:



A través de esta técnica se le explica a las adolescentes en qué consiste el modelo A, B, C, como también, qué son las distorsiones cognitivas, las creencias centrales, los pensamientos automáticos.

Se enseña a las jóvenes a identificar las emociones (haciendo énfasis para este estudio, en la ansiedad y la depresión) e igualmente, los comportamientos y reacciones fisiológicas que surgen de ese pensamiento.

Se le entrena a las jóvenes para identificar y debatir las distorsiones cognitivas y se les enseña a utilizar pensamientos más funcionales en relación a las situaciones.

La técnica de reestructuración cognitiva se utilizó para enseñar a las adolescentes a afrontar situaciones reales de su vida diaria.

#### **b) Entrenamiento en habilidades sociales: asertividad.**

Hoy día existe un amplio consenso sobre la importancia de las habilidades sociales para el mantenimiento de la salud física y mental.

Existe una gran cantidad de programas de entrenamiento en habilidades sociales y una gran cantidad de técnicas para trabajar la asertividad. El entrenamiento en la asertividad en las adolescentes, víctimas de abuso sexual,

tiene como finalidad el aprendizaje de los elementos centrales que componen la habilidad de relacionarse con los demás, procurando que las adolescentes establezcan relaciones firmes y respetuosas en sus contextos inmediatos para promover el cuidado de sí, de los demás y de su entorno.

El punto central de este modelo es ayudar a las jóvenes a exponer sus sentimientos y preferencias de una manera honesta, adecuada, sin ser agresivas ni pasivas.

Para lograr este objetivo se utilizan una serie de estrategias básicas como la educación, el ensayo de conductas, la retroalimentación y las tareas para la casa.

Para el entrenamiento asertivo, primeramente se describe el concepto de asertividad, se les enseña a utilizar el asertómetro y aplicarlo en sus relaciones con los demás; se identifican las características de las personas asertivas, agresivas y pasivas; se fortalece la capacidad de tomar distancia de las presiones que ejercen los pares que participan en sus mismos grupos y afirmar su autonomía para decidir lo más conveniente en el momento oportuno utilizando la herramienta "NO ME PRESIONE"; se les describen los pasos a seguir para expresarse asertivamente a través del "micrófono asertivo" y se hace una práctica para identificar cuando se es pasivo, agresivo o asertivo.

La terapeuta da ejemplos de comportamientos asertivos y no asertivos. Posteriormente se llevan a cabo ensayos conductuales.

### **c) Entrenamiento en la relajación.**

La relajación es una técnica para eliminar la tensión cuando las personas se encuentran bajo los efectos de la ansiedad.

El objetivo de la relajación es disminuir los síntomas subjetivos, fisiológicos y conductuales de la ansiedad, al igual que otras emociones negativas.

En general, las adolescentes víctimas de abuso sexual experimentan un grado significativo de ansiedad. A través del programa se habla acerca de la

ansiedad, cómo se evita, cómo se reconoce y algunas formas para manejarla.

Sonkin y Purphy (1997), describen dos estrategias para reducir la ansiedad las cuales son: visualización y ejercicios de relajación (ver programa). Las adolescentes pusieron en práctica ambas estrategias dentro y fuera de las sesiones de terapia.

**d) Tareas para la casa.**

Las tareas para la casa son parte de la terapia cognitivo-conductual.

“Las tareas para el hogar no son un elemento accesorio, sino que son parte constitutiva de la terapia cognitiva”. Beck ( 2000).

Por medio de las tareas para la casa pretendemos extender las posibilidades de cambios cognitivos y conductuales.

La asignación de tareas, acorde con lo dado en las sesiones, permite que el paciente logre mayores conocimientos, pueda revisar sus pensamientos, sus emociones, sus conductas, pueda poner en práctica la modificación de pensamientos, trabajar en la asertividad, etc.

Beck (op.cit), nos señala que no hay una fórmula exacta para todos los pacientes sobre las tareas que hay que asignarles, ya que más bien éstas se adaptan a los contenidos de la sesión y a las características del paciente, tales como: si el paciente sabe leer o no, su disposición, su motivación, etc.

Un aspecto importante que permite la probabilidad de aumentar el éxito de las tareas es dar una explicación clara del propósito de éstas al inicio de la sesión y explicar cada tarea claramente, es decir, cómo se hace y por qué se hace. Se pueden hacer ensayos. También es necesario comentar y revisar las tareas para la casa durante las sesiones siguientes a la ejecución. Así mismo se debe recordar a las pacientes la ejecución de dichas tareas.

### **3. La Intervención Grupal en Situaciones de Violencia Física y Abuso Sexual.**

El tratamiento grupal para las personas afectadas por la violencia se justifica por su potencial para aliviar y contrarrestar los efectos del abuso. Los problemas en las relaciones interpersonales y la desconfianza causada por el abuso son trabajados en un contexto que exige un compromiso de las(os) participantes.

El grupo permite romper el secreto, el aislamiento y el estigma causado por el abuso y promueve la exploración y resolución del trauma y sus secuelas.

La empatía que se desarrolla al compartir experiencias y reacciones en común, así como el análisis de las interacciones entre los(as) participantes son de gran valor terapéutico. Ramellini y Mesa (1997).

La intervención grupal es la modalidad recomendada para las personas afectadas por la violencia.

Esta modalidad tiene varios beneficios, según Courtoris(1988), En: Ramellini y Mesa (1997):

- La identificación con las(os) participantes y el establecimiento de una alianza para la recuperación reduce el aislamiento que es común en las personas afectadas.
- Reconocimiento de factores en común entre las/os participantes.
- La ruptura del silencio y el reconocimiento de la experiencia de abuso implica recuperar cierto poder frente al agresor.
- Ayuda a contrarrestar la negación, la minimización y la represión en torno al abuso.
- El grupo constituye una red de apoyo y/o una familia "elegida".
- La interacción con otras personas que han vivido una experiencia similar facilita la exploración de emociones y creencias en torno al abuso.
- El grupo constituye un escenario inigualable para la elaboración del duelo.
- Permite la observación y exploración de los patrones de interacción

entre las/os participantes, así como conocer y aprender nuevos modelos de conducta.

**a) Tipos de grupo.**

Los grupos pueden asumir dos formas básicas en lo que respecta a su funcionamiento: abiertos y cerrados. Courtois (1988), Lew (1990) En: Ramellini y Mesa (1997).

Los grupos abiertos constituyen un recurso permanente de apoyo a nivel comunitario.

Un grupo abierto es aquel en el que se fija un horario, lugar y duración, y en el que las personas que tengan interés pueden participar siempre que lo deseen. La principal ventaja es que las personas pueden integrarse en cualquier momento que lo necesiten y sientan que tienen el control sobre su participación en el grupo. La desventaja es que es más difícil garantizar la secuencia de los temas que les parezcan amenazantes o conflictivos y por lo tanto, pueden no terminar de examinar y elaborar sus experiencias de abuso. Ramellini y Mesa (1997).

El grupo cerrado se adecua a las condiciones de trabajo institucional. Este tipo de grupo tiene una agenda preestablecida, se conforma cuidando ciertas características de los/as participantes, en aras de facilitar las condiciones para una mejor integración.

Una ventaja de los grupos cerrados es que constituyen un proceso más estructurado que permite que los/as participantes analicen una serie de tópicos y elaboren en conjunto alternativas. Otra ventaja es que al ser un proceso realizado con el mismo grupo de personas, permite a los/as participantes desarrollar destrezas de interrelación y comunicación más permanentes. Las desventajas son que se cubre poca población, ya que una vez iniciado un grupo, no hay posibilidades de integrar nuevos/as participantes y es necesario esperar hasta la apertura de un nuevo grupo y que puede haber un porcentaje de

deserción posterior al cierre de nuevas/os participantes que dejan puestos vacantes que no es posible llenar.

También podemos clasificar los grupos de acuerdo al tipo de facilitación, ya sea como: terapéuticos, de apoyo y de autoayuda. Son grupos terapéuticos aquellos orientados a explorar los ejes centrales de las áreas afectadas, a expresar sentimientos y a producir cambios cognoscitivos y conductuales. Este tipo de grupo funciona de acuerdo a una agenda preestablecida y está dirigido por un/a terapeuta que mantiene una intervención bastante central en el funcionamiento del grupo. En general, son los que se constituyen cuando se trabaja con niños, niñas, jóvenes y con algunos grupos de personas con discapacidad.

Los grupos de apoyo tienen una agenda más flexible y hay una persona que actúa como facilitador del proceso, cuyo papel protagónico debe ir desapareciendo a medida que los/as participantes asumen la dirección del proceso grupal.

Los grupos de autoayuda están integrados únicamente por personas afectadas. Los/as participantes toman las decisiones acerca de los contenidos, duración y dinámica del grupo. Muchas veces se han conformado entre personas que han participado en grupos terapéuticos o de apoyo y que desean seguir, funcionando como una red. Ramellini y Mesa (1997).

#### **b) Criterios para la conformación de grupos.**

El principio básico es que entre los/as participantes en un grupo se intente mantener una cierta homogeneidad en cuanto a sexo, grupo etario, experiencia de abuso, circunstancias de vida y algunas otras consideraciones especiales (personas con retraso mental, parálisis cerebral, personalidad múltiple).

**- Criterios para la conformación de grupos de personas afectadas por la violencia sexual.**

Los grupos de niños y niñas menores de seis años de edad pueden ser mixtos. A partir de los seis años de edad, no está indicado incluir en un mismo grupo niños y niñas, ya que desde esa edad la intervención adquiere características especiales según el género. En los grupos de niños está especialmente indicado enfatizar la prevención de las conductas abusivas hacia otras personas.

Es conveniente hacer una división por edades, por razones de desarrollo psicológico. La diferencia de edad entre los/as participantes de un grupo no debe ser mayor de 2 ó 3 años en niños y niñas y este rango se va ampliando hasta llegar a más o menos 10 años en adultos/as. Preferiblemente, la experiencia de abuso debe ser similar, por ejemplo en sobrevivientes de abuso repetido o personas que sufrieron una única violación.

En cuanto a circunstancias de vida, es importante considerar variables como estado civil, número de hijos/as, orientación sexual, nivel educativo, para cuidar que ninguna/o de los/as participantes se sienta aislado.

### **CAPÍTULO III. ASPECTOS METODOLÓGICOS.**

#### **1. Enunciado del Problema.**

¿Qué efecto tendrá un programa cognitivo conductual sobre los niveles de ansiedad y depresión que reflejan las adolescentes que han sido víctimas de abuso sexual?

#### **2. Justificación de la Investigación.**

El abuso sexual de las niñas, de los niños y de las adolescentes es una situación que suscita el rechazo de la sociedad. Personas de todo medio, coinciden en repudiar el hecho de que una persona adulta utilice a una niña, niño o adolescente que está bajo su cuidado para obtener excitación y/o gratificación sexual.

El factor común que subyace en todas las formas de maltrato es el abuso de poder o autoridad. El abuso sexual infantil ocurre cuando una persona más fuerte o con poder (padres o adultos) aprovecha la ventaja que tiene sobre otro menos fuerte o que tiene menos poder.

El abuso sexual se define como "el contacto sexual directo o indirecto entre una niña/o y un adulto, que mantiene con la niña(o) lazos de amistad, confianza, afecto, parentesco o autoridad". Batrés (1997).

Las niñas, los niños y las/os adolescentes tienen el derecho de vivir libres del acoso, la violación o cualquier otro tipo de abuso sexual. Dado su desarrollo biopsicosocial, las niñas y los niños no tienen comprensión cabal de la sexualidad y carecen de criterio, experiencia y conocimiento de las consecuencias y los riesgos para determinar, de manera responsable, el ejercicio de su sexualidad.

La atención profesional a sobrevivientes de abuso sexual infantil ha

demostrado que más que el contacto físico o la penetración, son el secreto, la traición y el daño psicológico, los elementos fundamentales de esta agresión. El abuso sexual de niñas, niños y adolescentes supone violar un lazo de confianza establecido entre una persona adulta y la víctima y no se limita al abuso cometido exclusivamente por personas que tienen una relación consanguínea con ésta. Ministerio de Salud (1998).

El abuso sexual ocasiona múltiples consecuencias para las personas que la viven, que van desde un bajo rendimiento académico, pasando por depresiones, ansiedad, agresividad, abuso de sustancias, negativismo, intentos de suicidio y manifestaciones somáticas, entre otras. Ramellini y Mesa (1997).

Las personas afectadas por el abuso sexual desarrollan diferentes estrategias que les permiten sobrevivir. Algunas de estas estrategias son útiles para su desarrollo, mientras que otras tienen costos demasiado elevados para la persona.

Una intervención especializada como el programa grupal cognitivo conductual que le ofreceremos a las jóvenes víctimas de abuso sexual busca contribuir, de manera importante a que las adolescentes puedan superar las secuelas del abuso vivido; ya que a través de dicha intervención las jóvenes podrán darse cuenta que no están solas y que no son las únicas que tienen problemas con sus pensamientos. Además el grupo les permite romper el secreto, el aislamiento y el estigma causado por el abuso. También la intervención grupal es beneficiosa porque se constituye para las jóvenes en una red de apoyo y/o una familia "elegida".

### **3. Planteamiento de Objetivos.**

#### **a) Objetivos generales:**

- Disminuir los niveles de ansiedad y depresión que experimentan las

adolescentes que han sido víctimas de abuso sexual, a través de un programa cognitivo conductual.

- Evaluar la reducción de la ansiedad y la depresión, obtenida a través del programa, en las adolescentes víctimas de abuso sexual.

**b) Objetivos específicos:**

- Aplicar un programa cognitivo conductual para adolescentes víctimas de abuso sexual.
- Disminuir los síntomas depresivos que experimentan las adolescentes que han sido víctimas de abuso sexual.
- Reducir los niveles de ansiedad que experimentan las adolescentes.
- Evaluar, en términos estadísticos, la efectividad del programa cognitivo conductual con adolescentes que han sido víctimas de abuso sexual.

**4. Sujetos.**

- El grupo se conformó con 13 adolescentes víctimas de abuso sexual y que presentaban síntomas de ansiedad y depresión. Hubo tres muertes experimentales, por lo tanto, la muestra de la investigación fue de 10 adolescentes.
- La elección fue no aleatoria. Se seleccionaron 13 adolescentes con historias de haber sido víctimas de abuso sexual y que presentaban síntomas de ansiedad y depresión asociados al abuso. Estas pacientes

fueron referidas del Hogar Santa Isabel, del Hogar Santa Rita y del Juzgado de Niñez y Adolescencia.

- Primeramente se realizó una entrevista clínica y se estableció el diagnóstico de abuso sexual en el niño. La entrevista clínica utilizada se basó en el formato de historia clínica cognitivo-conductual de A. Maldonado (1990) y Karataos (1991), En: Ruiz Sánchez y Cano Sánchez, (1992). Posteriormente se evaluó a las jóvenes a través de la Escala de ansiedad manifiesta de niños y adolescentes y el cuestionario estructural tetradimensional para la depresión.
- Las adolescentes no estaban recibiendo atención psicológica, ni psiquiátrica y no estaban tomando ningún psicofármaco.
- Las adolescentes tienen las edades comprendidas entre los 13 y los 17 años. Saben leer y escribir.
- Para la elección no se tomó en consideración la raza, el grado de escolaridad, el nivel socioeconómico, así como tampoco el tiempo de haber vivido el abuso.

## **5. Diseño de Investigación.**

### **a) Estudio explicativo.**

El interés de este tipo de estudio “se centra en explicar por qué ocurre un fenómeno y en qué condiciones se da éste, o por qué dos o más variables están relacionadas”. Hernández Sampieri y otros (1985).

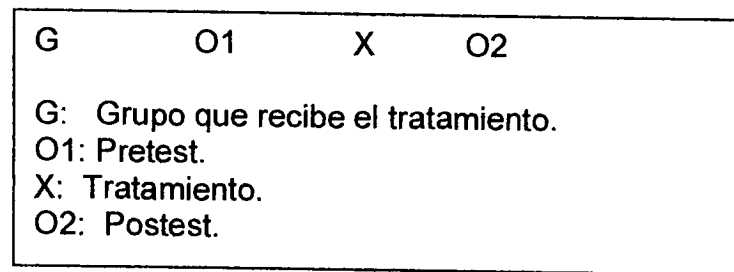
Busca encontrar cómo explicar las razones que provocan ciertos fenómenos.

Evalúa si un tratamiento es efectivo o beneficioso para los individuos.

Explica por qué se atribuye un cambio principalmente al tratamiento.

**b) Diseño de pre-prueba post-prueba con un solo grupo.**

El diseño que se utilizó fue el pre-experimental con pretest y posttest con un solo grupo. Este diseño se diagrama así:



Este es un pre-experimento que consiste en administrar a un grupo una preprueba previa al tratamiento, después se administra el tratamiento y finalmente, se aplica una postprueba.

En este tipo de diseño hay un seguimiento del grupo. Se observa si el tratamiento produjo algún cambio en las jóvenes. Se comparan las mediciones antes y después del tratamiento, para observar y medir si hay cambios en ellas.

Este diseño tiene algunas limitaciones como el hecho de que el grado de control es mínimo, no hay grupo control, no hay asignación al azar y por consiguiente la validez interna de la investigación se ve amenazada.

No obstante, si en este tipo de investigación, se utilizan los resultados con precaución, no deja de ser valioso, ya que podemos conocer en las participantes del estudio, si el tratamiento les ayudó o no.

Somos conocedoras de que el ideal sería hacer una investigación experimental o cuasi-experimental pero, una vez que nos planteamos el problema, los objetivos, revisada la literatura, como también considerada la importancia de que estas adolescentes recibieran un tratamiento psicológico,

evaluamos la viabilidad de realizarlo y de cómo hacerlo.

Entre las limitaciones que encontramos, se encuentran las siguientes:

- Resistencia de la encargada del Hogar Santa Rita para autorizar la participación de las jóvenes al programa.
- La realización de la huelga de educadores, en 2006, lo cual trajo la deserción de dos jóvenes del grupo, ya que como vivían en áreas alejadas, no podían viajar dos veces por semana.
- La escasez de recursos económicos de varias de las adolescentes.

Consideramos que con un tipo de diseño como éste, podríamos brindarle a las adolescentes, víctimas de abuso sexual, una atención psicológica adecuada, lo cual tanto ayudaría a las jóvenes a mejorar sus síntomas de ansiedad y depresión, así como también a conocer si en estas pacientes el tratamiento había sido efectivo.

## **6. Formulación de Hipótesis.**

### **a) Hipótesis conceptual**

El programa cognitivo conductual contribuirá a disminuir los niveles de ansiedad y depresión que experimentan las adolescentes que han sido víctimas de abuso sexual.

### **b) Hipótesis operacional**

**Hipótesis 1:** Las adolescentes, víctimas de abuso sexual, que participan del programa cognitivo conductual presentarán menores niveles de ansiedad total después de recibir el tratamiento que antes de haberlo recibido.

**Hipótesis 2:** Las adolescentes víctimas de abuso sexual que participan del programa cognitivo conductual presentarán menores niveles de ansiedad fisiológica después de recibir el tratamiento, que antes de haberlo recibido.

**Hipótesis 3:** Las adolescentes, víctimas de abuso sexual, que participan del programa cognitivo conductual presentarán menores niveles de Inquietud/hipersensibilidad después de recibir el tratamiento, que antes de haberlo recibido.

**Hipótesis 4:** Las adolescentes, víctimas de abuso sexual, que participan del programa cognitivo conductual presentarán menores niveles de preocupaciones sociales/concentración después de recibir el tratamiento, que antes de haberlo recibido.

**Hipótesis 5:** Las adolescentes, víctimas de abuso sexual, que participan del programa cognitivo conductual presentarán menores niveles de depresión total después de recibir el tratamiento, que antes de haberlo recibido.

**Hipótesis 6:** Las adolescentes víctimas de abuso sexual que participan del programa cognitivo conductual presentarán menores niveles de humor depresivo después de recibir el tratamiento, que antes de haberlo recibido.

**Hipótesis 7:** Las adolescentes, víctimas de abuso sexual, que participan del programa cognitivo conductual presentarán menores niveles de anergia después de recibir el tratamiento, que antes de haberlo recibido.

**Hipótesis 8:** Las adolescentes, víctimas de abuso sexual, que participan del programa cognitivo conductual presentarán menores niveles de discomunicación después de recibir el tratamiento, que antes de haberlo recibido.

**Hipótesis 9:** Las adolescentes, víctimas de abuso sexual, que participan del programa cognitivo conductual presentarán menores niveles de ritmopatía después de recibir el tratamiento, que antes de haberlo recibido.

**c) Hipótesis Estadística.**

**Hipótesis estadística 1: ansiedad total.**

**$H_0 = \mu_D \leq 0$**  El nivel de ansiedad total será igual o mayor después de recibir el tratamiento, comparado con antes de haberlo recibido.

**$H_a = \mu_D > 0$**  Los niveles de ansiedad total serán menores después de recibir el tratamiento, comparado con antes de haberlo recibido.

El punto de corte y la regla de decisión son:

$$gl = n - 1 = 10 - 1 = 9 \text{ gl}; t_c = 1.833$$

$\alpha = 0.05$  a una cola.

Se rechaza la  $H_0$  si  $t_o > t_c$

**Hipótesis estadística 2: Ansiedad fisiológica.**

$H_0 = \mu_D \leq 0$  El nivel de ansiedad fisiológica será igual o mayor después de recibir el tratamiento, comparado con antes de haberlo recibido.

$H_a = \mu_D > 0$  Los niveles de ansiedad fisiológica serán menores después de recibir el tratamiento, comparado con antes de haberlo recibido.

El punto de corte y la regla de decisión son:

$$gl = n - 1 = 10 - 1 = 9 \text{ gl}; \quad t_c = 1.833$$

$\alpha = 0.05$  a una cola.

Se rechaza la  $H_0$  si  $t_o > t_c$

**Hipótesis estadística 3: Inquietud-hipersensibilidad.**

**$H_0 = \mu_D \leq 0$**  El nivel de inquietud/hipersensibilidad será igual o mayor después de recibir el tratamiento, comparado con antes de haberlo recibido.

**$H_a = \mu_D > 0$**  Los niveles de inquietud/hipersensibilidad serán menores después de recibir el tratamiento, comparado con antes de haberlo recibido.

El punto de corte y la regla de decisión son:

$$gl = n - 1 = 10 - 1 = 9 \text{ gl}; t_c = 1.833$$

$$\alpha = 0.05 \text{ a una cola}$$

Se rechaza la  $H_0$  si  $t_o > t_c$

**Hipótesis estadística 4: Preocupaciones sociales-concentración.**

**$H_0 = \mu_D \leq 0$**  El nivel de preocupaciones sociales/concentración será igual o mayor después de recibir el tratamiento, comparado con antes de haberlo recibido.

**$H_a = \mu_D > 0$**  Los niveles de preocupaciones sociales/concentración serán menores después de recibir el tratamiento, comparado con antes de haberlo recibido.

El punto de corte y la regla de decisión son:

$$gl = n - 1 = 10 - 1 = 9 \text{ gl}; t_c = 1.833$$

$\alpha = 0.05$  a una cola.

Se rechaza la  $H_0$  si  $t_o > t_c$

**Hipótesis estadística 5: Depresión total**

**$H_0 = \mu_D \leq 0$**  El nivel de depresión total será igual o mayor después de recibir el tratamiento, comparado con antes de haberlo recibido.

**$H_a = \mu_D > 0$**  Los niveles de depresión total serán menores después de recibir el tratamiento, comparado con antes de haberlo recibido.

El punto de corte y la regla de decisión son:

$$gl = n - 1 = 10 - 1 = 9 \text{ gl}; t_c = 1.833$$

$\alpha = 0.05$  a una cola.

Se rechaza la  $H_0$  si  $t_o > t_c$

**Hipótesis estadística 6: Humor depresivo.**

**$H_0 = \mu_D \leq 0$**  El nivel de humor depresivo será igual o mayor después de recibir el tratamiento, comparado con antes de haberlo recibido.

**$H_a = \mu_D > 0$**  Los niveles de humor depresivo serán menores después de recibir el tratamiento, comparado con antes de haberlo recibido.

El punto de corte y la regla de decisión son:

$$gl = n - 1 = 10 - 1 = 9 \text{ gl}; t_c = 1.833$$

$\alpha = 0.05$  a una cola.

Se rechaza la  $H_0$  si  $t_o > t_c$

**Hipótesis estadística 7: Anergia.**

**$H_0 = \mu_D \leq 0$**  El nivel de anergia será igual o mayor después de recibir el tratamiento, comparado con antes de haberlo recibido.

**$H_a = \mu_D > 0$**  Los niveles de anergia serán menores después de recibir el tratamiento, comparado con antes de haberlo recibido.

El punto de corte y la regla de decisión son:

$$gl = n - 1 = 10 - 1 = 9 \text{ gl}; t_c = 1.833$$

$\alpha = 0.05$  a una cola.

Se rechaza la  $H_0$  si  $t_o > t_c$

**Hipótesis estadística 8: Discomunicación.**

**$H_0 = \mu_D \leq 0$**  El nivel de discomunicación será igual o mayor después de recibir el tratamiento, comparado con antes de haberlo recibido.

**$H_a = \mu_D > 0$**  Los niveles de discomunicación serán menores después de recibir el tratamiento, comparado con antes de haberlo recibido.

El punto de corte y la regla de decisión son:

$$gl = n - 1 = 10 - 1 = 9 \text{ gl}; t_c = 1.833$$

$\alpha = 0.05$  a una cola.

Se rechaza la  $H_0$  si  $t_o > t_c$

**Hipótesis estadística 9: Ritmopatía.**

**$H_0 = \mu_D \leq 0$**  El nivel de ritmopatía será igual o mayor después de recibir el tratamiento, comparado con antes de haberlo recibido.

**$H_a = \mu_D > 0$**  Los niveles de ritmopatía serán menores después de recibir el tratamiento, comparado con antes de haberlo recibido.

El punto de corte y la regla de decisión son:

$$gl = n - 1 = 10 - 1 = 9 \quad gl; t_c = 1.83$$

$\alpha = 0.05$  a una cola.

Se rechaza la  $H_0$  si  $t_o > t_c$ .

## **7. Instrumentos de Medición.**

### **a) Escala de ansiedad manifiesta en niños y adolescentes. CMAS-R.**

Este instrumento se diseñó de manera específica para aplicarse de forma grupal o individual a niños y adolescentes de 6 a 19 años de edad. Con un nivel de lectura aproximada de tercer grado.

La CMAS-R consta de cinco puntuaciones. La puntuación de ansiedad total se basa en 28 reactivos de ansiedad. Estos 28 reactivos también están divididos en tres subescalas de ansiedad: ansiedad fisiológica, inquietud/hipersensibilidad y preocupaciones sociales/concentración. Los nueve reactivos restantes de la CMAS-R con parte de subescala de mentira.

La puntuación natural en cada subescala es el número de reactivos marcados "sí" para esa subescala.

Las puntuaciones naturales se convierten en puntuaciones escalares y percentiles. Para la puntuación de ansiedad total, la puntuación de escala es una puntuación estándar con una media de 50 y una desviación estándar de 10, el bien conocido y tradicional escala de puntuaciones T, la cual es común en muchas áreas de la evaluación de la personalidad. Para las subescalas, las puntuaciones escalares tiene una media de 10 y una desviación estándar de 3, similar a las puntuaciones que se utilizan para la escala de inteligencia para el nivel escolar (Revisada WISC-R, Wechler, 1974).

Las tres puntuaciones subescalares de ansiedad (ansiedad fisiológica, inquietud/hipersensibilidad y preocupaciones sociales/concentración) representan diferentes áreas en las que se manifiesta la ansiedad y se proporcionan para auxiliar al psicólogo en el desarrollo de hipótesis acerca del niño y la conducta del mismo. Las tres subescalas de ansiedad no se traslapan. La subescala de ansiedad fisiológica se compone de 10 reactivos. Esta escala está asociada con manifestaciones fisiológicas de ansiedad como dificultades del sueño, náuseas y fatiga. La subescala de inquietud/hipersensibilidad,

compuesta de 11 reactivos, está asociada con una preocupación obsesiva acerca de una variedad de cosas, la mayoría de las cuales son relativamente vagas, y están mal definidas en la mente del niño, junto con miedos de ser lastimado o aislado en forma emocional. La subescala de preocupaciones sociales/concentración consta de siete reactivos, haciéndola significativamente más corta que las otras dos subescalas. Sin embargo, está es comparable con la subescala de ansiedad fisiológica en su confiabilidad y es particularmente útil para discriminar a los niños que tienen problema escolares. Como el nombre lo implica, esta escala se concentra en pensamientos distractores y ciertos miedos, muchos de naturaleza social o interpersonal, que conducen a dificultades con la concentración y la atención.

Contenida dentro de la CMAS-R también se encuentra una subescala de mentira diseñada para detectar conformidad, conveniencia social o la falsificación deliberada de respuestas. La subescala de mentira se compone de nueve reactivos.

Una puntuación elevada requiere que el clínico determine si el niño daba respuestas válidas para la escala ansiedad o sólo marcaba "sí" a cualquier reactivo o bien trataba de complacer al examinador.

#### **- Interpretación de las puntuaciones de la escala.**

##### **Puntuación de ansiedad total:**

Las puntuaciones crudas de ansiedad total pueden variar de 0 a 28.

Debido a que la mayoría de las puntuaciones se encuentran dentro de una desviación estándar por arriba o por debajo de la media, se le atribuye un mayor significado a aquellas puntuaciones que se encuentran fuera de este rango de calificación (es decir, > T60). Establecimos, así que una puntuación T superior a 60 indica un nivel de ansiedad alto, una T entre 40 y 59 sugiere un nivel moderado de ansiedad y una T inferior a 40 es baja.

**Subescalas de ansiedad:**

Las subescalas basadas en tres factores de la CMAS-R pueden emplearse para obtener más información sobre la naturaleza particular de la ansiedad. La primera subescala, ansiedad fisiológica, es un índice de la expresión del niño/a hacia las manifestaciones físicas de la ansiedad. Una calificación alta en esta subescala sugiere que el niño tiene cierta clase de respuestas fisiológicas que típicamente se experimentan durante la ansiedad.

La segunda subescala titulada inquietud/hipersensibilidad. Los reactivos que caen dentro de esta categoría, a lo largo del análisis factorial, contienen la palabra "preocupación" o bien sugieren que la persona es miedosa, nerviosa o de alguna manera hipersensible a las presiones ambientales. Una puntuación alta en esta subescala puede sugerir a un niño que internaliza gran parte de la ansiedad experimentada y por tanto puede agobiarse al tratar de liberar esta ansiedad.

Es probable que esto sea más característico del niño o adolescente que esté orientado de manera interna.

La tercera subescala se llama preocupaciones sociales/concentración. Los siete reactivos que constituyen esta subescala expresan una preocupación acerca de la autocomparación con otras personas o expresan cierta dificultad en la concentración. Los niños que obtienen una alta calificación en esta subescala pueden sentir algo de ansiedad por no ser capaces de vivir de acuerdo con las expectativas de otros individuos significativos en sus vidas. Su principal preocupación parece ser que ellos no son tan buenos, efectivos o capaces como otros, lo cual seguramente es un sentimiento relacionado con la ansiedad. Cualquier tipo de ansiedad puede interferir con la capacidad del niño para concentrarse en tareas académicas o de otro tipo.

Podemos decir entonces que una puntuación escalar en cualquiera de las subescalas de 13 o más es alta, entre 7 y 12 es moderada e inferior a 7 es baja.

### **Subescala de mentira:**

La CMAS-R también brinda una calificación para la subescala de mentira. La calificación de mentira, expresada en unidades de puntuación natural, puede variar de 0 a 9. Una inspección de los reactivos en la subescala de mentira sin dificultad indica que éstos revelan el cuadro de una conducta “ideal” que por lo general no es característica de nadie. Reactivos como “siempre soy amable” ciertamente no tipifican la conducta humana real a ninguna edad. Así, una puntuación alta en la subescala de mentira (es decir, puntuación estándar >13) puede ser un gran indicio de un autoinforme impreciso.

### **b) Cuestionario estructural tetradimensional para la depresión CET-DE.**

El CET-DE es un instrumento heteroadministrado que registra la presencia de los síntomas depresivos distribuidos en cuatro dimensiones: dimensión I (humor depresivo), 21 ítems; dimensión II (anergia), 14 ítems; dimensión III (discomunicación), 14 ítems; dimensión IV (ritmopatía), 14 ítems.

A continuación presentamos una revisión de las cuatro dimensiones:

- **Dimensión I (humor depresivo):** el núcleo del humor depresivo, estado de ánimo, por cierto, cualitativamente distinto de la tristeza si bien la tristeza puede formar parte de su constelación afectiva, está formado por el dolor moral o dolor de vivir, donde la vida resulta una pesada carga, acompañada con frecuencia de una especie de desesperanza, anhedonia, y autosubestimación, ilustrado con alegorías de culpa o insuficiencia económica y un cortejo de sentimientos corporales difusos y sobre todo localizados.

Los elementos corporales implicados en el humor depresivo, tales como opresión dolorosa precordial, hormigueos en la cabeza, pesadez de todo el cuerpo, etc., no deben interpretarse como somatizaciones, es decir, como una especie de elaboraciones somáticas secundarias a la alteración psíquica, ni tampoco como equivalentes depresivos, sino como auténticas manifestaciones depresivas primarias.

- **Dimensión II (anergia):** Incluye no solo los datos objetivos propios de la inhibición psicomotora, sino al modo de vivenciar y vivir la misma inhibición psicomotora, lo cual corresponde, sobre todo, a experiencias identificadas como “aburrimiento, desinterés, apatía y vaciamiento mental”.

La experiencia de apatía, desinterés o aburrimiento tan frecuente entre los depresivos corresponde a la forma de vivenciar o experimentar la lentificación psíquica y la inhibición psicomotora. La sensación al vaciamiento o petrificación mental, tampoco nada rara entre los depresivos, refleja cómo vive el enfermo el grado intenso del mismo trastorno.

- **Dimensión III (discomunicación):** Casi sinónimo de falta de sociabilidad, se refleja en forma de un empobrecimiento de la comunicación y la metacomunicación, acompañado de trastornos cualitativos, entre los que destacan la abundancia de mensajes paradójicos o contradictorios y se exterioriza a lo largo de la recepción y la emisión jerarquizada en varios niveles: el sensoriomotor (disminución de la captación sensorial y de la mentalidad expresiva), el cognitivo (descenso de la capacidad de comprensión y del lenguaje discursivo), el afectivo (bloqueo de los lazos afectivos o desarrollo de desconfianza, celos, etc.) y el espacial (alejamiento de la realidad exterior).

La clave general de la discomunicación depresiva reside en la introversión, originada por la pérdida de la capacidad de sintonización, en complicidad con la rotura de la lógica comunicacional y la asociación de sentimientos de desconfianza e irritabilidad y un comportamiento inadecuado, presidido por la tendencia a alejarse excesivamente de los demás.

- **Dimensión IV (ritmopatía):** El despliegue de esta dimensión se extiende por los ritmos biológicos y los psicológicos, los ritmos de regulación individual y los de regulación psicosocial.

Asumimos la idea de que el sueño lento y el sueño paradójico son ritmos distintos. En tanto que el sueño lento forma parte del ritmo vigilia-sueño, el sueño paradójico está íntimamente ligado a la temperatura corporal y a la secreción de ciertas hormonas (sobre todo cortisol y ACTH).

Ambos dependen, asimismo, de reguladores internos distintos. El desfasamiento o desincronización entre ellos, definido como un avance del sueño paradójico y un retardo del sueño lento, constituye el marcador biológico de depresión que hoy es más significativo. Por ello, todo intento de adelantar el ritmo vigilia-sueño lento para que se aproxime a la fase demasiado avanzada del sueño paradójico, suele implicar efectos antidepresivos.

El exagerado avance de la fase del sueño paradójico, frecuente en los cuadros depresivos, no sólo se manifiesta por su presentación precoz a lo largo del sueño nocturno, sino por la esporádica aparición, durante el día, en estos enfermos, de momentos de ensueño, acompañados de representaciones visuales.

Por otra parte, las fuertes oscilaciones circadianas del estado subjetivo o del comportamiento, constituyen una de las manifestaciones más representativas de la ritmopatía depresiva en el campo psíquico.

En la serie de las alteraciones hormonales propias de los depresivos, distribuidos en trastornos basales, reactivos y rítmicos, los datos semiológicos, hoy por hoy más significativos e interesantes, corresponden precisamente a los trastornos rítmicos cardíacos.

### **Evaluación.**

Sobre las puntuaciones, conviene precisar las nociones de puntuación directa, ponderada y total.

La puntuación directa de cada dimensión es el resultado de sumar los puntos obtenidos en todos sus correspondientes ítems. La puntuación ponderada es igual a la puntuación directa en las dimensiones II, III y IV y se obtiene en la dimensión I mediante la multiplicación de la puntuación directa por 0.66, con lo que queda reducida a un tercio, ya que su número de ítems desborda al de las otras dimensiones, precisamente en un tercio (la dimensión I tiene 21 ítems y cada uno de los otros, 14 ítems).

La puntuación total media se refiere a la suma de los puntos ponderados en las cuatro dimensiones divididas por cuatro.

Una puntuación ponderada igual o superior a 32 puntos, en una o varias dimensiones, se valora como un probable diagnóstico de depresión; una puntuación inferior a 32 puntos en las cuatro dimensiones significa la probable exclusión del diagnóstico de depresión.

Establecimos, entonces, que una puntuación directa de 32 o más es alta, entre 12 y 31 es moderada e inferior a 12 es baja.

El tipo clínico dimensional se establece automáticamente a partir de las dimensiones que hayan alcanzado una puntuación depresiva. Así, por ejemplo, si la puntuación es igual o superior en las cuatro dimensiones, se trataría de un tipo tetradimensional. Si sólo llegan a esa puntuación las dimensiones II y III, hablaríamos de un tipo bidimensional II – III.

#### **Validez y fiabilidad.**

Las distintas cifras alcanzadas por el valor productivo diagnóstico del CET-DE son excelentes en lo que se refiere a sensibilidad (86%), especificidad (100%), valor predictivo positivo y negativo con relación a sujetos no enfermos (1 y 0,87) y valor predictivo negativo con relación a enfermos psíquicos no depresivos hospitalizados (0,83).

Para la validez tipológica los resultados obtenidos con el CET-DE en forma de tipos clínicos dimensionales fueron contrastados, al mismo tiempo, es decir, concurrentemente, con los datos de la historia clínica y/o con el criterio clínico de una o dos psiquiatras muy experimentadas.

El índice de coincidencia entre el tipo clínico dimensional dado por el CET-DE y la estimación clínica del cuadro depresivo se mantuvo entre el 85 y 90%.

La fiabilidad interobservador o fiabilidad replicable fue obtenida comparando las evaluaciones parciales por ítem y por dimensión y la puntuación ponderada global, aportadas por siete parajes de entrevistadores sobre catorce enfermos, cuya entrevista grabada en video fue contemplada por once observadores simultáneamente.

La fiabilidad interobservador para cada una de las dimensiones, estimando como acuerdo una diferencia igual o inferior a cinco puntos (media desviación estándar) alcanzó, asimismo, al menos en seis de las siete parejas de observadores, un coeficiente Kappa, igual o superior a 0.61 (concordancia igual o superior al 80%). Los coeficientes Kappa superiores o iguales a 0.81 (concordancia casi perfecta, del 90 al 100%) aparecen para la Dimensión I en sus parejas, para la Dimensión II en tres parejas; para la Dimensión III en cinco parejas y para la Dimensión IV en seis parejas. Las medianas correspondientes a los siete coeficientes Kappa figuran en la siguiente tabla:

Dimensión I	0,90 (acuerdo del 95%)
Dimensión II	0,70 (acuerdo del 85%)
Dimensión III	0,90 (acuerdo del 95%)
Dimensión IV	0,90 (acuerdo del 95%)

## **8. Variables.**

### **a) Variable dependiente.**

- **Ansiedad.**
- **Depresión.**

#### **Definición Conceptual :**

##### **Ansiedad:**

“Estado emocional consistente en reacciones de miedo o aprensión anticipatorio de peligro o amenaza, acompañados de activación del sistema nervioso autónomo”. Belloch y otros (1997).

**Depresión:**

"Situación afectiva de tristeza mayor en intensidad y duración que ocurre en un niño". A continuación aparecen los síntomas característicos y los criterios acerca de la depresión infantil. Del Barrio (1997), En: Bravo y Martínez (2003):

- Tristeza
- Irritabilidad
- Anhedonia (pérdida del placer)
- Desesperanza
- Aburrimiento persistente y falta de energía.
- Llanto fácil
- Falta del sentido del humor
- Sentimiento de no ser querido
- Baja autoestima
- Aislamiento social
- Cambios en el sueño
- Cambios de apetito y peso
- Hiperactividad
- Disforia
- Ideación suicida

**Definición Operacional:****Ansiedad:**

Puntaje total obtenido en el cuestionario de ansiedad manifiesta en niños y adolescentes (CMAS - R). Se consideran niveles altos de ansiedad puntuaciones T superiores a 60, niveles moderados de ansiedad puntuaciones T entre 40 y 59 y niveles bajo de ansiedad una puntuación T inferior a 40.

**Depresión:**

Puntaje total obtenido en el cuestionario estructural tetradimensional para la depresión (CET-DE). Se consideran niveles altos de depresión una puntuación ponderada igual o superior a 32 puntos, niveles moderados de depresión una puntuación ponderada entre 12 y 31 y niveles bajos de depresión una puntuación ponderada inferior a 12.

**c) Variable independiente.**

Programa Cognitivo Conductual, dirigido a adolescentes víctimas de abuso Sexual.

**Definición Conceptual:**

Intervención psicológica grupal que utiliza aspectos del modelo cognitivo conductual y tiene como objetivo disminuir los síntomas de ansiedad y depresión que experimentan las adolescentes que han sido víctimas de abuso sexual.

**Definición Operacional:**

Se trata de un programa cognitivo conductual grupal para el manejo de los síntomas de ansiedad y la depresión en adolescentes, víctimas de abuso.

Consta de 15 sesiones, dos sesiones semanales, de dos horas de duración cada una.

El programa está constituido por dos grandes módulos: el de reestructuración cognitiva y el de habilidades sociales (asertividad).

El programa se fundamenta en los planteamientos de la terapia de A. Beck que está basada en la identificación de las percepciones inadecuadas del sujeto e intenta lograr que el paciente entienda la relación situación-pensamiento- conducta para lograr empezar a trabajar en la búsqueda de alternativas cognitivo- conductuales para el manejo de sus problemas. Ruiz y Cano (1992).

### **Descripción del tratamiento:**

A continuación detallamos la estructura del programa de tratamiento.

Para su mejor organización hemos dividido el programa en dos grandes módulos:

1. Módulo de reestructuración cognitiva.
2. Módulo de habilidades sociales: asertividad.

### **Módulo 1: Reestructuración cognitiva.**

#### **Sesión No.1: Conociéndonos.**

El plan de trabajo para esta sesión es el siguiente:

- 1.1. Presentación de las adolescentes.
- 1.2. Biografía.
- 1.3. Lineamientos sobre el funcionamiento y la importancia del trabajo grupal.
- 1.4. Explicación sobre los objetivos, frecuencia, duración, horario, etc.
- 1.5. Hablando sobre el impacto del abuso sexual.
- 1.6. Explicación de las tareas para la casa.
- 1.7. Retroalimentación y cierre de la sesión.

### **1.1. Presentación de las adolescentes:**

Cada una de las jóvenes se presenta ante sus compañeras, a través de la dinámica de *"los animales"*.

### **1.2. Biografía:**

Al relatar cada una su biografía se procede así: reunidas en parejas, cada una cuenta a la otra persona, una pequeña biografía de su vida. Una vez que ha terminado, la compañera expone ante el grupo un resumen de lo que le ha contado la otra persona, resaltando las cosas que le han gustado de su exposición, tanto elementos verbales como no verbales.

### **1.3. Lineamientos sobre el funcionamiento y la importancia del trabajo grupal.**

En grupos de tres, las adolescentes, establecen las reglas básicas para que el grupo funcione adecuadamente. Posteriormente las presentan al resto del grupo y elaboran un cartel donde aparezcan todas las reglas aceptadas por el grupo, el cual se coloca en un lugar visible del salón.

Además se indica la importancia que tienen unas sobre otras en la motivación y el entendimiento mutuo, por lo que se hace prioritario practicar el reforzamiento positivo y brindarse apoyo continuo unas a otras.

### **1.4. Explicación sobre los objetivos, frecuencia, duración, horario, etc. del programa.**

Se presenta a las jóvenes los objetivos generales y específicos del programa de tratamiento.

Además, se señala que las sesiones de terapia tendrán una duración de dos horas y se realizarán dos veces por semana. Se entregará a cada participante una copia del cronograma de reuniones y se les recordará que las reuniones serán en el Centro de Promoción de Salud de Canto del Llano.

### **1.5. Hablando sobre el impacto del abuso sexual en sus vidas.**

El abuso sexual se define como "el contacto sexual directo o indirecto entre una niña/o y un adulto, que mantiene con la niña(o) lazos de amistad, confianza, afecto, parentesco o autoridad" .Batrés (1997).

El abuso sexual de niñas, niños y adolescentes es un proceso que presenta diferentes características. Si bien en algunas ocasiones lo que predomina es el temor de las víctimas ante las amenazas del abusador, en otros casos de personas sobrevivientes de abuso, se encuentra que los abusadores comienzan por establecer lazos de confianza a través de otorgar privilegios o permitir actos que evidencian la preferencia por la niña, el niño o la/el adolescente. En estos casos durante la primera etapa, el abusador le dice a la niña, el niño el/la adolescente que le hace "esto" porque la ama, porque ella es especial o que todos los padres lo hacen.

Durante la segunda fase, el abusador se asegura de que el abuso se convierta en secreto. Para ello hace uso de la autoridad o la amenaza. Algunas veces se presenta como víctima y dice que si el secreto es revelado será encarcelado o que no les creerán. Más adelante puede haber amenazas abiertas o sugerencias sobre la reacción negativa de la madre o las consecuencias para la familia.

Para mantener el secreto, los abusadores intentan aislar a la persona afectada para que haya menos posibilidades de que encuentre en quien apoyarse. Guardar el secreto crea en las niñas, los niños y las/os adolescentes una sensación de miedo, inseguridad, dudas, confusión, vergüenza y culpa.

Las personas sobrevivientes de abuso sexual infantil, relatan cómo se paralizaban cuando sentían que el ofensor se acercaba o cómo fingían estar dormidas o fuera de la realidad mientras eran abusadas.

Por lo general, las niñas, los niños y las/os adolescentes son sometidas/os a experiencias sucesivas de abuso sexual. Esto aumenta la sensación de impotencia. En muchos casos las/os niñas/os y adolescentes buscan una explicación que les permita entender lo que les está sucediendo. Algunas/os creen que son ellas/os quienes provocan el abuso y se sienten culpables. Esto les impide revelar lo que les está pasando y buscar apoyo. La víctima llega a un estado de ansiedad que- paradójicamente- desemboca en la inactividad y en la incapacidad de cambiar la situación. Esto ha sido denominado "la desesperanza aprendida".

En general, pocos niños y niñas hablan directamente del abuso sexual. Posibles indicadores físicos incluyen evidencia de trauma en la boca y en los genitales, sangramiento rectal, dolor o incomodidad en el área genital, ropa manchada de sangre, enfermedades venéreas, dificultad para caminar o sentarse y embarazo en adolescentes o preadolescentes, entre otros. En muchos casos, sin embargo, no hay signos físicos visibles de abuso sexual.

A continuación presentamos una lista de los comportamientos más comunes que presentan los menores que han sido abusados sexualmente. Ministerio de Salud (1998):

- Interés inusual en conocer sobre temas sexuales.
- Comportamientos seductores con otros.
- Evita ir al baño.
- Se resiste a ir a un lugar en particular o estar cerca de alguna persona en particular.
- Cambio abrupto en el comportamiento o la personalidad.
- Cambios drásticos de apetito.
- Ansiedad.
- Regresión

- Conductas suicidas.
- Se deprime o llora de manera excesiva.
- Baja autoestima.
- Falta de amistades.
- Descenso marcado en el interés de ir a la escuela o en el comportamiento académico.
- Temor al contacto físico.
- Conducta agresiva, destructiva.
- Llanto fácil por poco o ningún motivo aparente.
- Depresión crónica y retraimiento.

Existe un número indefinido de problemas o factores asociados a aquellos menores que han sido abusados o maltratados: Factores de la salud física, del desarrollo, de la personalidad y del comportamiento. A continuación presentamos ejemplos de cada uno de ellos. De León y Alvarez (2001):

Factores que afectan la salud física:

- Miedo de sufrir de una enfermedad sexualmente transmitida o del síndrome de inmunodeficiencia adquirida.(SIDA)
- Alteraciones en su imagen sexual y física.
- Miedo al embarazo.
- Encopresis y enuresis.
- Síntomas psicósomáticos.

Factores que afectan el desarrollo:

- Control de impulsos.
- Identidad.

Factores que afectan la personalidad:

Interpersonal:

- Identificación con el agresor.
- Comportamientos como víctima
- Intimididad.
- Traición.

Intrapersonales:

- Miedo.
- Trauma.
- Ansiedad.
- Depresión.
- Culpa.
- Pérdida y duelo.
- Autoestima baja.
- Impotencia aprendida.

Factores que afectan el comportamiento:

- Aislamiento.
- Conducta dependiente.
- Conducta agresiva.
- Conducta hipersexual.
- Masturbación.

En base a todo lo señalado hemos visto que el abuso sexual trae consecuencias devastadoras para las víctimas, por lo que nosotras pretendemos con nuestra investigación, aliviar el sufrimiento que experimentan las jóvenes que han sido víctimas de abuso sexual.

### **1.6. Explicación de las tareas para la casa.**

Señalamos que al final de cada sesión asignaremos tareas para que las realicen en sus casas y destacamos la importancia del desarrollo de las mismas para lograr avances significativos en su tratamiento.

### **1.7. Retroalimentación y cierre de la sesión.**

Solicitamos a cada joven que termine la sesión con la frase “Hoy aprendí que...”.

Hacemos una síntesis de los aspectos tratados en la sesión.

## **Sesión No. 2: Familiarizándonos con la terapia cognitiva – conductual**

El plan de trabajo para esta sesión es el siguiente:

- 2.1. Dinámica de Animación.
- 2.2. Puente desde la sesión anterior.
- 2.3. Presentación de la terapia cognitiva – conductual.
- 2.4. Dramatizando situaciones de Abuso Sexual
- 2.5. Tareas para casa
- 2.6. Retroalimentación y cierre de la sesión

### **2.1. Dinámica de animación.**

Las adolescentes participan de la dinámica “*que digan piña*” para propiciar un ambiente de entusiasmo al inicio de la sesión.

## **2.2. Puente desde la sesión anterior.**

El propósito de este punto es controlar cuál fue la percepción y comprensión de los adolescentes acerca de la sesión anterior, por lo que formulamos las siguientes preguntas:

- ¿Qué tratamos en la sesión anterior?
- ¿Hubo algo que no les gustó o qué no comprendieron?
- ¿Qué aprendieron en esa sesión?

## **2.3. Presentación de la Terapia Cognitiva – Conductual.**

Se les explica a las adolescentes en qué consiste la terapia cognitivo-conductual. Se señala que la terapia cognitiva se basa en el modelo cognitivo, que plantea la hipótesis de que las percepciones de los eventos influyen sobre las emociones y los comportamientos de las personas. Los sentimientos no están determinados por las situaciones mismas, sino más bien por el modo como la persona interpreta esas situaciones. Beck (1964); Ellis (1962), En: Beck (2000). Imaginemos, por ejemplo, una situación en la cual varios jóvenes tienen que presentar una noticia ante el profesor de español.

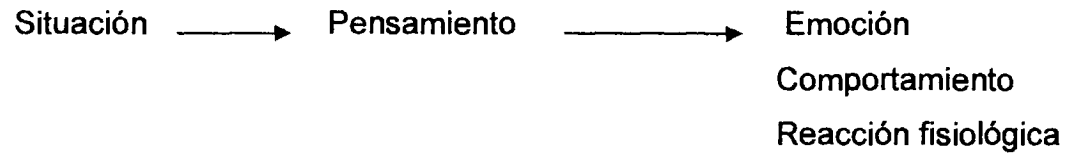
Cada uno tendrá respuestas emocionales diferentes, según lo que pasa por su mente mientras lee la noticia ante sus compañeros.

El estudiante "A" piensa: la noticia que encontré es muy interesante y al profesor le va a gustar. Este estudiante se siente entusiasmado cuando lee.

El estudiante "B" piensa: Esta noticia es demasiado simple. Al profesor no le va a gustar. Este estudiante se siente desanimado.

El estudiante "C" piensa: Esta noticia es tan complicada que nadie la va a entender. Este estudiante se siente angustiado.

Para que los jóvenes logren una mejor comprensión de lo explicado se les hace el siguiente diagrama:



A través del cual se le refuerza la idea de que los sentimientos de las personas están asociados con su forma de pensar e interpretar una situación y que no es la situación la que determina lo que se siente, sino lo que percibimos de esa situación.

Se explica que en esta terapia es muy importante que cada una quiera mejorar para poder lograr el cambio. También se menciona que es necesario reconocer la situación, lo que pensamos de ello, las emociones que nos produce, la conducta y las reacciones fisiológicas que surgen de ese pensamiento ante determinada situación; para entonces cambiar ese pensamiento por otro que resulte más adaptativo y mejorar así nuestras emociones, comportamientos y reacciones fisiológicas.

#### **2.4. Dramatizando situaciones de abuso sexual.**

Entregamos dos casos de jóvenes, víctimas de abuso sexual, para que lo representen ante el grupo, para lo que formaran dos grupos. Después de cada representación identificarán:

- Situación
- Pensamiento
- Emoción
- Comportamiento
- Reacción fisiológica.

### 2.5. Tarea para la casa.

Se solicita a las jóvenes que llenen la hoja de autoregistro con dos situaciones desagradables que vivan en la semana y ante la cual se van a formular las siguientes preguntas:

¿Qué pasó por mi mente mientras ocurría esa situación?

¿Qué sentí?

¿Cómo me comporté o qué hice?

¿Qué sensaciones diferentes experimenté en mi cuerpo?

Situación	Pensamiento	Emoción	Conducta	R. F.
1.				
2.				

Se solicita una voluntaria para que ejemplifique cómo haría la tarea en la casa y se aclaran las dudas que hayan al respecto.

### 2.6. Retroalimentación y cierre de la sesión.

Cada joven termina la sesión con la frase "Hoy aprendí que..."

Hacemos un resumen de lo tratado en la sesión y se enfatiza la importancia de cumplir con la tarea asignada.

### Sesión No. 3: Identificando nuestros pensamientos automáticos.

El plan de trabajo para esta sesión es el siguiente:

- 3.1. Dinámica de animación
- 3.2. Revisión de tareas
- 3.3. Puente desde la sesión anterior

- 3.5. Reestructuración cognitiva
- 3.6. Asignación de tareas
- 3.7. Retroalimentación y cierre de la sesión

### **3.1. Dinámica de animación.**

Los jóvenes participarán de la dinámica *“mary one two three”* para propiciar un ambiente de alegría al inicio de la sesión.

### **3.2. Revisión de tareas.**

Se revisa la tarea individualmente. Se pide una voluntaria para que presente su tarea ante el grupo. Preguntamos a las jóvenes si tuvieron alguna dificultad en la realización de la tarea, se aclaran las dudas y se recogen las tareas.

### **3.3. Puente desde la sesión anterior.**

El propósito de este punto es controlar cual fue la percepción y comprensión de las jóvenes acerca de la sesión anterior, por lo que formulamos las siguientes preguntas:

¿Qué tratamos en la sesión anterior?

Hubo algo que nos les gustó o que no comprendieron?

¿Qué aprendieron en esa sesión?

### **3.4. Reestructuración cognitiva.**

Se explica que la reestructuración cognitiva es una técnica cognitiva conductual que tiene como finalidad que las personas cambien sus pensamientos disfuncionales por otros más adaptativos a la situación.

Se explican los principios básicos de esta teoría. Se definen conceptos tales como: pensamientos automáticos, distorsiones cognoscitivas e ideas irracionales.

Se indica que ocasionalmente tenemos ideas irracionales que hacen alusión a afirmaciones que son irreales. También tenemos las distorsiones cognitivas, que son aquellos pensamientos que llevan una parte de probabilidad de ser ciertos y son discutibles.

Se señala que modificando nuestros pensamientos, logramos que las emociones y las conductas que emitimos sean más adecuadas.

Explicamos que los pensamientos automáticos son pensamientos que surgen muy rápido y que muchas veces no llegan a nuestra conciencia. Estos pensamientos suelen ser breves y a menudo estamos más conscientes de la emoción que experimentamos a consecuencia del pensamiento que de este en sí mismo.

Los pensamientos automáticos suelen aparecer en forma muy "escueta" pero generalmente se logran expresar cuando somos preguntados sobre ellos. Además estos pensamientos pueden aparecer en forma verbal, visual (imágenes) o de ambos.

Señalamos qué son las creencias centrales de las personas y cómo estas nos pueden llevar a pensamientos automáticos disfuncionales.

Se da a conocer que estas creencias son ideas, pensamientos, sobre nosotros, sobre los demás y sobre el mundo que las vamos desarrollando desde la infancia; y que así como se aprenden también se pueden desaprender.

Ejemplificamos algunas creencias centrales disfuncionales, las cuales presentamos a continuación:

- En relación a sí mismo:

1. Si no hago las cosas a la perfección, soy un inútil.
2. Si pido ayuda, soy un débil.

- En relación a los demás:

1. Tengo que ser amado y aprobado por los demás sino soy indiferente a ellos.
2. Las personas que me hacen algo inadecuado son malas, merecen ser castigados.

- En relación al mundo

1. Que la vida debe ser fácil y placentera, sino es catastrófica.

Se explica como estas creencias se unen con los pensamientos disfuncionales. Se plantea un ejemplo:

Creencia central: Tengo que ser amado y aprobado por los demás.

Pensamiento disfuncional: cuando me dicen cosas negativas como eres tonto o estúpido, pienso que nadie me quiere y que no soy digno de ser amado.

Se hacen discusiones grupales en donde se ejemplifican nuevas creencias y pensamientos disfuncionales.

Beck J. (2000), nos dice:

“Si bien algunos pensamientos automáticos son verdaderos, muchos son falsos o sólo contienen algo de verdad. Los errores típicos del pensamiento son, entre otros, los siguientes:

1. Pensamiento de tipo “todo o nada “ (también llamado blanco y negro, polarizado o dicotómico): Usted ve la situación en sólo dos categorías en lugar de considerar toda una gama de posibilidades. Ejemplo: “Si no soy un triunfador absoluto, soy un fracasado”.
2. Pensamiento catastrófico (también llamado adivinación del futuro): Usted predice el futuro negativamente, sin tener en cuenta otras posibilidades. Ejemplo: “Estaré tan molesto que no podré hacer nada”.
3. Descalificar o dejar de lado lo positivo: Usted considera, de una manera poco razonable, que las experiencias, logros o cualidades no valen nada.

Ejemplo: "Hice bien ese proyecto, pero eso no significa que sea competente. Solo tuve suerte".

4. Razonamiento emocional: Usted piensa que algo tiene que ser real porque uno "lo siente" (en realidad lo cree tan firmemente que ignora o deja de lado la evidencia de lo contrario).

Ejemplo: "Sé que hago muchas cosas bien en el trabajo, pero de todos modos me siento un fracasado".

5. Catalogar: Usted se coloca a sí mismo, o a los demás una etiqueta global, sin tener en cuenta que todas las evidencias llevan a conclusiones menos desastrosas.

Ejemplo: "Soy un perdedor. Él es un inútil".

6. Magnificar/minimizar: cuando usted se evalúa a si mismo, a otra persona o considera una situación, magnifica enormemente lo negativo y/o minimiza en gran medida lo positivo.

Ejemplo: "El hecho de que obtuve una calificación mediocre demuestra que soy un inútil. Obtener buenas notas no significa que sea inteligente.

7. Filtro mental: (también denominado abstracción selectiva): Usted presta mucha atención a un detalle negativo, en lugar de tener en cuenta el cuadro completo.

Ejemplo: "Como me asignaron un puntaje bajo en uno de los ítems de la evaluación, quiere decir que soy un trabajador incapaz (aunque otros ítems de la misma evaluación señalan rendimientos muy buenos)".

8. Leer la mente: Usted cree que sabe lo que los demás están pensando y no es capaz de tener en cuenta otras posibilidades.

Ejemplo: "El está pensando que no sé nada sobre este proyecto":

9. Sobregeneralización: Usted llega a una conclusión negativa que va mucho más allá de lo que sugiere la situación.

Ejemplo:“(como me sentí incómodo en esta reunión) quiere decir que no tengo capacidad para hacer amistades.

10. Personalización: Cree que los otros tienen una actitud negativa que va dirigida hacia usted, sin tener en cuenta otras posibles explicaciones de los comportamientos.

Ejemplo:“El técnico fue parco conmigo porque yo hice algo incorrecto”.

11. Afirmaciones del tipo “Debo” y “tengo que” (también llamadas imperativas). Usted tiene una idea precisa y rígida respecto del comportamiento que hay que observar y sobrestima lo negativo del hecho de no cumplir con esas expectativas.

Ejemplo: “Es horrible haber cometido ese error. Siempre debo hacer lo mejor que puedo”.

12. Visión en forma de túnel: Usted sólo ve los aspectos negativos de una situación.

Ejemplo:“El maestro de mi hijo no hace nada bien. Es crítico, insensible y no sabe enseñar. Beck J. (2000).

En grupos de tres las adolescentes analizan casos en los que van a identificar las distorsiones cognoscitivas que presentan las víctimas de abuso sexual.

### **3.5. Asignación de tareas.**

Se les solicita a las jóvenes llenar la hoja de identificación de situaciones con dos o tres en las cuales se hayan sentido tristes, para que identifiquen los pensamientos o distorsiones cognoscitivas, las emociones, el comportamiento o las reacciones fisiológicas que hayan experimentado. Se les indica que identifiquen las distorsiones cognitivas tomando en cuenta la hoja que se les proporcionó:

Situación\_\_Pensamiento\_\_Emoción\_\_Comportamiento\_\_Reacción fisiológica

### **3.6. Retroalimentación y cierre de la sesión.**

Cada joven termina la sesión diciendo la frase “Hoy aprendí que...”.

Hacemos una síntesis de todo lo abordado en la sesión, se aclaran las dudas y se recuerda la importancia de cumplir con la tarea asignada.

### **Sesión No. 4: Las emociones.**

- 4.1. Dinámica de animación
- 4.2. Revisión de tareas
- 4.3. Puente desde la sesión anterior
- 4.4. Hablando de las emociones
- 4.5. Ejercicio para identificar emociones
- 4.6. Tareas para la casa
- 4.7. Retroalimentación y cierre de la sesión.

#### **4.1. Dinámica de animación.**

Las adolescentes participan de la dinámica “*a la entre... entre*” para propiciar el entusiasmo al inicio de la sesión.

#### **4.2. Revisión de tarea.**

Se revisan las tareas individualmente.

Se pide una voluntaria que presente su tarea ante sus compañeras. Se aclaran dudas y se recogen las tareas.

#### **4.3. Puente desde la sesión anterior.**

Se le solicita a una adolescente que exponga lo realizado en la sesión anterior. Se le guía a través de las siguientes preguntas:

¿Qué se habló en la sesión anterior?

¿Hubo algo que les gustó o que no comprendieron?

¿Qué aprendieron en esa sesión?

#### **4.4. Hablando de las emociones.**

Explicamos que las emociones son una respuesta emocional interna a las experiencias, y que nos hablan acerca del valor que tiene esa experiencia para nosotros. Hay muchas palabras para describir las emociones: entusiasmo, triste, frustrado, atemorizado, alegre, enojado, deprimido. Todas describen respuestas emocionales internas. Sonkin y Durphy (1997).

Algunas otras palabras describen grados de emociones. Por ejemplo; "irritado" que quiere decir un poco enojado, mientras que "indignado" quiere decir muy enojado. Otras palabras cambian diferentes sentimientos: "turbado", puede significar enojado y herido., por ejemplo.

Las emociones brindan información valiosa sobre nosotros mismos y sobre nuestros juicios de valor de las situaciones que atravesamos.

El hecho de ser conscientes de las emociones es lo que reduce el estrés. Las emociones en sí pueden producir estrés, pero el hecho mismo de reconocerlas y expresarlas puede reducir esa tensión. Si por ejemplo estamos tristes, pero ponemos cara de contentos para que nadie, ni siquiera nosotros mismos podamos verla, entonces el estrés se acumulará; mientras que expresar la tristeza puede aliviarnos y permitirnos seguir adelante con nuestra vida. Sonkin y Durphy (op. cit).

Luego tratamos que las jóvenes identifiquen algunas emociones negativas que hipotéticamente pueden surgir de sus pensamientos (distorsiones cognitivas), para lo que le entregamos un listado con sentimientos negativos y que se apoyen con la hoja entregada en la sesión anterior acerca de las distorsiones cognitivas.

“Triste, abatido, solo, desdichado, Angustiado, preocupado, temeroso, asustado, tenso, Enojado, furioso, irritado, molesto, Avergonzado, embarazado, humillado Decepcionado, celoso, envidioso, Culpable, herido, receloso” . Beck, J. (2000).

#### 4.5. Ejercicio para identificar emociones.

De manera individual las adolescentes enumerarán situaciones particulares del pasado en la que estuvieron concientes de sus emociones. Además, les sugerimos que a medida que contestan las siguientes preguntas traten de recordar qué respuestas físicas experimentaron en cada situación.

Identifique dos situaciones de la última semana en las que se sintió **triste**.

---



---

Identifique dos situaciones de la última semana en las que se sintió **enojada**.

---



---

Identifique dos situaciones en la última semana en las que sintió **miedo**:

---



---

#### **4.6. Tareas para la casa.**

- Llenar la hoja de autoregistro con situaciones que las hayan hecho sentir tristes.
- Completar el diario de emociones (entregamos copia); para que tomen conciencia de sus sentimientos y puedan comunicarlos de manera que se sientan mejor consigo mismas y los demás.

#### **4.7. Retroalimentación y cierre de la sesión.**

Cada adolescente termina la sesión con la frase "Hoy aprendí...".

Hacemos un breve resumen de lo tratado en la sesión y recordamos la importancia de cumplir con la tarea asignada.

#### **Sesión No. 5: Controlando el enojo.**

El plan de trabajo para esta sesión es el siguiente:

- 5.1. Dinámica de animación
- 5.2. Revisión de tareas
- 5.3. Puente desde la sesión anterior
- 5.4. Controlando el enojo
- 5.5. Diálogo interno positivo
- 5.6. Tareas para casa
- 5.7. Retroalimentación y cierre.

##### **5.1. Dinámica de animación.**

Las adolescentes participarán de la dinámica "*por delante y por detrás*" para propiciar un ambiente de animación al inicio de la sesión.

## **5.2. Revisión de tareas.**

Se revisan las tareas. Se pide a una voluntaria para que presente su tarea ante el grupo. Preguntamos a las jóvenes si tuvieron alguna dificultad en la realización de la tarea, se aclaran las dudas y se recogen las tareas.

## **5.3. Puente desde la sesión anterior.**

Preguntamos sobre lo tratado en la sesión anterior:

¿Qué tratamos en la sesión anterior?

¿Hubo algo que no le gustó o que no comprendieron?

¿Qué aprendieron en esa sesión?

## **5.4. Controlando el enojo.**

El enojo es una emoción normal y saludable, sin embargo, si no se puede controlar el enojo o lo que se hace cuando se siente, ese sentimiento puede derivar en violencia o en otras conductas destructivas.

El enojo no expresado produce una respuesta fisiológica. Los músculos se tensionan, puede aumentar la presión sanguínea y pueden aparecer dolores. Sonkin y Durphy (1997).

Una de las ventajas que tenemos los seres humanos es que no siempre tenemos que ser víctimas de nuestras circunstancias o de lo que nos rodea. Tenemos la clase de inteligencia que permite controlar las propias respuestas a situaciones que no están bajo nuestro control.

El comportamiento de los demás es algo que está fuera de nuestro control.

Ahora nos debemos preguntar ¿cómo puedo controlar mi enojo?

Se puede elegir cualquiera de las tres actitudes siguientes: Sonkin y Durphy (op.cit).

1. Tragárselo
2. Una escalada de enojo
3. Dirigirlo.

Ahora revisemos cada una de ellas en detalle:

- **Tragárselo:** Es una actitud fácil de reconocer. Generalmente se formula en primera persona singular, e incluye una negación, compasión, pensamiento de baja autoestima, dudar de uno mismo o una intelectualización. Veamos un ejemplo de cada uno:

Negación	"No estoy enojado"
Compasión	"No fue su intención perturbarme"
Pensamiento de baja autoestima	"Esta vez fui demasiado lejos"
Dudar de sí mismo	"No tenía derecho a enojarme"
Intelectualización	"Yo sé que él está tratando de hacerme enojar y no voy a enojarme".

Los que se tragan el enojo suelen deprimirse o aislarse. De cualquier manera, el efecto de presión va llevando a la persona a un punto en que ya no puede engañarse y EXPLOTA.

- **La escalada de enojo:** Una escalada de enojo es fácil de identificar. Quienes toman esta actitud comienzan sus frases en segunda persona. Hacen preguntas tales como: "¿Por qué haces eso?" Culpan a los demás; "Me hiciste enojar... es tu culpa" Y también usan insultos: "Tonta", "Idiota", "Bruta", etc.

Esta actitud como su nombre lo indica, consiste en "escalar" en el enojo hasta llegar a explotar y a usar la violencia.

- **Dirigirlo:** Dirigir el enojo tiene una fórmula simple, sin embargo, es la más difícil de realizar. No se sabe con precisión porqué. Quizás se debe a que cuando niños nos enseñaron a engañarnos y a “entrar en escalada”.

La fórmula es la siguiente:

Estoy enojada porque \_\_\_\_\_

Quisiera que \_\_\_\_\_

Estas dos frases deberán ser seguidas de expresiones lo más claras y concisas posibles.

Ejemplos:

- Estoy enojada porque no me llamaste anoche.

- Quisiera que me llamarás para informarme qué ocurrió.

El tiempo afuera es un ejemplo de cómo dirigir el enojo para evitar aguantarlo y luego escalarlo hasta llegar a la violencia. Sonkin y Durphy (1997).

Las personas que son directas para comunicar su enojo logran hacerse entender.

En este momento quizás se den cuenta de que hubo ocasiones en las que aguantó, otras en las que escaló, otras en las que dirigió el enojo y también en las que combinó algunas o las tres. Cuanta mayor conciencia tengamos de qué estamos haciendo con nuestro enojo, mayor será el control que podamos ejercer sobre él.

### **5.5. Diálogo interno positivo.**

Señalamos que mediante el diálogo interno positivo, podemos aprender a controlar nuestro enojo para que no se nos escape de las manos. Este diálogo interno no hace que el enojo desaparezca, pero si evita que devenga en una escalada hasta llegar al descontrol. El diálogo interno negativo, además de prolongarlo, deviene en una escalada de enojo. El diálogo interno positivo desinfla o reduce el enojo.

El diálogo interno positivo es lo que nos decimos a nosotros mismos cuando estamos enojados. Algunas personas sostienen “yo no sé qué me digo a mis misma” En ese caso escuchen lo que le dicen a los demás en voz alta. Eso le dará un buen indicio de lo que se están diciendo a sí mismo. Sonkin y Durphy (1997).

El acto de reconocer y tomar conciencia de que uno está enojado hace bajar el nivel del enojo. Reconocer y elegir una buena alternativa en ese momento, así como advertir que se necesita un tiempo afuera, significa que se está controlando la situación. Sonkin y Durphy (op. cit).

Luego de esta explicación solicitamos que en pareja identifiquen situaciones en las que han experimentado enojo y practiquen el desarrollo de un diálogo interno positivo.

#### **5.6. Tareas para casa.**

- Identificar dos situaciones en las que hayan experimentado enojo y llenar el autoregistro.
- Continuar escribiendo en el Diario de emociones.
- Practicar el tiempo afuera en situaciones reales.

#### **5.7. Retroalimentación y cierre.**

Solicitamos que cada joven termine la sesión señalando la siguiente frase “Hoy aprendí que...”.

Luego hacemos un resumen de lo tratado en la sesión y recordamos la importancia de cumplir con la tarea asignada.

## **Sesión N° 6: Reconociendo mi ansiedad.**

El plan de trabajo para esta sesión es el siguiente:

- 6.1. Dinámica de animación
- 6.2. Revisión de las tareas
- 6.3. Puente desde la sesión anterior
- 6.4. Reestructuración cognitiva
- 6.5. Tarea para la casa
- 6.6. Retroalimentación y cierre de la sesión

### **6.1. Dinámica de animación.**

Las adolescentes realizan la dinámica de "*partes del cuerpo*" para propiciar un ambiente de diversión dentro de la sesión.

### **6.2. Revisión de las tareas.**

Se revisa la tarea individualmente.

Se pide una voluntaria que presente su tarea ante sus compañeros. Se aclaran dudas y se recogen las tareas.

### **6.3. Puente desde la sesión anterior.**

Se le solicita a una adolescente que exponga lo realizado en la sesión anterior.

Se le guía a través de las siguientes preguntas:

¿Qué se habló en la sesión anterior?

Hubo algo que no le gusto o que no comprendieron.

Qué aprendieron en esa sesión?

#### **6.4. Reestructuración cognitiva.**

Recordemos que no son las situaciones sino lo que pensamos de las situaciones lo que nos produce ciertas reacciones emocionales, comportamientos o reacciones fisiológicas.

Enfatizamos que una emoción negativa que experimentan las personas víctimas de abuso sexual es la ansiedad. Estas personas experimentan una preocupación excesiva en torno a una serie de acontecimientos o actividades.

Se le da a cada adolescente una hoja con la lista de posibles señales de ansiedad, las que revisan durante algunos minutos. Se pide una o dos voluntarias para que expresen su experiencia sobre alguno de estos síntomas.

Posibles señales en la expresión de ansiedad o nerviosismo (adaptado de Cotler y Guerra, 1976), son las siguientes:

1. Temblor en las rodillas
2. Brazos rígidos
3. Auto manipulaciones (rascarse, frotarse)
4. Limitación del movimiento de las manos ( en los bolsillos, en la espalda, entrelazadas)
5. temblor en las manos
6. Sin contacto ocular
7. Músculos de la cara tensos (muecas, tics, etc.)
8. Cara inexpresiva
9. Cara pálida
10. Sonrojo o rubor
11. Humedecerse los labios
12. Tragar saliva
13. Respirar con dificultad
14. Respirar más despacio o más de prisa
15. Sudar (cara, manos, axilas)

16. Gallos en la voz
17. Tartamudeos o frases entrecortadas
18. Correr o aligerar el paso
19. Balancearse
20. Arrastrar los pies
21. Despejar la garganta
22. Boca seca
23. Dolor o acidez de estómago
24. Aumento de la frecuencia cardiaca
25. Balanceo de las piernas/pies cuando se esta sentado y con una pierna montada sobre la otra.
26. Morderse las uñas.
27. Morderse los labios
28. Sentir náuseas
29. Sentirse mareado
30. Sentir como si se ahogara
31. Quedarse inmobilizado
32. No saber qué decir”.

Solicitamos a las adolescentes que en grupos de tres dramaticen una situación familiar en la que han experimentado las señales de ansiedad o nerviosismo que aparecen en la hoja que se les entregó. Posterior a la dramatización ejemplificamos en el cuadro de registros de situaciones qué pensamientos o distorsiones cognitivas experimentaron los actores que reflejaron las señales de ansiedad.

#### **6.5. Tarea para la casa.**

Solicitamos a los adolescentes que completen la hoja de registro: situación-pensamiento-emoción-comportamiento-reacción fisiológica con dos

situaciones que hayan vivido en sus hogares y en la cual hayan experimentado ansiedad o nerviosismo. Utilizar la hoja dada en la sesión anterior como apoyo para el desarrollo de esta tarea.

#### **6.6. Retroalimentación y cierre de la sesión.**

Cada joven cierra la sesión con la frase “Hoy aprendí...”

Hacemos una síntesis de la sesión y recordamos la realización de la tarea.

Si hay dudas al respecto se aclaran con un ejemplo.

#### **Sesión No. 7: Evaluando la ansiedad.**

El plan de trabajo para esta sesión es el siguiente:

- 7.1. Dinámica de animación
- 7.2. Revisión de las tareas
- 7.3. Puente desde la sesión anterior
- 7.4. Reestructuración cognitiva
- 7.5. Evaluación del grado de ansiedad
- 7.6. Tarea para la casa
- 7.7. Retroalimentación y cierre de la sesión.

#### **7.1. Dinámica de animación.**

Las adolescentes realizarán la dinámica de la “*canasta revuelta*” para estimular el entusiasmo y participación activa de las jóvenes.

### **7.2. Revisión de las tareas.**

Se revisa la tarea individualmente se aclaran dudas y se recogen las tareas.

### **7.3. Puente desde la sesión anterior.**

Se le pide una voluntaria que exponga lo tratado en la sesión anterior a través de preguntas guiadas como las que aparecen a continuación:

¿De qué hablamos en la sesión anterior?

Hubo algo que no les gustó o que no comprendieron?

¿Qué aprendieron en esa sesión?

### **7.4. Reestructuración cognitiva.**

En pequeños grupos las jóvenes discutirán dos casos de adolescentes que han sido víctimas de abuso sexual y cuyo síntoma principal es la ansiedad. A través de la hoja de registro identificarán: situación-pensamiento-emoción-comportamiento-reacción psicológica que experimenta cada una.

### **7.5. Evaluación del grado de ansiedad.**

Enseñamos a las adolescentes a evaluar su grado de ansiedad. Se entrega la hoja de la determinación de la ansiedad en la situación de Cotler y Guerra (1976) En: Simón M.A. (1993).

Todos la leemos y hacemos el ejercicio descrito por estos autores para evaluar el grado de ansiedad.

“La escala SUDS (<<Unidades Subjetivas de Ansiedad>>) se emplea para

comunicar el nivel de ansiedad experimentado de forma subjetiva. Después de responder a cada situación, evalúate empleando la puntuación SUD. Al emplear la escala, evaluarás tu nivel de ansiedad desde 0, completamente relajado, hasta 100, muy nervioso y tenso.

Imagínate que estás completamente relajado y tranquilo. Para algunas personas, esto ocurre mientras descansan o leen un buen libro. Para otras, ocurre mientras están en la playa o se encuentran flotando en el agua. Da una puntuación <<0>> a la manera como te sientes cuando estás lo más relajado posible.

Luego, imagínate una situación en la que tu ansiedad es extrema. Imagina el sentirte extremadamente tenso y nervioso. Quizás en esta situación tus manos se encuentran frías y temblorosas. Puedes sentirte mareado o tembloroso, o puedes sentirte cohibido. Para algunas personas, las ocasiones en las que se sienten más nerviosas son aquellas en las que una persona cercana a ellas ha tenido un accidente; cuando se ejerce una presión excesiva sobre ellos (exámenes, trabajos, etc.); o cuando hablan delante de un grupo. Da una puntuación << 100>> a la manera como te sientes en esa situación.

Ya has identificado los dos puntos extremos de la escala SUDS. Imagina la escala entera (como una regla) que va desde 0 Sud, completamente relajado, hasta 100 Sud, muy nervioso.

0	5	10	15	20	25	30	...	85	90	95	100
Completamente Relajado									Totalmente nervioso		

Tienes ahora el rango entero de la escala para evaluar tu nivel de ansiedad. Para practicar cómo usar esta escala, escribe tu puntuación Sud en este momento.

La puntuación Sud la puedes utilizar para evaluar las situaciones sociales con las que te encuentres en la vida real. El método de relajación que van a aprender les servirá para disminuir su puntuación en la escala SUDS.

La experiencia de altos niveles de ansiedad es desagradable para la mayoría de la gente. Además, la ansiedad puede inhibirte para decir lo que quieres y puede interferir con la forma en que expresas el mensaje.

La cantidad que sea capaz de reducir tu puntuación Sud en cualquier situación dependerá de una serie de factores, incluyendo el nivel de ansiedad que experimentas generalmente, qué puntuación Sud tenías inicialmente, qué tipo de conducta se requiere, y la persona a quien diriges el comentario. No pensamos que tu objetivo sea alcanzar un 0 ó un 5 en todas las situaciones. Tu objetivo será reducir tu nivel de Sud hasta un punto en que te sientas lo suficientemente cómodo/a para expresarte.

Para practicar el empleo de la puntuación Sud, se pueden describir una serie de situaciones. Para cada situación, escucha la descripción de cada escena y luego imagínate qué te está sucediendo esa situación.

Después de que te imagines la situación, escribe la cantidad de ansiedad (puntuación Sud) que sientes. Cuando te imagines en esa situación, intenta describir cómo te sentirías si estuviera ocurriendo realmente. Finalmente, si estuvieras nervioso/a o tenso/a mientras te imaginas la escena, intenta fijarte en esas partes de tu cuerpo en las que sientes más ansiedad. ¿Sentías el estómago tenso?, ¿sentías un nudo en la garganta?, ¿tenías las manos frías o sudorosas?, ¿te dolía la cabeza?, ¿tenías movimientos nerviosos en los párpados?. Si localizas el área o las áreas en las que te sientes más tenso/a, puedes emplear mejor los ejercicios de relajación". (Cotler y Guerra, (1976). En: Simón M.A. (1993)

Posteriormente se procede a hacer el ejercicio, con la lista de pensamientos y la lista de emociones, que surgen de las distorsiones cognitivas.

### **7.6. Tarea para la casa.**

Llenar la hoja de identificación de situaciones en las cuales hayan experimentado síntomas de ansiedad, identificar los pensamientos o distorsiones cognoscitivas-emoción (grado, según escala SUD) comportamiento – reacciones fisiológicas.

### **7.7. Retroalimentación y cierre de la sesión.**

Cada joven cierra la sesión con la frase “ Hoy aprendí...”.

Realizamos una síntesis de la sesión, se aclaran las dudas y se refuerza la importancia de cumplir con la tarea asignada.

### **Sesión No. 8: Modificando mis pensamientos.**

El plan de trabajo para esta sesión es el siguiente:

- 8.1. Dinámica de animación
- 8.2. Revisión de tareas
- 8.3. Puente desde la sesión anterior
- 8.4. Reestructuración cognitiva
- 8.5. Tarea para la casa
- 8.6. Retroalimentación y cierre de la sesión

#### **8.1. Dinámica de animación.**

Se abre la sesión haciendo la dinámica de *“lo que tengo aquí abajo”* para propiciar un ambiente ameno al inicio de la sesión.

## **8.2. Revisión de tareas.**

Se revisa la tarea individualmente. Se pide una voluntaria que presente su tarea. Se aclaran dudas y se les solicita a las jóvenes que guarden sus tareas para usarlas posteriormente en la sesión.

## **8.3. Puente desde la sesión anterior.**

Se le solicita a una joven que comente sobre lo aprendido en la sesión anterior.

## **8.4. Reestructuración cognitiva.**

Hacemos un breve resumen de todo lo aprendido hasta la sesión presente.

Procedemos a explicar a las jóvenes un método estructurado para modificar sus distorsiones cognitivas por otros pensamientos más adaptativos. Se indica que las distorsiones cognitivas hay que evaluarlas y debatirlas.

Se entrega una lista de preguntas que las va a ayudar a interrogar y a verificar las distorsiones cognitivas. Todas las leen.

1. ¿Cuál es la evidencia?  
     ¿Cuál es la evidencia a favor del pensamiento?  
     ¿Cuál es la evidencia en contra?
2. ¿Hay alguna explicación alternativa?
3. ¿Cuál es la peor cosa que podría ocurrir? ¿Podría sobrellevarlo?  
     ¿Qué es lo mejor que podría ocurrir?  
     ¿Cuál es la posibilidad más realista?
4. ¿Cuál es el efecto de creer en ese pensamiento automático?  
     ¿Cuál sería la consecuencia en caso de cambiarlo?
5. ¿Qué debo hacer al respecto?

6. ¿Qué le diría a \_\_\_\_\_ (un amigo) si estuviese en esta misma situación?”. Beck, J. (2000)

Se entrega una lista de posibles pensamientos alternativos. Beck, J. (2000)

- Es desagradable ..... pero no es catastrófico.
- Las conductas injustas forman parte de la vida. Puedo soportarlas sin reaccionar con ira.
- Preferiría que la situación .... fuera ....., pero éste no es el caso y puedo tolerarlo.
- Es difícil ..... pero no insostenible, puedo soportarlo. No es el fin de mi vida.
- Soy normal con puntos fuertes y puntos débiles.
- Todos nos equivocamos. Al hacerlo no quiere decir que somos lo peor.
- Todas las personas se equivocan, al hacerlo, no quiere decir que son lo peor.
- Las personas tenemos puntos fuertes y puntos débiles.

Se expone un ejemplo. Se pide una voluntaria que dé un ejemplo de una situación que le causó ansiedad; la psicóloga en primer lugar ayuda a la joven, mediante preguntas orales, a identificar los pensamientos, las emociones, los comportamientos, las reacciones fisiológicas.

Luego se le debate el pensamiento. Se les indica a las jóvenes que aunque ocurriera lo peor, podría tolerarlo y que lo importante es que lo tolerará de la mejor forma posible. Se le indica a las adolescentes que den nuevas alternativas de pensamiento, pensamientos más funcionales y positivos. Luego se le pide que identifiquen las emociones, las posibles reacciones fisiológicas y comportamientos que se generarían de los nuevos y mejores pensamientos.

### **8.5. Tarea para la casa.**

Llenar la hoja de autoregistro de situación (que provoque ansiedad) – pensamiento – emoción (grado según escala SUDS) – conducta – reacción fisiológica – cambio de pensamiento – nueva emoción (grado según escala SUDS) – nueva conducta – nueva reacción fisiológica.

### **8.6. Retroalimentación y cierre de la sesión.**

Cada joven cierra la sesión con la frase “Hoy aprendí...”.

Hacemos una síntesis de lo tratado.

Se aclaran dudas y se enfatiza la importancia de realizar la tarea.

Además, se solicita que para la próxima sesión traigan una grabadora.

### **Sesión Nº 9: Aprendiendo a relajarnos.**

El plan de trabajo para esta sesión es el siguiente:

- 9.1. Dinámica de animación
- 9.2. Revisión de tarea
- 9.3. Puente desde la sesión anterior
- 9.4. Entrenamiento en relajación
- 9.5. Reestructuración cognitiva
- 9.6. Tarea para la casa
- 9.7. Retroalimentación y cierre de la sesión

### **9.1. Dinámica de animación.**

Las adolescentes participan de la dinámica "*yo soy un artista*" a través de la que las jóvenes reflejan sus habilidades artísticas.

### **9.2. Revisión de tareas.**

Se revisa la tarea individualmente. Se solicita una voluntaria que exponga la tarea, se aclaran dudas y se recogen las tareas.

### **9.3. Puente desde la sesión anterior.**

Se le pide a una joven que destaque los puntos principales tratados en la sesión anterior.

### **9.4. Entrenamiento en relajación.**

Se explica que la relajación es una forma de eliminar la tensión, que cuando las personas se encuentran bajo estrés o ansiedad durante mucho tiempo, raramente permiten que los músculos se relajen; se señala que esto provoca malestar en el sujeto, una aprensión constante. Además la ansiedad puede obstaculizar o inhibir muchas formas de comportamiento social y de adaptación en múltiples circunstancias. Se indica que el objetivo de estas técnicas es reducir los síntomas fisiológico, conductuales y subjetivos de la ansiedad. A nivel fisiológico incluye cambios tales como la disminución de la tasa cardiaca, de la tensión muscular, de la sudoración, etc. En el nivel conductual incluye estados de reposo, de inactividad, expresiones corporales y faciales. A nivel subjetivo hace referencia a la experiencia intensa consciente del propio estado emocional, como por ejemplo, sensación de malestar si estamos tensos, o de bienestar cuando estamos relajados.

Existen diversas formas de reducir la ansiedad. Nosotros practicaremos dos formas: la visualización y un ejercicio de relajación, tal como lo proponen Sonkin y Durphy (1997), en su manual "aprender a vivir sin violencia".

Entregamos una copia a cada adolescente donde se describen ambos ejercicios (visualización y relajación) y se les entrega un CD con música relajante para que los practiquen en sus casas.

#### **- Visualización.**

Recuéstense o siéntense cómodamente y presten atención a su respiración. Después de unos minutos imagínense en un lugar en el que se sientan muy cómodos: en un río, en una playa o en una habitación especial. En su imaginación, utilicen todos sus sentidos para experimentar este lugar agradable. Si fuera la playa, podría contemplar la orilla de las olas y de aves en la cercanía, sentiría el calor del sol y la arena debajo del cuerpo. En la imaginación, tal vez quiera explorar a su alrededor o sólo relajarse en un lugar. Tomen el tiempo que deseen con el ejercicio, pues no hay apuro. Cuando estén listos vuelvan, poco a poco, al presente y vuelvan a observar su respiración por unos momentos.

#### **- Ejercicio de relajación.**

Póngase cómodo. Ahora cierre los ojos. Tenga presente su respiración: respire hondo, por la nariz, llévelo al estómago, exhale por la boca .... inhale despacio ... exhale lentamente... inhale .... exhale.

Imagine que sus pensamientos están escritos en las paredes que lo rodea. Véase caminando hacia el enchufe y apagando la luz ... Ahora está completamente oscuro... No puede ver nada.

Vuelva al centro de la habitación y recuéstese sobre un colchón suave. Está completamente oscuro en la habitación... completamente oscuro ...Respire hondo y lleve el aire hasta el estómago ... inhale por nariz ... exhale por boca ... inhale ... exhale.

Tensione todos los músculos del cuerpo ... cara ... cuello ... brazos ... estómago ... muslos ... pantorrilla ... pies ... dedos del pie. Sienta la tensión. Todo el cuerpo está tenso. Ahora exhale – suelte toda esa tensión y RELAJESE.

Respire despacio...inhale por la nariz...exhale por boca...inhale...exhale.

Tensione todos los músculos del cuerpo...retenga...retenga...y RELAJE.

Siga respirando hondo hasta el estómago ... inhale por la nariz ... exhale por la boca ... inhale ... exhale.

Con el resto del cuerpo relajado, tensione los músculos de la pierna y del pie derechos ... manténgalos tensionados ... el resto relajado ... siga respirando ... inhale... exhale y relaje. Repítalo ... mantenga todo el resto relajado ... respire y relaje.

Con el resto del cuerpo relajado, tensione los músculos del estómago y los genitales .... manténgalos tensos ... el resto relajado ... siga respirando ... inhale ... exhale .... y relaje ... hágalo nuevamente ... mantenga el resto relajado ... respire y relaje.

Mantenga el resto del cuerpo relajado, tensione los músculos de las nalgas y zona inferior de la espalda ... mantenga el resto relajado ... siga respirando ... inhale .... exhale ... y relaje ... repítalo ... mantenga el resto relajado ... respire y relaje.

Con el resto del cuerpo relajado, tensione los músculos de los hombros ... manténgalos tensos ... el resto relajado ... siga respirando ... inhale ... exhale ... y relaje ... repítalo ... mantenga el resto relajado ... respire y relájese.

Con el resto del cuerpo relajado, tensione los músculos del brazo y la mano derechos ... manténgalos tensos ... el resto relajado ... siga respirando .. inhale ... exhale .. y relájese... repítalo ... mantenga el resto relajado .. respire y

relaje.

Con el resto del cuerpo relajado, tense los músculos del brazo y la mano izquierdos ... manténgalos tensos ... el resto relajado ... siga respirando ... inhale ... exhale ... y relaje ... repítalo ... mantenga el resto relajado ... mantenga la respiración.

Con el resto del cuerpo relajado, tense los músculos del cuello ... manténgalos tensos ... el resto relajado ... siga respirando ... inhale ... exhale ... y relaje ... repítalo ... mantenga el resto relajado ... mantenga la respiración.

Con el resto del cuerpo relajado, tense los músculos del rostro y de los maxilares manténgalos tensos ... el resto relajado ... siga respirando .. inhale ... exhale ... y relaje ...repítalo ... mantenga el resto relajado ... mantenga la respiración.

Siga respirando ... inhale por la nariz ... exhale por la boca ... inhale ... exhale.

Toda la tensión ha abandonado su cuerpo. Usted se encuentra completamente relajado. Siente como su cuerpo está completamente relajado... paz y relajación absolutas. Sienta como la respiración lo mantiene en un estado de relajación.

Siga respirando lentamente ... deje que el cuerpo flote.

Inhale ... exhale ... inhale ... exhale.

(Pausa)

Cuando esté listo, despiérese e incorpórese de a poco. Si se sienta demasiado rápido, podrá marearse. Hágalo despacio. ¿Cómo se siente? Probablemente distinto a siempre; quizá parecido a cómo se siente después de dormir bien. A veces resulta más fácil relajar algunas partes del cuerpo que otras. Si este es su caso, practique todo lo que pueda hasta alcanzar la relajación total.

### **9.5. Reestructuración cognitiva.**

Continuamos trabajando en esta técnica. Se les pide a las jóvenes que se agrupen en pares.

Una de las jóvenes hace de paciente y la otra de terapeuta. El paciente presenta una situación que le produce ansiedad y el terapeuta lo ayuda a cambiar sus pensamientos disfuncionales por otros más adaptativos a través del debate. Para ello utilizan los materiales dados en las sesiones anteriores.

Posteriormente se hace una plenaria sobre el trabajo grupal.

### **9.6. Tarea para la casa.**

- Practicar los ejercicios recomendados para reducir la ansiedad. Apoyarse con la copia de los ejercicios.
  
- Llenar el autoregistro con 2 situaciones que hayan vivido en la semana y en la que experimentaron ansiedad.  
Situación – pensamiento – emoción (0 – 100)--Comportamiento – reacción fisiológica  
Nuevo pensamiento – nueva emoción (0 – 100)--Nuevo comportamiento – nuevas reacciones fisiológicas

### **9.7. Retroalimentación y cierre de la sesión.**

Se solicita a las jóvenes que cierren la sesión diciendo la frase "Hoy aprendí...".

Se refuerzan los aspectos principales tratados en la sesión. Se aclaran dudas y se exhorta a cumplir con la tarea asignada.

**Módulo 2: Habilidades Sociales: Asertividad****Sesión No. 10: Aprendiendo a relacionarse asertivamente.**

El plan de trabajo para esta sesión es el siguiente:

- 10.1. Dinámica de animación
- 10.2. Revisión de tareas
- 10.3. Puente desde la sesión anterior
- 10.4. Practicando la visualización
- 10.5. Trabajando la asertividad
- 10.6. Tareas para la casa
- 10.7. Retroalimentación y cierre de la sesión

**10.1. Dinámica de animación.**

Los jóvenes participan de la dinámica "tierra--mar" para promover una participación activa.

**10.2. Revisión de tareas.**

Se revisa la tarea individualmente. Se le solicita a una adolescente que exponga su tarea. Se aclaran dudas y se recogen las tareas.

**10.3. Puente desde la sesión anterior.**

Se solicita una voluntaria para que nos haga un recordatorio de lo tratado en la sesión anterior.

#### **10.4. Practicando la visualización.**

Hacemos una práctica de relajación a través de la visualización.

#### **10.5. Trabajando la asertividad.**

Se les explica a las adolescentes que a través de este módulo le queremos proporcionar algunas herramientas que les permitan relacionarse mejor consigo mismo, con su grupo de pares, familia, el conjunto social y el medio ambiente. Seguidamente promovemos una lluvia de ideas sobre qué entienden por asertividad.

Luego comentamos sobre la importancia de la infancia y adolescencia en la construcción de la persona humana, donde muchas circunstancias pueden marcar nuestras maneras de ver la vida, de determinar quien es mejor o más importante en una relación, de reaccionar frente a determinados comportamientos o estímulos, de qué consecuencias esperar de nuestros comportamientos o acciones, de manejar nuestra vida interior y de la adopción de determinados hábitos y costumbres, entre otros.

En grupos de 3 las adolescentes responden las siguientes preguntas:

¿A qué tenemos derechos en una relación con otra persona? ¿A qué tiene derecho la otra persona sobre nosotros?

¿Qué papel juega la confianza en sí mismo o la timidez en las relaciones interpersonales?

¿Qué es una relación equilibrada?

¿Qué dificultades perciben en las relaciones con las personas mayores, menores y de su edad?

¿Cuáles son los límites que debemos establecer en una relación interpersonal y por qué?

Terminando el intercambio de opiniones proponemos la adopción de una herramienta que les ayude a determinar los límites en una relación, el “asertómetro”, el cual les servirá para evidenciar cuando se desequilibra una relación al transgredir sus límites de equidad, por dominación o sumisión. Inicialmente funciona con las siguientes preguntas: Bravo y Martínez (2003).

- ¿Alguien se comporta como león (dominante, faltando el respeto o lastimando a alguien)?.
- ¿Alguien se comporta como ratón (sumiso, dejándose irrespetar, humillar o herir)?.
- ¿Alguien se comporta asertivamente o equilibradamente, es decir firme pero respetuoso consigo mismo y con los demás, ayudando al crecimiento mutuo?.

#### **10.6. Tarea para la casa.**

- Realizar práctica de visualización.
- Con la ayuda de su asertómetro identifiquen dos casos en donde se ha presentado desequilibrio en sus relaciones familiares o de amigos porque se han transgredido los límites de equidad y respeto. Se entrega hoja para que realicen sus tareas.

#### **10.7. Retroalimentación y cierre de la sesión.**

Cada adolescente cierra la sesión con la frase “Hoy aprendí...”.

Presentamos una síntesis de los principales aspectos tratados en la sesión. Se aclaran dudas y se recuerda la importancia de hacer la tarea.

## **Sesión No. 11: Mi Forma de Relacionarme.**

El plan de trabajo para esta sesión es el siguiente:

- 11.1. Dinámica de animación
- 11.2. Revisión de tareas
- 11.3. Puente desde la sesión anterior
- 11.4. Practicando la relajación
- 11.5. La asertividad una forma distinta de relacionarme
- 11.6. Tarea para casa
- 11.7. Retroalimentación y cierre de la sesión

### **11.1. Dinámica de animación.**

Los adolescentes participan de la dinámica “*piza,piza*” para propiciar un ambiente ameno al inicio de la sesión.

### **11.2. Revisión de tareas.**

Se revisa la tarea individualmente. Se pide una voluntaria para que exponga su tarea. Se aclaran dudas y se recogen las tareas.

### **11.3. Puente desde la sesión anterior.**

Una voluntaria expresa lo tratado en la sesión anterior.

### **11.4. Practicando la relajación.**

Hacemos una práctica de relajación.

### **11.5. La asertividad: una forma distinta de relacionarnos.**

Profundizamos en la manera como nos relacionamos y ejercitamos nuestra capacidad de proponer relaciones asertivas a las demás personas asumiendo la identidad asertiva, es decir con sensatez, respeto y discreción, entre otras cualidades. Les recordamos a las jóvenes preparar su asertómetro.

Invitamos a las adolescentes a realizar un juego de roles. Para ello, algunas asumirán el papel de ratones y otras de leones. Los ratones representan una de las escenas previstas con un comportamiento sumiso; luego los leones representan la misma escena que los ratones, pero con un comportamiento dominante – agresivo. Posteriormente proponemos un intercambio sobre sus observaciones: los ratones dicen cómo fue el comportamiento de los leones y viceversa, tratando de determinar las características de estas dos formas de relacionarse, así como sus típicas expresiones verbales y no verbales.

Cada estudiante procede a utilizar sobre si mismo su asertómetro para observarse y luego registrar en una hoja:

- El relato de algunas ocasiones en que su forma de relacionarse se ha parecido más a la de un ratón y otras cuando se haya parecido a la de un león.
- La reflexión sobre qué motivos lo llevaron a adoptar estas formas de relacionarse.

En pequeños grupos comparten su trabajo y luego, con la ayuda de su asertómetro; proponen un perfil asertivo, es decir un listado de características que describa una manera de relacionarse que no sea ni de “ratón ni de león”.

Luego proponemos integrar colectivamente los perfiles de los trabajos de grupo en uno solo. Al finalizar señalamos que esta forma de ser se conoce como diplomática, especialmente por ser “asertiva” y se caracteriza por ser firme pero respetuosa.

### 11.6. Tarea para la casa.

- Ver un programa de televisión de su agrado y aplicarle el asertómetro para identificar las formas de relacionarse entre los protagonistas ratón-león, diplomáticos-assertivos u otros. Luego de ello escriben cuáles aportan o no a la construcción de una mejor convivencia.
- Practicar la relajación con la ayuda de un familiar o compañera.

### 11.7. Retroalimentación y cierre de la sesión.

Cada adolescente señala lo aprendido en la sesión diciendo la frase “Hoy aprendí...”.

Hacemos una síntesis de lo más importante tratado en esta sesión. Se aclaran dudas y se estimula la realización de la tarea.

### **Sesión No.12: Me Afirmo en mi grupo.**

El plan de trabajo para esta sesión es el siguiente:

- 12.1. Dinámica de animación
- 12.2. Revisión de tareas
- 12.3. Puente desde la sesión anterior
- 12.4. Practicando la relajación.
- 12.5. La presión de mis “pares”
- 12.6. Tarea para la casa
- 12.7. Retroalimentación y cierre de la sesión.

#### **12.1. Dinámica de animación.**

Las adolescentes participan de la dinámica “*ladrones y policías*”, para propiciar la participación activa y el entusiasmo al inicio de la sesión.

## **12.2. Revisión de tareas.**

Se revisa la tarea individualmente. Se pide a una voluntaria que exponga su tarea, se aclaran dudas y se recogen las tareas.

## **12.3. Puente desde la sesión anterior.**

Una adolescente recuerda lo tratado en la sesión anterior y lo que se aprendió en la misma.

## **12.4. Practicando la relajación.**

Practicamos técnica de relajación.

## **12.5. La presión de mis “pares”.**

Vamos a fortalecer la capacidad de tomar distancia de las presiones que ejercen los pares que participan en sus mismos grupos, y afirmar su autonomía para decidir lo más conveniente en el momento oportuno.

Advertimos que algunas presiones entre pares pueden afectar nuestra salud, nuestra voluntad y nuestra independencia. A continuación invitamos a las jóvenes a proponer algunas estrategias y herramientas que puedan ayudar a manejar la presión que ejerce sobre nosotros un/a compañero/a o más de uno, cuando no estamos seguros de nuestra actuación.

Tomamos nota en el tablero y luego presentamos una herramienta que puede ayudarles a los jóvenes a manejar esta situación permitiéndose un tiempo para decidir qué le conviene o no cuando la situación de presión sea menor.

Invitamos a un trabajo en pequeño grupos para que ensayen el empleo de la herramienta ofrecida, apoyándose en las situaciones de la hoja de ayuda y creando distintas maneras firmes y respetuosas de decir NO ME PRESIONE, en situaciones de presión de amigos, familiares, pareja u otras personas adultas. Después de ensayar con las situaciones dadas y otras posibles de la vida diaria, buscan una situación cotidiana para presentar en plenaria con la cual puedan mostrar su aprendizaje de esta herramienta. Preparan un cartel con las formas de decir NO que han creado. Bravo y Martínez (2003).

Terminadas las presentaciones, hacen un listado común que denominarán “DECIR NO, TAMBIÉN ES UNA RESPUESTA” y lo dejarán en un lugar visible del salón.

#### **12.6. Tarea para la casa.**

- En los momentos de presión que vean oportunos practican las herramientas aprendidas en esta sesión. Toman nota de las situaciones en las que practicaron el decir NO ME PRESIONE o dicen un NO definitivo y cuáles fueron los resultados; sacan una conclusión de sus experiencias.
- Practicar la relajación.

#### **12.7. Retroalimentación.**

Cada adolescente destaca lo aprendido en la sesión a través de la frase “Hoy aprendí...”.

Hacemos una síntesis de la sesión, aclaramos las dudas y recordamos la importancia de realizar la tarea.

**Sesión N° 13: Sostengo mis convicciones, palabras y acciones.**

El plan de trabajo para esta sesión es el siguiente:

- 13.1. Dinámica de animación
- 13.2. Revisión de tareas
- 13.3. Puente desde la sesión anterior
- 13.4. Practicando la relajación.
- 13.5. Expresándonos asertivamente
- 13.6. Tarea para la casa
- 13.7. Retroalimentación y cierre de la sesión

**13.1. Dinámica de animación.**

Los jóvenes participan de la dinámica "la pesca".

**13.2. Revisión de tareas.**

Revisamos las tareas individualmente. Solicitamos una voluntaria que presente sus tareas y la comentamos entre todas. Recogemos las tareas.

**13.3. Puente desde la sesión anterior.**

Una voluntaria comenta lo que se trató en la sesión anterior.

**13.4. Practicando la relajación.**

Realizamos práctica de relajación.

### 13.5. Expresándonos asertivamente.

Comentamos que algunas personas sienten temor de hablar o inseguridad para comunicar o afirmar sus sentimientos, puntos de vista, experiencias, denunciar alguna injusticia, reclamar sus derechos, defenderse, entre otras cosas. Solicitamos al grupo que considere algunas causas por las que cree que ello a veces ocurre, y comenten qué han hecho para empezar esta situación y hacer valer su derecho a la palabra, sus libertades, su vida.

A partir de este intercambio presentamos el “*micrófono asertivo*”, cuyas instrucciones copiamos en una lámina, que se utiliza para expresar con firmeza lo que uno desea, cuidando al mismo tiempo de no agredir a los demás: Bravo y Martínez (2003)

- Encendido: respirar profundamente.
- Seleccionar lo principal que se quiere comunicar (puede ayudar escribirlo).
- Considerar los intereses de los oyentes (puede ayudar observarles al rostro).
- Describir las situaciones sin hacer juicios ni caer en prejuicios, acusaciones o exageraciones.
- Hablar en primera persona: hablar desde sí mismo, sus sentimientos, pensamientos, convicciones, cuidando de no agredir.
- Hablar pausadamente.
- Controlar el tono de la voz (y otras expresiones no verbales).
- No hablar más de la cuenta.

Luego proponemos un trabajo en pequeños grupos para reforzar este aprendizaje. Confeccionan un “*micrófono asertivo*” con los materiales disponibles. Asimismo preparan en una lámina una lista de frases introductorias en primera persona (Yo pienso/siento/deseo/necesito....” Me parece ..”, Opino ...” entre muchas otras posibles).

Ensayan individualmente su aplicación con las situaciones de las hojas de ayuda. Cuando un joven hace el ejercicio, sus compañeros están atentos a ayudarlo con los pasos explicados y en donde sea pertinente aplican el “asertómetro”.

### **13.6. Tarea para la casa.**

- Practicar la relajación.
- Identificar una situación de la vida diaria en donde hayan utilizado la herramienta aprendida en el día de hoy y explicarlo por escrito.

### **13.7. Retroalimentación y cierre de la sesión.**

Cada adolescente termina la sesión con la frase “Hoy aprendí...”.

Hacemos una síntesis de lo explicado en la sesión, se aclaran dudas y se recuerda cumplir con la tarea asignada.

### **Sesión No. 14 : Hablando claro.**

El plan de trabajo para esta sesión es el siguiente:

- 14.1. Dinámica de animación
- 14.2. Revisión de tarea.
- 14.3. Puente desde la sesión anterior
- 14.4. Practicando la relajación
- 14.5. Hablando claro
- 14.6. Practicando la asertividad.
- 14.7. Tareas para casa
- 14.8. Retroalimentación y cierre.

**14.1. Dinámica de animación.**

Las adolescentes participan de la dinámica “*se murió Chicho*”, para iniciar la actividad en un ambiente de entusiasmo.

**14.2. Revisión de tareas.**

Se revisan las tareas y se aclaran las dudas sobre las mismas.

**14.3. Puente desde la sesión anterior.**

Solicitamos que una voluntaria presente lo tratado en la sesión anterior.

**14.4. Practicando la relajación.**

Hacemos práctica de relajación.

**14.5. Hablando claro.**

Señalamos que las relaciones interpersonales pueden ser una importante fuente de satisfacción, si existe una comunicación abierta y clara; pero si esta comunicación es confusa o agresiva suele originar problemas.

No se debe combinar la asertividad con la agresividad. La asertividad como ya hemos visto consiste en hacer valer los derechos propios diciendo de manera abierta y clara lo que uno piensa, quiere y siente, respetando a las otras personas.

La agresión se refiere a la expresión hostil frecuentemente poco honesta, fuera de tiempo y con el objetivo de ganar o de dominar, haciendo que el otro pierda o se sienta mal. La comunicación agresiva generalmente rompe la comunicación mientras que la asertividad la fomenta.

Por otro lado, está la pasividad que se refiere a dejar que los demás digan, o decidan por uno; implica falta de lucha, falta de control, mucha frustración e importancia, produce coraje y obstaculiza el logro de metas.

En la comunicación otro problema puede ser la interpretación. Ésta se refiere a la explicación que se da al lenguaje con base en elementos que no fueron expresados de manera explícita y que generalmente sólo muestran lo que uno quiere o teme.

Estudios realizados en el área de la comunicación sobre aspectos personales, han encontrado que una vez que la gente se expresa abiertamente siente alivio y experimenta una mejoría en sus relaciones con las otras personas. Rick. S. y otros (1998), En: Bravo y Martínez (2003).

#### **14.6. Practicando la asertividad.**

Formamos dos equipos con las adolescentes. Indicamos la actividad a realizar, la cual consiste en identificar el tipo de frase que se les dirá.

Explicamos que las frases que se les dirán tendrán características de pasividad, agresividad, interpretación o bien serán oraciones asertivas.

Las frases se les leerán y cada equipo tendrá un minuto para que identifique el tipo de frase. El equipo que más frases identifique en forma correcta será el ganador y recibirá un premio (galletas).

Cerramos la actividad preguntando a las adolescentes las dificultades que encontramos en la comunicación y reforzamos la idea de que, con la práctica constante, la comunicación asertiva se facilita.

#### **14.7. Tarea para casa.**

- Practicar la relajación en casa.
- Solicitamos que piensen en tres cosas que hayan querido decir y no hayan podido, que las escriban señalando cómo lo hubieran dicho antes y cómo lo harían ahora asertivamente.

**14.8. Retroalimentación y cierre.**

Pedimos a las adolescentes que cierren la sesión con la frase “Hoy aprendí que...”.

Hacemos una síntesis de lo tratado en el día de hoy.

**Sesión No. 15: Despedida.**

El plan de trabajo para esta sesión es el siguiente:

- 15.1. Dinámica de animación
- 15.2. Revisión de tareas
- 15.3. Puente desde la sesión anterior
- 15.4. Practicando la relajación
- 15.5. Síntesis del programa de tratamiento
- 15.6. Retroalimentación
- 15.7. Evaluación

**15.1. Dinámica de animación.**

Los jóvenes participan de la dinámica llamada “*la telaraña*”.

**15.2. Revisión de tareas.**

Se revisan las tareas individualmente. Se aclaran dudas y se recogen las tareas.

**15.3. Puente desde la sesión anterior.**

Una voluntaria nos recuerda lo tratado en la sesión anterior.

**15.4. Practicando la relajación.**

Realizamos práctica de relajación.

**15.5. Síntesis del programa de tratamiento.**

Hacemos una síntesis de los principales puntos de nuestro programa de tratamiento:

- a. Reestructuración cognitiva
- b. Ejercicios para reducir la ansiedad
  - Visualización
  - Relajación
- c. Habilidades sociales: asertividad

Señalamos la importancia de seguir prácticamente lo aprendido durante las sesiones en su vida diaria.

**15.6. Retroalimentación.**

Se solicita a cada participante exponer su opinión sobre el tratamiento y lo aprendido en las sesiones.

**15.7. Evaluación.**

Aplicamos el postest.

## **9. Análisis Estadístico de los Resultados.**

### **a) Análisis descriptivo.**

Este análisis nos permite describir los datos, valores o puntuaciones para cada variable antes y después de recibir el tratamiento.

Este análisis se hará a través de :

- Puntuaciones T
- Interpretación de las escalas
- Media M
- Cuadros y gráficas.

### **b) Análisis comparativo.**

A través de este análisis podemos evaluar si existen diferencias significativas con respecto a las medias, antes y después de recibir el tratamiento.

Este análisis se lleva a cabo a través de la prueba t para grupos dependientes.

Se plantea un nivel de significación de 0.05 a una cola.

## **10. Procedimiento.**

### **Fase 1.**

Se seleccionaron 13 adolescentes. La selección fue no aleatoria. Se escogieron a las 13 primeras adolescentes referidas por tener historia de abuso sexual y que presentaban síntomas de ansiedad y depresión asociadas al abuso.

**Fase 2.**

Se aplicó el pretest a las 13 adolescentes.

Se aplicó la escala de ansiedad manifiesta para niños y adolescentes y el cuestionario estructural tetradimensional para la depresión.

El pretest se aplicó una semana antes de iniciar el programa de tratamiento.

**Fase 3.**

Se aplicó el tratamiento a las 13 adolescentes víctimas de abuso sexual; pero culminaron el tratamiento 10 adolescentes. Fueron 15 sesiones, dos sesiones por semana, con un período de duración de dos horas cada sesión.

**Fase 4.**

Inmediatamente terminado el tratamiento, aplicamos el posttest: cuestionario de ansiedad manifiesta para niños y adolescentes y el cuestionario estructural tetradimensional para la depresión.

Las pruebas se aplicaron el mismo día en que se finalizó el tratamiento.

**11. Limitaciones.**

- El diseño de investigación con un solo grupo amenaza la validez interna y externa.
- No contamos con un grupo control o de comparación.
- Otro factor que amenaza la validez interna y externa de la investigación es el hecho de que sólo fueron 10 adolescentes y no fueron asignadas al azar; por lo que la muestra no es representativa de la población.

- Pueden presentarse los efectos de pruebas repetidas, ya que los instrumentos son aplicados antes y después de recibido el tratamiento.
- La historia y la maduración pueden afectar los resultados: algún suceso particular dentro o fuera de las condiciones experimentales o al proceso normal de desarrollo de los pacientes.
- Es importante tener presente que con este diseño, las conclusiones no serán tan firmes o válidas como con otros diseños de investigación.
- Hubo muerte experimental, ya que de 13 adolescentes seleccionadas, tres se retiraron de la investigación.

## **CAPÍTULO IV. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.**

A continuación se presentan los resultados obtenidos de la investigación.

### **1. Características Generales de la Muestra.**

#### **a) Edad de las adolescentes.**

Apreciamos que las adolescentes que participaron del estudio tenían edades comprendidas entre los 13 y 17 años. En la muestra hubo una adolescente con 13 años, tres con 14 años, una con 15 años, tres con 16 años y dos con 17 años.

La edad promedio de la muestra fue de 15 años.

#### **b) Tipo de abuso sexual.**

Las adolescentes que participaron del estudio presentaban diferentes tipos de abuso sexual.

Apreciamos que cinco adolescentes fueron víctimas de actos libidinosos, dos de violación y tres de incesto.

#### **c) Tiempo transcurrido del abuso.**

El tiempo transcurrido del abuso sexual fue variable en la muestra.

Apreciamos que tres adolescentes fueron abusadas hace menos de un año, cinco hace entre uno a tres años y dos hace seis años.

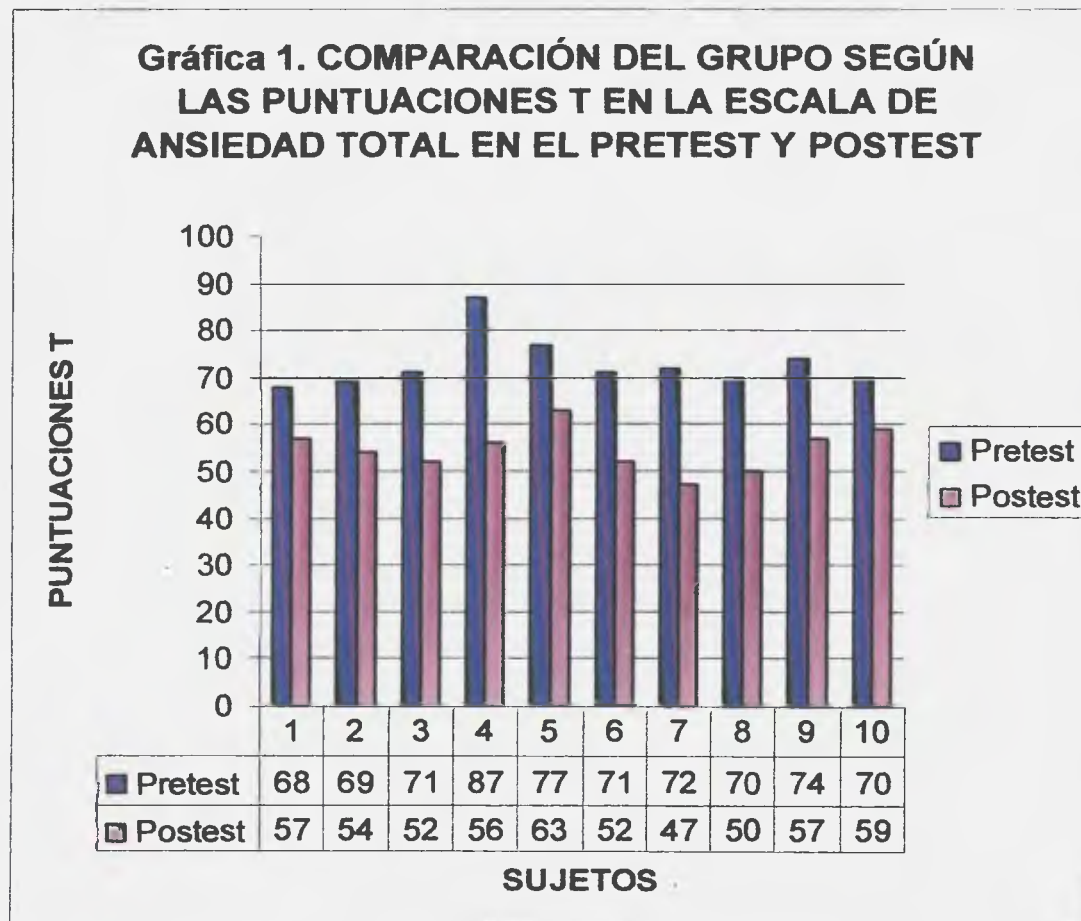
**d) Personas con las que viven.**

Las jóvenes presentaban una situación familiar variable.

Tres de las jóvenes vivían con monjas en una casa hogar, tres con un familiar cercano (tíos, hermana), una con un amigo de la madre, una vivía con su madre y dos vivían con ambos padres.

## 2. Presentación y Análisis Descriptivo y Comparativo de los Resultados.

### a) Ansiedad total.



En esta gráfica se presentan las puntuaciones T obtenidas por las adolescentes en la escala de ansiedad total antes y después del tratamiento.

Observamos que todas las puntuaciones disminuyeron en el posttest. En el pretest todas las jóvenes presentaban un nivel alto de ansiedad y en el posttest nueve de las 10 adolescentes reflejaron un nivel de ansiedad moderado y en una de ellas, a pesar de que disminuyó su puntuación T, continuó siendo alto el nivel de ansiedad.

A continuación se presentan los resultados de las pruebas estadísticas:

**Cuadro I. PRUEBA t PARA GRUPOS DEPENDIENTES. ESCALA DE ANSIEDAD TOTAL**

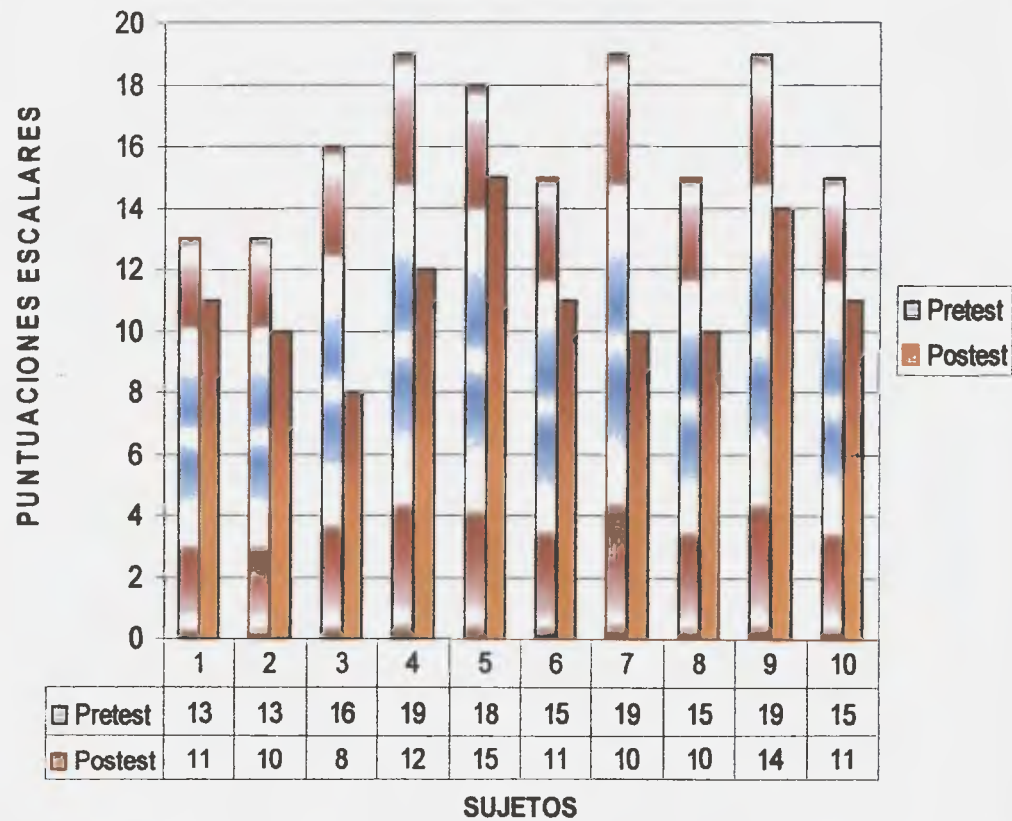
<b>Prueba t para medias de dos muestras emparejadas</b>		
	<i>Pretest</i>	<i>Postest</i>
Media	72.9	54.7
Desviación estándar	5.5866905	4.66785699
Observaciones	10	10
Grados de libertad	9	
Estadístico t	9.26089071	
Valor crítico de t (una cola)	1.83311292	

Regla de decisión: Se rechaza  $H_0$  si  $t_o > t_c = 1.833$

Como la  $t$  obtenida de 9.260 es mayor que la  $t$  crítica de 1.833, existe suficiente evidencia estadística para rechazar la hipótesis nula y sustentar la hipótesis alterna que nos dice que sí existen diferencias entre el pretest y el postest en relación a la ansiedad y que los niveles de ansiedad disminuyeron significativamente después del tratamiento.

## b) Ansiedad fisiológica.

**Gráfica 2. COMPARACIÓN DEL GRUPO SEGÚN LAS PUNTUACIONES ESCALARES EN LA SUBESCALA DE ANSIEDAD FISIOLÓGICA EN EL PRETEST Y POSTEST**



Esta gráfica nos muestra las puntuaciones escalares que presentan las adolescentes en la subescala de ansiedad fisiológica en el pretest y posttest.

Observamos que en el pretest todas las jóvenes presentaban un nivel de ansiedad fisiológica alto.

En el posttest, ocho adolescentes presentaron un nivel de ansiedad fisiológica moderado y dos la mantuvieron alta.

A continuación se presentan los resultados de las pruebas estadísticas:

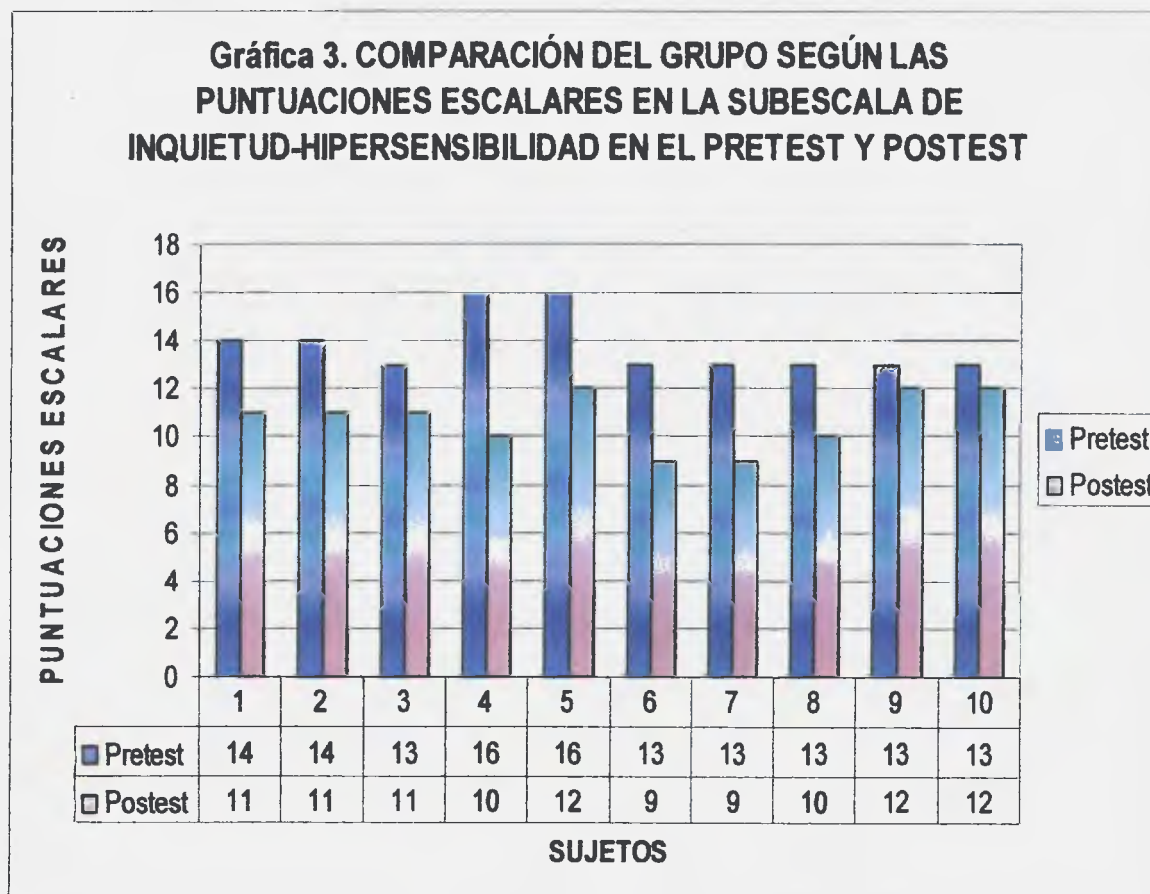
**Cuadro II. PRUEBA t PARA GRUPOS DEPENDIENTES. SUBESCALA DE ANSIEDAD FISIOLÓGICA.**

<b>Prueba t para medias de dos muestras emparejadas</b>		
	<i>Pretest</i>	<i>Posttest</i>
Media	16.2	11.2
Desviación estándar	2.39443799	2.04396129
Observaciones	10	10
Grados de libertad	9	
Estadístico t	6.84653197	
Valor crítico de t (una cola)	1.83311292	

La regla de decisión es: se rechaza  $H_0$  si  $t_o > t_c = 1.833$ .

Como la  $t$  obtenida de 6.846 es mayor que la  $t$  crítica de 1.833, existe suficiente evidencia estadística para rechazar la hipótesis nula y sustentar la hipótesis alterna. Por lo tanto podemos decir que el grupo no es igual antes y después del tratamiento; ya que el grupo disminuyó el nivel de ansiedad fisiológica después de recibir el tratamiento.

c) Inquietud-hipersensibilidad.



Esta gráfica nos muestra las puntuaciones escalares que presentaron las adolescentes en la subescala de inquietud/hipersensibilidad en el pretest y postest.

Se observa que las puntuaciones escalares en el pretest están entre 13 y 16, lo que nos indica un nivel alto de inquietud/hipersensibilidad.

En el postest, todas las puntuaciones escalares disminuyeron (entre 9 y 12), lo cual indica que todas las adolescentes presentaron un nivel moderado de inquietud/hipersensibilidad.

A continuación se presentan los resultados de las pruebas estadísticas:

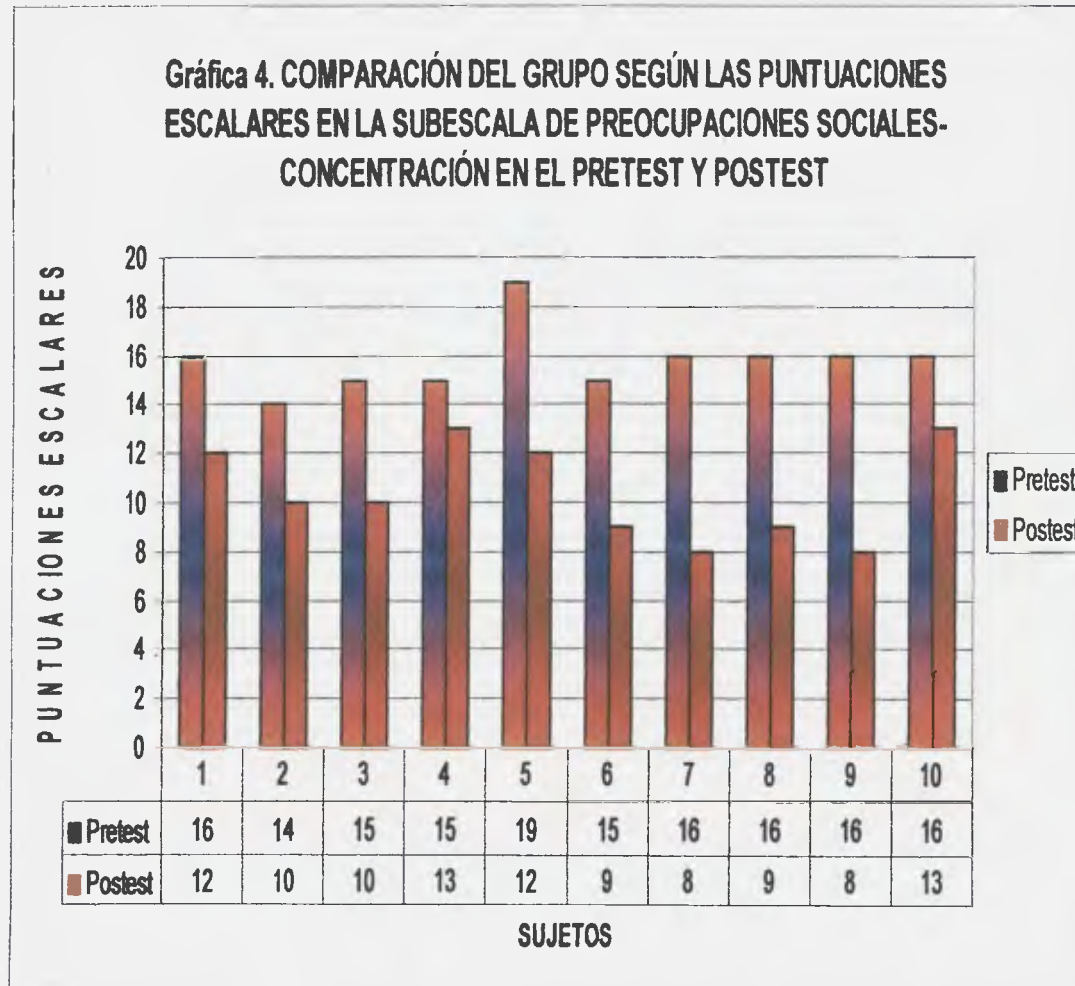
**Cuadro III. PRUEBA t PARA GRUPOS DEPENDIENTES. SUBESCALA DE INQUIETUD - HIPERSENSIBILIDAD.**

<b>Prueba t para medias de dos muestras emparejadas</b>		
	Pretest	Postest
Media	13.8	10.7
Desviación estándar	1.22927259	1.15950180
Observaciones	10	10
Grados de libertad	9	
Estadístico t	6.43294451	
Valor crítico de t (una cola)	1.83311292	

La regla de decisión es: se rechaza la  $H_0$  si  $t_o > t_c = 1.833$ .

La  $t$  obtenida de 6.432 es mayor que la  $t$  crítica de 1.833; por lo tanto, podemos rechazar la hipótesis nula y sustentar la hipótesis alterna, que nos dice que los niveles de inquietud/hipersensibilidad serán menores después de recibir el tratamiento, comparado con antes de haberlo recibido.

d) Preocupaciones sociales-concentración.



Esta gráfica nos presenta las puntuaciones escalares de las adolescentes en la subescala de preocupaciones sociales/concentración en el pretest y posttest.

Observamos que en el pretest todas las adolescentes presentaban un nivel alto en la subescala de preocupaciones sociales/concentración (puntuación escalar de 13 o más).

En el posttest, ocho jóvenes presentaron un nivel moderado de preocupaciones sociales/concentración y dos se mantuvieron en un nivel alto, a pesar de que sus puntuaciones escalares fueron más bajas.

A continuación se presentan los resultados de las pruebas estadísticas:

**Cuadro IV. PRUEBA t PARA GRUPOS DEPENDIENTES. SUBESCALA DE PREOCUPACIONES SOCIALES-CONCENTRACIÓN.**

<b>Prueba t para medias de dos muestras emparejadas</b>		
	<b>Pretest</b>	<b>Postest</b>
<b>Media</b>	15.8	10.4
<b>Desviación estándar</b>	1.31656117	1.95505043
<b>Observaciones</b>	10	10
<b>Grados de libertad</b>	9	
<b>Estadístico t</b>	8.05980124	
<b>Valor crítico de t (una cola)</b>	1.83311292	

La regla de decisión es: se rechaza  $H_0$  si  $t_o > t_c = 1.833$ .

La  $t$  obtenida de 8.059 mayor a la  $t$  crítica de 1.833 nos indica que hay suficiente evidencia estadística para rechazar la hipótesis nula y sustentar la hipótesis alterna, la cual nos dice que los niveles de preocupaciones sociales/concentración serán menores después de recibir el tratamiento, comparado con antes de haberlo recibido.

**\*Análisis e interpretación de los resultados: Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños y Adolescentes. CMAS-R.**

Observamos que las puntuaciones escalares y las medias disminuyeron después del tratamiento en las tres subescalas que evalúa la prueba, las cuales son: ansiedad fisiológica, inquietud-hipersensibilidad y preocupaciones sociales-concentración. La mayoría de las jóvenes, víctimas de abuso sexual, pasaron de tener niveles altos de ansiedad en las tres subescalas a presentar niveles moderados en cada una de ellas.

Las puntuaciones T en la escala de ansiedad total, por ende, muestran una disminución de las puntuaciones en el postest. En el pretest, las adolescentes presentaban niveles de ansiedad alto. En el postest, nueve de las adolescentes disminuyeron sus niveles de ansiedad total de alto a moderado; sin embargo, una de las adolescentes, a pesar de que lo disminuyó, lo continuó manteniendo elevado.

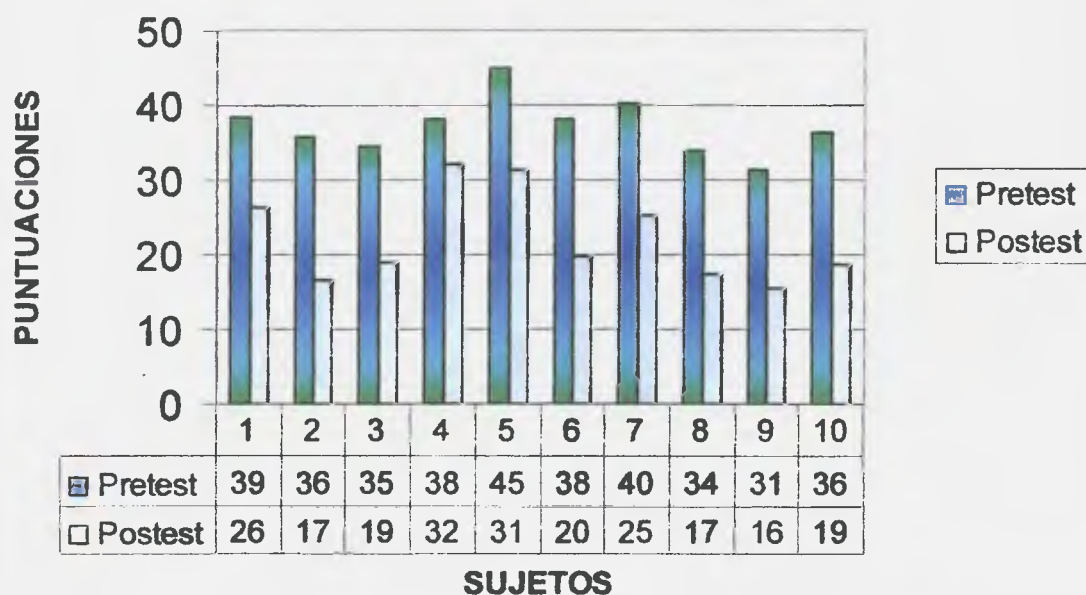
La prueba t nos indica que existe suficiente evidencia estadística que nos señala que las medias son significativamente diferentes antes y después de recibir el tratamiento, en las tres subescalas y por consiguiente en la escala de ansiedad total. El grupo mejoró después de recibir el tratamiento en relación a sus niveles de ansiedad. Podemos suponer, entonces, que el tratamiento ayudó a las adolescentes a disminuir los síntomas de ansiedad que experimentaban antes de recibir el tratamiento; ya que, presentaron disminución en sus manifestaciones físicas de ansiedad, mejoraron la manera como internalizaban la ansiedad y redujeron la inquietud que les producía el pensar que no eran tan buenas, efectivas o capaces, como otras personas lo esperaban.

Consideramos que el programa de tratamiento contribuyó a mejorar los niveles de ansiedad que experimentaban las adolescentes, porque a través del tratamiento las jóvenes aprendieron a: reconocer las señales de ansiedad que cada una experimentaba, evaluar el grado de esa ansiedad e identificar las

situaciones que se las producían. Una vez logrado esto fueron capaces de manejar la ansiedad que experimentaban a través de la puesta en práctica de la reestructuración cognitiva y de técnicas como la visualización y la relajación, la cual tiene como objetivo disminuir los síntomas subjetivos, fisiológicos y conductuales de la ansiedad, al igual que otras emociones negativas.

## e) Depresión total.

**Gráfica 5. COMPARACIÓN DEL GRUPO SEGÚN LAS PUNTUACIONES EN DEPRESIÓN TOTAL EN EL PRETEST Y POSTEST**



Esta gráfica nos presenta la sumatoria de las puntuaciones directas que presentaron las adolescentes en las cuatro dimensiones clínicas (humor depresivo, anergia, discomunicación y ritmopatía) en el pretest y en el postest y a la cual se le asignó el nombre de depresión total.

Observamos que en el pretest nueve adolescentes presentaron un nivel alto de depresión y una un nivel moderado.

En el postest todas las adolescentes disminuyeron sus puntuaciones; nueve reflejaron un nivel moderado de depresión y una se mantuvo en un nivel alto, a pesar de que su puntuación disminuyó.

A continuación se presentan los resultados de las pruebas estadísticas:

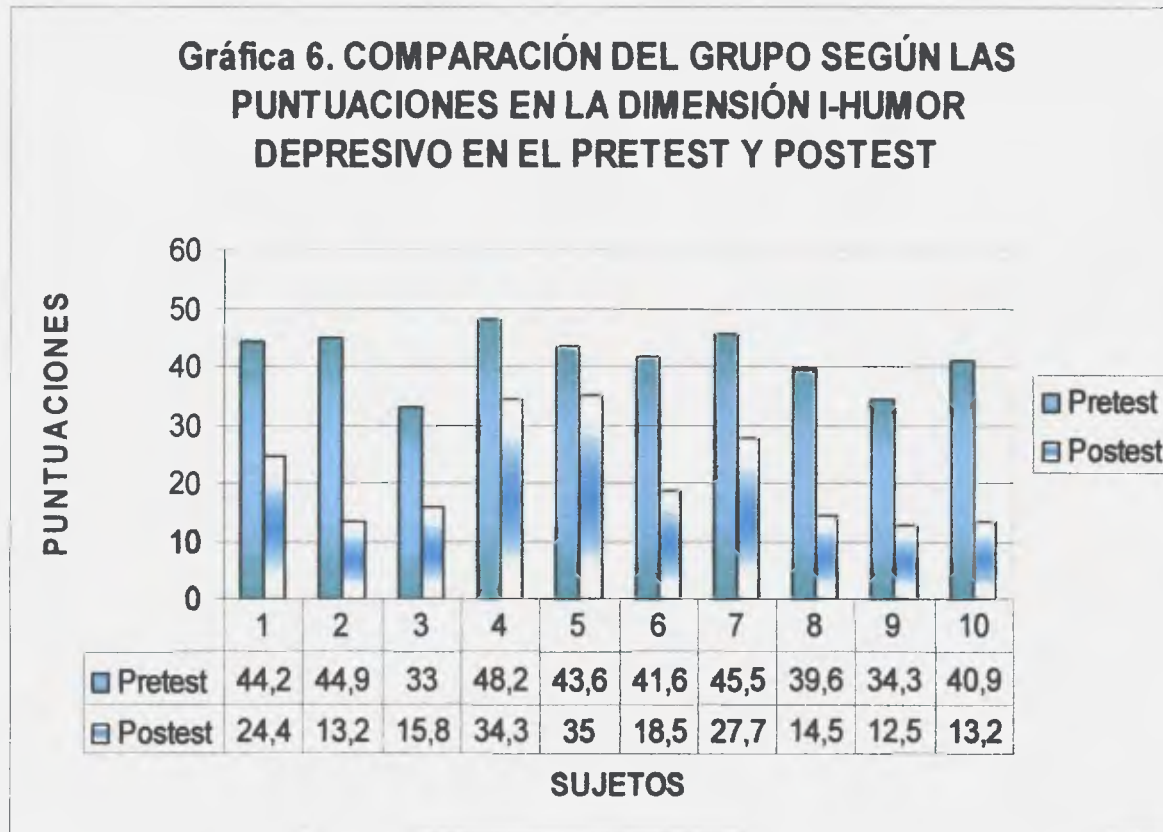
**Cuadro V. PRUEBA t PARA GRUPOS DEPENDIENTES. DEPRESIÓN TOTAL.**

<b>Prueba t para medias de dos muestras emparejadas</b>		
	Pretest	Postest
Media	37.168	22.181
Desviación estándar	3.77739121	6.07747105
Observaciones	10	10
Grados de libertad	9	
Estadístico t	12.4584042	
Valor crítico de t (una cola)	1.83311292	

Regla de decisión: se rechaza la  $H_0$  si  $t_o > t_c = 1.833$

Como la  $t$  obtenida de 12.458 es mayor que la  $t$  crítica de 1.833, rechazamos la hipótesis nula y sustentamos la hipótesis alterna que dice que los niveles de depresión total serán menores después de recibir el tratamiento, comparado con antes de haberlo recibido.

## f) Dimensión I- humor depresivo.



Esta gráfica nos muestra las puntuaciones directas obtenidas por las adolescentes en la dimensión I- humor depresivo.

Observamos que en el pretest las 10 jóvenes reflejaron puntuaciones superiores a 32, lo cual indica un humor depresivo alto.

En el postest, ocho de las 10 adolescentes presentaron puntuaciones inferiores a 32, lo que indica mejoría en su estado de ánimo, el cual era moderado. Dos de las jóvenes, a pesar de que disminuyeron sus puntuaciones, estas siguieron siendo superiores a 32, lo que sugiere que su humor depresivo continuaba siendo alto.

A continuación se presentan los resultados de las pruebas estadísticas:

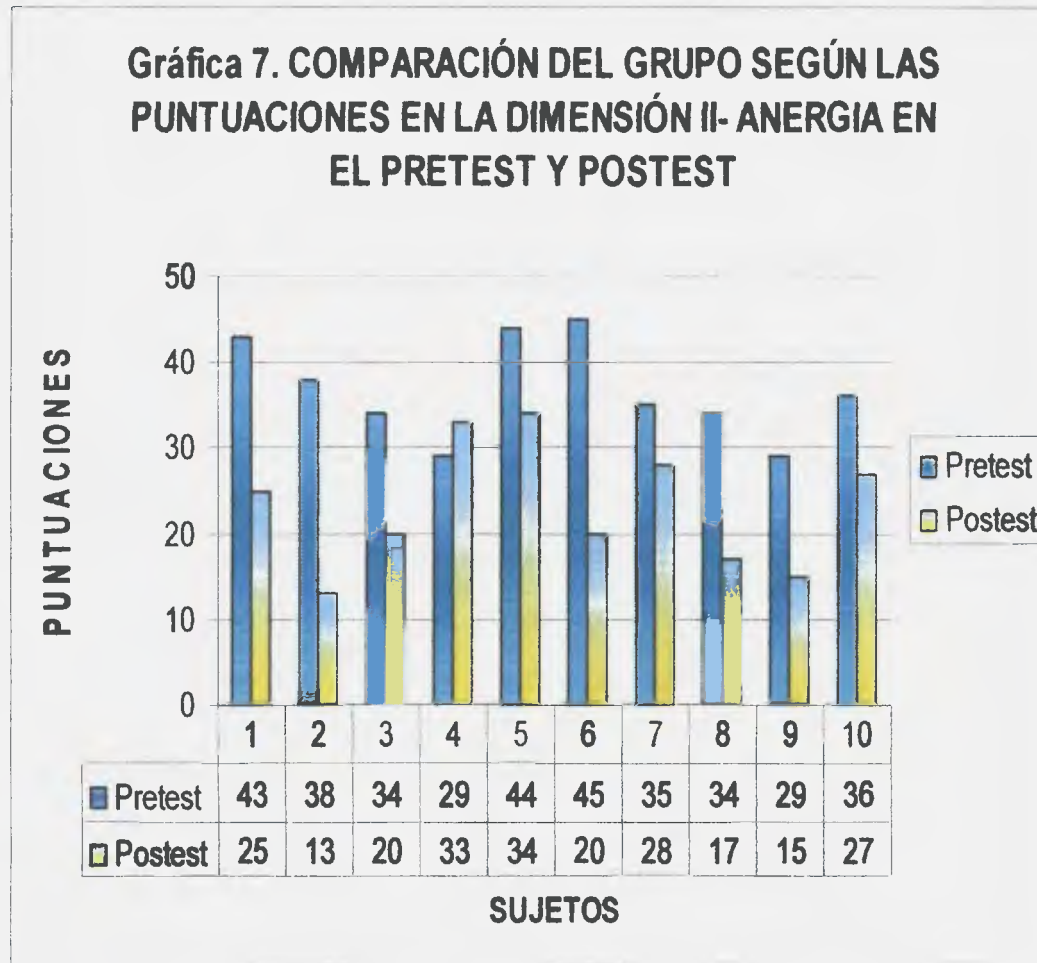
**Cuadro VI. PRUEBA t PARA GRUPOS DEPENDIENTES. DIMENSIÓN I-  
HUMOR DEPRESIVO**

<b>Prueba t para medias de dos muestras emparejadas</b>		
	<b>Pretest</b>	<b>Posttest</b>
<b>Media</b>	41.58	20.922
<b>Desviación estándar</b>	4.84998969	8.80577310
<b>Observaciones</b>	10	10
<b>Grados de libertad</b>	9	
<b>Estadístico t</b>	9.66399271	
<b>Valor crítico de t (una cola)</b>	1.83311292	

La regla de decisión es: se rechaza la  $H_0$  si  $t_o > t_c = 1.833$ .

Como la  $t$  obtenida de 9.663 es mayor que la  $t$  crítica de 1.833, existe suficiente evidencia estadística para rechazar la hipótesis nula. Por lo tanto podemos decir que el grupo no es igual antes y después de recibir el tratamiento, ya que, el grupo disminuyó sus niveles de humor depresivo después de recibir el tratamiento, comparado con antes de haberlo recibido.

## g) Dimensión II- anergia.



Esta gráfica nos presenta las puntuaciones directas obtenidas por las adolescentes en la dimensión II- anergia en el pretest y el posttest.

Observamos que en el pretest ocho jóvenes presentaron un nivel alto de anergia y dos un nivel moderado.

En el posttest, ocho adolescentes presentaron un nivel moderado de anergia y dos un nivel alto.

A continuación se presentan los resultados de las pruebas estadísticas:

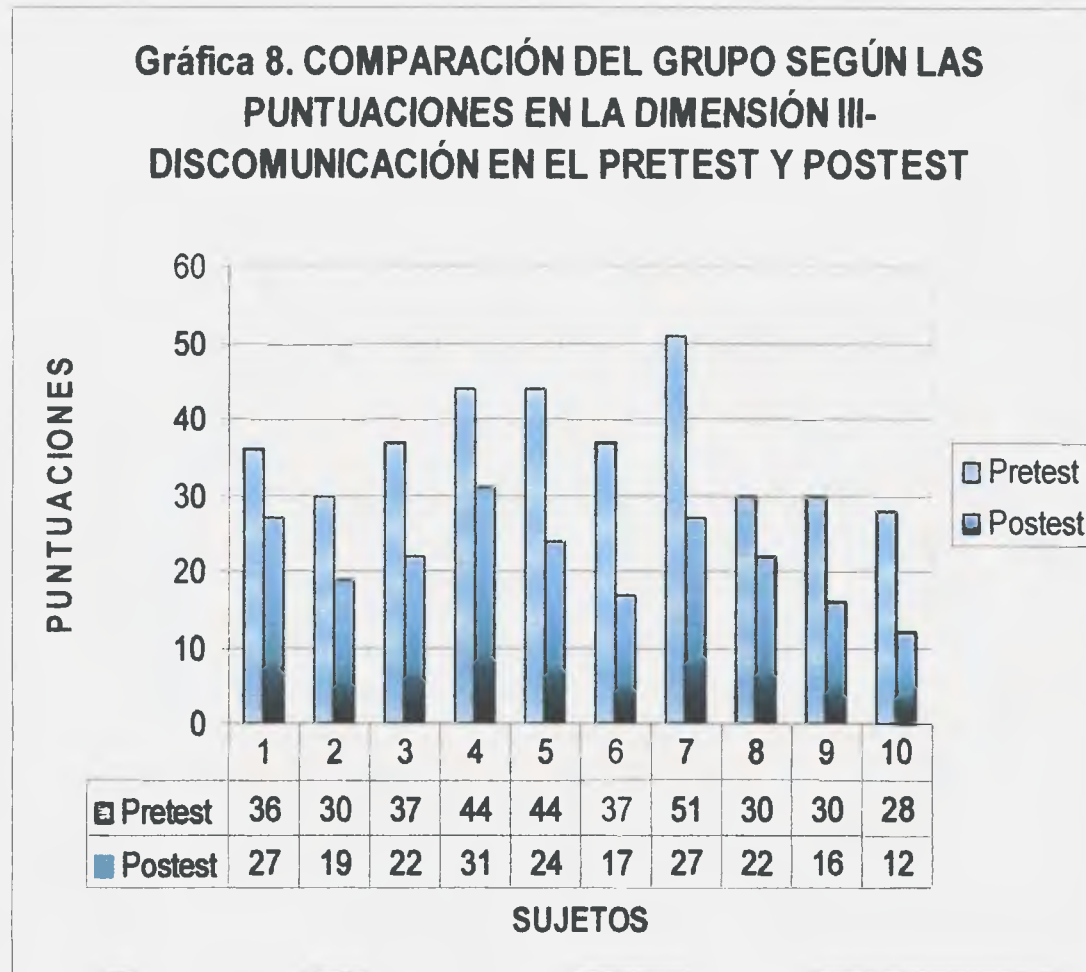
**Cuadro VII. PRUEBA t PARA GRUPOS DEPENDIENTES. DIMENSIÓN II-ANERGIA**

<b>Prueba t para medias de dos muestras emparejadas</b>		
	Pretest	Posttest
Media	36.7	23.2
Desviación estándar	5.77446485	7.33030240
Observaciones	10	10
Grados de libertad	9	
Estadístico t	4.91677231	
Valor crítico de t (una cola)	1.83311292	

La regla de decisión es: se rechaza  $H_0$  si  $t_o >$  que  $t_c = 1.833$ .

La t obtenida de 4.916 es mayor que la t crítica de 1.833 lo que nos indica que hay suficiente evidencia estadística para rechazar la hipótesis nula y sustentar la hipótesis alterna. El grupo disminuyó sus niveles de anergia después de recibir el tratamiento.

## h) Dimensión III- discomunicación.



Esta gráfica nos muestra las puntuaciones directas obtenidas en el pretest y posttest por las 10 adolescentes que participaron del programa de tratamiento, en la dimensión III- discomunicación.

Apreciamos que en el pretest seis adolescentes reflejaron un nivel alto de discomunicación y cuatro un nivel moderado.

En el posttest, las 10 adolescentes presentaron puntuaciones entre 12 y 31, lo que representa un nivel moderado de discomunicación.

A continuación se presentan los resultados de las pruebas estadísticas:

**Cuadro VIII. PRUEBA t PARA GRUPOS DEPENDIENTES. DIMENSIÓN  
III- DISCOMUNICACIÓN**

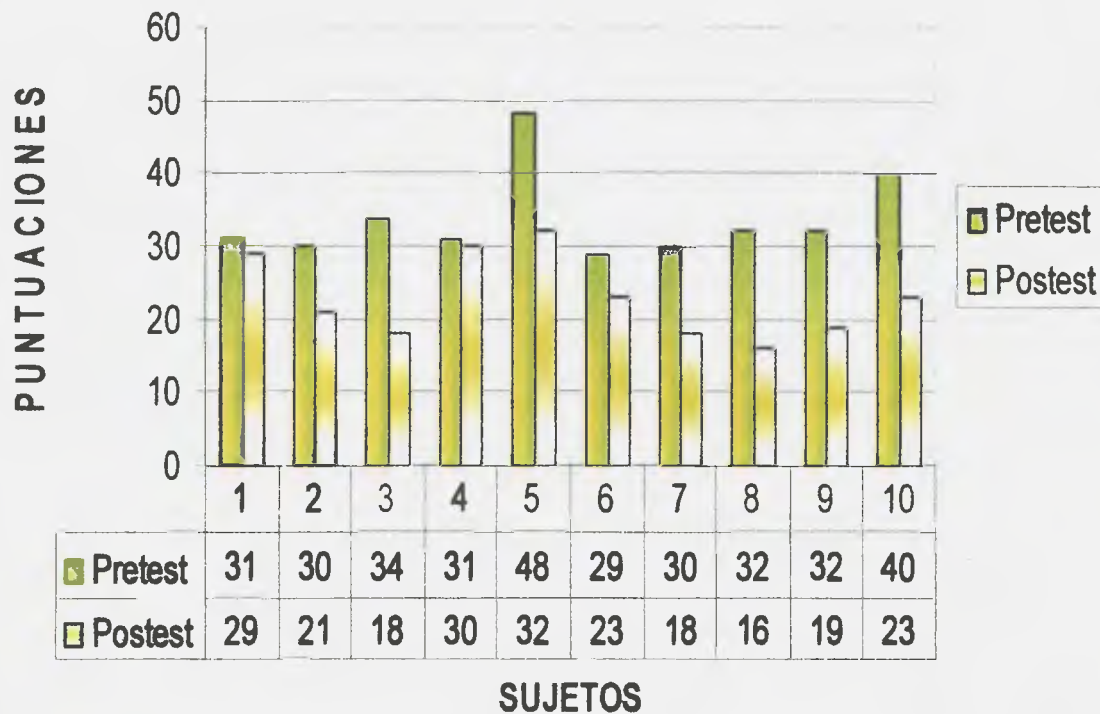
<b>Prueba t para medias de dos muestras emparejadas</b>		
	<b>Pretest</b>	<b>Posttest</b>
<b>Media</b>	36.7	21.7
<b>Desviación estándar</b>	7.6165025	5.81282107
<b>Observaciones</b>	10	10
<b>Grados de libertad</b>	9	
<b>Estadístico t</b>	9.22410069	
<b>Valor crítico de t (una cola)</b>	7.6165025	5.81282107

La regla de decisión es: se rechaza la  $H_0$  si  $t_o > t_c = 1.833$ .

Como la  $t$  obtenida de 9.224 es mayor que la  $t$  crítica de 1.833 rechazamos la hipótesis nula y sustentamos la hipótesis alterna que nos dice que los niveles de discomunicación serán menores después de recibir el tratamiento, comparado con antes de haberlo recibido.

## i) Dimensión IV- ritmopatía.

**Gráfica 9. COMPARACIÓN DEL GRUPO SEGÚN LAS PUNTUACIONES EN LA DIMENSIÓN IV- RITMOPATÍA EN EL PRETEST Y POSTEST**



A través de esta gráfica observamos las puntuaciones en la dimensión IV-ritmopatía, antes y después del tratamiento.

En el pretest, cinco adolescentes presentaron un nivel alto de ritmopatía y cinco un nivel moderado.

En el posttest, todas las adolescentes disminuyeron sus niveles de ritmopatía. En nueve de las jóvenes el nivel de ritmopatía fue moderado y en una, a pesar, de que su puntuación disminuyó, continuó estando dentro de un nivel alto.

A continuación se presentan los resultados de las pruebas estadísticas:

**Cuadro IX. PRUEBA t PARA GRUPOS DEPENDIENTES.  
DIMENSIÓN IV- RITMOPATÍA.**

<b>Prueba t para medias de dos muestras emparejadas</b>		
	<b>Pretest</b>	<b>Postest</b>
<b>Media</b>	33.7	22.9
<b>Desviación estándar</b>	5.90762219	5.62632700
<b>Observaciones</b>	10	10
<b>Grados de libertad</b>	9	
<b>Estadístico t</b>	5.67809706	
<b>Valor crítico de t (una cola)</b>	1.83311292	

La regla de decisión es: se rechaza  $H_0$  si  $t_o > t_c = 1.833$ .

Como la  $t$  obtenida de 5.678 es mayor que la  $t$  crítica de 1.833, existe suficiente evidencia estadística para rechazar la hipótesis nula y sustentar la hipótesis alterna. Por lo tanto podemos decir que el grupo no es igual antes y después de recibir el tratamiento; el grupo presentó menores niveles de ritmopatía después de recibir el tratamiento comparado con antes de recibirlo.

**\*Análisis e interpretación de los resultados: Cuestionario Estructural Tetradimensional para la Depresión. CET- DE.**

Las puntuaciones directas y las medias son diferentes antes y después de recibir el tratamiento, disminuyeron después del tratamiento en las cuatro dimensiones que evalúa el cuestionario y que son: humor depresivo, anergia, discomunicación y ritmopatía. Esto conduce a que las puntuaciones en depresión total muestren una disminución en el posttest, en el cual todas las adolescentes disminuyeron sus niveles de depresión: nueve presentaron un nivel de depresión moderado y una, a pesar de que disminuyó su puntuación continuó manteniéndola en un nivel alto. Esto nos indica que la mayoría de las adolescentes, víctimas de abuso sexual, que participaron en la investigación mejoraron sus niveles de depresión.

La prueba t nos indica que existe suficiente evidencia estadística de que las medias son significativamente diferentes antes y después del tratamiento en las cuatro dimensiones que evalúa el cuestionario. Esto nos lleva a suponer, entonces, que el tratamiento ayudó a las jóvenes a mejorar: su ánimo triste, su apatía y aburrimiento, su falta de sociabilidad y las alteraciones del sueño que experimentaban antes de participar de la investigación.

Consideramos que el tratamiento grupal cognitivo conductual que les ofrecimos a las adolescentes produjo las mejorías en su estado depresivo, porque les permitió a las jóvenes explorar sus sentimientos de tristeza y enojo, ver la conexión que existía entre esas emociones y sus pensamientos y aplicar la reestructuración cognitiva en sus vidas. Además, a través, del módulo de asertividad las adolescentes, víctimas de abuso sexual, aprendieron elementos importantes para establecer relaciones firmes y respetuosas en sus contextos, promoviendo así, en ellas el cuidado de sí mismas y permitiéndoles lograr un empoderamiento en sus vidas.

También pensamos que el hecho de que el tratamiento fuera grupal llevó a las adolescentes a no sentirse tan solas y darse cuenta de que no eran las únicas con esos problemas de pensamientos, ayudándoles esto a evitar la autocondena.

Además los métodos de modificación de conducta como los ensayos conductuales y los reforzamientos fueron muy eficaces dentro del grupo; ya que les permitieron a las adolescentes, víctimas de abuso sexual, adquirir mayor seguridad y confianza en sí mismas.

Observamos con satisfacción a lo largo del desarrollo de las sesiones del programa de tratamiento cómo las jóvenes lograron poco a poco un crecimiento personal y esto se vio reflejado en los resultados de las pruebas psicológicas.

**\*Análisis integrativo de los resultados.**

Observamos que a través del programa cognitivo conductual podemos ayudar a las adolescentes que han sido víctimas de abuso sexual y que presentan síntomas de ansiedad y depresión a mejorar esos estados, y así contribuir a mitigar los efectos que estos tienen sobre las jóvenes.

Los resultados obtenidos nos señalan que podemos suponer que el programa cognitivo conductual nos permitió ayudar a las jóvenes a aprender la relevancia que tienen sus pensamientos y su interpretación de las situaciones, en el manejo de su ansiedad y depresión. Las jóvenes realizaron cambios en sus pensamientos, los cuales pasaron de ser disfuncionales a ser funcionales o adaptativos. Además, las jóvenes aprendieron una forma de comunicarse asertivamente lo que les permitió relacionarse mejor consigo misma y con los demás.

Podemos inferir que el tratamiento ayudó a las adolescentes, víctimas de abuso sexual, a gozar de un mayor bienestar psicológico; ya que disminuyeron las manifestaciones físicas de la ansiedad, mejoraron la manera como internalizaban la ansiedad experimentada y disminuyeron la ansiedad que les producía el hecho de pensar que no eran buenas, capaces o efectivas como otras personas. También mejoraron su ánimo depresivo, su apatía, su falta de sociabilidad y las alteraciones del sueño. Este mejoramiento en su bienestar psicológico lo inferimos a través del cambio que se reflejó en las pruebas a través de los resultados.

Inferimos que las adolescentes, víctimas de abuso sexual, aprendieron a través del tratamiento a percibir la experiencia de abuso sexual vivida de una manera menos dañina y dolorosa; es decir, más constructiva.

Aún cuando obtuvimos suficiente evidencia estadística para determinar que las medias del grupo eran significativamente diferentes, antes y después del tratamiento, y por lo tanto pudimos sustentar todas nuestras hipótesis alternas; observamos, a través, de la interpretación de las escalas de ansiedad y depresión; que sí mejoraron, pero la mayoría de las jóvenes continuaron mostrando niveles de ansiedad y depresión moderados. En base a esto, consideramos, que se debe incrementar el número de sesiones, ya que probablemente quince sesiones no fueron suficientes para lograr reducir los síntomas de ansiedad y depresión que experimentaban las adolescentes a un nivel bajo.

## **CONCLUSIONES**

Después de realizar el presente trabajo de investigación y conocer sus resultados, se deducen algunas conclusiones, las cuales se describen a continuación:

- El abuso cometido contra una niña (o), que es vulnerable y frágil, por un adulto, que es poderoso, significa un abuso de poder y, por lo tanto, un trauma muy grave, cuyas secuelas son numerosas. Las personas traumatizadas están tristes, se muestran desconfiadas, les falla la memoria, no duermen bien y son temerosas.
- El abuso sexual infantil, es una de las principales formas de maltrato que viven los menores panameños y según las cifras estadísticas proporcionadas por el Juzgado de Niñez y Adolescencia es un problema que va en aumento.
- El tratamiento de las personas, víctimas de abuso sexual, es indispensable; pero también se hace necesario la atención y tratamiento de los ofensores sexuales, los que en su mayoría son hombres.
- El tratamiento grupal que se le ofreció a las adolescentes, víctimas de abuso sexual, contribuyó a aliviar y contrarrestar los efectos del abuso; ya que a través del grupo las jóvenes redujeron su aislamiento, exploraron sus emociones y distorsiones cognoscitivas en torno al abuso y aprendieron nuevos modelos de conducta asertiva.

- Se infiere que el tratamiento cognitivo conductual grupal, aplicado en esta investigación, fue efectivo para que las adolescentes, víctimas de abuso sexual, disminuyeran sus niveles de ansiedad y depresión.
- La reacción de las madres y hacia las madres es uno de los puntos críticos cuando se revela una situación de abuso de una niña, un niño o una/un adolescente. Con frecuencia la responsabilidad del abuso se desplaza del abusador a la madre de la víctima. Por eso siempre es importante tener presente que el agresor es el único responsable del abuso sexual.
- A pesar de que obtuvimos suficiente evidencia estadística para determinar que las medias del grupo eran significativamente diferentes antes y después del tratamiento en todas las variables dependientes y por lo tanto se sustentaron todas las hipótesis alternas. Observamos, que si bien hubo mejoría en los síntomas de ansiedad y depresión; la mayoría de las jóvenes continuaron presentando niveles moderados de ansiedad y depresión después del tratamiento.
- El tratamiento cognitivo conductual ofrecido a la adolescentes, víctimas de abuso sexual, hizo énfasis en la reestructuración cognitiva, en la que las adolescentes aprendieron que sus pensamientos evaluativos disfuncionales causaban sus síntomas de ansiedad y depresión y que, a través de la identificación o reconocimiento de los mismos, podían lograr modificarlos por pensamientos más funcionales o adaptativos.
- Los resultados obtenidos en esta investigación fueron evaluados inmediatamente después de terminado el tratamiento, es decir a corto plazo; por lo tanto la mejoría reflejada, a través de los resultados en las pruebas de estas adolescentes, deben ser consideradas como una mejoría en ese tiempo.

- El diseño de investigación utilizado para la realización de este trabajo presenta muchas limitaciones, ya que el grado de control es mínimo, por lo tanto, los resultados obtenidos no tienen el mismo rigor científico que los diseños experimentales o cuasiexperimentales. Sin embargo, consideramos que clínicamente la investigación es muy valiosa, ya que nos permitió la oportunidad de contribuir a mejorar la sintomatología ansiosa y depresiva de un grupo de adolescentes, víctimas de abuso sexual, que no habían recibido ningún tipo de tratamiento a su problemática.

## **RECOMENDACIONES**

En virtud de las conclusiones expuestas, surgen una serie de recomendaciones como complemento y operatividad potencial de aquellas, las cuales se detallan a continuación:

- Los/las profesionales deben tener en cuenta la condición especial de las niñas(os) y adolescentes abusados (as) para tratarlas(os) con consideración, con respeto y darles protección. Se les debe creer lo que dicen, los niños (as) no mienten sobre experiencias tan humillantes y dolorosas, como el abuso sexual. Esto hace necesario que los casos de abuso sexual que conocemos lo denunciemos y no callemos este tipo de situaciones que tanto daño producen sobre los menores.
- Diseñar programas de prevención del abuso sexual infantil dirigido a niños y niñas en edad preescolar e implementarlos a nivel de las escuelas.
- Elaborar programas de atención y tratamiento de lo ofensores sexuales, tomando en cuenta las características y creencias de los hombres panameños.
- Seleccionar las diferentes modalidades de tratamiento clínico tomando en cuenta siempre las necesidades de nuestros pacientes.
- Continuar ofreciendo este tipo de tratamientos psicológicos a adolescentes, víctimas de abuso sexual; ya que esta investigación ha aportado datos teóricos y prácticos que sustentan lo beneficioso que ha sido para un grupo de adolescentes, víctimas de abuso sexual.

- Organizar grupos de terapia para las madres de las/los menores, víctimas de abuso sexual, con la finalidad de ayudar a las madres a acercarse a sus propios sentimientos, identificar sus posibilidades y tomar el control de sus propias vidas. Esto las llevará a sentir que pueden proteger y apoyar a su hija(o).
  
- Reestructurar el programa de tratamiento, incluyendo un mayor número de sesiones; con el objetivo de trabajar con mayor énfasis en los síntomas de ansiedad y depresión, de manera tal que se pueda lograr reducir dichos síntomas a un nivel bajo.
  
- Hacer un seguimiento del programa, continuar con la evaluación de los resultados e introducir las modificaciones que resulten necesarias. Un programa de tratamiento debe ser evaluado constantemente, con el propósito de detectar fallas y facilitar el mejoramiento de las técnicas y los métodos.
  
- Realizar un control de los resultados del programa en periodos comprendidos entre los tres meses, seis meses, nueve meses y un año, con el propósito de evaluar, a largo plazo, sus efectos en las adolescentes.
  
- Realizar una investigación con un diseño experimental o cuasiexperimental, que incluya selección de muestras al azar y con grupo control, con la finalidad de que los resultados que arroje la investigación sean más rigurosos.

## BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

### I. LIBROS

ARON, A. y ARON, E. N. 2001. **Estadística para Psicología**. 1ª edición. Editorial Prentice-Hall. 704 págs.

BATRÉS, G. 1998. **Violencia contra los Niños y las Niñas**. Módulo II. San José, Costa Rica. 68 págs.

BECK, J. 2000. **Terapia Cognitiva y Conceptos Básicos y Profundización**. Editorial Gedisa, España. 395 págs.

BELLOCH, A., SANDÍN, B. y RAMOS, F. 1997. **Manual de Psicopatología**. McGraw-Hill Interamericana, España. Volumen 1, 613 páginas. Volumen 2, 796 págs.

BERNSTEIN, D. A. y NIETZEL, M.T. 2002. **Introducción a la Psicología Clínica**. Editorial McGraw-Hill, España. 662 págs.

CABALLO, V. E. 1997. **Manual para el Tratamiento Cognitivo Conductual de los Trastornos Psicológicos**. 1ª edición. Siglo XXI, España Editores, S. A. Madrid. 760 págs.

CAMPOS, B. 2003. **Introducción a la Psicología Clínica**. Editorial McGraw-Hill, Mexico. 561 págs.

CLARAMUNT, C. 1999. **Casitas Quebradas: El Problema de la Violencia Doméstica en Costa Rica**. Editorial Universidad Estatal a Distancia. San José, Costa Rica. 246 págs.

- COMPAS, B.y GOTLID, I. H. 2002. **Introducción a la Psicología Clínica**. Editorial McGraw-Hill, México. 561 págs.
- CUEVAS. M. R. y GUTIÉRREZ, L. 1997. **Sentir, Pensar y Enfrentar la Violencia Intrafamiliar**. No. 3. San José Costa Rica. 131 págs.
- CULLARI, S. 2001. **Fundamentos de Psicología Clínica**. 1ª edición. Pearson Educación, México. 480 págs.
- CHAVERRY M., GONZÁLEZ S. y MONJE M. 1997. **Sentir, Pensar y Enfrentar la Violencia Intrafamiliar**. No.2. San José, Costa Rica.176 págs.
- DE LEÓN ,G.y ALVAREZ, C. 2001. **Abuso Infantil. Evaluación y Tratamiento Clínico**. Casa Cultura. Estados Unidos. 133 págs.
- DE LEÓN G. y ALVAREZ C. 2001. **Abuso Infantil: Técnicas de Entrevista**. Panamá. 26 páginas.
- DE LEÓN O. 2001. **Teoría y Práctica de la Psiquiatría Forense en Panamá**. Universal Books, Panamá. 106 págs.
- FISAS, V. 1998. **El Sexo de la Violencia**. Editorial Icaria. Barcelona, España. 98 págs.
- HENSHAW, H C. y ÁLVAREZ I. G. 2000. **Manual de Tratamiento Clínico de Abuso, Maltrato y Explotación de Menores**. Centro Internacional para el desarrollo y Adiestramiento Profesional. 78 págs.
- KAZDIN, A. E. 2001. **Métodos de Investigación en Psicología Clínica**. 3ª edición. Prentice Hall. México, 524 págs.
- KERLINGER, F. y LEE H. B. 2002. **Investigación del Comportamiento**. 4ª edición. Editorial Mc Graw-Hill. México. 850 págs.

Ministerio de Salud. 1997. **Guía de Atención del Menor Maltratado**. Dirección General de Promoción y Prevención. Colombia. 45 págs.

Ministerio de Salud. 1998. **Abuso Sexual: Niñas, Niños y Adolescentes**. Panamá. Módulo I. 32 págs y Módulo II. 24 págs.

Ministerio de salud. 2001. **La Nueva Era para la atención Jurídica – Social de la Violencia Intrafamiliar en Panamá**. Panamá. 30 págs.

Organización Panamericana de la Salud. 1998. **Ruta crítica que siguen las mujeres víctimas de Violencia Intrafamiliar**. Programa mujer Salud y Desarrollo. Panamá. 98 págs.

RAMELLINI , T.y MESA, S. 1997. **Estrategias de Intervención especializada con personas afectadas por la violencia intrafamiliar**. Editorial PLANOVY .Costa Rica. 97 págs

SANMARTÍN, J. 1999. **La Violencia y sus Claves**. Editorial Ariel, España. 98 págs.

SIMÓN, M.A. 1993. **Psicopatología de la Salud**. Ediciones Pirámide. Madrid, España. 223 págs.

TRIANES, M. V.y MUÑOZ, A. y JIMÉNEZ I.M. 1997. **Competencia Social: su educación y tratamiento**. Ediciones Pirámide. España. 205 págs.

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE .1995. **Violencia Intrafamiliar**. Programa de prevención y apoyo a la mujer y al niño maltratado. Chile. 55 págs.

WICKS N. R. e ISRAEL, A. 1997. **Psicopatología del Niño y del Adolescente**. 3ª edición .Prentice Hall, España. 494 págs.

## II. TESIS

BARRIOS, M.I. 2005. **Manejo del estrés y la ansiedad en un grupo de pacientes diabéticos, un abordaje cognitivo-conductual.** Universidad de Panamá, Facultad de Humanidades, Escuela de psicología. Tesis para optar por el grado de maestría en Psicología Clínica. 218 págs.

## III. MANUALES

DSM IV- TR. 2001. **Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos mentales.** Texto revisado. Editorial Masson, S.A. Barcelona, España. 1049 págs.

MEJIA, S. 1995. **Manual Para la Detección de Casos de Maltrato a la Niñez.** Asociación Save the Children, Honduras. 21 págs.

Ministerio de Salud. 2002. **Manual de Normas y Procedimientos para la Atención Integral de la Violencia Intrafamiliar y la Promoción de Formas de Convivencia Solidaria en el Sistema Nacional de salud.** Dirección Nacional de Promoción de la Salud. República de Panamá. 2ª edición. 188 págs.

NOWACK, K.M. 2002. **El Manual Moderno.** PhD Editorial. México, D.C. 840 págs.

RUÍZ, S. J. y CANO S, J. 1992. **Manual de Psicoterapia Cognitiva.** 184 págs.

SONKIN, D. y DURPHY, M. 1997. **Aprender a Vivir sin Violencia, Manual para Hombres.** Editorial Volcano Press. 70 págs.

#### IV. FOLLETOS

BETANCOURT, F. y MADRID, I. 2004. **La Terapia Cognitiva-Conductual y sus Aplicaciones a la Psicología Clínica.** Universidad de Panamá. Facultad de Humanidades. División de Post grado. Maestría en Psicología Clínica. Abril. 2004.

BRAVO, A. y MARTÍNEZ, V. 2003. **Habilidades Para la Vida.** Fundación Fé y Alegría. Colombia. 113 págs.

**ANEXO I**  
**HISTORIA CLÍNICA**

**1. Datos de Filiación.**

Nombre: Y.R.  
Fecha de Nacimiento: 27 de enero de 1993  
Edad cronológica: 13 años – 7 meses  
Escolaridad: VIII grado  
Escuela: PC. El Pilón  
Residencia: Montijo.

**Motivo de Consulta.**

Paciente hace aproximadamente 10 meses, fue violada en varias ocasiones por un vecino que era novio de su mamá y también por el hermano de éste.

La joven señala que, desde entonces, en su vida no hay alegría y siente miedo de que eso le vuelva a ocurrir; porque la gente es muy mala y sobretodo los hombres.

**2. Enumeración de los Síntomas.**

Nivel cognitivo: Piensa que todos los hombres son malos y no quiere tener ningún tipo de relación con los hombres, ya que si tiene alguna relación con un hombre este se va a aprovechar de ella y la abusará.

Piensa que no vale nada y que es poca cosa porque no es virgen.

Nivel afectivo: Experimenta tristeza, vergüenza, baja autoestima y ansiedad.

Nivel conductual: Llanto fácil, evita las relaciones con personas del sexo opuesto.

Nivel motivacional: Es muy pasiva y experimenta dificultad en el manejo de sus relaciones sociales. Además presenta indecisión.

Nivel físico: Sudoración en las manos, falta de aire y cansancio.

**Datos Objetivos:**

**Escala de ansiedad manifiesta en niños y adolescentes (CMAS-R)**

<b>Escalas</b>	<b>Percentil</b>	<b>Puntuaciones</b>
AF	85	13
IH	94	14
PSC	99	16
M	47	9
AT	96	68

**Cuestionario estructural tetradimensional para la depresión (CET-DE)**

<b>Escala</b>	<b>Puntuación</b>
Humor depresivo	44.22
Anergia	43
Discomunicación	36
Ritmopatía	31
Depresión total	38.55

**Diagnóstico:**

T74.2 Abuso sexual del niño (V 61.21)

### **3. Áreas Afectadas en la Vida de la Joven.**

Relaciones familiares: No tiene ninguna relación con la mamá, ya que esta niega toda la situación de abuso sexual vivida por la joven. Su relación con los hermanos es distante.

### **4. Historia de la Queja Actual y Episodios Previos.**

Hace aproximadamente 10 meses la joven fue violada en varias ocasiones por un vecino que era novio de su mamá y que se aprovechaba cuando ella estaba sola para abusarla. Señaló que el vecino era muy cariñoso con ella, le compraba golosinas y le daba plata para la merienda.

La joven refirió que un mes después que el novio de la mamá la violara el hermano de éste también la obligó a tener relaciones sexuales con él. Un día que su mamá no se encontraba en la casa el señor le fue a revisar unos tomacorrientes y cuando terminó, la agarró a la fuerza y la violó. Ella quiso defenderse y gritar, pero el señor le tapó la boca y la golpeó tan fuerte, que ella no fue capaz de evitar lo ocurrido. Cuando su mamá llegó ese día a la casa la encontró llorando y ella le contó todo lo ocurrido con el hermano de su novio y con el novio de ella, pero su mamá le dijo que no fuera tan mentirosa y que se dejara de inventar esas historias, porque se podía meter en un gran problema.

La joven desesperada por la actitud de su mamá, habló con la profesora de orientación de la escuela, quien denunció el caso y la joven fue ubicada en la casa de un tío.

La joven se siente triste, sola y con miedo de que le vuelva a ocurrir lo mismo; por lo que evita relacionarse con hombres.

Cuando hizo la denuncia fue evaluada por la psicóloga del Juzgado quien la vio en dos sesiones.

Actualmente no recibe ningún tratamiento psicológico.

#### **5. Otros Problemas.**

No experimenta.

#### **6. Historia Familiar.**

Producto de una relación casual. Sus padres no vivieron juntos y el padre vino a asumir su paternidad cuando ella tenía 9 años, porque se hicieron la prueba de ADN.

La joven es la tercera de los cinco hijos de la madre. De pequeña siempre vivió con su mamá y hermanos. Actualmente su mamá no le habla y a sus hermanos no los ve desde que vive con su tío, hace alrededor de 9 meses.

#### **7. Historia Personal.**

Actualmente vive con su tío, tía y cuatro primos. Su relación con ellos es buena, aunque refiere que en un principio se sentía un poco incómoda con ellos.

La joven tiene pocos amigos, ya que se ha tornado bastante introvertida.

En cuanto a su historia escolar apreciamos que ha cursado con buen rendimiento escolar, a excepción del año pasado (IV bimestre) en donde su rendimiento escolar bajó en forma significativa; no obstante no reprobó ninguna materia. Este año cursa con buen rendimiento escolar.

En cuanto a su vida sexual afectiva, la joven señala que solo ha tenido un novio y eso fue cuando estaba en V grado, y que sólo lo veía en la escuela. La joven manifestó no haber iniciado una vida sexual activa.

En su tiempo libre le gusta escuchar música y jugar al fútbol con sus primos.

## HISTORIA CLÍNICA

### 1. Datos de Filiación.

Nombre: M.C  
Fecha de Nacimiento: 4 de enero de 1992  
Edad cronológica: 14 años – 8 meses  
Escolaridad: VIII grado  
Escuela: C.E.B.G. Belisario Villar P.  
Residencia: Foresta A. Canto del Llano

### Motivo de Consulta.

Joven refiere sentirse muy triste y desanimada desde hace como un año y medio, época en que fue abusada sexualmente por su abuelo materno.

También manifiesta que a veces experimenta un enojo muy grande y que esto la lleva a pelear constantemente con su hermana de 12 años.

La joven indicó que cada vez que ve a su abuelo siente que el corazón se le va a salir y experimenta un gran deseo de salir huyendo.

### 2. Enumeración de los Síntomas.

Nivel cognitivo: Piensa que la vida ha sido muy dura con ella por hacerla vivir una experiencia tan terrible como la que vivió con su abuelo. Piensa que su abuelo es un monstruo y no sabe como Dios permitió que eso pasara. Piensa que ya nunca más va a volver experimentar la alegría.

Nivel afectivo: Experimenta tristeza, desánimo, enojo y miedo del abuelo.

Nivel conductual: A veces llora cuando recuerda lo ocurrido, pelea con la hermana y sale huyendo cuando ve a su abuelo.

Nivel motivacional: Se siente cansada y ha perdido el entusiasmo en hacer cosas que antes disfrutaba.

Nivel físico: Experimenta taquicardia, cansancio e intranquilidad.

**Datos Objetivos:**

**Escala de ansiedad manifiesta en niños y adolescentes (CMAS-R)**

<b>Escalas</b>	<b>Percentil</b>	<b>Puntuaciones</b>
AF	90	13
IH	93	14
PSC	94	14
M	40	9
AT	97	69

**Cuestionario estructural tetradimensional para la depresión (CET-DE)**

<b>Escala</b>	<b>Puntuación</b>
Humor depresivo	44.88
Anergia	38
Discomunicación	30
Ritmopatía	30
Depresión total	35.72

**Diagnóstico:**

T74.2 Abuso sexual del niño (V 61.21)

### **3. Áreas Afectadas en la Vida de la Joven.**

Relaciones familiares: Desde hace un año no le habla a su abuelo, tiene mucho resentimiento y miedo hacia él, dice que lo odia y que nunca lo va a perdonar.

Escuela: Ha bajado su rendimiento escolar. Cursa con fracaso en dos asignaturas.

### **4. Historia de la Queja Actual y Episodios Previos.**

La joven refirió que cuando tenía 12 años, su abuelo, que a veces llegaba de visita a su casa, la manoseaba y la ponía a practicarle el sexo oral. Esto ocurrió como tres veces.

Desde entonces la joven refiere que ya no es la misma y que se siente triste y desanimada. También nota que siempre esta enojada y tiene ganas de pelear con alguien.

Manifiesta que odia a su abuelo, ya que le hizo algo horrible y que por su culpa ella nunca más va a ser feliz, porque él le desgració la vida.

### **5. Otros Problemas.**

Pobreza extrema.

### **6. Historia Familiar.**

Producto de una relación causal, la joven no conoce a su padre y es la mayor de los tres hijos de su madre.

Mantiene buenas relaciones con la madre a quien quiere y en quien ha depositado toda su confianza. Ante la situación de abuso que vivió, la madre la apoyó en todo momento y repudió la conducta del abuelo de la joven, a quien le prohibió que los visitara.

Confronta mayores dificultades con su hermana de 12 años con quien pelea constantemente, ya que su hermana no le quiere hacer caso y ella por ser la mayor se siente responsable de lo que le pase a ella y a su hermano cuando su mamá no está en la casa.

## **7. Historia Personal.**

Desde que nació hasta los 11 años vivió con su mamá y hermanos.

A los 11 años ingresó en el Hogar Santa Isabel, porque la madre no tenía recursos económicos para que ella y sus hermanos fueran a la escuela.

En el Hogar fue que le contó a una hermana lo que le hacía su abuelo y así fue como se hizo la denuncia del caso. A raíz de esto se sintió tan mal que su mamá tomó la decisión de sacarla del Hogar y llevarla a vivir con ella nuevamente, a pesar de que la situación económica era y es muy difícil.

A nivel escolar siempre ha sido una estudiante regular; pero desde hace un año ha comenzado a bajar su rendimiento escolar en forma considerable. Actualmente cursa con fracaso escolar en dos asignaturas. Al respecto la joven señaló que ella estudia, pero que ahora le cuesta más concentrarse y aprenderse los contenidos de los planes.

A nivel social, señaló que no tiene amigas, ni amigos y que casi no habla con sus compañeros de escuela; ya que es muy tímida e introvertida.

En cuanto a su vida sexual afectiva señaló que no ha tenido novios y que no tiene interés en esas cosas.

Entre sus pasatiempos está el jugar voleibol con su hermana y ver T.V., pero esto último ya no lo hace porque ya hace como dos años que en su casa no hay corriente eléctrica.

## HISTORIA CLÍNICA

### 1. Datos de Filiación.

Nombre: Y.C.  
Fecha de Nacimiento: 17 de marzo de 1992  
Edad cronológica: 14 años – 5 meses  
Escolaridad: IX grado  
Escuela: C.E.B.G. José Santos Puga  
Residencia: Santiago

### Motivo de Consulta.

La joven refirió que hace aproximadamente 6 meses su tío la acosó sexualmente en dos ocasiones.

También señaló que hace como tres meses un profesor le estuvo haciendo algunas insinuaciones sexuales y le manoseo los brazos y las piernas.

Todo esto la tiene aturdida pues no sabe porqué le pasan estas cosas.

Se siente triste y muy preocupada porque sus relaciones a nivel familiar se han deteriorado y ya en su familia las cosas no son como antes.

### 2. Enumeración de los Síntomas.

Nivel cognitivo: Piensa que a ella le pasan cosas muy horribles y que por su culpa ya su papá no le habla a su tío y su abuela no quiere saber de ella porque denunció a su hijo.

Piensa que cuando las personas saben lo que le ocurrió tratan de propasarse con ella, pues piensa que es una chica fácil.

Nivel afectivo: Experimenta tristeza, preocupación y culpa.

Nivel conductual: A veces llora por tonterías.

Nivel motivacional: Ha perdido el interés en compartir con sus amistades y ahora solo quiere estar encerrada en su casa.

Nivel físico: Experimenta sudoración en las manos, dificultad para conciliar el sueño y mucha inquietud.

**Datos Objetivos:**

**Escala de ansiedad manifiesta en niños y adolescentes (CMAS-R)**

<b>Escalas</b>	<b>Percentil</b>	<b>Puntuaciones</b>
AF	98	16
IH	88	13
PSC	98	15
M	40	9
AT	98	71

**Cuestionario estructural tetradimensional para la depresión (CET-DE)**

<b>Escala</b>	<b>Puntuación</b>
Humor depresivo	33
Anergia	34
Discomunicación	37
Ritmopatía	34
Depresión total	34.5

**Diagnóstico:**

T74.2 Abuso sexual del niño (V 61.21)

### **3. Áreas Afectadas en la Vida de la Joven.**

Relaciones familiares: A raíz de la denuncia su abuela no le habla a ella y está enojada con sus padres, porque estos sí le creen y la apoyan.

Su familia no mantiene ninguna relación con su tío, ni con la familia de éste.

Relaciones sociales: Ya no comparte con sus amistades y ahora prefiere estar encerrada en la casa.

### **4. Historia de la Queja Actual y Episodios Previos.**

Hace seis meses cuando se encontraba de vacaciones, en casa de su abuela, mientras se cambiaba de ropa su tío se metió al cuarto e intentó quitarle la ropa, pero la vecina la comenzó a llamar y eso asustó al tío quien se fue corriendo del cuarto. La joven manifestó que su tío estaba ebrio y se comportaba de una manera poco usual en él. Dos días después, mientras veía la T.V., él tío le comenzó a decir que ella era muy bonita y dulce y le comenzó a manosear los brazos y las piernas; ella quiso quitarle las manos, pero el tío insistía y comenzó a desabrocharle la camisa, en ese momento ella gritó y su abuela que estaba en el patio de la casa vino a ver que le pasaba, por lo que ella llorando le contó lo que su tío le estaba haciendo, pero su abuela no le creyó y le dijo que era una mentirosa.

La joven vivió otra situación de acoso por parte de uno de sus profesores quien le llegó a hacer insinuaciones y comentarios de tipo sexual y también la manoseó.

Estas situaciones han llevado a la joven a sentirse triste y preocupada; no quiere volver a vivir algo semejante, por lo que ahora no quiere salir de su casa, ya que en su casa es donde más segura se siente.

## **5. Otros Problemas.**

No experimenta.

## **6. Historia Familiar.**

La joven procede de un hogar integrado y es la cuarta de cinco hijas.

Con la mamá tiene buena comunicación y la considera su amiga. Con su papá no se comunica en forma adecuada, porque éste es muy estricto, quiere que todo se haga como él dice y no escucha a nadie.

Con sus hermanas tiene buenas relaciones, pero tiene una relación más unida con su hermana de 17 años, ya que ésta siempre la escucha y la comprende.

A nivel familiar no hay antecedentes patológicos de trastornos mentales.

## **7. Historia Personal.**

Siempre ha vivido con sus padres y hermanas, rodeada de un ambiente de afecto y cariño. Sus padres la apoyaron en todo momento ante la situación de abuso que vivió con su tío y nunca dudaron de lo que ella decía.

A nivel social, desde que fue acosada por su tío, ya casi no se relaciona con sus amistades, ya que no sale de la casa, pues es el único lugar donde se siente segura.

En la escuela ha bajado su rendimiento escolar, pero esto no es significativo.

En cuanto a su vida sexual-afectiva, manifiesta que no ha tenido novios y que por el momento eso no le interesa.

En cuanto a sus pasatiempos refiere que le gusta cantar y tocar instrumentos musicales. También disfruta ayudando a su papá en el negocio de panadería que tienen.

## HISTORIA CLÍNICA

### 1. Datos de Filiación.

Nombre: K.P.  
Fecha de Nacimiento: 4 de junio de 1992  
Edad cronológica: 14 años – 3 meses  
Escolaridad: VI grado  
Escuela: Manuela H. de Pérez  
Residencia: Hogar Santa Isabel. Santiago.

### Motivo de Consulta.

La joven refiere que hace aproximadamente dos años fue violada por un tío y poco tiempo después un primo de su papá la acosó en dos ocasiones. A raíz de esos abusos experimenta sentimientos de tristeza y nerviosismo. Además experimenta vergüenza y culpa, ya que piensa que si no hubiera hablado sobre lo que le pasó, en su familia todo marcharía normalmente.

### 2. Enumeración de los Síntomas.

Nivel cognitivo: Piensa que su vida es un desastre, ya que no puede vivir con su familia por orden del Juzgado de Niñez y Adolescencia y porque estos la rechazan. Además piensa que la gente va a hablar mal de ella por lo que pasó y cree que lo mejor era quedarse callada, ya que así no estaría viviendo lo que ahora vive.

Nivel afectivo: Experimenta ansiedad, tristeza, mal humor, vergüenza y culpa.

Nivel conductual: Experimenta episodios de llanto incontrolable y conductas disruptivas.

Nivel motivacional: Siente deseos de pelear con sus compañeras en el hogar y de llevar siempre la contraria.

Nivel físico: Presenta sudoración, inquietud y cansancio.

**Datos Objetivos:**

**Escala de ansiedad manifiesta en niños y adolescentes (CMAS-R)**

<b>Escalas</b>	<b>Percentil</b>	<b>Puntuaciones</b>
AF	99	19
IH	99	16
PSC	98	15
M	40	9
AT	99	87

**Cuestionario estructural tetradimensional para la depresión (CET-DE)**

<b>Escala</b>	<b>Puntuación</b>
Humor depresivo	48.18
Anergia	29
Discomunicación	44
Ritmopatía	31
Depresión total	38.04

**Diagnóstico:**

T74.2 Abuso sexual del niño (V 61.21)

### **3. Áreas Afectadas en la Vida de la Joven.**

Relaciones familiares: Su familia (papá, abuela y tíos) la rechazan, ya que no creen que su tío fuera capaz de abusar de ella.

Escuela: Cursa con bajo rendimiento escolar.

### **4. Historia de la Queja Actual y Episodios Previos.**

La joven refirió que hace dos años cuando vivía con su abuela paterna, su tío un día que ella se encontraba sola la encerró en el cuarto y la violó. Esto ocurrió en dos o tres ocasiones. Luego de eso, la amenazaba, diciéndole que si ella le contaba eso a alguien él lo negaría todo y haría que la ingresarán en algún internado.

Un mes después de lo ocurrido con su tío un primo de su papá la manoseó y también quiso violarla, pero ella lo amenazó con denunciarlo y el señor no la violó, y después de eso le daba dinero para que ella no hablara.

Un día, una tía la encontró llorando y ella le contó lo que le había hecho su tío y el primo de su papá. La tía hizo la denuncia ante el Juzgado de Niñez y Adolescencia y es la única que le ha creído y que la ha apoyado en todo este problema.

Señala que se siente triste y nerviosa desde que vivió el abuso sexual por parte de su tío y primo del papá. Piensa que está sola y que no tiene familia, ya que nadie de su familia le creyó, a excepción de su tía.

Fue atendida por la psicóloga del Juzgado durante dos a tres sesiones, cuando hizo la denuncia del problema. Actualmente no está recibiendo ningún apoyo psicológico.

## **5. Otros Problemas.**

Su situación económica es precaria, ya que no cuenta con el apoyo de su familia.

## **6. Historia Familiar.**

Procede de un hogar desintegrado. Tiene seis hermanos. Sus padres se separaron cuando ella tenía apenas 3 años. Entre los padres existía violencia física. Su padre es "piedrero" y su madre es drogadicta.

De los 3 años hasta los 12 años vivió con la abuela paterna.

Luego de que la tía hizo la denuncia de la situación de abuso vivida por la joven ésta fue asignada a vivir en el Hogar Santa Isabel.

## **7. Historia Personal.**

Su vida ha estado carente del cariño y afecto de sus padres, ya que ambos tienen problemas de consumo de drogas y no se han responsabilizado por ella.

A nivel escolar tiene historia de haber repetido IV y V grado. Aunque este año ha mejorado su rendimiento escolar, este sigue siendo bajo.

A nivel social cuenta con pocos amigos, ya que refiere que ella no le agrada a las demás personas, por ser peleona y enojarse con facilidad.

En cuanto a su vida sexual afectiva señaló que ha tenido dos novios, pero que sólo los veía en la escuela. Niega haber iniciado actividad sexual.

En cuanto al empleo del tiempo libre refiere que le gusta ayudar en la limpieza del hogar y cuidar de los animales: pericos, loros y tortuga.

## HISTORIA CLÍNICA

### 1. Datos de Filiación.

Nombre: K.T  
Fecha de Nacimiento: 18 de octubre de 1990  
Edad cronológica: 15 años – 10 meses  
Escolaridad: VII grado  
Escuela: José Santos Puga  
Residencia: Calle 10ª.Santiago

### Motivo de Consulta.

La joven señaló que desde los 10 años se siente deprimida, llora y piensa que es muy poca cosa. Confiesa que se siente así, porque desde que tenía 9 años su papá la obligaba a tener relaciones sexuales con él.

También experimenta episodios en los cuales siente que le falta el aire y que se va a desmayar, y esto le ocurre cuando alguien le habla de su papá.

### 2. Enumeración de los Síntomas.

Nivel cognitivo: Piensa que es muy poca cosa y que no vale nada. Piensa que nunca nadie la va a querer por lo que le pasó y piensa que lo que le pasó le puede ocurrir de nuevo.

Nivel afectivo: Experimenta ansiedad, tristeza, culpa y baja autoestima.

Nivel conductual: Llora con facilidad, no sale de la casa y se irrita con facilidad.

Nivel motivacional: Siente que todo le da igual y que ya nada le importa.

Nivel físico: Experimenta falta de aire, sudoración de manos, cansancio, y alteraciones del sueño.

**Datos Objetivos:**

**Escala de ansiedad manifiesta en niños y adolescentes (CMAS-R)**

<b>Escalas</b>	<b>Percentil</b>	<b>Puntuaciones</b>
AF	99	18
IH	99	16
PSC	99	19
M	15	6
AT	99	77

**Cuestionario estructural tetradimensional para la depresión (CET-DE)**

<b>Escala</b>	<b>Puntuación</b>
Humor depresivo	43.56
Anergia	44
Discomunicación	44
Ritmopatía	48
Depresión total	44.89

**Diagnóstico:**

T74.2 Abuso sexual del niño (V 61.21)

F34.1 Trastorno Distímico ( 300.4)

### **3. Áreas Afectadas en la Vida de la Joven.**

Familia: Su madre no le habla y cada vez que la ve la insulta y no le perdona que denunciará al padre por su abuso.

Escuela: Su rendimiento escolar es muy bajo, cursa con fracaso escolar.

### **4. Historia de la Queja Actual y Episodios Previos.**

La joven refirió que desde que tenía 9 años su papá la tocaba en sus partes íntimas y la amenazaba que si hablaba la mataba a ella y a su mamá, ya que a él no le importaba ir a la cárcel. Cuando ella fue creciendo él la siguió abusando y a los 11 años la violó y lo siguió haciendo. Cuando ella se resistía a tener relaciones con el papá éste le pegaba con la correa. La joven señaló que su papá siempre se las arreglaba para quedarse a solas con ella.

Cuando tenía 14 años le contó lo que le hacía su papá a una tía, pero esta no le hizo caso y le dijo que se dejara de inventar esas historias. Luego le contó a una de sus profesoras lo que le ocurría y ésta hizo la denuncia del caso y ella no regresó más a su casa.

La joven manifestó que después de hacer la denuncia del caso, su mamá fue a hablar con ella y le pidió que se retractara de lo que había dicho, porque si no lo hacía su papá se iba a ahorcar y sus hermanos no iban a tener que comer. Como ella no hizo su mamá se enojó con ella y cuando la veía la insultaba y dejó hablarle. Actualmente no tiene ninguna relación con su mamá.

La joven refirió que se siente triste, ansiosa y con una baja autoestima desde que su papá comenzó a abusarla, pero que todos estos sentimientos se han intensificado desde hace dos años, época en que denunció el caso.

## **5. Otros Problemas.**

La joven cuenta con poco apoyo familiar, ya que el tío que tiene su custodia se jubiló y pasa largas temporadas en Panamá.

Cuando esto ocurre la joven se queda con una prima de 22 años (casada y con unos gemelos de 2 años) la cual no está pendiente de las necesidades de ella.

## **6. Historia Familiar.**

Procede de un hogar disfuncional y es la mayor de ocho hermanos. Actualmente su padre está detenido y su madre no se relaciona con ella, ya que no le perdona que denunciara al papá. La joven señaló que la madre le rogó que retirara la denuncia porque si no lo hacía el papá se iba a ahorcar y sus hijos no iban a tener que comer. Con sus hermanos no se comunica desde hace dos años.

La joven fue evaluada por la psicóloga del Juzgado en una ocasión y no ha recibido ningún tratamiento psicológico.

## **7. Historia Personal.**

La joven vive con un tío, quien tiene su custodia, pero éste hace unos 10 meses se jubiló y se va por temporadas para Panamá, por lo que está muy poco pendiente de la joven. Cuando el tío no está en casa, una prima de 22 años es que se queda a cargo de ella.

En cuanto a su vida social, la joven señaló que es muy tímida, que no tiene amigos y que poco sale de la casa.

A nivel escolar, la joven tiene historia de un rendimiento escolar regular; no obstante el año pasado reprobó el año y este año cursa con fracaso escolar.

En cuanto a su vida sexual afectiva, nos comenta que no ha tenido novios y que eso no le interesa.

Entre sus pasatiempos están el ver T.V. y escribir cartas sobre lo que le ha pasado y lo que quiere en su vida.

## HISTORIA CLÍNICA

### 1. Datos de Filiación.

Nombre: D.A  
Fecha de Nacimiento: 7 de julio de 1990  
Edad cronológica: 16 años – 2 meses  
Escolaridad: V año  
Escuela: IPOTH  
Residencia: San Martín-Santiago.

### Motivo de Consulta.

Joven refiere sentirse deprimida y angustiada desde hace aproximadamente tres años.

Manifiesta que comenzó a experimentar esos sentimientos a raíz de que hace tres años un primo, mayor de edad, una noche cuando dormía en casa de su abuela la manoseó e intentó violarla, pero ella no se lo permitió, pues se defendió pegándole y gritándole. Esto ocurrió en dos ocasiones.

### 2. Enumeración de los Síntomas.

Nivel cognitivo: Piensa que tiene culpa de lo ocurrido, porque desde que le pasó la primera vez debió hablar y no quedarse callada.

También piensa que todos los hombres son una porquería por lo que ahora prefiere mantenerse apartada de ellos.

También indicó que cada vez que se acuerda de lo ocurrido se ve sucia y experimenta asco.

Nivel afectivo: Experimenta depresión y ansiedad.

Nivel conductual: Cada vez que habla sobre lo que le paso se pone a llorar y ahora evita relacionarse con los hombres

Nivel motivacional: Se siente decaída y a veces no tiene deseos de hacer las cosas que le corresponden (quehaceres del hogar y estudiar) .

Nivel físico: Experimenta taquicardia, le falta el aire, dificultades para conciliar el sueño y sudoración en las manos.

**Datos Objetivos:**

**Escala de ansiedad manifiesta en niños y adolescentes (CMAS-R)**

<b>Escalas</b>	<b>Percentil</b>	<b>Puntuaciones</b>
AF	97	15
IH	86	13
PSC	97	15
M	36	8
AT	98	71

**Cuestionario estructural tetradimensional para la depresión (CET-DE)**

<b>Escala</b>	<b>Puntuación</b>
Humor depresivo	41.58
Anergia	45
Discomunicación	37
Ritmopatía	29
Depresión total	38.14

## **Diagnóstico:**

T74.2 Abuso sexual del niño (V 61.21)

### **3. Áreas Afectadas en la Vida de la Joven.**

Relaciones familiares: La abuela no le habla ya que le dice que es una mentirosa por inventar todo eso de su nieto.

La joven admite que odia profundamente a su primo y a quien no le habla desde que denunció lo que este le hacía.

Relaciones sociales: Desde la situación vivida con el primo, ella ya no se relaciona con los hombres, pues cree que todos son iguales y que le pueden hacer lo mismo que su primo.

### **4. Historia de la Queja Actual y Episodios Previos.**

La joven refiere que, cuando tenía 13 años, durante unas vacaciones de verano en el campo, en casa de su abuela, un primo mayor que ella en dos ocasiones la manoseó e intentó violarla, pero ella se defendió y no se lo permitió.

Desde entonces se ha tornado triste y decaída. Cada vez que escucha que alguien habla de situaciones de abuso se pone muy ansiosa, siente que le falta el aire, se le acelera el corazón y suda copiosamente las manos.

También la joven rechaza cualquier tipo de relación con el sexo opuesto.

### **5. Otros Problemas.**

Bajos recursos económicos. La joven vive con un amigo de su mamá que la ayuda con los gastos de la escuela, ya que su madre no puede hacerlo.

## **6. Historia Familiar.**

La joven procede de un hogar desintegrado y es la mayor de cuatro hijos. Sus padres se separaron hace cinco años porque su papá ejercía violencia física y psicológica hacia su mamá. La joven refirió que su papá convivía con la hermana de su mamá en la misma casa de ellos y que tenía tres hijos con la tía.

La joven mantiene buenas relaciones con la mamá, en quien confía y de quien siempre ha recibido mucho apoyo.

Con el papá casi no se relaciona, tiene mucho resentimiento hacia él porque trataba muy mal a su mamá.

Con sus hermanos tiene una relación distante y sólo los ve en las vacaciones de verano, ya que por razones económicas no puede viajar al campo donde están sus hermanos.

A nivel familiar no hay antecedente patológico de trastornos mentales.

## **7. Historia Personal.**

Desde que nació hasta los 11 años vivió con sus padres y hermanos en Ñurún.

A los 11 años se fue a un internado, ya que la madre no tenía dinero para sufragar todos los gastos de la familia, pues su papá no las ayudaba en nada.

En ese internado hizo el 1<sup>er</sup> ciclo. En IV año vivió en otro internado y actualmente vive con un señor amigo de la madre que se ofreció a ayudar a la joven para que culminara sus estudios secundarios, ya que la madre no contaba con los recursos económicos para enviarla a la escuela.

En cuanto a su rendimiento escolar, éste es regular y siempre ha sido así.

D.A. es una joven que se considera tímida e introvertida y no tiene amistades.

En cuanto a su vida sexual afectiva, refiere que nunca ha tenido novios y que no desea tenerlos nunca.

Entre sus pasatiempos está el cantar y jugar voleibol.

## HISTORIA CLÍNICA

### 1. Datos de Filiación.

Nombre: M.V.  
Fecha de Nacimiento: 24 de agosto de 1989  
Edad cronológica: 16 años – 11 meses  
Escolaridad: V año  
Escuela: ICLAVE  
Residencia: El Bongo – Montijo

### Motivo de Consulta.

Joven refiere que hace 11 meses fue violada por el candidato a representante de una comunidad cercana a la suya, cuando aceptó que él la llevara a su casa un día que había salido de la escuela y esperaba el bus en la parada. A raíz de esto experimenta un profundo sentimiento de tristeza y considera que aún no ha superado lo que le pasó, ya que siempre está pensativa y distraída.

Además la joven señaló que experimenta miedo cuando tiene que salir sola.

### 2. Enumeración de los Síntomas.

Nivel cognitivo: Piensa que tiene la culpa de todo lo que le pasó, porque nunca debió haber aceptado que un hombre que no conocía la llevará a su casa. Piensa que todos los hombres son unos “malditos” y no quiere saber nada de ellos. Piensa que está sucia y que la gente habla mal de ella.

Piensa que esta situación de abuso se puede repetir, por lo que experimenta miedo de salir sola y la mayoría de las veces cuando tiene que salir, busca que alguna de sus hermanas la acompañe.

Nivel afectivo: Experimenta tristeza, ansiedad, culpa y vergüenza.

Nivel conductual: Lloro con frecuencia, evita salir sola y tiene dificultad para relacionarse con los hombres.

Nivel motivacional: Ha perdido el interés en actividades que antes le agradaban, se ha tornado tímida y retraída.

Nivel físico: Inquietud, alteraciones del sueño, cansancio, taquicardia y falta de aire.

#### **Datos Objetivos:**

#### **Escala de ansiedad manifiesta en niños y adolescentes (CMAS-R)**

<b>Escalas</b>	<b>Percentil</b>	<b>Puntuaciones</b>
AF	99	19
IH	90	13
PSC	98	16
M	46	9
AT	99	4

#### **Cuestionario estructural tetradimensional para la depresión (CET-DE)**

<b>Escala</b>	<b>Puntuación</b>
Humor depresivo	45.54
Anergia	35
Discomunicación	51
Ritmopatía	30
Depresión total	40.38

## **Diagnóstico:**

T74.2 Abuso sexual del niño (V 61.21)

### **3. Áreas Afectadas en la Vida de la Joven:**

Relaciones familiares: Ha perdido confianza en el papá. Ya no se queda a solas con él.

Relaciones sociales: Ya no tiene amigos varones, pues odia a todos los hombres y ha dejado de participar en las actividades deportivas que antes tanto le gustaban.

### **4. Historia de la Queja Actual y Episodios Previos.**

La joven refiere que hace 11 meses, después de haber salido de la escuela, mientras esperaba el bus en la parada, el candidato a representante de una comunidad cercana a la suya, se ofreció a llevarla a su casa; al principio ella se negó, pero el señor le insistió tanto que ella terminó aceptando.

Una vez dentro del carro ella se percató que el señor tenía aliento alcohólico y eso le dio un poco de temor. Durante el viaje el señor le hablaba de los proyectos que tenía como futuro representante.

Luego de unos 25 minutos de viaje el señor detuvo el carro en un lugar oscuro y comenzó a manosearla y como ella no se dejaba él señor le pegó fuerte en la cara y la violó en forma brutal. Posteriormente el señor la obligó a que se tomara una pastilla, según él para que no quedara embarazada y la amenazó que si ella decía algo se la iba a pagar.

Después de un mes la joven le contó lo ocurrido a una hermana primero y luego a su mamá, quien la apoyó en todo momento y denunció el caso en el Juzgado de Niñez y Adolescencia.

La joven experimenta sentimientos de tristeza, miedo a salir sola y rechazo hacia los hombres desde que fue violada. También experimenta sentimientos de vergüenza y culpa por lo que le ocurrió, ya que piensa que si no hubiese aceptado que ese hombre la llevara a su casa, nada de eso le hubiera pasado.

La joven fue evaluada por la psicóloga en el Juzgado de la Niñez y Adolescencia, quien la atendió en dos ocasiones. Actualmente no recibe ningún tratamiento psicológico.

#### **5. Otros Problemas.**

La situación económica de la joven es precaria, ya que el único que en su casa trabaja es su papá.

#### **6. Historia Familiar.**

Procede de un hogar integrado y es la tercera de las seis hijas de la pareja. Entre sus padres existe una buena relación; ya que siempre han sabido sobrellevar sus problemas sin involucrar a sus hijos.

Con sus hermanas, la joven tiene una buena relación, pero le tiene más confianza a su hermana mayor, quien es muy buena y comprensiva con ella.

A nivel familiar hay antecedentes patológicos de desorden afectivo bipolar, por la línea materna.

#### **7. Historia Personal.**

La joven, de pequeña siempre ha vivido con sus padres y hermanas.

En cuanto a su vida social, ésta es limitada, ya que a raíz del abuso que vivió dejó de participar en actividades deportivas y recreativas.

A nivel escolar refiere que siempre ha sido buena alumna y que, a pesar de

que su rendimiento escolar ha bajado un poco, este sigue siendo bueno.

En cuanto a su vida sexual afectiva señala que a los 14 años tuvo su primer novio y que no ha tenido más. También manifestó que no quiere tener más novios, porque para ella todos los hombres son una porquería.

En cuanto al empleo de su tiempo libre, señaló que lo único que hace y que le gusta es cantar en el coro de la iglesia. Antes le gustaba pasear, bailar, oír música, pero ahora ya no le parece nada de eso.

## HISTORIA CLÍNICA

### 1. Datos de Filiación.

Nombre: M.G.  
Fecha de Nacimiento: 10 de abril de 1989  
Edad cronológica: 17 años – 4 meses  
Escolaridad: VI año  
Escuela: Instituto Urracá  
Residencia: Hogar Santa Isabel. Santiago

### Motivo de Consulta.

La joven refirió experimentar mucha rabia y tristeza por lo que su papá le hizo hace alrededor de un año.

Señaló que su papá comenzó a hablarle de temas sexuales y cosas que a ella no le parecían que eran normales de un papá hacia una hija. Un día su papá se metió en su cama, la manoseó y quiso violarla, pero ella se defendió y lloró tanto que su papá la dejó tranquila.

También señaló que experimenta miedo cuando ve al papá y que en una ocasión que éste la fue a visitar al Hogar, ella le dijo a una de las monjas que le dijeran que ella no quería hablar con él y que se fuera y no regresará más.

### 2. Enumeración de los Síntomas.

Nivel cognitivo: Piensa que lo que le pasó es horrible y nunca va a volver a confiar en alguien, especialmente en los hombres. A veces piensa que nadie la va a querer, ya que si su papá no la quiso las demás personas tampoco lo harán. Piensa que todas las personas del sexo opuesto son malas.

Nivel afectivo: Experimenta tristeza, ira, desconfianza y miedo hacia el papá.

Nivel conductual: Lloro por cualquier cosa, pelea con las compañeras del hogar por tonterías, evita relacionarse con hombres.

Nivel motivacional: Se le ve decaída y sin energías.

Nivel físico: A veces experimenta alteraciones del sueño (insomnio) y taquicardia.

#### **Datos Objetivos:**

#### **Escala de ansiedad manifiesta en niños y adolescentes (CMAS-R)**

<b>Escalas</b>	<b>Percentil</b>	<b>Puntuaciones</b>
AF	96	15
IH	90	13
PSC	98	16
M	46	9
AT	97	70

#### **Cuestionario estructural tetradimensional para la depresión (CET-DE)**

<b>Escala</b>	<b>Puntuación</b>
Humor depresivo	39.6
Anergia	34
Discomunicación	30
Ritmopatía	32
Depresión total	33.9

## **Diagnóstico:**

T74.2 Abuso sexual del niño (V 61.21)

### **3. Áreas Afectadas en la Vida de la Joven.**

Familia: Mantiene una relación distante con su mamá y hermanos. A su papá no le habla desde lo ocurrido y aún no se siente preparada para hablarle.

Escuela: Ha bajado su rendimiento escolar.

Relaciones sociales: Ha dejado de relacionarse con los jóvenes del sexo opuesto.

### **4. Historia de la Queja Actual y Episodios Previos.**

La joven refirió que luego de estar un año viviendo con su papá, éste comenzó a tener un interés inusual en sus cosas. Le compraba ropa interior y ropa de vestir que ella consideraba un poco llamativa. Además le llegó a preguntar si era virgen, si tenía novio, si gustaba de alguien y ese tipo de cosas. También se enojaba mucho si la veía hablando con un muchacho y la castigaba prohibiéndole que saliera de la casa en varios días.

Una noche, mientras dormía, su papá se metió en su cama y le dijo que hacía mucho frío y comenzó a abrazarla fuerte. Ella medio dormida le trataba de quitar las manos de encima, pero el papá no la soltaba y la abrazaba más fuerte. Ella como pudo se paró de la cama, encendió la luz y llorando le dijo al papá que al día siguiente lo denunciaría por lo que le había querido hacer. El papá le contestó que esperaba la boleta al día siguiente y salió del cuarto.

La joven refirió que desde que su papá intentó violarla hace un año, ella ya no es la misma, se siente diferente y extraña.

Ahora con frecuencia se deprime y llora por cualquier cosa. También nota que se enoja con facilidad y que cuando está así tiene ganas de desquitarse con alguien.

También ahora desconfía de la gente, especialmente de los hombres, por considerar que todos son malos. A raíz de lo que le pasó ha dejado de relacionarse con personas del sexo opuesto y nota que cuando un hombre se le acerca se le acelera el corazón y experimenta ganas de salir huyendo.

#### **5. Otros Problemas.**

No experimenta.

#### **6. Historia Familiar.**

La joven procede de un hogar desintegrado. Sus padres se separaron hace 2 años, por infidelidad de la madre. La joven es la mayor de los 5 hijos de la pareja.

Al papá no le habla desde que intentó violarla, aunque dice que lo perdonó. Sin embargo dice que no olvida lo que trató de hacerle y que nunca lo olvidará.

Con la mamá ya no tiene confianza desde que está viviendo con su nuevo marido, pues piensa que su madre no supo respetar la relación que tenía con su papá.

Con los hermanos, no habla ni los ve desde que ingresó al hogar.

A nivel familiar tiene parientes con antecedentes de farmacodependencia por la línea materna,

La joven fue evaluada por un psicólogo del Juzgado de Niñez y Adolescencia durante dos sesiones. Actualmente no recibe ningún tratamiento psicológico.

#### **7. Historia Personal.**

Vivió con sus padres hasta los 15 años, época en la que ellos se separaron. Luego ella decidió vivir con su papá porque con él tenía más facilidades para ir a la escuela.

Luego de un año de estar viviendo con su papá éste comenzó a tener interés sexual con ella e intentó violarla. Ella le contó lo ocurrido a una profesora de la escuela, la cual hizo la denuncia. A raíz de eso fue ingresada al Hogar Santa Isabel por orden del Juzgado de Niñez y Adolescencia como una medida de protección.

A nivel escolar la joven tiene antecedentes de ser buena alumna; no obstante ha bajado un poco su rendimiento.

En cuanto a su vida social, sólo comparte con sus compañeras del hogar. No tiene amigas y con los muchachos no quiere tener ningún tipo de relación.

En cuanto a su vida sexual afectiva señaló que a los 14 años tuvo un novio en la escuela y que no ha tenido más novio. Niega inicio de vida sexual. Entre sus pasatiempos está el leer el horóscopo y hacer sopa de letras.

## HISTORIA CLÍNICA

### 1. Datos de Filiación.

Nombre: M.G.  
Fecha de Nacimiento: 10 de enero de 1989  
Edad cronológica: 17 años – 7 meses  
Escolaridad: IV año  
Escuela: Instituto Urracá  
Residencia: Hogar Santa Isabel. Santiago.

### Motivo de Consulta.

La joven señaló que cuando tenía 14 años su padrastro intentó violarla en dos ocasiones y que además de eso, la maltrataba física y psicológicamente. Todo ello la lleva a sentirse muy enojada, con ella y con los demás. En la escuela le dicen “pólvora” porque siempre está peleando con sus compañeros. Además es grosera y contestona y no se aguanta nada de nadie.

Cuando alguien le dice algo que no le gusta ella pierde el control, pues insulta, dice obscenidades y, en una ocasión peleó a puño con un compañero; por lo que la llevaron a la dirección.

La joven también refirió que se siente muy sola y que por las noches no puede dormir y llora al recordar todo lo que vivió. A veces se siente nerviosa y no sabe por qué.

### 2. Enumeración de los Síntomas.

Nivel cognitivo: Piensa que la vida es muy injusta con ella, ya que de pequeña ha vivido cosas muy difíciles. Piensa que nadie la quiere ya que su mamá prefirió a su padrastro en vez de preferirla a ella.

Nivel afectivo: Experimenta ira, miedo y tristeza.

Nivel conductual: Accesos de ira, a veces llora por las noches.

Nivel motivacional: Siente que siempre está a punto de explotar.

Nivel fisiológico: Experimenta alteraciones del sueño, opresión en el pecho y tensión muscular.

**Datos Objetivos:**

**Escala de ansiedad manifiesta en niños y adolescentes (CMAS-R)**

<b>Escalas</b>	<b>Percentil</b>	<b>Puntuaciones</b>
AF	99	19
IH	90	13
PSC	98	16
M	16	7
AT	99	74

**Cuestionario estructural tetradimensional para la depresión (CET-DE)**

<b>Escala</b>	<b>Puntuación</b>
Humor depresivo	34.32
Anergia	29
Discomunicación	30
Ritmopatía	32.00
Depresión total	31.33

## **Diagnóstico:**

T74.2 Abuso sexual del niño (V 61.21)

### **3. Áreas Afectadas en la Vida de la Joven.**

Familia: Tiene resentimiento hacia la madre, ya que ésta ha preferido al padrastro en vez de ella. La madre la visita en el hogar, pero ella piensa que su mamá no la quiere, porque no ha dejado a su padrastro. Actualmente mantiene una relación distante con los hermanos desde que está en el Hogar.

Relaciones sociales: Ahora es más extrovertida y se muestra coqueta con los muchachos, lo cual no era así anteriormente.

### **4. Historia de la Queja Actual y Episodios Previos.**

La joven refirió que cuando tenía 14 años su padrastro intentó violarla en dos ocasiones.

La primera vez fue un día que llegó de la escuela y mientras se cambiaba de ropa el señor se metió en su cuarto, la tiró en la cama y empezó a manosearla. Ella se puso a llorar y en eso llegó su mamá y el señor quiso disimular que sólo estaba hablando con ella; pero ella lo desmintió y le dijo todo lo que había pasado a su mamá. Lo que ocurrió después fue horrible. Su mamá le reclamó al señor y éste agarró un cuchillo y se lo metió en la cabeza. Su mamá cayó al suelo, se quitó el cuchillo y se desmayó.

Posteriormente su mamá y el padrastro se separaron. Su mamá denunció el abuso; pero un mes después regresó con el señor y desistió de la denuncia.

La segunda vez que el padrastro intentó violarla fue un día que estaba en el río; pero ella gritó y los vecinos con los que andaba fueron a ver lo que le ocurría y su padrastro les dijo que ella se había caído y que por eso había gritado. Al llegar a su casa no le contó nada a su mamá, pues temía lo que podía pasar.

La joven manifestó que desde que vivía con su padrastro éste siempre la maltrataba física y psicológicamente y que aparentemente un vecino denunció ese maltrato y ella fue ubicada en el Hogar Santa Isabel como medida de protección.

La joven confronta problemas de conducta desde hace aproximadamente 3 años, época en que fue abusada por su padrastro. Además se siente sola y triste ya que su madre no le ha brindado su apoyo en todo este problema y ella no puede ir a su casa mientras su padrastro esté allí.

En ocasiones experimenta un nerviosismo, pero no es capaz de describir qué es lo que la pone así.

Además se ha tornado más extrovertida y le gusta coquetear con el sexo opuesto.

#### **5. Otros Problemas.**

No presenta.

#### **6. Historia Familiar.**

Fue producto de una relación casual. La joven no conoce a su papá. Su madre tuvo ocho hijos con cuatro parejas diferentes. Ella es la quinta de los hijos. Su hermano mayor falleció hace cuatro años de un tumor en la cabeza y esto le afectó mucho, ya que lo quería mucho y le tenía gran confianza. Actualmente su hermana de 18 años está detenida porque mató a su hijo recién nacido.

Su mamá vive con su padrastro desde hace 11 años. Refirió que su relación con el padrastro era mala, debido a que este le pegaba con frecuencia y le gustaba insultarla y amenazarla cuando hacía alguna travesura.

A los 14 años su padrastro intentó violarla en dos ocasiones y su madre prefirió que ella saliera del hogar, en vez de señor. Su madre le dijo que las cosas tenían que ser así, porque el señor era el único que trabajaba en la casa y que mantenía a los hijos.

## **7. Historia Personal.**

De pequeña vivió con su mamá, hermanos y abuela materna. Cuando tenía 3 años, su madre se unió con su padrastro y ella se fue a vivir con ellos, hasta los 14 años, época en la que fue abusada por el señor. Posteriormente el Juzgado de Niñez y Adolescencia determinó, como medida de protección, que ingresara en el Hogar Santa Isabel.

En sus antecedentes académicos apreciamos historia de un rendimiento escolar regular.

A nivel social es una joven extrovertida y le gusta coquetear con los muchachos; esto le ha traído algunas dificultades en el Hogar con las hermanas, porque ellas no permiten que las chicas tengan novios.

En cuanto a su vida sexual afectiva; la joven manifestó que tiene una vida sexual activa desde los 15 años y que ha tenido tres parejas sexuales, pero que a ninguno ha querido.

En su tiempo libre le gusta cantar, escuchar música y leer novelas románticas.

## HISTORIA CLÍNICA

### 1. Datos de Filiación.

Nombre: K.L.  
Fecha de Nacimiento: 16 de enero de 1989  
Edad cronológica: 17 años – 7 meses  
Escolaridad: IV año  
Escuela: Instituto Urracá  
Residencia: Canto del Llano – Santiago

### Motivo de Consulta.

Joven refiere sentirse triste desde que su hermano empezó a acosarla sexualmente cuando ella tenía alrededor de 11 años. Y que, a pesar de que ha tratado de superar eso, no ha podido. En una ocasión pensó en suicidarse tomándose un frasco de pastillas cuando tenía 16 años, pero no tuvo valor para hacerlo.

Además refiere que desde hace aproximadamente un mes, cuando rompió el silencio e hizo la denuncia, se siente inquieta y nerviosa, pues se siente culpable por todo lo que ocurrió y por no haber sido capaz de denunciar el caso a tiempo.

### 2. Enumeración de los Síntomas.

Nivel cognitivo: Piensa que es una tonta porque no fue capaz de evitar que su hermano la abusara sexualmente. Piensa que su vida es una porquería y que nunca va a ser feliz, porque cree que nadie ha vivido algo tan horrible como ella.

Nivel afectivo: Experimenta nerviosismo, tristeza, inquietud y culpa.

Nivel conductual: Lloro cuando recuerda lo que le ocurrió con su hermano.

Nivel motivacional: Ha perdido el interés por las cosas que antes disfrutaba y se siente sin energías.

Nivel físico: Experimenta alteraciones del sueño, sudoración de las manos, cansancio y sequedad en la boca.

**Datos Objetivos:**

**Escala de ansiedad manifiesta en niños y adolescentes (CMAS-R)**

<b>Escalas</b>	<b>Percentil</b>	<b>Puntuaciones</b>
AF	96	15
IH	90	13
PSC	98	16
M	46	9
AT	97	70

**Cuestionario Estructural Tetradsimensional para la depresión (CET-DE)**

<b>Escala</b>	<b>Puntuación</b>
Humor depresivo	40.92
Anergia	36
Discomunicación	28
Ritmopatía	40
Depresión total	36.23

## **Diagnóstico:**

T74.2 Abuso sexual del niño (V 61.21)

### **3. Áreas Afectadas en la Vida de la Joven.**

Relaciones familiares: No mantiene ninguna comunicación con el hermano y con su madre su relación se ha tornado aún más distante, ya que la madre no acepta que acusara a su hermano.

Escuela: Ha bajado su rendimiento escolar, aunque no presenta fracasos.

### **4. Historia de la Queja Actual y Episodios Previos.**

La joven refirió que desde que tenía 11 años, cuando su hermano regresaba del internado, él le quitaba la ropa y la manoseaba y que esto ocurrió hasta el año pasado. Recuerda que en una ocasión el hermano la violó.

La joven señaló que cuando le decía al hermano que lo que le hacía no era correcto, el hermano le contestaba que él no sabía que le pasaba y que eso eran "loqueras de él".

La joven experimenta tristeza, nerviosismo, inquietud y culpa asociada al hecho. Se siente culpable de lo ocurrido por no haber hablado a tiempo lo que estaba pasando con su hermano.

La joven manifestó que su hermano no estaba bien mentalmente; ya que la trataba muy mal a ella y a su hermana. Señaló que constantemente las insultaba y las encerraba para que no salieran de la casa. Refirió que un día el hermano discutió con su hermana e intentó ahorcarla, pero ella se lo impidió.

Hace alrededor de 6 meses que la joven fue atendida por la psicóloga en la Policlínica del Seguro Social, porque hacía 8 meses había encontrado a un tío ahorcado y su madre pensaba que necesitaba ayuda para superar esa difícil situación. La joven aprovechó la situación a la licenciada todo lo que su hermano le hacía, la cual hizo la denuncia del caso.

Cuando su madre se entera de todo lo ocurrido, niega el hecho y protege al hijo; no obstante dio su autorización para que la joven participara del programa de tratamiento grupal en el Centro de Salud de Canto del Llano.

#### **5. Otros Problemas.**

No presenta.

#### **6. Historia Familiar.**

Procede de un hogar integrado y es la tercera de cinco hijos. Su padre falleció hace dos años. Considera que su padre era un hombre autoritario, a quien ella le tenía miedo. Su madre es una mujer poco afectuosa y con ninguno de sus hijos ha tenido confianza, por lo que cataloga la relación con ellos como distante.

A nivel familiar tiene antecedentes de depresión por la línea paterna. Manifestó que su tío se ahorcó en noviembre del año pasado y ella fue quien lo encontró en ese estado.

#### **7. Historia Personal.**

De pequeña vivió con su mamá y hermanos en el campo. Su papá trabajaba en la ciudad y los visitaba los fines de semana.

A los 12 años se fue a vivir con su papá y sus otros dos hermanos, en busca de facilidades para asistir a la escuela. Entonces su mamá los visitaba los fines de semana.

Al fallecer su papá ella se quedó viviendo con una hermana y el hermano. Manifestó que su hermano no está bien mentalmente, al notar que, además de abusarla sexualmente, la maltrataba verbalmente mediante insultos, obscenidades y amenazas. Comenta que, en una ocasión, su hermana tuvo una

discusión con su hermano y éste perdió totalmente el control y casi la ahorca. Es por ello que ella le tenía mucho miedo, pues creía que era capaz de cualquier cosa.

En cuanto a su vida social, señala que es más bien introvertida y que sólo tiene una amiga. No le gusta salir como a otras jóvenes y prefiere quedarse en la casa.

A nivel escolar, refiere que fue buena alumna hasta el IX grado y que ha partir del IV año, bajó sus notas en forma considerable.

En cuanto a su vida sexual afectiva, manifiesta que no ha tenido novios y que ella cree que nunca los va a tener, pues duda que puedan quererla así.

En su tiempo libre, le gusta a veces leer, pero sobretodo dormir.



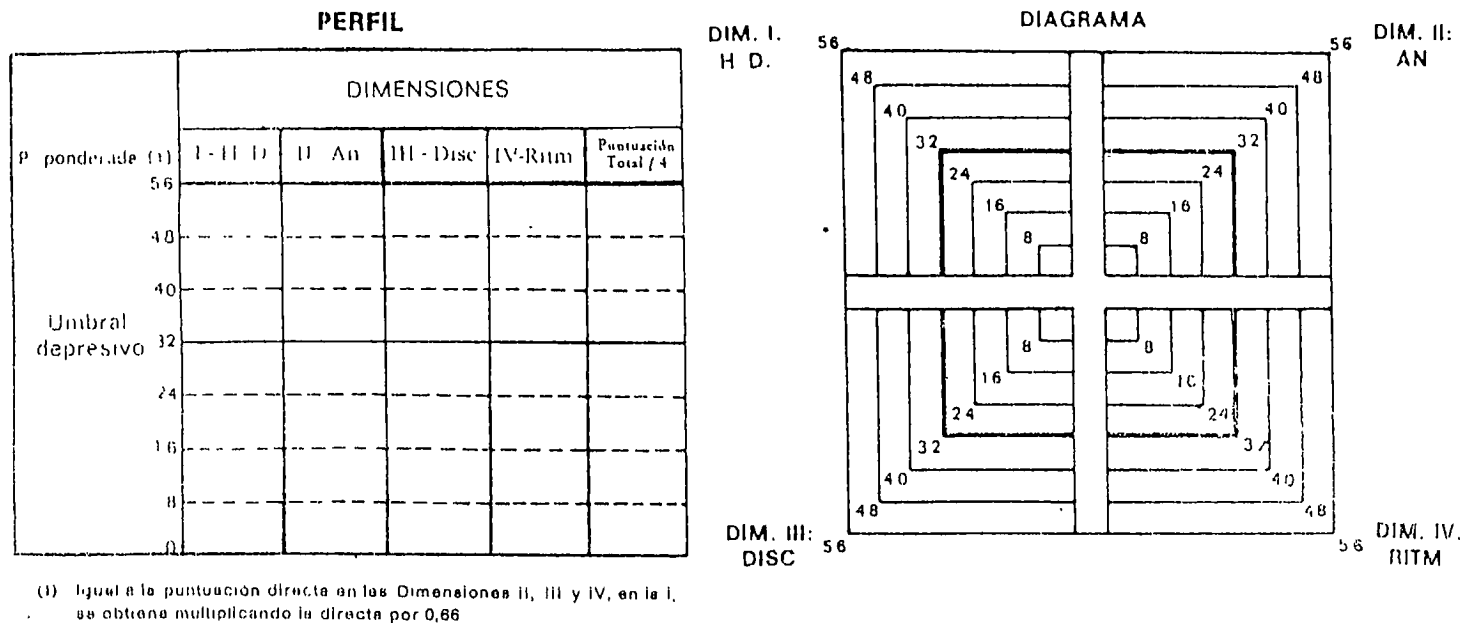
## CET - DE (Alonso - Fernández 1986)

Cuestionario Estructural Tetradimensional para  
el diagnóstico, la clasificación y el seguimiento  
de la depresión

(Edición 1989)

Nombre y apellidos . . . . . Sexo  
Edad . . . . . Profesión . . . . . Fecha entrevista . . . . . H<sup>a</sup> clínica n.º  
Domicilio y teléfono . . . . . Entrevistador . . . . .

## DEPRESOGRAMA



## TABLA DE CRITERIOS DE EVALUACION

- 0 Ausencia del síntoma
1. Síntoma dudoso
- 2 Síntoma poco claro.
3. Síntoma ligero («mild», un poco) o esporádico (con una frecuencia de una o dos veces por semana).
- 4: Síntoma bien definido (medio, intenso o muy intenso)

## TIPO CLINICO DIMENSIONAL (2)

- TETRADIMENSIONAL
- TRIDIMENSIONAL
- BIDIMENSIONAL
- UNIDIMENSIONAL
- DIMENSION I
- DIMENSION II
- DIMENSION III
- DIMENSION IV

(2) Señalar con una cruz las casillas del tipo diagnosticado y de las dimensiones afectadas

VEANSE INSTRUCCIONES COMPLETAS EN EL MANUAL



Autor: F. Alonso Fernández, con la colaboración de los doctores: Vilma Fonseca Mendoza, Alicia Pelayo, Salvador Martínez y otros

Copyright © 1999 by F. Alonso-Fernández y TEA Ediciones, S.A. - Edita: TEA Ediciones, S.A.: Fray Bernardino de Sahagún, 24, 28036 MADRID - Prohibida la reproducción total o parcial  
Todos los derechos reservados. Este ejemplar está impreso en tinta azul. Si la presentan otro en tinta negra, es una reproducción ilegal. En beneficio de la profesión médica. Printed in Spain. Impreso en España por Aguirre Campano, Daganzo, 15 dpdo., 28002 MADRID - Depósito legal: M - 35 640 - 1989

**DIMENSION I (HUMOR DEPRESIVO)****Puntuación**

1. ¿Nota sensación de amargura? . . . . .
  2. ¿Se siente triste? . . . . .
  3. ¿Nota falta de alegría? . . . . .
  4. ¿Tiene sentimientos de inquietud o temor? . . . . .
  5. ¿Tiene muchas ganas de llorar o llora fácilmente? . . . . .
  6. ¿Le pesa la vida? . . . . .
  7. ¿Se siente enfermo del cuerpo o está pendiente de cómo va su cuerpo? . . . . .
  8. ¿Siente todo el cuerpo pesado o con cualquier otra clase de sensaciones generalizadas molestas o extrañas? . . . . .
- ¿Sufre algún dolor u otra sensación molesta localizada?:
9. En la cabeza, la nuca, el cuello o la cara; . . . . .
  10. En el pecho o la espalda, . . . . .
  11. En el vientre, las nalgas o los genitales; . . . . .
  12. En los brazos o las piernas . . . . .
  13. ¿Se nota incapaz para solucionar los problemas habituales de su vida? . . . . .
  14. ¿Se preocupa por pequeñas cosas? . . . . .
  15. ¿Piensa más de lo habitual en problemas económicos? . . . . .
  16. ¿Tiene la preocupación de haber hecho algo malo? . . . . .
  17. ¿Se cree responsable de sus trastornos actuales? . . . . .
  18. ¿Se siente inferior a los demás? . . . . .
  19. ¿Cree que lo que le ocurre no tiene arreglo? . . . . .
  20. ¿Cree que no vale la pena vivir? . . . . .
  21. ¿Ha pensado en quitarse la vida? (\*) . . . . .

Suma de las puntuaciones . . . . . Puntuación ponderada . . . . . **DIMENSION II (ANERGIA)**

22. ¿Se siente aburrido o desinteresado por todo? . . . . .
23. ¿Tiene dificultad para recordar? . . . . .
24. ¿Le cuesta trabajo pensar? . . . . .
25. ¿Se siente vacío de sentimientos? . . . . .
26. ¿Le cuesta tomar decisiones? . . . . .
27. ¿Ha disminuido su actividad habitual? . . . . .
28. ¿Se pasa en la cama más tiempo de lo habitual? . . . . .
29. ¿Siente que la cabeza por dentro está como paralizada? . . . . .
30. ¿Tiene sequedad de boca? . . . . .
31. ¿Hace mal las digestiones o tiene náuseas o vómitos? . . . . .
32. ¿Tiene estreñimiento o diarrea? . . . . .
33. ¿Se siente agotado o se cansa enseguida? . . . . .
34. ¿Se encuentra sin deseos o interés para la actividad sexual? . . . . .
35. ¿Le da muchas vueltas a las cosas? . . . . .

Suma de las puntuaciones . . . . . 

(\*) La presencia de una tentativa de suicidio en el lapso de tiempo abarcado por el cuestionario, se evalúa con 4 puntos.

**DIMENSION III (DISCOMUNICACION)**

**Puntuación**

36.	¿Tiene algún trastorno de vista o de oído, ajeno a su posible defecto habitual? ... ..	.....
37.	¿Ha dejado de alegrarse con la compañía de los seres queridos? ... ..	.....
	¿Está más sensible que antes? ... ..	.....
	¿Han dejado de afectarle las cosas importantes? ... ..	.....
	¿Habla menos con su familia o con sus amistades? ... ..	.....
	¿Se siente solo o alejado de los demás? ... ..	.....
42.	¿Se siente enfadado o molesto con otras personas? ... ..	.....
43.	¿Se siente receloso o desconfiado? ... ..	.....
44.	¿Nota algo extraño en el aspecto de las personas? ... ..	.....
45.	¿Ve menos la televisión o escucha menos la radio? .. ..	.....
46.	¿Habla preferentemente con los demás de sus trastornos? ... ..	.....
47.	¿Está menos cariñoso o expresivo que habitualmente? .. ..	.....
48.	¿Le resulta más difícil que antes entender las conversaciones o la lectura? .. ..	.....
49.	¿Ha dejado de arreglarse o de vestirse como habitualmente? .. ..	.....
	<b>Suma de las puntuaciones</b> ... ..	<input type="text"/>

**DIMENSION IV (RITMOPATIA)**

50.	¿Tiene un día en el que se queda dormido? .. ..	.....
51.	¿Se despierta con frecuencia durante la noche o tiene pesadillas durante el sueño? .. ..	.....
52.	¿Se despierta antes de lo habitual y ya no puede dormirse? ... ..	.....
53.	¿Su momento peor del día es el de despertar? .. ..	.....
54.	¿Duerme, en conjunto, más que antes? .. ..	.....
55.	¿Se encuentra peor por las mañanas? .. ..	.....
56.	¿Está más activo por la noche que por el día? ... ..	.....
57.	¿Nota muchos cambios en su modo de sentirse a lo largo del día? .. ..	.....
58.	¿Tiene momentos durante el día en los que se queda traspuesto con una especie de ensueños? .. ..	.....
59.	¿Ha perdido apetito o peso? .. ..	.....
60.	¿Tiene momentos con sensación de hambre muy fuerte? .. ..	.....
61.	¿Se le hacen los días muy largos? .. ..	.....
62.	¿Piensa más en las cosas del pasado que en las del presente? .. ..	.....
63.	¿Ha dejado de tener planes para el futuro? .. ..	.....
	<b>Suma de las puntuaciones</b> .. ..	<input type="text"/>

**Subescala suplemenataria para mujeres (ritmopatía):**

[ ¿tiene trastornos menstruales o empeoran sus molestias actuales durante los días premenstruales o menstruales? (subrayar lo que sea positivo).

## INSTRUCCIONES PARA EL ENTREVISTADOR

Resulta imprescindible repasar la lectura de estas observaciones antes de iniciar la entrevista.

### Normas para la presentación del entrevistador:

Se procurará efectuar una toma de contacto cordial con el entrevistado en un ambiente silencioso y sin interrupciones, durante unos minutos.

Se aprovechará este tiempo para identificarse ante él y exponerle en términos sencillos el objeto de la entrevista, planteándola como una revisión de su estado. A continuación se dará al entrevistado haciéndole una pregunta amplia: «¿Qué es lo que le viene ocurriendo a Vd. en los tiempos?».

### Normas para cumplimentar el Cuestionario:

Iniciar esta tarea con la observación siguiente.

*«Ahora, para concretar, le voy a realizar una serie de preguntas, y así conoceremos mejor lo que le pasa».*

A continuación se comenzará a leer uno a uno los items del cuestionario.

En la lectura se seguirá el orden en el que figuran los items en el cuestionario, manteniendo al alcance de la vista el correspondiente perfil semántico.

En el caso de que el entrevistado tuviera dificultades para entender el contenido del item, se ampliará esta exposición con la lectura de algunas expresiones del perfil semántico, hasta obtener una comprensión suficiente.

Se puntuará cada item con arreglo a la Tabla de los «criterios de evaluación», sugiriéndose el empleo preferente de las puntuaciones cero y cuatro.

### ESTIMACION FINAL DE LA VALIDEZ DE LA ENTREVISTA A CARGO DEL ENTREVISTADOR

¿Ha colaborado el enfermo de un modo suficiente durante la entrevista?:

Validez de la entrevista

- 0. Falta de voluntad de colaboración o tendencia a disimular u ocultar los síntomas
- 1. Falta de atención a las preguntas o tendencia a simular o exagerar los síntomas
- 2. Nivel de colaboración habitual

(La entrevista sólo es válida cuando alcanza un dos).